

Onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsproblemen.

Een kwantitatief onderzoek naar de invloed van cultureel- en sociaal kapitaal op de onvervulde zorgbehoefte onder jongeren van 18 tot en met 25 jaar met mentale gezondheidsproblemen.

L.P. Toet
6395457
Masterthesis

Sociology: Contemporary Social Problems
Faculteit Sociale- en Gedragwetenschappen
Universiteit Utrecht

Eerste beoordelaar: Rowan ten Kate

Tweede beoordelaar: Lute Bos

Woorden: 6036

26 juni 2023

ABSTRACT

Uit recent onderzoek blijkt dat mensen met mentale gezondheidsproblemen gemiddeld 15 jaar eerder overlijden ten opzichte van mensen zonder mentale gezondheidsproblemen. Vooral onder jongeren tussen de 18 tot en met 25 jaar is de mentale gezondheid de afgelopen decennia afgenomen, waardoor de vraag naar mentale hulp vooral in deze groep is toegenomen. Echter zit er een verschil tussen de jongeren die hulp nodig hebben voor hun mentale gezondheidsproblemen en jongeren die ook daadwerkelijk mentale hulp hebben ontvangen. Dit staat ook wel bekend als de onvervulde zorgbehoefte. Literatuur toont aan dat cultureel- en sociaal kapitaal invloed hebben op het al dan niet vervullen van deze zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsproblemen. Het doel van dit onderzoek is te verklaren in hoeverre cultureel kapitaal invloed heeft op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsproblemen van 18 tot en met 25 jaar, en welke relatie sociaal kapitaal hierin speelt. Hierdoor kan bepaald worden waarop geïntervenieerd zou kunnen worden om ervoor te zorgen dat jongeren die hulp nodig hebben voor hun mentale gezondheidsproblemen deze hulp ook zoeken en krijgen. Aan de hand van een multivariabele logistische regressie inclusief het testen van eenzaamheid als moderator is gevonden dat de relatie tussen cultureel kapitaal en het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten anders is voor jongeren met verschillende niveaus van eenzaamheid, welke gedefinieerd werd als een vorm van sociaal kapitaal. Tevens blijkt dat jongeren die aangeven sterk eenzaam te zijn een significant hogere kans hebben op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte bij mentale gezondheidsklachten. Beleid zal daarom gefocust moeten zijn op laagdrempelige toegang tot mentale gezondheidszorg en het doorbreken van het taboe over gevoelens van eenzaamheid. Op deze manier kunnen jongeren worden voorzien in het hebben van een vervulde zorgbehoefte.

Kernwoorden: *Cultureel kapitaal, eenzaamheid, jongeren, onvervulde zorgbehoefte, mentale gezondheidsklachten, mentale gezondheidsproblemen, sociaal kapitaal.*

VOORWOORD

Voor u ligt mijn Masterthesis van de opleiding Sociology: Contemporary Social Problems. Als u mij tien jaar geleden had verteld dat ik zou afstuderen aan de universiteit, had ik u waarschijnlijk niet geloofd. Begonnen op het VMBO, waar ik altijd al de ambitie had om meer te leren. Ik kan oprecht zeggen dat ik trots op mezelf ben.

Graag wil ik de medewerkers van het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM), afdeling Gezondheid Leefomgeving en Nazorg bedanken, in het bijzonder Marjonneke de Vetten, Elske Marra en Imme Rahmon. Ook wil ik Rowan ten Kate van de Universiteit Utrecht bedanken. De wekelijkse ondersteuning bij het schrijven van mijn scriptie vanuit deze ambitieuze vrouwen heeft er mede voor gezorgd dat alles tot in de puntjes verzorgd is. Tenslotte wil ik Mark Bosmans van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) ook bedanken voor de begeleiding en samenwerking tijdens mijn stageperiode bij het RIVM en NIVEL.

Natuurlijk vergeet ik mijn familie, vrienden en geliefde niet. Zonder hun onvoorwaardelijke steun had ik deze route nooit af kunnen leggen. Op de momenten waarin ik niet meer in mezelf geloofde, geloofden zij wel in mij.

Ik wens u veel leesplezier!

Lisanne Petronella Toet,
Meppel, 26 juni 2023

ETHISCHE TOESTEMMING

De studie is goedgekeurd door de Ethics Review Board van de faculteit Sociale- en Gedragwetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Het nummer van de ethische toestemming betreft 23-0762.

Introductie

Gedurende de afgelopen twee decennia is de mentale gezondheid onder de Nederlandse bevolking afgenomen. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (2021) is sinds het startpunt van de metingen in 2001 de mentale gezondheid niet eerder zo slecht geweest. Bovendien blijkt dat de Nederlandse jongeren meer mentale gezondheidsproblemen ervaren in vergelijking met andere Europese landen (Unicef, 2021). In oktober 2022 is er een groots onderzoek van start gegaan naar de Europese jongeren die worstelen met hun mentale gezondheid, welke tot op heden nog in volle gang is (UM Press Office, 2022). Mensen met mentale gezondheidsproblemen kunnen last hebben van stress, gevoelens van angst of eenzaamheid, maar ook psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, vermoeidheid, duizeligheid of buikpijn (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Ook overlijden zij gemiddeld 15 jaar eerder dan iemand zonder mentale gezondheidsproblemen (Wilson, 2020).

Mentale gezondheid wordt gedefinieerd als: “De manier waarop je je verhoudt tot jezelf en tot anderen en hoe je omgaat met uitdagingen in het dagelijks leven, maar ook over hoe jij en en anderen in de samenleving dit ervaren.” (Trimbos-Instituut, 2022). Mentale gezondheid wordt bepaald door een breed scala aan sociaal-, economische- en culturele determinanten (Dahlgren & Whitehead, 2021). Enkele voorbeelden van deze determinanten zijn geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie en het sociale netwerk van een individu (Dahlgren & Whitehead, 2021; van Baar et al., 2022). Ook werksituatie, vertrouwen hebben in de toekomst, én lichamelijke gezondheid zijn determinanten voor mentale gezondheidsproblemen (Barry, 2012). Tenslotte speelt sociale ongelijkheid ook een rol in het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen (Allen et al., 2014; Vrooman et al., 2023).

Vooraf jongvolwassenen van 18 tot en met 25 jaar voelen zich vaker neerslachtig en somber tijdens de coronacrisis in vergelijking met de periode voor de coronacrisis (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021). Deze groep jongeren is bovendien de groep die het vaakst mentale gezondheidsproblemen ervaart in vergelijking tot de andere leeftijdsgroepen, zoals de 12 tot 18 jarigen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2023). Mogelijke oorzaken van deze mentale gezondheidsproblemen onder jongeren zijn financiële problemen, de coronacrisis en een gebrek aan sociale contacten (van Baar et al., 2022; Castagna, 2023; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2022).

Uit onderzoek blijkt dat er een groep jongeren is die een zorgbehoefte hebben voor hun mentale gezondheidsklachten, maar geen hulp bij hun mentale gezondheidsproblemen kunnen vinden of waarvan de aangeboden hulp niet voldoende of passend is (Van der Velden, 2015). Dit wordt ook wel de onvervulde zorgbehoefte genoemd. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de langere wachtlijsten voor mentale hulp, onvoldoende personeel in de geestelijke gezondheidszorg en een toename van de ernst van de problemen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021). Dit beeld wordt bevestigd door De Nederlandse GGZ zelf (2021).

Als gevolg van de spanning tussen vraag en aanbod staat ook de kwaliteit van zorg onder druk. Het gebeurt bijvoorbeeld nog vaak dat er mentale hulp geboden wordt die niet effectief blijkt te zijn, waardoor maar 1 op de 3 jongeren herstelt van zijn of haar mentale gezondheidsproblemen (Robberegt et al., 2022). Hierdoor neemt de kans voor een jongere op een onvervulde zorgbehoefte toe. Dit komt doordat er een goedkope behandeling wordt gekozen die gemiddeld gezien het meest effectief is zodat kosten beperkt blijven. Een voorbeeld hiervan is de GIZ-methode, die focust op de gezinssituatie in plaats van dat er een individueel behandelplan gemaakt wordt (ActiZ et al., 2022; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2022; Castagna, 2023). Door deze mismatch tussen de zorgbehoefte van een jongere en de daadwerkelijke zorg die aangeboden wordt, kan er over- of juist onderbehandeling zijn. Mogelijke gevolgen hiervan zijn geen verbetering van de mentale gezondheidsklachten en latere terugkeer tot de geestelijke gezondheidszorg omdat de klachten verergeren, en een onvervulde zorgbehoefte op de loer ligt (Nederlands Jeugdinstituut, 2018). Ook is de vraag naar mentale hulp toegenomen, waardoor de wachttijd voor mentale gezondheidszorg inmiddels is opgelopen tot een jaar (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021). Op basis van deze argumenten focust deze thesis zich op jongeren van 18 tot en met 25 jaar.

Zoals eerder genoemd, wordt de mentale gezondheid onder jongeren door verscheidene determinanten bepaald. Hierdoor is er niet altijd bekend welke behandeling het beste werkt voor wie in welke situatie, wat de kans op een onvervulde zorgbehoefte vergroot. Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023) zijn de grootste risicofactoren voor het hebben van mentale gezondheidsproblemen opleidingsniveau, gevoelens van eenzaamheid en het hebben van een slechte fysieke gezondheid. Omdat opleidingsniveau invloed kan hebben op de mentale gezondheidsproblemen onder jongeren, is het van belang om te onderzoeken of deze ook een rol speelt in het hebben van een onvervulde zorgbehoefte. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat opleidingsniveau invloed heeft op een groot aantal determinanten van mentale gezondheidsproblemen zoals woonsituatie, werksituatie, lichamelijke gezondheid en sociale ongelijkheid (Barry, 2012; Allen et al., 2014; Dahlgren & Whitehead, 2021; van Baar et al., 2022; Vrooman et al., 2023). Opleidingsniveau wordt in deze thesis gedefinieerd als cultureel kapitaal, wat gaat om de opleidingen, kennis en vaardigheden van iemand (Bourdieu, 1986). Bovendien kunnen er ook kenmerken geïdentificeerd worden die de relatie tussen opleidingsniveau en het vervullen van de zorgbehoefte kunnen beïnvloeden, in deze thesis ook wel sociaal kapitaal genoemd. Sociaal kapitaal wordt gedefinieerd als de hoeveelheid connecties die een individu heeft, en van welke kwaliteit deze connecties zijn (Bourdieu, 1986).

Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de relatie van cultureel kapitaal op de onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten. Omdat mentale gezondheid uit zoveel determinanten bestaat, is het belangrijk om te kijken welk determinant welke invloed heeft op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte (Barry, 2012; Allen et al., 2014; Dahlgren & Whitehead, 2021; van Baar et al., 2022; Vrooman et al., 2023). Hierdoor kan er gericht beleid gemaakt worden en zullen meer jongeren herstellen van hun mentale gezondheidsproblemen (Robberegt et al., 2022).

Op basis van bovenstaande argumenten kan de volgende onderzoeksvraag geformuleerd worden: *“In hoeverre heeft cultureel kapitaal invloed op de onvervulde zorgbehoefte onder jongeren van 18 tot en met 25 jaar met mentale gezondheidsklachten, en hoe beïnvloed sociaal kapitaal deze relatie?”*.

Bovendien is het van belang om inzicht te krijgen in het sociaal kapitaal van een jongere om te begrijpen wat een rol speelt in het hebben van een onvervulde zorgbehoefte. Op deze manier kunnen risicofactoren geïdentificeerd worden, waardoor behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg aangepast kunnen worden en de kans op terugkeer verkleint wordt. Op basis hiervan kan de volgende vraag geformuleerd worden: *“Wat verklaart dat de onvervulde zorgbehoefte bij jongeren van 18 tot en met 25 jaar met mentale gezondheidsklachten bij jongeren met sociaal kapitaal verschilt?”*.

Tenslotte is het belangrijk om te weten hoe we jongeren met een onvervulde zorgbehoefte kunnen helpen. Passend beleid is daarom nodig om deze jongeren te helpen, zodat meer jongeren herstellen van hun mentale gezondheidsproblemen (ActiZ et al., 2022; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2022; Robberegt et al., 2022; Castagna, 2023). Dit leidt tot de volgende beleidsvraag: *“Hoe kan ervoor gezorgd worden dat jongeren van 18 tot en met 25 jaar met mentale gezondheidsproblemen worden voorzien in het vervullen van hun zorgbehoefte?”*.

Theorie

Om te kijken in hoeverre cultureel- en sociaal kapitaal invloed hebben op een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren van 18 tot en met 25 jaar met mentale gezondheidsklachten, wordt er gekeken naar verschillende theorieën die deze relaties kunnen verklaren.

De laatste decennia is er een toename van het aantal hoogopgeleiden, onder andere door de verhoging van de leerplicht leeftijd van 12 naar 18 jaar in 2007 (Tolsma & Wolbers, 2010). Ook het aanbod van onderwijsinstellingen werd verruimd en een studiebeurzenstelsel werd ingevoerd, met als gevolg dat steeds meer jongeren hogere opleidingen gingen volgen. Dit geldt ook voor de kinderen van ouders met een lagere sociaaleconomische status (Tolsma & Wolbers, 2010). Echter bleef het soort werk dat uitgeoefend werd hetzelfde, waardoor mensen met een diploma van een hogere onderwijsinstelling op dezelfde functies terecht kwamen als waar voorheen een diploma van een lagere beroepsinstelling voldoende was. Met hetzelfde opleidingsniveau bereiken mensen dus tegenwoordig lagere arbeidsfuncties in vergelijking met vroeger. Dit fenomeen wordt ook wel diploma-inflatie genoemd (Tolsma & Wolbers, 2010).

Als de diploma-inflatie toegepast wordt op de huidige generatie jongeren, is het hebben van een hoog opleidingsniveau niet meer genoeg om de maatschappelijke ladder te beklimmen (Tolsma & Wolbers, 2010). Hierdoor worden verwachtingen geschept om andere activiteiten naast de studie te doen. Voorbeelden hiervan zijn bijbaantjes, stages, vrijwilligerswerk en deelname aan een internationale uitwisseling (Tolsma & Wolbers, 2010). Deze genoemde prestatiedruk heeft vooral invloed op de leeftijd van 18 tot en met 25 jaar, waardoor er een toename van mentale gezondheidsklachten te zien is (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Als gevolg hiervan zijn er dus meer hoogopgeleide jongeren met mentale gezondheidsproblemen die

behoefte hebben aan hulp bij hun mentale klachten. Echter zullen niet alle jongeren die behoefte hebben aan mentale hulp deze kunnen vinden of als voldoende beschouwen, waardoor de kans vergroot wordt op een onvervulde zorgbehoefte (Van der Velden, 2015; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021).

Opleidingsniveau, ook wel cultureel kapitaal, is ook een goede voorspeller van het inkomen dat iemand krijgt (Kingston et al., 2003; Allen et al., 2014). Hoe hoger iemand is opgeleid, hoe hoger het inkomen van iemand is. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat hoogopgeleiden vaker voltijds werken en minder vaak werkloos zijn dan laagopgeleiden (van den Brakel, 2020). Deze economische omstandigheden zijn bepalend voor iemands gezondheid. Het hebben van een hoog inkomen zorgt ervoor dat goede gezondheidszorg gekocht kan worden, door bijvoorbeeld naar privéklinieken te gaan voor specialistische zorg (Ross & Wu, 1995; Lahelma et al., 2004; Allen et al., 2014). Deze privéklinieken zijn niet toegankelijk voor mensen met een laag inkomen, waardoor er sociale ongelijkheid kan ontstaan. Bovendien zorgt een hoog inkomen ervoor dat hoogopgeleiden minder financiële problemen ervaren dan laagopgeleiden (Ross & Wu, 1995; Lodi-Smith et al., 2010). Sociale ongelijkheid en financiële problemen zijn dus determinanten van het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen (Allen et al., 2014; Vrooman et al., 2023). Ook blijkt dat het hebben van een hoog opleidingsniveau een beschermende factor is, waardoor hoogopgeleiden een 15 jaar langere levensverwachting hebben in vergelijking met laagopgeleiden (CBS Statline, 2019; Wilson, 2020). Als gevolg hiervan zullen er dus meer laagopgeleide jongeren zijn met mentale gezondheidsproblemen die hulp nodig hebben bij hun mentale gezondheids-klachten. Ook van deze groep laagopgeleide jongeren zullen er een aantal zijn die een mentale hulpbehoefte hebben maar deze niet kunnen vinden of als voldoende beschouwen, waardoor de kans vergroot wordt op een onvervulde zorgbehoefte (Van der Velden, 2015; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021).

Daarnaast verloopt de communicatie tussen laagopgeleide mensen en hun huisarts niet altijd goed. Dit komt doordat huisartsen vaak moeilijke termen gebruiken, waardoor de uitleg lastig te begrijpen is voor laagopgeleiden (Van Ameron, 2021). Tevens duren deze huisartsconsulten met hoogopgeleide patiënten vaak langer in vergelijking met laagopgeleide mensen (NIVEL, 2005). Omdat de hoogopgeleiden ook beter in staat zijn om voor zichzelf op te komen, ontstaat er een gezondheidskloof tussen deze groepen (NIVEL, 2005). Hierdoor is de kans dat laagopgeleiden goed geholpen worden bij hun mentale gezondheidsklachten een stuk kleiner dan voor hoogopgeleiden. Als gevolg daarvan hebben laagopgeleiden dus een grotere kans op een onvervulde zorgbehoefte dan hoogopgeleiden.

Omdat cultureel kapitaal dus invloed heeft op het hebben van mentale gezondheidsproblemen, is het van belang om deze relatie bij het jongeren met een onvervulde zorgbehoefte te onderzoeken (Figuur 1). De volgende hypothese kan geformuleerd worden:

H1: Cultureel kapitaal heeft een positief effect op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten.

Cultureel kapitaal heeft echter ook invloed op sociaal kapitaal (Barry, 2012; Allen et al., 2014; Dahlgren & Whitehead, 2021; van Baar et al., 2022; Vrooman et al., 2023). In deze thesis bestaat

sociaal kapitaal uit drie indicatoren, genaamd gevoelens van eenzaamheid, het ondernemen van sociale activiteiten en de woonsituatie van iemand.

Het hebben van cultureel kapitaal kan van invloed zijn op gevoelens van eenzaamheid. Eenzaamheid ontstaat doordat er negatieve emoties ervaren worden als de sociale relaties van iemand ontoereikend zijn (Goossens, 2018). Vooral adolescenten ervaren hier het meeste last van doordat ze zijn aangewezen op hun leeftijdsgenoten en de rol van ouders minder belangrijk wordt (Goossens, 2018). Omdat zij in deze periode nieuwe relaties aangaan zijn de relaties met hun leeftijdsgenoten nog oppervlakkig waardoor ze niet over hun gevoelens kunnen praten. Uit eerder onderzoek blijkt bovendien dat het hebben van een laag opleidingsniveau een voorspeller is voor gevoelens van eenzaamheid (Cohen-Mansfield et al., 2015). Deze gevoelens van eenzaamheid hebben een negatief effect op het hebben van mentale gezondheidsproblemen, waardoor deze jongeren opzoek kunnen gaan naar hulp voor hun mentale gezondheidsproblemen (Richardson et al., 2017). Als gevolg daarvan kunnen ze mentale hulp wel of niet vinden, en afhankelijk daarvan deze wel of niet toereikend beschouwen, waardoor de kans op een onvervulde zorgbehoefte toeneemt.

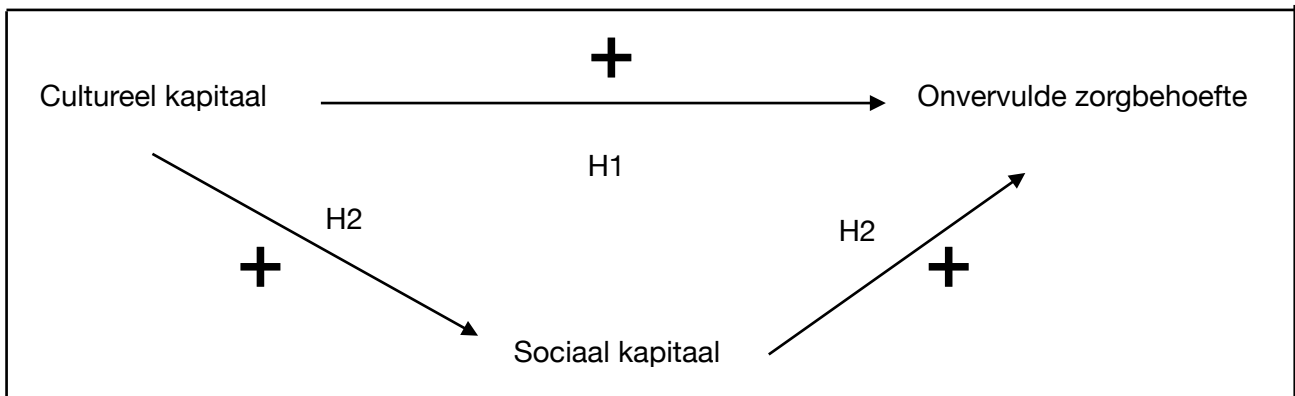
Cultureel kapitaal blijkt ook van invloed te zijn op het ondernemen van sociale activiteiten. Vooral jongeren van hoogopgeleide ouders ondernemen meer activiteiten (Santos, 2004). Doordat zij meer sociale activiteiten ondernemen, zullen ze meer vriendschappen kunnen opbouwen als de rol van ouders minder belangrijk wordt (Goossens, 2018). Het ondernemen van deze sociale activiteiten wordt ook in verband gebracht met een betere mentale gezondheid (Schüz et al., 2015). Sociale activiteiten kunnen dus de kans verkleinen op een onvervulde zorgbehoefte, omdat deze groep jongeren een kleinere kans heeft op mentale gezondheidsproblemen.

Tenslotte blijkt cultureel kapitaal ook invloed te hebben op de woonsituatie van een jongere. Hoogopgeleide jongeren wonen vaker zonder hun ouders en hebben minder vaak een kind in de leeftijdsperiode van 15 tot 25 jaar dan laagopgeleide jongeren (CBS Statline, 2020). Deze woonsituatie kan van invloed zijn op een onvervulde zorgbehoefte omdat jongeren die zonder hun ouders wonen minder snel over hun mentale gezondheidsklachten kunnen praten. Hierdoor kroppen ze hun gevoelens op, waardoor mentale gezondheidsproblemen kunnen ontstaan en mentale hulp nodig is. Dit vergroot de kans op een onvervulde zorgbehoefte omdat deze jongeren zoeken naar mentale hulp, maar deze niet kunnen vinden of niet als voldoende beschouwen.

Sociaal kapitaal speelt dus een belangrijke rol bij het hebben van een goede mentale gezondheid, waardoor het gezien wordt als een beschermende factor voor mentale gezondheidsproblemen (Turner, 2003). Ook wordt het beschikken over veel sociaal kapitaal gezien als manier om problemen te kunnen delen met vrienden, waardoor hulp van de geestelijke gezondheidszorg voorkomen kan worden (Snel et al., 2021). Hierdoor wordt de kans op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte verkleint (Figuur 1). Op basis van bovenstaande argumenten kan de volgende hypothesen geformuleerd worden:

H2: Cultureel kapitaal heeft een positieve invloed op de onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten, via sociaal kapitaal.

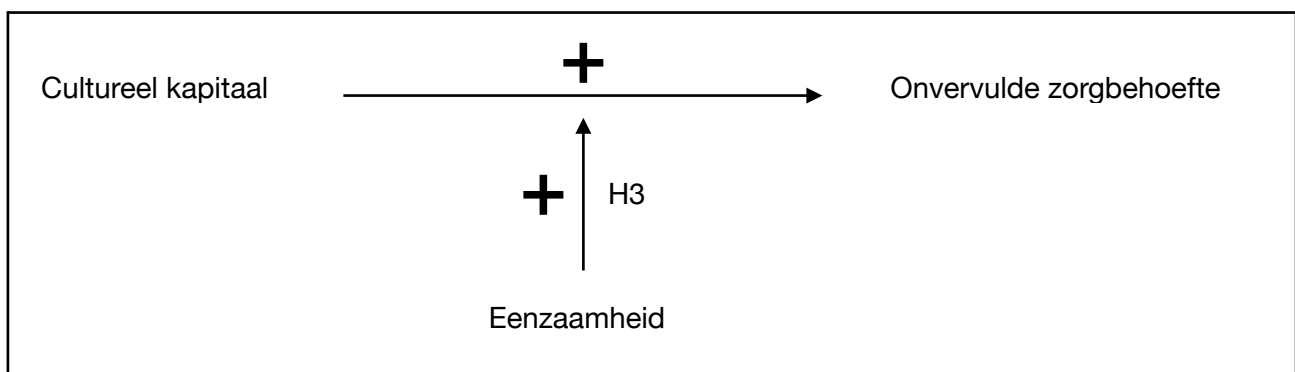
Figuur 1, visualisering van het directe effect en mediatie model.



Echter zijn er verschillende onderzoeken die stellen dat gevoelens van eenzaamheid ook een modererend effect kan hebben op de relatie tussen cultureel kapitaal en het ervaren van mentale gezondheidsklachten (Erzen & Çikrikci, 2018; Ho, 2021). De relatie met een onvervulde zorgbehoefte is niet bekend. Uit eerder onderzoek is er ook weinig bekend over een moderatie-effect van sociale activiteiten en de woonsituatie van iemand. Het is daarom van belang dat er ook gekeken wordt naar de mogelijk modererende rol die eenzaamheid kan spelen tussen de relatie met cultureel kapitaal en het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten (Figuur 2). Op basis van deze argumenten kan de volgende hypothese opgesteld worden:

H3: Eenzaamheid heeft een versterkend effect op de relatie tussen cultureel kapitaal en de onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten.

Figuur 2, visualisering van de modererende rol van gevoelens van eenzaamheid.



Methode

Om te toetsen in hoeverre cultureel kapitaal een rol speelt in het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten en welke rol sociaal kapitaal hierin speelt, is er gebruik gemaakt van de data van het kwartaalonderzoek binnen het gezondheidsonderzoek COVID-19 van het Netwerk GOR. Het kwartaalonderzoek wordt uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in samenwerking met I&O Research. De respondenten werden geworven middels een aselechte steekproef waardoor werd voorkomen dat beroepsrespondenten (mensen die zich aanmelden voor meerdere vragenlijsten) konden deelnemen. De werving vond plaats via steekproeven uit gemeentelijke bevolkingsregisters, maar ook via aselechte adressensteekproeven uit de Basisregistratie Adressen en Gebouwen (BAG). Iedereen had dus een gelijke kans om meegenomen te worden in de studie. Om de steekproeven zo representatief mogelijk te maken werden tot slot aselechte steekproeven getrokken in gemeenten die minder goed vertegenwoordigd waren in het panel.

Er is gebruik gemaakt van de data van de zesde meetronde van het kwartaalonderzoek, die in de periode van december 2022 is afgenomen via een online vragenlijst. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst kregen de respondenten een informed consent te lezen omdat de steekproef gefocust was op jongeren van 12 tot en met 25 jaar. De keuze voor het gebruik van deze vragenlijst is gebaseerd op het feit dat dit de meest recente vragenlijst is op het moment van starten van deze analyse. De uiteindelijke steekproef betrof 3993 respondenten.

Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van SPSS-versie 28 en StataSE17. Na het controleren van missende data (welke bij het hercoderen en inspecteren van de variabelen eruit zijn gehaald), en het corrigeren van outliers bleven uiteindelijk 822 respondenten over die mee zijn genomen in deze complete-case analyse. Dit komt door de selectie van de afhankelijke variabele genaamd onvervulde zorgbehoefte.

Deze afhankelijke Y “Het hebben van een onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten” is geoperationaliseerd door respondenten die antwoord hebben gegeven op de vraag “Je hebt aangegeven dat je niet lekker in je vel zat en daarvoor hulp hebt gehad. Heb je deze hulp ook kunnen vinden?” mee te nemen in de analyse. Mensen die geen klachten ondervonden zijn niet in beschouwing genomen. De antwoordcategorieën betroffen: nee, maar ook niet naar gezocht (1), nee, ik heb gezocht, maar kon het niet vinden (2), ja, gevonden maar niet passend (3), ja, voldoende passende hulp gevonden (4). Deze antwoordcategorieën zijn herformuleert naar 2 categorieën, namelijk: ja, ik heb een vervulde zorgbehoefte (4) en nee, onvervulde zorgbehoefte (1 + 2 + 3), waarbij het hebben van een vervulde zorgbehoefte de referentiecategorie betrof (0) en het hebben van een onvervulde zorgbehoefte de vergelijkings-categorie (1).

Cultureel kapitaal is geoperationaliseerd door gebruik te maken van een combinatie van de variabelen onderwijssoort en hoogst voltooide opleiding. De variabele onderwijssoort bestaat uit 11 categorieën, waarna deze gecodeerd naar opleidingsniveau laag (basisschool (1), praktijkonderwijs (2), vmbo (3), vmbo-t (4) en mbo-1 (7), midden (havo (5), vwo (6), en hoog (hbo (9) en universiteit (10)). Vervolgens is de variabele hoogst voltooide opleiding hier aan toegevoegd

met laag (voltooid laag = 1), midden (voltooid midden = 2) en hoog (voltooid hoog = 3). Hoogst voltooide opleiding is op dezelfde manier gecodeerd. Deze variabelen zijn samengevoegd tot de variabele opleidingsniveau, welke over de categorieën laag (0), midden (1) en hoog (2) beschikt, waarbij een laag opleidingsniveau tot de referentiecategorie behoort.

Om sociaal kapitaal te operationaliseren is gebruik gemaakt van de variabelen eenzaamheid, sociale activiteiten en woonsituatie. Eenzaamheid is gemeten aan de hand van sociale en emotionele eenzaamheid, door middel van de vraag “Geef van de volgende uitspraken aan in hoeverre deze op jou, zoals je de laatste tijd bent, van toepassing zijn”. Deze bestond uit 6 categorieën waarbij per categorie aangegeven moest worden of het van toepassing is (1), min of meer van toepassing (2), en niet van toepassing (3). De antwoordcategorieën waren: ik ervaar leegte om mee heen (1), er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen (2), ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen (3), ik mis mensen om me heen (4), er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel (5), en vaak voel ik me in de steek gelaten (6). Deze variabele is geherformuleerd tot drie categorieën genaamd niet eenzaam (referentie categorie 0, bestaat uit 3), enigszins eenzaam (1, bestaat uit 2 + 5), en sterk eenzaam (2, bestaat uit 1 + 4 + 6). Deze categorieën zijn gebaseerd op de korte De Jong-Gierveld schaal (1987).

De variabele sociale activiteiten is gemeten aan de hand van de vraag “Heb je de afgelopen tijd sociale activiteiten ondernomen?” met als antwoordopties niet ondernomen (0) wel ondernomen (1). Onder sociale activiteiten vallen het ontmoeten van vrienden, bezoeken van de horeca of bioscoop, en bezoek ontvangen. De variabele woonsituatie is ontstaan door de dichotome variabele woont wel (1), of niet bij ouders (2) te combineren met de zelfstandige woonsituatie, waarbij de antwoordopties zijn woont alleen (1), woont samen met andere volwassenen (2), woont samen met partner (3), woont samen met partner en kinderen (4), woont alleen met kinderen (5), heb geen vaste woon of verblijf plek (6), anders (7). De variabele woonsituatie bestaat in deze analyse uit woont bij ouders (0), woont alleen (1), woont samen met andere volwassenen (2), woont samen met partner (3). De antwoord optie woont samen met partner en kinderen is toegevoegd aan de woonsituatie met partner, omdat je dan ook samen onder 1 dak woont. De antwoordopties woont alleen met kinderen, heb geen vaste woon of verblijfplaats en anders zijn buiten beschouwing gelaten vanwege de lage respons en het mogelijk beïnvloeden van de analyse als ze wel worden meegenomen. Tevens kunnen deze antwoordcategorieën niet onderbouwd worden met theorie omdat hier niet veel onderzoek naar gedaan is.

Er zijn ook controle variabelen meegenomen in de analyse. Allereerst geslacht omdat het verschil van mentale gezondheidsklachten tussen hoog- en laagopgeleide vrouwen groot is, waardoor deze onbedoeld het effect kan beïnvloeden op cultureel kapitaal (van den Brakel, 2020). Tevens blijken vrouwen ook vaker last te hebben van gevoelens van eenzaamheid (Cohen-Mansfield et al., 2015). Geslacht is geoperationaliseerd als man (0, referentie categorie) en vrouw (1). Ook leeftijd is meegenomen als controlevariabele. Deze is verdeeld in twee categorieën, namelijk 12 tot en met 17 jaar (0, referentie categorie), en 18 tot en met 25 jaar (1). De keuze om leeftijd te verdelen in categorieën is gebaseerd op het feit dat er anders niet genoeg respondenten zijn per leeftijdscategorie en deze dus niet normaal verdeeld is. Tenslotte zijn ervaren gezondheid

en het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten ook meegenomen als controlevariabelen. Fysiek actieve jongeren hebben over het algemeen een betere mentale gezondheid, wat de kans verkleint op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte (Jacob et al., 2020). De variabele ervaren gezondheid is gemeten aan de hand van de vraag “Hoe is over het algemeen je gezondheid?”, waarbij de antwoordcategorieën uit zeer goed (1), goed (2), gaat wel (3), slecht (4) en zeer slecht (5) bestonden. Hier is een nieuwe variabele van gemaakt, genaamd ervaren gezondheid met drie categorieën, genaamd goed (0, referentie categorie, samengevoegd met 1 + 2), gemiddeld (1, bestaat uit 3) en slecht (2, bestaat uit 4 + 5). Het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten is gemeten aan de hand van de vraag “Hoe vaak heb je in de laatste 4 weken last gehad van de volgende klacht(en)?”, welke bestaat uit 11 antwoordcategorieën met 5 antwoordopties. Echter is de variabele die gebruikt is in de analyse al voorafgaand aan het schrijven van deze scriptie omgezet in twee categorieën, genaamd nee (0, referentie categorie, geen last van fysieke gezondheidsklachten), en ja (1, wel last van fysieke gezondheidsklachten).

Als eerste is er voor alle onafhankelijke variabelen een univariabele logistische regressie uitgevoerd op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte voor jongeren met mentale gezondheidsklachten. Om hypothese 1 te toetsen is de relatie tussen opleidingsniveau en het hebben van een onvervulde zorgbehoefte getoetst aan de hand van een multivariabele logistische regressie, inclusief de controlevariabelen. Hypothese 2 is ook getoetst aan de hand van een multivariabele logistische regressie, inclusief de controlevariabelen. Tot slot is hypothese 3 getoetst door een interactieterm op te nemen in de logistische regressie tussen opleidingsniveau en eenzaamheid, waarbij ook direct de controlevariabelen zijn meegenomen.

Resultaten

In tabel 1 wordt een weergave gegeven van alle variabelen die gebruikt zijn in de analyse. Hierin is te zien hoe de antwoordcategorieën verdeeld zijn en het aantal respondenten per categorie. Tevens is een Chi-2 toets uitgevoerd om te testen of er verschillen waren tussen jongeren met en zonder onvervulde zorgbehoefte per onafhankelijke variabele. Alleen voor de variabelen eenzaamheid ($p = <.001$), ervaren gezondheid ($p = <.001$) en het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten ($p = <.001$) zijn significante effecten gevonden.

In tabel 2 model 1 worden de univariabele logistische regressies van alle onafhankelijke variabelen op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte weergegeven. In tabel 2 model 2 wordt de multivariabele logistische regressie weergegeven van cultureel kapitaal op een onvervulde zorgbehoefte, inclusief controle variabelen. In tabel 2 model 3 is de multivariabele logistische regressie te zien van cultureel kapitaal op een onvervulde zorgbehoefte via sociaal kapitaal, inclusief controlevariabelen.

Tabel 1: Beschrijvende statistieken van de afhankelijke, onafhankelijke en controle variabelen en CHI-2 toets.

	No.	%	No.	%	P-waarde
Heb je een onvervulde zorgbehoefte?	Ja		Nee (REF)		
Opleidingsniveau*					0,569
- Laag (= 0)	46	8,8	25	8,4	
- Midden (= 1)	176	33,8	112	37,4	
- Hoog (= 2)	299	57,4	162	54,2	
Eenzaamheid					<,001
- Niet (= 0)	125	24,0	25	8,4	
- Enigzins (= 1)	249	47,8	108	36,1	
- Ernstig (= 2)	147	28,2	166	55,5	
Sociale Activiteiten					0,560
- Niet ondernomen (= 0)	33	6,3	30	10,0	
- Wel ondernomen (= 1)	488	93,7	269	90,0	
Woonsituatie					0,422
- Bij ouders (= 0)	276	53,0	166	55,5	
- Alleen (= 1)	87	16,7	46	15,4	
- Met volwassenen (= 2)	94	18,0	43	14,4	
- Met partner (= 3)	64	12,3	44	14,7	
Geslacht					0,645
- Man (= 0)	133	25,5	72	24,1	
- Vrouw (= 1)	388	74,5	227	75,9	
Leeftijd					0,349
- 12 t/m 17 jaar (= 0)	121	23,2	61	20,4	
- 18 t/m 25 jaar (= 1)	400	76,8	238	79,6	
Ervaren gezondheid					<,001
- Goed (= 0)	358	68,7	140	46,8	
- Gemiddeld (= 1)	142	27,3	120	40,1	
- Slecht (= 2)	21	4,0	39	13,1	
1 of meer fysieke gezondheidsklachten					<,001
- Nee (= 0)	96	18,4	14	4,7	
- Ja (= 1)	425	81,6	285	95,3	

*Voetnoot categorieën opleidingsniveau. Laag: basisschool, praktijkonderwijs, vmbo, vmbo-t & mbo niveau 1. Midden: Havo, vwo & mbo niveau 2 t/m 4. Hoog: hbo en universiteit.

Tabel 2: Resultaten uni- en multivariabele regressies van cultureel en sociaal kapitaal op onvervulde zorgbehoefte.

	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	CI95%	aOR	CI95%	aOR	CI95%
Opleidingsniveau						
- Laag	REF		REF		REF	
- Midden	1,171	0,681 - 2,012	1,081	0,601 - 1,944	1,192	0,654 - 2,173
- Hoog	0,997	0,591 - 1,682	0,845	0,448 - 1,595	1,118	0,579 - 2,159
Eenzaamheid						
- Niet	REF				REF	
- Enigzins	2,169**	1,335 - 3,523			1,714	1,034 - 2,832
- Ernstig	5,646*	3,482 - 9,156			3,999*	2,403 - 6,656
Sociale Activiteiten						
- Niet ondernomen	REF				REF	
- Wel ondernomen	0,606	0,362 - 1,016			0,847	0,485 - 1,478
Woonsituatie						
- Bij ouders	REF				REF	
- Alleen	0,879	0,586 - 1,319			0,799	0,500 - 1,277
- Met volwassenen	0,761	0,505 - 1,145			0,778	0,483 - 1,254
- Met partner	1,143	0,744 - 1,756			1,358	0,830 - 2,222
Geslacht						
- Man	REF		REF		REF	
- Vrouw	0,925	0,665 - 1,287	1,159	0,814 - 1,651	1,227	0,849 - 1,776
Leeftijd						
- 12 t/m 17 jaar	REF		REF		REF	
- 18 t/m 25 jaar	1,180	0,834 - 1,670	1,187	0,757 - 1,864	1,042	0,636 - 1,709
Ervaren gezondheid						
- Goed	REF		REF		REF	
- Gemiddeld	2,161*	1,582 - 2,952	1,867*	1,356 - 2,571	1,651**	1,182 - 2,307
- Slecht	4,749*	2,698 - 8,358	3,935*	2,215 - 6,991	2,998*	1,653 - 5,436
1 of meer fysieke gezondheidsklachten						
- Nee	REF		REF		REF	
- Ja	4,598*	2,573 - 8,216	3,855*	2,117 - 7,019	3,119*	1,683 - 5,781

*significant bij $p < .001$ ** significant bij $p < .05$

In tabel 2 model 1 is te zien dat het hebben van veel cultureel kapitaal de OR met 0,997 afneemt op een onvervulde zorgbehoefte ($p = 0,991$). De verschillen zijn echter niet significant. In deze tabel is tevens te zien dat het ervaren van enigszins eenzame klachten de kans op een onvervulde zorgbehoefte 2,169 OR laat toenemen ten opzichte van de referentie groep die geen gevoelens van eenzaamheid ervaarden ($p = .002$). Voor ernstige gevoelens van eenzaamheid is tevens een significant effect gevonden, wat betekent dat het ervaren van deze gevoelens de kans op een onvervulde zorgbehoefte 5,646 OR vergroot ten opzichte van de referentie groep die geen gevoelens van eenzaamheid ervaarden ($p = <.001$). Voor het ondernemen van sociale activiteiten gold dat de kans op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte met een OR van 0,606 afneemt ($p = 0.058$). Ook is te zien dat jongeren met een gemiddelde ervaren gezondheid 2,161 OR meer kans hebben op een onvervulde mentale zorgbehoefte ($p = <.001$). Tevens blijkt dat jongeren die een slechte gezondheid ervaren 4,749 OR meer kans hebben op een onvervulde zorgbehoefte dan jongeren die een goede ervaren gezondheid hadden ($p = <.001$). Ook het ervaren van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten vergroot de kans met 4,598 OR op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte ($p = <.001$).

In tabel 2 model 2 is te zien dat het hebben van veel cultureel kapitaal de aOR met 0,845 afneemt op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte ($p = 0,604$). Ook vrouw zijn vergroot de kans met een aOR van 1,159 op een onvervulde mentale zorgbehoefte ($p = 0,412$). Ook het ervaren van een slechte gezondheid vergroot de kans op een onvervulde zorgbehoefte met aOR 3,935 ($p = <.001$). Tot slot blijken jongeren die 1 of meer fysieke gezondheidsklachten ervaren 3,855 aOR meer kans te hebben op een onvervulde zorgbehoefte bij het ervaren van mentale gezondheidsklachten ($p = <.001$).

In zowel tabel 2 model 1 als tabel 2 model 2 is er dus geen significant verband gevonden tussen opleidingsniveau en een onvervulde mentale zorgbehoefte. Naar aanleiding van deze resultaten kan hypothese 1 dus verworpen worden en blijkt dat cultureel kapitaal geen invloed heeft op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten.

In tabel 2 model 3 is te zien dat het hebben van veel cultureel kapitaal de kans op een onvervulde mentale zorgbehoefte laat toenemen met een aOR van 1,118 ($p = 0,739$). Dit effect is niet significant. Voor ernstige gevoelens van eenzaamheid geldt dat de kans met aOR 3,999 toeneemt op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte voor jongeren ($p = <.001$). Voor het ervaren van een slechte fysieke gezondheid is de kans op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte 2,998 aOR ($p = <.001$). Ook voor het ervaren van gezondheidsklachten geldt dat de kans op een onvervulde zorgbehoefte met 3,119 aOR toeneemt voor jongeren ($p = .001$).

Omdat er in tabel 2 model 3 geen significant effect gevonden is voor cultureel kapitaal op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten via sociaal kapitaal, betekent dit dat hypothese 2 deels verworpen kan worden. Het merendeel van sociaal kapitaal heeft geen invloed op het vervullen van deze onvervulde mentale zorgbehoefte, maar gevoelens van eenzaamheid wel. Volgens de theorie kunnen deze gevoelens van eenzaamheid ook een modererend effect hebben. In tabel 3 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 3: Resultaten interactie van cultureel kapitaal op eenzaamheid met als uitkomstmaat onvervulde zorgbehoefte.

	Niet eenzaam	Enigzins eenzaam	Sterk eenzaam
	P-waarde	P-waarde	P-waarde
Opleidingsniveau*eenzaam			
- Laag	REF	0,125	0,267
- Midden	0,276	0,397	0,041
- Hoog	0,550	0,262	0,051

Uit de resultaten van tabel 3 blijkt dat het effect van opleidingsniveau op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten anders is voor jongeren die sterk eenzaam zijn. Hypothese 3 betref de verwachting dat meer gevoelens van eenzaamheid het effect van cultureel kapitaal op een onvervulde zorgbehoefte versterken. Doordat er een p-waarde is gevonden van 0,051 voor het ervaren van sterke gevoelens van eenzaamheid en het hebben van veel cultureel kapitaal, kan niet uitgesloten worden dat deze gevoelens van eenzaamheid geen invloed hebben op een onvervulde zorgbehoefte. Echter is het bewijs niet overtuigend. Hypothese 3 zal dus verworpen moeten worden.

Conclusie & Discussie

In deze thesis stond de vraag in hoeverre cultureel kapitaal invloed heeft op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten, en welke relatie sociaal kapitaal hierin speelt centraal. Omdat bijna 40% van de jongeren tussen de 18 en 25 jaar mentale gezondheidsklachten hebben, is de wachttijd voor mentale gezondheidszorg opgelopen tot een jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021). Door deze lange wachtlijsten zijn er steeds meer jongeren die ernstige psychische klachten hebben maar de weg naar de geestelijke gezondheidszorg niet weten te vinden, wat resulteert in een onvervulde zorgbehoefte (van der Velden, 2015). Het is belangrijk om uit te zoeken wat de oorzaken zijn van deze onvervulde zorgbehoefte onder jongeren zijn zodat de behandeling beter past per individu en er geen terugkeer nodig is binnen afzienbare tijd tot de geestelijke gezondheidszorg doordat de behandeling niet geholpen heeft (Nederlands Jeugdinstituut, 2018).

Uit de resultaten blijkt dat jongeren die aangeven sterk eenzaam te zijn een significant hogere kans hebben op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte bij mentale gezondheidsklachten. Dit effect is nog sterker voor een jongere die gemiddeld opgeleid is. Daarnaast blijken ervaren gezondheid en het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten belangrijke factoren voor het hebben van een onvervulde zorgbehoefte. Als een jongere een slechte fysieke gezondheid ervaart, heeft deze jongere meer kans op een onvervulde zorgbehoefte voor mentale problemen. Sociale activiteiten, de woonsituatie van een jongere, en geslacht blijken geen invloed te hebben op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten. Hierdoor is het mediatie effect uitgebleven.

Een mogelijke verklaring voor een onvervulde zorgbehoefte voor jongeren met een gemiddeld opleidingsniveau en sterke gevoelens van eenzaamheid zijn de oppervlakkige relaties die deze jongeren aan gaan doordat de relatie met de ouders in de adolescentie veranderd (Goossens, 2018). Doordat deze oppervlakkige vriendschappen geen mogelijkheid bieden tot het uiten van gevoelens, en gevoelens van eenzaamheid op de loer liggen, blijft de jongere met deze gevoelens zitten. Hierdoor worden gevoelens opgekropt en kan dit leiden tot mentale gezondheidsklachten, met als gevolg een onvervulde zorgbehoefte. Tevens is dit gevonden resultaat in lijn met de theorie. Midden- en hoogopgeleiden ervaren meer prestatiedruk, waardoor er een toename te zien is van mentale gezondheidsklachten onder jongeren van 12 tot en met 25 jaar (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Ook wordt in eerder onderzoek bevestigd dat gevoelens van eenzaamheid gerelateerd zijn aan een slechtere mentale gezondheid, wat de kans op een onvervulde zorgbehoefte laat toenemen (Richardson et al., 2017).

Dankzij deze thesis weten we dat gevoelens van eenzaamheid meegenomen moeten worden in een analyse naar de onvervulde zorgbehoefte van jongeren met mentale gezondheidsklachten. Omdat dit onderzoek ook gebruik heeft gemaakt van data die vrij recent verzameld is (december 2022), schetst het een goed beeld van de huidige generatie jongeren van 12 tot en met 25 jaar met mentale gezondheidsklachten die een onvervulde zorgbehoefte hebben.

Naast de positieve kanten van dit onderzoek zijn er ook limitaties. Allereerst is het financiële aspect van cultureel kapitaal niet meegenomen. Dit was simpelweg niet mogelijk omdat deze data niet beschikbaar was in de gebruikte dataset. Daarentegen is het wel belangrijk om deze factor mee te nemen. Economische omstandigheden en financiële zorgen kunnen verband houden met mentale gezondheidsklachten, wat weer van invloed kan zijn op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte (Castagna, 2023; Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu, 2022; van Baar, Kramer & Shields-Zeeman, 2022). Daarom is het van belang om het financiële aspect mee te nemen. Tot slot zullen er ook aanvullende analyses gedaan moeten worden om het modererende effect van eenzaamheid goed te kunnen verklaren.

Gevoelens van eenzaamheid, ervaren gezondheid en het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten spelen dus een rol in het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten. Het is daarom belangrijk om behandelingen voor deze groep jongeren met een onvervulde zorgbehoefte zo goed als mogelijk aan te laten sluiten met deze factoren als leidraad. Op deze manier kunnen jongeren weer hopen op een mooie toekomst.

Beleidsadvies

Om de resultaten van deze scriptie zo bruikbaar mogelijk te maken is er ook een beleidsadvies geschreven, welke zich focust op de praktijk. De beleidsvraag die centraal staat is: *“Hoe kan ervoor gezorgd worden dat jongeren met mentale gezondheidsklachten worden voorzien in het vervullen van hun zorgbehoefte?”*.

Voor Passende Zorg wordt al sinds 2020 gepleit door de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Hierin staat dat Passende Zorg doelmatig, waarde gedreven en effectief moet zijn, in moet zetten op gezondheid in plaats van ziekte, samen met de patiënt tot stand moet komen, en dichtbij georganiseerd moet worden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 2022). Met deze aanpak moet in de zorg meer rekening worden gehouden met de verschillen tussen mensen. Zoals in deze scriptie al eerder verwoord is, is het van belang dat zorg passend is zodat de jongere niet terug hoeft te keren naar de GGZ omdat de behandelingen effectiever worden en er wel een match tussen vraag en aanbod plaatsvindt (ActiZ et al., 2022; Castagna, 2023). Gedragstherapie blijkt het beste te werken (Aanpakeenzaamheid.nl, 2021). Het is dus van belang om gevoelens van eenzaamheid, ervaren gezondheid en het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten in kaart te brengen zodat op deze manier een behandeling past bij de vraag die een jongere heeft.

Om gevoelens van eenzaamheid onder jongeren in kaart te brengen zouden herhaalde vragenlijsten afgenomen kunnen worden. Door vragenlijsten bijvoorbeeld eens per maand af te nemen kan eenzaamheid gemonitord worden en bekeken worden waar jongeren over het algemeen behoefte aan hebben. Op die manier kunnen gevoelens van eenzaamheid verholpen worden, waardoor de kans op een onvervulde zorgbehoefte afneemt. Ook kan ingezet worden op het bezitten van meer sociale vaardigheden, zodat jongeren makkelijker vriendschappen kunnen sluiten en over hun gevoelens kunnen praten (Aanpakeenzaamheid.nl, 2021). Tot slot dient het taboe rondom eenzaamheid doorbroken te worden door er meer over te praten.

Ook ervaren gezondheid en het hebben van 1 of meer fysieke gezondheidsklachten spelen een rol in het hebben van een onvervulde zorgbehoefte onder jongeren met mentale gezondheidsklachten. De algehele gezondheid speelt dus een rol in mentale gezondheidsklachten (Barry, 2012). De focus zou daarom moeten liggen op interventies die een positieve mentale gezondheid promoten (Barry, 2012). Door op deze manier preventief te handelen wordt voorkomen dat jongeren mentale gezondheidsklachten ervaren, waardoor er ook geen onvervulde zorgbehoefte meer is. De focus zou daarom moeten liggen op de algehele samenwerking tussen families, scholen en bredere sociale determinanten (zoals het ondernemen van sociale activiteiten) om de mentale gezondheid van jongeren te bevorderen (Barry, 2012). Vooral op scholen is dit van belang, omdat het stimuleren van mentale gezondheid zorgt voor verbeterde schoolresultaten en lange termijn effecten, zoals het worden van een verantwoordelijke volwassene (Barry, 2012). Tevens blijkt dat het stimuleren van sociaal kapitaal een belangrijke rol speelt in het ervaren van mentale gezondheidsklachten, met als resultaat een kleinere kans op het hebben van een onvervulde zorgbehoefte (Barry, 2012). Het stimuleren van sociaal kapitaal bij een jongere kan gedaan worden door participatie te promoten in de samenleving, zoals het zoeken van een hobby of het uitoefenen van een team-sport (Aanpakeenzaamheid.nl, 2021). Dit bevordert tegelijkertijd de algehele gezondheid van een jongere, wat samenhangt met het hebben van een onvervulde zorgbehoefte.

Het Kabinet is in 2022 een brede beweging gestart voor een betere mentale gezondheid met de campagne “Mentale gezondheid” van ons allemaal” (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Hierin staat onder andere een laagdrempelige ondersteuning centraal. Door de mentale

zorg laagdrempelig te maken wordt de kans op een onvervulde zorgbehoefte kleiner. Hopelijk heeft dit beleid als resultaat meer jongeren met een vervulde zorgbehoefte.

Literatuurlijst

- Aanpakeenzaamheid.nl. (2021, 3 juni). *Jongeren - Aanpakeenzaamheid.nl*. <https://aanpakeenzaamheid.nl/jongeren/>
- ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). Integraal Zorg Akkoord 2022: Samen werken aan gezonde zorg. In *De Medisch Specialist*. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-09integraal_zorgakkoord_samen_werken_aan_gezonde_zorg.pdf
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Barry, M. M. (2012). Promoting positive mental health and well-being: Practice and policy. *Mental Well-Being*, 355–384. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_16
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: *Richardson, J., Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT: Greenwood: 241–58. https://home.iitk.ac.in/~amman/soc748/bourdieu_forms_of_capital.pdf
- Castagna, G. (2023, 7 februari). *Hervorming van de ggz*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/hervorming-ggz/>
- CBS Statline. (2019, 24 oktober). Geraadpleegd op 1 mei 2023, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80298ned/table?dl=3A74F>
- CBS Statline. (2020, 13 februari). Geraadpleegd op 1 mei 2023, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84337NED/table>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021, 3 september). *Mentale gezondheid in eerste helft 2021 op dieptepunt*. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/35/mentale-gezondheid-in-eerste-helft-2021-op-dieptepunt>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 1 juni). *Mentale gezondheid jongeren afgenomen*. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/22/mentale-gezondheid-jongeren-afgenomen>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2015). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/s1041610215001532>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119–128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- De Nederlandse GGZ. (2021, 22 november). *Stijgende druk op ggz-sector en zorgprofessionals*. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2021/stijgende-druk-op-ggz-sector-en-zorgprofessionals-blijkt-ook-uit-analyse-jaarverslagen>
- Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 427–435. <https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- Goossens, L. (2018). Loneliness in Adolescence: Insights From Cacioppo's Evolutionary Model. *Child Development Perspectives*, 12(4), 230–234. <https://doi.org/10.1111/cdep.12291>
- Ho, T. M. H. (2021). Facebook addiction and depression: Loneliness as a moderator and poor sleep quality as a mediator. *Telematics and Informatics*, 61, 101617. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2021.101617>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021). *Onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/03/15/factsheet-onvoldoende-tijdige-en-juiste-hulp-voor-jongeren-met-ernstige-psychische-problemen>
- Jacob, L., Tully, M. A., Barnett, Y., López-Sánchez, G. F., Butler, L. T., Schuch, F. B., López-Bueno, R., McDermott, D. T., Firth, J., Grabovac, I., Yakkundi, A., Armstrong, N. J., Young, T., & Yang, L. (2020). The relationship between physical activity and mental health in a sample of the UK public: A cross-sectional study during the implementation of COVID-19 social distancing measures. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100345>
- Kingston, P., Hubbard, R. J., Lapp, B., Schroeder, P. W., & Wilson, J. (2003). Why education matters. *Sociology Of Education*, 76(1), 53. <https://doi.org/10.2307/3090261>
- Lahelma, E., Martikainen, P. J., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4), 327–332. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011148>
- Lodi-Smith, J., Jackson, J. J., Bogg, T., Walton, K. E., Wood, D., Harms, P. D., & Roberts, B. W. (2010). Mechanisms of health: Education and health-related behaviors partially mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health. *Psychology & Health*, 25(3), 305–319. <https://doi.org/10.1080/08870440902736964>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022, 4 augustus). *Aanpak mentale gezondheid van ons allemaal*. Rapport | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/10/aanpak-mentale-gezondheid-van-ons-allemaal>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2022, 14 februari). *GIZ-methodiek officieel erkend als theoretisch goed onderbouwd*. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.ncj.nl/inspiratie/giz-methodiek-erkend-als-theoretisch-goed-onderbouwd/>

- Nederlands Jeugdinstituut. (2018, 29 maart). *Gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften (GIZ-methodiek)*. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.nji.nl/interventies/gezamenlijk-inschatten-van-zorgbehoeften-giz-methodiek>
- NIVEL. (2005, 14 april). *Huisarts neemt meer tijd voor hoger opgeleide patiënt*. Geraadpleegd op 17 april 2023, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisarts-neemt-meer-tijd-voor-hoger-opgeleide-patient>
- Richardson, T. S., Elliott, P., & Roberts, R. (2017). Relationship between loneliness and mental health in students. *Journal of Public Mental Health, 16*(2), 48–54. <https://doi.org/10.1108/jpmh-03-2016-0013>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2020). *Thema gezondheid | Mentale gezondheid*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Geraadpleegd op 10 juni 2023, van <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/gezondheid/mentale-gezondheid>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023, 2 maart). *Kwartaalonderzoek jongeren*. RIVM. Geraadpleegd op 3 april 2023, van <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren>
- Robberegt, S. J., Brouwer, M., Kooiman, B. E., Stikkelbroek, Y., Nauta, M. H., & Bockting, C. L. H. (2022). Meta-Analysis: Relapse prevention strategies for depression and anxiety in remitted adolescents and young adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 62*(3), 306–317. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.04.014>
- Ross, C. L., & Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review, 60*(5), 719. <https://doi.org/10.2307/2096319>
- Santos, M. J., Esculcas, C., & Mota, J. (2004). The relationship between socioeconomic status and adolescents' organized and non-organized physical activities. *Pediatric Exercise Science, 16*(3), 210–218. <https://doi.org/10.1123/pes.16.3.210>
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L. M. S., Quinn, M. A., King, C. M., Carr, A., Elliott, K., Robinson, A., & Scott, J. (2015). Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-being, 7*(2), 230–248. <https://doi.org/10.1111/aphw.12046>
- Snel, E., De Boom, J., Van Bochove, M., & Engbersen, G. (2021). Sociaal kapitaal als bescherming tegen de mentale gevolgen van COVID-19. *Mensch en maatschappij, 96*(2), 213–241. <https://doi.org/10.5117/mem2021.2.004.snel>
- Tolsma, J., & Wolbers, M. H. (2010). Onderwijs als nieuwe sociale scheidslijn? De gevolgen van onderwijsexpansie voor sociale mobiliteit, de waarde van diploma's en het relatieve belang van opleiding in Nederland.
- Trimbos-Instituut. (2022, 12 september). *Mentale gezondheid: wat bedoelen wij daar eigenlijk mee?* Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 3 april 2023, van <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/mentale-gezondheid-wat-bedoelen-wij-daar-eigenlijk-mee/>
- Turner, B. S. (2003). Social Capital, Inequality and Health: the Durkheimian revival. *Social Theory and Health, 1*(1), 4–20. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700001>

- UM Press Office. (2022, 10 oktober). Grootste onderzoek ooit ten behoeve van Europese jongeren met mentale gezondheidsproblemen van start. *nieuws - Maastricht University*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/nieuws/grootste-onderzoek-ooit-ten-behoeve-van-europese-jongeren-met-mentale-gezondheidsproblemen>
- Unicef NL. (2021, 15 oktober). Mentale gezondheid Nederlandse jongeren slechter dan gemiddeld in Europa. *UNICEF*. <https://www.unicef.nl/pers/2021-10-15-mentale-gezondheid-nederlandse-jongeren-slechter-dan-gemiddeld-in-europa>
- Van Ameron, M. (2021, 2 juli). *Bekijk: "Lageropgeleiden zijn vaak extra kwetsbaar"*. NEMOKennislink. <https://www.nemokennislink.nl/publicaties/lageropgeleiden-zijn-vaak-extra-kwetsbaar/>
- van Baar, J., Kramer, J., & Shields-Zeeman, L. (2022). Sociale determinanten van mentale gezondheid. In *Trimbos Instituut*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/10/AF2006-Sociale-determinanten-van-mentale-gezondheid.pdf>
- van den Brakel, M. (2020). Emancipatiemonitor 2020: Wat zijn de verschillen op de arbeidsmarkt tussen hoog- en laagopgeleide vrouwen?. Geraadpleegd op 17 april 2023 via <https://digitaal.scp.nl/emancipatiemonitor2020/wat-zijn-de-verschillen-op-de-arbeidsmarkt-tussen-hoog-en-laagopgeleide-vrouwen>.
- van der Velden, P. (2015). Gezondheid als risicofactor voor posttraumatische stresssymptomen. *Psychotrauma Wel Beschouwd. Liber Amicorum Voor Prof. Dr. Rolf J. Kleber*, 159–167. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/10066037/Psychotrauma_wel_beschouwd_liber_amicorum_Rolf_Kleber_V3.pdf
- Vrooman, C., Boelhouwer, J., Iedema, J., & van der Torre, A. (2023). *Eigentijdse ongelijkheid: De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal Verschil in Nederland 2023*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd op 7 maart 2023, van <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/03/07/eigentijdse-ongelijkheid>
- Wilson, E. H. (2020). Where next for youth mental health? Reflections on current research and considerations for the future. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1766001>