
KOHNSTAMM
INSTITUUT

Over de relatie tussen gezondheid en onderwijs

Positieve gezondheid, health literacy en geletterdheid



MARION VAN BINSBERGEN
M.M.V. YVONNE VANNESTE

ESMÉE LALIHATU
ELLEN-JOAN WESSELS

KOEN ROSEMA

CIP-gegevens KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Over de relatie tussen gezondheid en onderwijs.

Positieve gezondheid, health literacy en geletterdheid.

Binsbergen, M.H van, Lalihatu, E.S., Rosema, K. W.

m.m.v. Vanneste-van Zandvoort, Y.T.M., Wessels, E-J.

Amsterdam: Kohnstamm Instituut.

Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Rapport 1110, projectnummer 20916.

ISBN 978-94-6321-187-1

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Uitgave en verspreiding:

Kohnstamm Instituut

Bezoekadres: Keizer Karelplein 1, 1185 HL Amstelveen

Postbus 94208, 1090 GE Amsterdam

Tel.: 020-2141400

www.kohnstamminstituut.nl

© Copyright Kohnstamm Instituut, 2024

Vooraf

In Nederland is iedere minderjarige leerplichtig, tenzij er een ontheffing is van de Leerplicht. Naar schatting zitten zo'n 15.000 leerlingen per jaar langdurig thuis, al dan niet met een ontheffing van de Leerplicht. Daarnaast stromen er per jaar 25.000 tot 30.000 leerlingen uit het onderwijs zonder startkwalificatie ondanks de kwalificatieplicht.

De kans dat kinderen en jongeren die niet deelnemen aan (kwalificerend) onderwijs later in hun leven geconfronteerd worden met ingrijpende gezondheidsschade is groot. De aansluitingsproblemen die ontstaan op jonge leeftijd houden aan, met verregaande gevolgen. Het vraagstuk rond leerlingen die niet naar school gaan is het thuiszittersvraagstuk gaan heten. Voor hen zijn zogenoemde onderwijszorgarrangementen ingericht als ultimum remedium wanneer andere oplossingen niet werken.

Om dit soort arrangementen - in het dagelijks taalgebruik al afgekort tot OZA - makkelijker te kunnen opzetten, is in 2023 wettelijke experimenteerruimte gecreëerd met het Besluit experiment onderwijszorgarrangementen. De samenwerking tussen zorginstellingen en scholen bestaat al veel langer, maar dit experiment maakt het voor deze arrangementen mogelijk om langdurend af te wijken van onderwijswetgeving. Dit is nieuw. Zo mag een OZA binnen deze regeling bijvoorbeeld voor de duur van het experiment lesgeven op een andere locatie dan een school of langs een andere tijdsindeling dan het reguliere programma.

Dit experiment is gestart op 1 januari 2023 en heeft een looptijd van vijf jaar. Aan deze regeling zijn zogenoemde proeftuinen voorafgegaan. Deze proeftuinen zijn van mei 2021 tot mei 2022 begeleid door BMC. Het eindrapport van BMC meldt onder meer het volgende:

Een onderwijszorgarrangement berust noodzakelijkerwijs op afspraken tussen netwerkpartners. Relevante partners in het regionale netwerk zijn bijvoorbeeld scholen/schoolbesturen, samenwerkingsverbanden passend onderwijs, zorg- of jeugdhulporganisaties, zorgkantoren en gemeenten. In de praktijk van de proeftuinen zien we dat het een uitdaging is om tot duurzame samenwerking te komen met de netwerkpartners.

Het is als startend initiatief een uitdaging om aan de juiste tafels te komen. Om tot afspraken te komen over de bundeling van onderwijs en zorg moet een initiatief, om te beginnen, weten wie relevante partners zijn, en over welke zaken met welke partner afspraken gemaakt moeten worden.

Het is een uitdaging om de toegevoegde waarde van de dienstverlening herkenbaar te maken voor de diverse netwerkpartners. Hierbij wordt het gesprek extra bemoeilijkt wanneer de kosten van de dienstverlening in de beleving hoog zijn terwijl het recht op onderwijs niet budgettair gelimiteerd is.

Het helpt als duidelijk wordt gemaakt wat de dienstverlening in het OZA voor het kind, gezien vanuit de leefwereld van het kind, oplevert (de why van het OZA). Het heft de ogenschijnlijk tegenstrijdige doelformulering vanuit de systeemwereld van de verschillende partners op. Het verhaal wordt verteld vanuit de bedoeling voor het kind. De why wordt uitgewerkt in het projectplan.

Zo'n 80 aanmeldingen, uitgewerkt in 80 projectplannen waren voorzien voor het experiment OZA dat vanaf 1 januari 2023 is gestart. Uiteindelijk zijn 62 projecten na een openstelling in twee aanvraagrondes toegelaten.

Een eerste analyse van deze 62 plannen en de eerste kennismakingsgesprekken met de 'Experiment-OZA' bevestigen dat de uitdaging om tot samenwerking te komen vaak groot is en dat het why een vraagstuk blijkt. Niet voor de initiatiefnemers, maar voor gemeenten, zorgkantoren en soms ook samenwerkingsverbanden of onderwijsbestuurders.

Dat heeft bijvoorbeeld voor één tot het experiment toegelaten OZA tot gevolg dat er 60 gesprekken nodig zijn geweest om gemeenten en het samenwerkingsverband het belang van hun initiatief in te laten zien, zodanig dat gestart mocht worden met een geïntegreerd aanbod voor onderwijs en zorg voor 6 tot 12 leerlingen, die onder langdurende schooluitval gebukt gaan.

Een ander voorbeeld is het realiseren van een klaslokaal en mogelijkheden voor geïntegreerd onderwijs voor meervoudig beperkte kinderen, die rolstoel-afhankelijk zijn in een reguliere school voor primair onderwijs. Initiatiefneemster liet weten zoveel moeite te moeten doen om partijen te bereiken en aangeliijnd te houden, dat ze na zeer succesvolle jaren toch overwoog iets anders te gaan doen en het project los te laten: ze had het gevoel continu in gesprek te moeten om uit te leggen dat kinderen in een rolstoel gewoon thuis horen op een reguliere school en dat gezamenlijk onderwijs goed mogelijk is.

Van belang is dat er ook constructieve en succesvolle voorbeelden zijn. Deze zijn momenteel echter nog uitzondering en geen regel. Succesvolle voorbeelden van samenwerking in de financiering en organisatie komen in de laatste hoofdstukken van deze uitgave wel aan bod. Dit geeft mogelijkheid voor anderen om hiervan kennis te nemen. In de eerste kennismakinggesprekken waren er rond 10 OZA's die gewoon vrij eenvoudig met financiers in gesprek kwamen en via vlotte samenwerking integraal onderwijs en zorg realiseren.

Bij de andere OZA's in het experiment echter, klonk een buitengewone inspanning om gemeenten, zorgkantoren en samenwerkingsverbanden alleen al om tafel te krijgen. Uitleggen *waarom* onderwijs voor kinderen die om wat voor reden dan ook van school verzuimen en thuiszitten wel kan en zelfs moet, leidde voor veel initiatiefnemers tot een intensieve zoektocht in een

labyrint van bureaucratische vereisten, uiteenlopende financieringsmodellen en veel overleg.

Om het *why*-vraagstuk in één keer overkoepelend van context te voorzien, kan het volgende behulpzaam zijn. Essentie van wat volgt is dat we niet zijn uitgegaan van een inventarisatie van wat oorzakelijk is aan ziekteverzuim of schooluitval, maar van de gevolgen van verzuim en uitval van onderwijs. Die gevolgen zijn het *daarom* van veel meer samenwerking tussen instellingen voor gezondheidszorg, welzijn en onderwijs. Niet alleen voor experimentele onderwijszorgarrangementen, als ultimum remedium voor onderwijs aan kinderen die thuiszitten: dit *daarom* is als integraal public health vraagstuk belangrijk op alle niveaus. Van ministeries tot in de klas of thuis.

Bovendien zouden financiers, van ministeries en gemeenten tot zorgkantoren en zorgverzekeraars, als verantwoordelijke investeerders in een gezonde samenleving niet af moeten wachten, maar zelf het initiatief moeten nemen. Iedere studie die in deze uitgave is opgenomen is openbaar toegankelijk en vindbaar. We hebben de studies op een rij gezet. Die rij spreekt voor zich, we hebben er weinig aan toegevoegd.

We hopen dat iedere OZA hiermee geholpen is, in contact met *alle* financierende partners, en van *why* naar *how* kan bewegen.

Dit Vooraf is aan deze publicatie toegevoegd met instemming van dr. Remco van Eijkel (SEO-Economisch Onderzoek) en dr. Inti Soeterik (Verwey Jonker Instituut) die deel uitmaken van het consortium dat door NRO gefinancierd onderzoek doet naar het Experiment onderwijszorgarrangementen van 1 mei 2023 tot en met 15 september 2028. ¹ Ook de leden van de Begeleidingscommissie van NRO hebben ingestemd met dit Vooraf. ²

¹ <https://kohnstamminstituut.nl/van-arrangeren-naar-includeren/>

² <https://www.nro.nl/onderzoeksprojecten/van-arrangeren-naar-includeren-iedereen-helpen-leren-fase-1>

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
1 Inleiding	4
2 Over onderwijs, geletterdheid en gezondheid	7
3 Health literacy	16
4 Van verschil naar potentieel: preventie	22
5 Wat hebben we gevonden?	28
6 Verloren leertijd is verloren gezondheid, maar hoe?	36
7 Convergente bewijsvoering	44
8 Wat te doen?	60
9 Voorbeelden die werken	110
10 Positieve Gezondheid; positief onderwijs	120
Literatuur	130
Bijlagen	142
Bijlage 1 Wat is gezondheid? (bron RIVM)	142
Bijlage 2 Hoe betalen wij de zorg? (bron: CBS.nl)	147
Bijlage 3 Health, Literacy and Educational Attainment	154

Samenvatting

Gezondheid is als term tegelijkertijd eenvoudig en complex. Iedereen begrijpt wat eronder wordt verstaan, als overkoepelend voor een enorme complexiteit die daaronder schuilgaat. Ditzelfde geldt ook voor onderwijs. Iedereen weet wat onderwijs is, terwijl het stelsel van onderwijs en de prestaties van leerlingen aanleiding zijn tot de meest verhitte discussies en debatten. Dat er een onlosmakelijke relatie bestaat tussen gezondheid en onderwijs is onder wetenschappers bekend. Maar hoezeer deze relatie bepalend is in de levensloop van mensen is minder bekend.

Toch zou iedereen die voorstander is van het tegengaan van gezondheidsverschillen zich hierin moeten verdiepen. De relatie tussen onderwijssucces en een langere gezondheid is aangetoond. Omgekeerd geldt echter hetzelfde: uitval van onderwijs gaat gepaard met een grotere kans op gezondheidsproblemen en vroeg sterfte. Dit gegeven is minder onderzocht en ook minder bekend.

Voor wie meer reden nodig heeft om zich te verdiepen in het belang van deze relatie, is de oplopende rekening op de nationale zorgnota gedurende de levensloop interessant. Voor wie nog meer reden nodig heeft is het interactie-effect met aangrenzende domeinen zoals de economie, werkgelegenheid en de aansluiting tussen onderwijs, arbeidsmarkt en gezondheid interessant. Ten slotte kan de relatie tussen een opgeleide, gezonde en veiligere

samenleving nog overtuigender zijn voor wie meer redenen nodig heeft om zich te verdiepen in de relatie tussen gezondheid en onderwijs.

Dat dezelfde groepen kinderen en jongeren die kwetsbaar zijn voor schooluitval, grotendeels samenvallen met dezelfde publieksgroepen die later in het leven kwetsbaar zijn voor gezondheidsproblemen en vroeg sterfte, begint in beeld te komen. De COVID-19 crisis heeft dit pijnlijk duidelijk gemaakt. Wil preventie van gezondheidsproblemen kansrijk zijn, dan is vroeg signalering en vroegpreventie via onderwijs noodzakelijk. Tal van studies over meerdere wetenschapsdisciplines maken dit duidelijk.

De verbinding tussen deze disciplines en hun verschillende onderzoeksagenda's is echter nog een opgave die openligt. Dit geldt des te meer voor de verbinding tussen de sectoren van gezondheid en onderwijs. Gescheiden werelden spreken verschillende talen, gebruiken verschillende administratieve systemen, passen individuele of collectieve bekostiging toe en conditioneren hun professionals in een bijna tegengestelde richting.

Toch is er een bewustzijn op gang aan het komen van de eenheid van brein en gezondheid, op alle niveaus. Cognitie, leren en gezondheid gaan samen. Een definitie van Positieve Gezondheid gaat samen met positief gericht onderwijs voor alle kinderen. De wil tot domeinoverschrijdende samenwerking is niet eerder zo merkbaar geweest in de praktijk van onderwijs en zorg.

Wel is het overwinnen van een bijzonder taai institutioneel middenveld vol obstakels nu nog de grootste opgave. Dit taaie institutionele middenveld is ontstaan als uitkomst van tenminste twee geschiedenissen: ieder met een eigen historie van wetgeving,

beleid en bekostiging. Willen gezondheid en onderwijs op één integrale agenda terechtkomen, dan zal dit middenveld als eerste een voorzet moeten doen. Pas dan wordt uitvoering gegeven aan de zogenoemde sociale investeringsstaat.

1 Inleiding

Onder de veelzeggende titel *Use it or lose it* legt Amy Herman (2016) uit hoe ons vermogen om te zien, te begrijpen wat we zien en iets te doen met die informatie, afhankelijk is van de ongelooflijke verwerkingscapaciteit van onze hersenen. Deze neurale verwerkingscapaciteit wordt doorgaans ons 'cognitief vermogen' genoemd.³ Des te gezonder we zijn, des te beter ons cognitief vermogen. Zo verbetert regelmatig bewegen niet alleen de motorische functies van het brein, maar ook het geheugen, de concentratie en het leervermogen. Echter, ook wanneer onze fysieke bedrading gezond en intact is, kost het tijd en energie om visuele invoer om te zetten in betekenisvolle beelden. Naarmate we er minder gebruik van maken of ouder worden, kost dat steeds meer tijd. Wetenschappers hebben ontdekt dat bij iedere vertraging de snelheid van de neurale transmissie drastisch afneemt. Elke vertraging in neurale verwerking brengt bovendien eenzelfde vertraging in andere lichaamssystemen teweeg, onder andere in wat we zien of horen en hoe we daarop reageren. Gelukkig voor ons allemaal maken onze hersenen tijdens ons leven doorlopend nieuwe verbindingen

³ Cognitieve functies of vaardigheden zijn onder meer geheugen, intelligentie, taal en concentratie. Dankzij die functies zijn we in staat om informatie en kennis op te nemen en te verwerken. Zie voor meer informatie <https://www.apa.org/topics/cognition-brain>

en versterken ze de oude, gebaseerd op leerervaringen, tenminste... zolang we blijven leren (2016, p.29):

“Onderzoekers hebben ontdekt dat door het stimuleren van de omgevingsinput – zoals iets nieuws bestuderen, of over een idee lezen dat je aan het denken zet, of allerlei vormen van ‘hersengymnastiek’ doen – de corticale groei op elke leeftijd toeneemt, zelfs bij de alleroudsten. Net zoals cognitieve conditionering kan worden gebruikt om dementie af te wenden, kan het ook worden gebruikt om ons vermogen tot observeren, begrijpen en communiceren aan te scherpen. Als we onze zintuigen en ons verstand scherp kunnen houden, volgen onze reacties vanzelf, waardoor we beter werken, beter autorijden en beter in staat zijn om lang voor onszelf en anderen te blijven zorgen.”

De *Global Council on Brain Health* (GCBH) van de AARP⁴ - waarin ook de Nederlandse gezondheidszorg participeert - noemt zes pijlers van *brain health* die ons helpen bij het navigeren op reis naar een goede gezondheid: *Mentaal welzijn, Beweging, Cognitief stimulerende activiteiten, Slaap, Voeding en Sociale verbondenheid*. Deze pijlers zijn in overeenstemming met de actuele stand van de wetenschap in de neurologie (Mintzer et al., 2019). Ze zijn relevant voor het behoud van de vitaliteit van de hersenen naarmate mensen ouder worden. Hoewel ook andere levensstijlkeuzes van belang zijn voor de gezondheid van de hersenen, heeft de *Global Council on Brain Health* besloten om zich in eerste instantie te concentreren op deze pijlers voor een gezond brein. Het idee dat een gezond brein essentieel is voor de algehele fysieke, mentale en sociale gezondheid, evenals voor onze

4 De American Association of Retired Persons (AARP) is een belangengroep van gepensioneerde mensen, van oorsprong gestart vanuit gepensioneerde onderwijzers, die zich in de Verenigde Staten inzetten voor toereikende ouderdomsvoorzieningen en hoge participatiegraad voor ouderen in de samenleving: AARP evolved from the National Retired Teachers Association (NRTA), which Dr. Ethel Percy Andrus had established in 1947 to promote her philosophy of productive aging, and to promote health insurance for retired teachers - <https://www.aarp.org/about-aarp/history/dates-in-aarp-history.html>

cognitieve vermogens, zoals waarneming, aandacht, geheugen, taalverwerking, denken en redeneren, is onomstreden.

In Nederland hebben Swaab (2010; 2016) en Scherder (2018) dit vanuit de medische en neuropsychologische wetenschappen op de kaart gezet. Herman (2016) verwijst naar het inzicht dat er sprake is van een eenheid van brein en gezondheid, of zoals Bassetti et al. (2022) uitleggen: dat de staat van ons brein in belangrijke mate de staat van ons hele leven bepaalt. Cognitie en gezondheid zijn wederkerig met elkaar verbonden. Cognitieve vaardigheden of vermogens hebben te maken met de mate waarin je in staat bent om kennis en informatie op te nemen, te verwerken en toe te passen.

2 Over onderwijs, geletterdheid en gezondheid

Zoals gezegd in het vorige hoofdstuk, wordt de aandacht voor de pijlers van de *Global Council on Brain Health* gevraagd vanuit het perspectief van een algehele gezonde ouderdom en lang gezond leven, maar voor bepaalde kwetsbare groepen mensen blijkt dit pas van doorslaggevende betekenis wanneer ze al van jongs af centraal staan.

Jong geleerd, oud gezond

Wanneer kinderen van jongs af aan bewegen, voldoende slapen, naar school gaan, goed eten en sociaal verbonden zijn, worden ze ouder en blijven langer gezond. De cognitieve ontwikkeling is daarbij van grote betekenis, groter dan lang werd aangenomen. In de Verenigde Staten hebben Hahn en Truman voor de *Centers for Disease Control and Prevention* een groot aantal gegevens en studies op een rij gezet: zij spreken zelfs van onderwijs als een “stroomopwaartse oorzaak van gezondheid” (2015). Onderwijs blijkt een fundamentele determinant van gezondheid te zijn. Omgekeerd is onderwijsfalen een risicofactor voor ongezondheid. Dit inzicht is niet nieuw. Het verband tussen onderwijs en gezondheid is een van de meest erkende en goed gedocumenteerde relaties op het gebied van de sociale wetenschappen, maar het blijft onduidelijk of onderwijs daadwerkelijk in een directe relatie de gezondheid verbetert.

Het beter begrijpen van deze vraag is echter van onverminderd belang. Aan de ene kant kan het beter begrijpen van deze relatie de hypothese van Grossman testen, die op basis van de gezondheidsproductietheorie voorspelt dat onderwijs de gezondheid verbetert (Grossman, 1972). Aan de andere kant; als onderwijs een groot, gunstig effect heeft op de gezondheid, zouden onderwijsinterventies kunnen dienen als effectief instrument om de gezondheid te bevorderen (Clark & Royer, 2013; Lleras-Muney, 2005).

Duidelijke samenhang, onduidelijke directe relatie

Karran et al. (2020) zetten vraagtekens bij een direct oorzakelijk verband tussen onderwijs en gezondheid, zoals dat in 1972 voor het eerst werd vastgesteld door Grossman.

De relatie is onomstotelijk aangetoond, maar een oorzaak-gevolgrelatie houdt geen stand. Karran et al. wijzen op het gebrek aan bewijs dat consistente, positieve impact van onderwijsinterventies op gezondheidsgedrag aantoont bij sociaaleconomisch achtergestelde bevolkingsgroepen. Wel wordt opgemerkt dat zulk (effect)onderzoek zich beperkt tot interventies gericht op volwassenen; niet duidelijk is of onderwijsinterventies in de kindertijd een effect sorteren, waarbij specifieke studies op dit vlak schaars zijn.

Op de oorzakelijke relatie tussen onderwijs en gezondheid is ook andere kritiek gekomen. Met name vanuit econometrische studies die *endogeneity* als vraagstuk naar voren brengen. Endogeniteit is het optreden van een verband tussen variabelen die wel en niet zijn opgenomen in studies - of het rekenmodel - zoals recent in een grote meta-analyse naar voren gebracht door Xue, Cheng en Zhang (2021). Het aantal variabelen *at play* is enorm en de richting van verbanden onduidelijk.

Systematisch bewijs

Hahn en Truman (2015) laten in een gezaghebbende studie op basis van *pathways analysis* zien hoe *education forgone* vanuit een

public health perspectief in ieder geval voorafgaat aan *health forgone* (p.21 Figuur 4): dit wil zeggen dat gemist onderwijs in verband staat met gemiste gezondheid. De maatschappelijke prijs die wordt betaald voor gemist onderwijs of onderwijsfalen is hoog en gaat gepaard met een zwaar beroep op het zorgsysteem met inherent hoge zorgkosten, in de Verenigde Staten oplopend tot meer dan een biljoen dollar per jaar:

Box 1. High Societal Price in Health of Education Forgone

Several recent estimates have been made of economic costs to individuals, the government, and society of the failure of each American to achieve an optimal education. Although it may be argued that there is a moral duty to redress injustice and inequity regardless of cost, these estimates indicate the economic magnitude of this loss and the potential value of its redress. Schoeni and colleagues (2011; 2012) estimate the annual economic value of health forgone in the United States in 2006 by adults who lack a college education. For a population of 138 million aged 25 years or older with less than a college education, the economic value of the life and health forgone is US\$1.02 trillion per year – 7.7% of US gross domestic product (Hahn & Truman in International Journal of Health Services 2015;45(4):657-78).

Hahn en Truman noemen – evenals *Global Council on Brain Health* in 2022 – specifiek de basisvaardigheden (taal en rekenen) als kritische componenten van gezondheid, die gedurende de verdere levensloop uitbreiden met fundamentele kennis, redeneer- vermogen, emotionele zelfregulatie en interactievermogen. Dezelfde componenten zijn ook eerder van fundamentele betekenis gebleken in onderzoek naar de samenhang tussen cognitieve ontwikkeling, leren en behaalde opleidingstypen, waaraan in de literatuur wordt gerefereerd met niveaus: *educational attainment* (opleidingsniveau naar laag, midden en hoog) en *health outcomes* (naar levensjaren zonder of met ziekte, en sterfte en vroeg sterfte) zijn gezien vanuit een levensloopperspectief via dit type basisvaardigheden oorzakelijk verbonden (Hoffman & Al'Absi, 1998). Hogere opleidingsniveaus gaan gepaard met langere en betere gezondheid. Omgekeerd geldt

dat lagere onderwijsniveaus of geen onderwijs gepaard gaat met kortere of slechtere gezondheidsuitkomsten.

Nota bene

Van belang hierbij is het volgende op te merken: het spreken in termen van 'lagere' of 'hogere' opleidingsniveaus is in de literatuur gangbaar, maar feitelijk gaat het om andere onderwijstypen. Door het onderwijsstelsel naar niveaus in te delen, ontstaat er een soort sorteermachinerie van laag naar hoog, die segregatie bewerkstelligt naar dezelfde lagere en hogere welvaartsniveaus. Onder verwijzing naar Wilkinson en Pickett (2009) handhaven we bij referenties het opleidingsniveau naar 'lager' en 'hoger' om aan te sluiten bij wat auteurs melden. Maar het gaat feitelijk om onderwijstypen. Ook sluiten we omwille van de leesbaarheid van dit rapport aan bij bijvoorbeeld de categorisering die het Centraal Bureau Statistiek en Centraal Planbureau gebruiken, ook deze maken indeling naar 'lagere' en 'hogere' opleidingsniveaus. Wilkinson en Pickett echter, laten zien hoe *unequal learning opportunities* vooraf gaan aan *educational attainment* en hoe dit samengaat met fundamentele verschillen in welvaart (2009, pp. 103-117). Het aanbrengen van fundamenteel onderscheid naar niveaus impliceert bovendien dat er een wezenlijk onderscheid ligt naar cognitieve capaciteiten, dat in ons onderwijsstelsel objectief kan worden vastgesteld, terwijl dit niet zo is. Dit laatste komt ook naar voren vanuit het onderzoek dat we in deze uitgave op een rij zetten: vanuit een gezondheids-perspectief is doorstroom naar onderwijstypen sterk afhankelijk van iemands gezondheidsstatus of omstandigheden en veel minder van iemands capaciteiten of leerpotentieel. Bij referenties handhaven we de termen die auteurs gebruiken, maar tussen aanhalingstekens, omdat het selecteren naar doorstroomniveaus in het onderwijssysteem niet geobjectiveerd is en het systeem als gevolg daarvan bias kent en systematische verschillen creëert.

Schinske en Tanner (2014) hebben de geschiedenis van beoordeling en selectie onderzocht en beschouwen de literatuur met betrekking tot de doelen en effecten van het beoordelen in het onderwijs. Zij komen net als bijvoorbeeld de Wereldbank (2020) tot de conclusie dat Finkelsteins uitspraak nog steeds opgaat:

Wanneer wij het praktisch algemeen gebruik in alle onderwijsinstellingen beschouwen van een stelsel van cijfers, hetzij cijfers of letters, om de schoolprestaties van de leerlingen of studenten in deze instellingen aan te duiden, en wanneer wij bedenken hoe zeer de nadruk wordt gelegd door zowel leraren als leerlingen op deze cijfers als werkelijke maatstaven of indicatoren van bekwaamheid, kunnen we alleen maar verbaasd zijn over het blinde vertrouwen dat men heeft in de betrouwbaarheid van de markeringsystemen (2014).

Er moet vandaag-de-dag (een eeuw na Finkelsteins uitspraak) nog veel worden begrepen over wat de prestaties van leerlingen nu werkelijk beïnvloedt in de context van formeel onderwijs. Dat de toegankelijkheid van onderwijs voor bijvoorbeeld zieke kinderen hierin al onderscheidend is, is nog los van Finkelsteins constatering. Schinske en Tanner zetten verschillende auteurs en studies op een rij die uitlegt dat cijfers meer een weerspiegeling zijn van het vermogen van leerlingen/studenten om het schoolspel te begrijpen en te spelen, dan iets dat met cognitief potentieel of onderscheid naar niveaus te maken heeft, zie via Schinske J, Tanner K. Teaching More by Grading Less (or Differently). CBE Life Sci Educ. 2014 Summer;13(2):159-66. doi: 10.1187/cbe.cbe-14-03-0054. PMID: 26086649; PMCID: PMC4041495.

Gezondheid als onderwerp op school

Een verwant onderwerp dat naar voren komt, is gezondheid als thema op school. De 'gezonde school' is niet nieuw en krijgt ruime aandacht in nagenoeg alle OESO-landen (i.e., OECD –

Organisation for Economic Co-Operation and Development).^{5 6 7} Uitgangspunt is dat een deel van de gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd al in de jeugd is te voorkomen, of langer uit te stellen, door gezond gedrag te stimuleren.

Gezondheidsbevordering en structurele aandacht voor een gezonde levensstijl is dan ook al onderdeel van het Nederlandse onderwijs, zij het in uiteenlopende moeilijk te vergelijken vormen. In sommige OESO-landen bestaat een structurele en systematische aandacht voor gezondheid op school al veel langer. Zo lang dat we de effecten ervan na kunnen gaan. Maar (significante) effecten van de gezonde school blijven in veel landen uit, juist voor kwetsbare groepen die systematisch gebukt gaan onder verschillen.^{8 9 10}

Een belangrijke uitzondering in dit verband is de studie van Ekwaru et al. (2023). In vervolg op een meta-analyse naar Canadese *school-based health prevention programs* hebben zij een kosten-effectiviteitsanalyse uitgevoerd, waarin economische gezondheidseffecten zijn vergeleken van holistische en modulaire gezondheidsprogramma's op scholen.

De conclusie luidt dat, terwijl elk onderzocht interventietype op langere termijn gunstige economische voordelen liet zien (afname zorggebruik en -kosten), holistische gezondheidsprogramma's op scholen het meest kosteneffectief zijn. Holistische aandacht voor gezondheid in onderwijs geeft de hoogste *return on investment*.¹¹

5 De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) is een samenwerkingsverband van 38 landen om sociaal en economische beleid te bespreken, te bestuderen, en te coördineren.

6 OECD (2010), *Improving Health and Social Cohesion through Education, Educational Research and Innovation*, OECD Publishing, Paris

7 <https://www.rivm.nl/gemeente/leefomgeving-en-gezondheid/gezond-onderwijs>

8 <https://transformingeducationsummit.sdg4education2030.org/AT1DiscussionForum>

9 <https://www.oecd.org/education/school/50293148.pdf>

10 <https://gpseducation.oecd.org/revieweducationpolicies>

11 Deze studie bouwt voort op een meta-analyse van de effectiviteit van haalbare, acceptabele en duurzame gezondheidsbevorderingsprogramma's op scholen. Een microsimulatiemodel integreerde interventie-effecten op meerdere risicofactoren om de incrementele kosteneffectiviteit en het

Ook de OESO (2010) wijst erop dat gezondheid geen additionele investering en inspanning vereist, maar eerder als norm of ethos zou moeten gelden binnen het onderwijs. Gezondheid zou in de *gehele* onderwijscultuur centraal moeten staan en niet (slechts) als pakket in losse delen moeten worden aangeboden, zoals een uur gymnastiek per week of een gezonde maaltijd per dag. De OESO spreekt in termen van *overall well-being*, *social cohesion* en *positive attitudes*.

Box 2. Social and health outcomes (OECD Review Education policies)

Improving social outcomes through education does not necessarily require additional investments. It may instead require changes in school norms and ethos so that they promote a culture of healthy lifestyles, and civic engagement among children. Adjustments in curricular and extra-curricular activities, for example, or the use of situated learning (i.e., learning by doing) in schools may offer good societal returns with only modest additional investments (OECD Review Education policies).

Terwijl de OESO in lijn met een holistisch uitgangspunt adviseert om gezondheid als overkoepelende norm of ethos in het onderwijs te introduceren, wijzen empirisch onderbouwde meta-analyses juist op een behoefte aan fijnmazig zicht op de diepere relatie tussen onderwijs en gezondheid (Xue et al., 2021). Van der Heide et al. (2013) noemen in dit verband *health literacy* als meer geschikt aangrijpingspunt van onderzoek.¹² Dit is in lijn met tal van internationale studies die dit ook suggereren, zie onder meer Hahn et al. (2015), Nutbeam (2008), Okan et al. (2019), Sørensen et

rendement op de investering (*return on investment* - ROI) te schatten van (a) integrale holistische gezondheidsprogramma's voor scholengemeenschappen i.e., samenwerkende onderwijsinstellingen in *Whole-school approaches*, en (b) uit meerdere losse componenten bestaande gezondheidsprogramma's op scholen i.e., *Multi-component* en *Multi-component* met inbegrip van lichamelijke opvoeding (*physical education* - PE).

De conclusie luidt dat terwijl elk onderzocht interventietype op langere termijn gunstige economische voordelen liet zien, schoolbrede gezondheidsprogramma's gezond onderwijs als holistisch uitgangspunt het meest kosteneffectief zijn en de hoogste ROI geven. (Ekwaru, Ohinmaa, Dabravolskai, Maximova & Veugelers, 2023).

12 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814618/>

al. (2012), en de World Health Organisation (WHO) (2013; 2015; 2023).^{13 14}

Box 3. Health literacy as explaining the relationship between education and health

Health literacy has been put forward as a potential mechanism explaining the well-documented relationship between education and health. However, little empirical research has been undertaken to explore this hypothesis. The present study aims to study whether health literacy could be a pathway by which level of education affects health status. Health literacy was measured by the Health Activities and Literacy Scale, using data from a subsample of 5,136 adults between the ages of 25 and 65 years, gathered within the context of the 2007 Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Linear regression analyses were used in separate models to estimate the extent to which health literacy mediates educational disparities in self-reported general health, physical health status, and mental health status as measured by the Short Form-12. Health literacy was found to partially mediate the association between low education and low self-reported health status. As such, improving health literacy may be a useful strategy for reducing disparities in health related to education, as health literacy appears to play a role in explaining the underlying mechanism driving the relationship between low level of education and poor health - van der Heide, Wang, Droomers, Spreuwenberg, Rademakers & Uiters in The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of Health Communication. 2013;18 Suppl 1:172-84.

Health literacy als aangrijpingspunt voor onderzoek

Health literacy legt als theoretisch construct concreet uit wat de relatie is tussen cognitieve vaardigheden en gezondheid, leidend tot gezondheidsvaardigheden. De Engelse term voor gezondheidsvaardigheden is *health literacy*. Health literacy geeft als term beter weer wat er achter gezondheidsvaardigheden schuilgaat:

De vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van

13 <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

14 <https://www.who.int/europe/news/item/18-09-2023-digital-health-literacy-key-to-overcoming-barriers-for-health-workers--who-study-says>

gezondheid gerelateerde beslissingen – zie Gezondheidsvaardigheden in Nederland: Factsheet cijfers 2021.¹⁵

Gezondheidsvaardigheden worden daarom ook wel vertaald als ‘gezondheidsgeletterheid’ en wereldwijd gezien als één van de belangrijkste determinanten van gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen (World Health Organization, 2013).¹⁶

15 Willems, A.E.M., Heijmans, M., Brabers, A.E.M., Rademakers, J. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021 Utrecht: Nivel, 2022.

16 Health Literacy, the solid facts. WHO 2013

3 Health literacy

In Nederland is een netwerk actief onder de naam Alliantie Gezondheidsvaardigheden. De alliantie geeft de volgende definitie van gezondheidsvaardigheden:

Cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid (WHO, 2014). Ofwel het kunnen vinden, begrijpen en toepassen van informatie over zorg en preventie.¹⁷

Verder geeft de alliantie aan dat lees-, schrijf- en rekenvaardigheden onder gezondheidsvaardigheden vallen. Het gaat ook om het vermogen om informatie te kunnen vinden en het juist op waarde kunnen schatten van deze informatie. Hierbij spelen digitale vaardigheden in toenemende mate een rol. Bredere definities omvatten ook psychologische kenmerken, zoals zelfvertrouwen, motivatie, kritisch vermogen en sociale vaardigheden:

Je hebt enerzijds de ontvanger van deze informatie, we spreken dan over ‘persoonlijke gezondheidsvaardigheden’. Anderzijds heb je de zender van deze informatie, we spreken dan over ‘organisatorische gezondheidsvaardigheden’.

¹⁷ <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/aan-de-slag/agenderen/wat-zijn-gezondheidsvaardigheden>

In 2018 is hiervoor de basis gelegd met de Alliantie Gezondheid en Geletterdheid.^{18 19} Geletterdheid staat nu op de kaart van gezondheidsbeleid, maar gezondheidsbeleid zou net zo op de kaart van onderwijsbeleid moeten staan. De relatie is wederkerig.

Uit onderzoek blijkt dat mensen met lage of beperkte gezondheidsvaardigheden – *low health literacy* – meer gebruik maken van zorgvoorzieningen, maar niet tijdig, en meer moeite hebben om hier hun weg in te vinden. Daarnaast vinden deze mensen het moeilijker om een actieve gesprekspartner te zijn in een consult met een zorgverlener en vinden ze het lastiger om verschillende behandelmogelijkheden te beoordelen. Ook zijn ze minder goed in staat om thuis zelf om te gaan met gezondheid en ziekte, hebben ze over het algemeen slechtere gezondheidsuitkomsten en overlijden ze eerder (Okan et al, 2019; Van der Heide, 2015; Willems et al., 2022). Het Nivel noemt op basis van onderzoek dat in Nederland 1 op de 4 volwassenen onvoldoende tot beperkt in staat is om informatie over gezondheid en gezondheidszorg te vinden, te begrijpen en te gebruiken voor het nemen van beslissingen ten aanzien van de eigen gezondheid en zorg. Meer exact noemt Nivel 5,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder onvoldoende gezondheidsvaardig, 19,5% beperkt gezondheidsvaardig en 75,5% voldoende gezondheidsvaardig. Zie onder meer Van der Heide (2015) en Willems et al. (2022).

Nationale programma's

In Duitsland, Canada en de Verenigde Staten bestaan inmiddels nationale programma's die *health literacy* adresseren. In het Verenigd Koninkrijk wordt dit opgestart. Internationaal lopen definities en meetinstrumenten uiteen, dat wil zeggen dat *health*

18 <https://www.ncj.nl/inspiratie/samenwerking-rond-gezondheid-en-geletterdheid-verder-versterkt/>

19 <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/b5b9a38e-b9cc-4876-80d4-4229420bc35e.pdf>

literacy tegenwoordig wereldwijde aandacht heeft, maar dat niet één-op-één dezelfde begrippen en dezelfde metingen worden gebruikt. Er is geen strakke internationale grens tussen lage, beperkte en voldoende gezondheidsvaardigheden. Wel bestaat er sinds ruim tien jaar internationale overeenstemming over *low health literacy* als vraagstuk dat dringt voor kwetsbare bevolkingsgroepen. Dat wil zeggen dat ongeveer/circa 10% van de populatie als kwetsbaar voor lage gezondheidsvaardigheden wordt gezien.

Box 4. OECD Health Working Papers DELSA/HEA/WD/HWP (2018)4

This paper finds that health literacy can help steer individuals' behaviour in the right direction. Health education and empowerment help people become partners in the coproduction of health by enhancing communication and decisions in clinical settings, as well as increasing self-care. This may contribute to better health outcomes. Ignoring health literacy can come at a high cost. In 18 OECD countries, at least one third of the population shows poor health literacy levels. In 12 of those countries, that proportion rises beyond 50% of the population. Current data suggests European individuals find particularly difficult to evaluate health information from media or judge pros and cons of different treatment options. Vulnerable populations, such as the elderly and lower educated, may be at more risk of low health literacy. This cannot be ignored: low health skills are associated with increased hospitalisation, greater use of emergency care and lower adoption of preventive measures. A study in the United States shows additional costs of low health literacy range between 3 to 5% of the total health care cost per year.

Met de COVID-19 crisis is het vraagstuk van de samenhang tussen onderwijs en gezondheid opnieuw onder een vergrootglas komen te liggen. Met name het begrijpen van de grote hoeveelheid – vaak tegenstrijdige – informatie blijkt lastig. Doordat mensen met lage gezondheidsvaardigheden de achtergrond van een gezondheidsmaatregel moeilijker begrijpen, is het voor hen lastiger om verantwoorde adviezen te herkennen en op te volgen. Dit blijkt uit internationaal onderzoek, ook voor de Nederlandse situatie rond de coronacrisis (Nivel, 2023; Paakari & Okan, 2020): COVID-19 heeft onder mensen met lage gezondheidsvaardigheden harder toegeslagen.

Mensen worden niet geboren met gezondheidsvaardigheden, deze worden verworven gedurende de levensloop. De belangrijkste determinanten voor lage gezondheidsvaardigheden liggen in de (vroeg) jeugd. Als kritisch aangrijpingspunt blijkt (a) vroeghulp aan moeders, dat (b) doorloopt in formeel onderwijs, van doorslaggevende betekenis – zie verderop in hoofdstuk 5. In Nederland hebben Van der Heide en Rademakers (2015) de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en geletterdheid voor het Nivel op de kaart gezet.

Box 5. Uit Laaggeletterdheid en Ongezondheid. Stand van zaken. Nivel, 2015
Laaggeletterden hebben meer kans op een slechtere gezondheid dan mensen die niet laaggeletterd zijn. (...) Studies laten overwegend een negatief verband zien tussen geletterdheid en verschillende gezondheidsuitkomsten: laaggeletterden hebben een verminderde (ervaren) fysieke en mentale gezondheid, een grotere kans om eerder te sterven, maken vaker gebruik van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, maken minder vaak gebruik van preventieve zorg en nazorg en zijn daarnaast minder goed in staat om zelfmanagement uit te voeren. Ook hebben laaggeletterden met diabetes of hartfalen minder gunstige uitkomsten dan niet laaggeletterden. Geen enkele studie onderzocht de relatie tussen laaggeletterdheid en leefstijlindicatoren.

Fysieke en mentale gezondheidsvaardigheden

Thomson et al. (2022) wijzen op het belang van aandacht voor mentale gezondheidsvaardigheden als subset van gezondheidsvaardigheden naast fysieke gezondheidsvaardigheden. Ook op het vlak van lage mentale of psychische gezondheidsvaardigheden is de relatie aangetoond met (de mate van behaald) onderwijs en geletterdheid. Thomson et al. (2022) hebben onderzoek gedaan naar gezondheidsvaardigheden en associaties tussen opleiding, cognitief functioneren, en de algemene- en gezondheidsgeletterdheid, specifiek voor mensen met schizofrenie en psychotische stoornissen. In overeenstemming met eerder onderzoek, vonden zij voor deze specifieke groep gemiddeld genomen een ‘lager’ opleidingsniveau met verminderde auditieve- en leesvaardigheden en een verminderd algeheel

cognitief functioneren in vergelijking met algemene bevolkingsnormen.

Tambling et al. (2021) hebben onderzoek gedaan naar de mentale gezondheid en vonden specifiek voor 'psychische problemen' dat onderbenutting van diensten voor geestelijke gezondheidszorg een rol speelt in combinatie met lage gezondheidsvaardigheden. Dit wil zeggen: mensen met psychische problemen onderkennen deze problemen (te) laat en maken daardoor te laat gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Onderbenutting van eerstelijnsgezondheidszorg (waaronder het niet tijdig zoeken van hulp voor psychische problemen) is mede verklarend voor hardnekkige en verontrustende gezondheidsverschillen, met name voor depressie, angst en gedragsproblemen. De redenen voor niet tijdige onderkenning en behandeling die Tambling et al. hebben geïdentificeerd zijn onder meer (-) een lage geletterdheid en (-) een verworven stigmatiserende houding ten opzichte van psychische stoornissen, waarbij stigmatisering al vroeg begint in het onderwijs en doorzet in een algemeen stigma in onze samenleving ten aanzien van de mentale of psychische gezondheid. Eenvoudiger gesteld: door het sociale stigma rond psychische problemen geeft niemand graag toe eronder gebukt te gaan. Goede informatie hierover die dit stigma kan doorbreken bereikt lang niet iedereen, ook niet de mensen en instanties in kwestie, en ook niet het onderwijs.

De resultaten van Tambling et al. (2021) suggereren dat onze algemene kennis, ofwel onze geletterdheid op het gebied van mentale of geestelijke gezondheid, slecht is, en is geassocieerd met hogere percentages van onbehandelde depressie, angst, stress, geïnternaliseerd stigma, en een overbelasting van direct betrokkenen/verzorger(s). De gevolgen van lage mentale gezondheidsvaardigheden strekken ver, niet alleen voor de mensen in kwestie, maar ook voor hun omgeving, die staat

blootgesteld aan onbegrepen gedrag, onvermogen om iets te doen en de stress die hieruit voortvloeit.²⁰

Samengevat is er een relatie tussen gezondheidsverschillen en lagere gezondheidsvaardigheden. Lagere gezondheidsvaardigheden zijn geassocieerd met 'lagere' opleidingsniveaus, een verminderde (ervaren) mentale en fysieke gezondheid, slechtere gezondheidsuitkomsten en een grotere kans om vroegtijdig te sterven. Een lage gezondheidsgelettertheid speelt voor de mentale gezondheid bovendien in het algemeen: het belang van mentale gezondheid wordt in het algemeen onderschat, kennis over mentale gezondheid verspreidt zich daardoor onvoldoende, problemen op dit vlak leiden bovendien tot sociale stigmatisering, uitblijven van tijdige hulp, onderbehandeling en overbelasting voor naasten. In 2019 vraagt ook de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) bijzondere aandacht voor gezondheidsverschillen, eveneens met nadruk op het vlak van de mentale gezondheid.

20 <https://english.wrr.nl/topics/health-equality-and-inequality/news/2019/11/08/international-conference-puts-socio-economic-health-differences-in-the-spotlight>

4 Van verschil naar potentieel: preventie

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) meldt dat het Nederlands gezondheidsbeleid zich al decennia inzet met als belangrijk doel om de gezondheidsverschillen tussen hoge en lage sociaaleconomische groepen te verkleinen. Nederlanders zijn er dan ook flink in gezondheid op vooruit gegaan. De onderlinge verschillen echter, zijn nauwelijks afgenomen. Op sommige punten zijn deze verschillen zelfs toegenomen. Dit resultaat leidt nogal eens tot moedeloosheid, aldus de WRR (2019).

Preventie vanuit een systeembenadering

De WRR stelt daarom voor het preventiebeleid een nieuwe impuls te geven. Dit wil de WRR doen door niet langer gezondheidsverschillen centraal te stellen, maar het onder de bevolking aanwezige gezondheidspotentieel. Hoe boren we het volledige gezondheidspotentieel in Nederland beter aan? Daarbij pleit de WRR ook voor meer aandacht voor de mentale gezondheid en psychische problemen, want op dit vlak spreekt de WRR zelfs van een groot onbenut gezondheidspotentieel.

Box 6. Wie rijker en hoger opgeleid is leeft langer en in betere gezondheid

De verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en een lage sociaal-economische status (SES) zijn groot en bovendien in de afgelopen decennia niet of nauwelijks veranderd. Dat geldt voor zowel Nederland als de meeste andere westerse verzorgingsstaten. Wie rijker en beter opgeleid is, leeft gemiddeld langer en in betere gezondheid. Het is niet vreemd dat dit verschil vaak in termen van onrechtvaardigheid wordt besproken en dat onderzoekers, professionals in de gezondheidszorg en

beleidsmakers zich sterk maken om het verschil terug te dringen. Na 35 jaar beleid en inspanning zijn de verschillen op de meeste indicatoren echter nog nagenoeg gelijk: de relatieve achterstand is groot, stabiel en soms zelfs groeiende. Dat maakt het probleem frustrerend – er lijkt geen vooruitgang – en moreel onbevredigend, omdat de onrechtvaardigheid van het verschil blijft bestaan. Bovendien lijkt het probleem geformuleerd als sociaaleconomische gezondheidsverschillen in termen van beleid welhaast onoplosbaar – WRR-Policy Brief | Van verschil naar potentieel p. 7.

Met deze perspectiefverschuiving – van het terugdringen naar het voorkomen van verschillen – geeft de WRR het Nederlands preventiebeleid een nieuwe impuls. De WRR spreekt van een **paradigmaverschuiving**: in plaats van verschillen op te (willen) lossen moeten we de vraag stellen hoe zoveel mogelijk gezondheidswinst kan worden behaald.

Internationaal aansluiten

De bevindingen en aanbevelingen die de WRR in Beleidsbrief-7 (2018) doet, zijn in een internationale context geplaatst (*Policy Brief 7, 2019*). Hierbij merken we op dat deze WRR-bevindingen van vóór de uitbraak van COVID-19 zijn. De pandemie vergrootte de kloof op het gebied van gezondheidsgelijkheid: gezondheidsverschillen zijn nog verder toegenomen – net zoals dat sinds COVID-19 is gebeurd voor de kloof in onderwijsachterstanden. Ook het verschil naar behaalde opleidingstypes is weer groter geworden, dit wordt verderop toegelicht.

De WRR stelt dat andere kennis nodig is.²¹ De WRR adviseert drie prioriteiten (WRR Policy brief 7, 2018):

We moeten ons afvragen hoe zoveel mogelijk gezondheidswinst kan worden behaald, en hoe gezondheidsverlies zoveel mogelijk kan worden voorkomen. Dat brengt ons tot drie prioriteiten:

21 <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>

- Nadruk op aanpak in het begin van de levensloop (van de periode vlak voor de zwangerschap tot en met het 18de levensjaar);
- Extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand (zoals onder meer mensen met een lage sociaaleconomische status);
- Keuze voor drie bekende speerpunten die de oorzaak zijn van een groot deel van de ziektelast in Nederland: roken, overgewicht en een ongezond eet- en beweegpatroon, en problematisch alcoholgebruik. Ook pleiten we voor verkenning van psychische gezondheid als nieuwe en urgente prioriteit. Stemmings- en angststoornissen gaan gepaard met een grote ziektelast, komen vaker voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status en worden in toenemende mate bij jongeren signaleerd.

De WRR wijst hierbij op het belang van investeren in onderzoek en monitoring. Er is nog te weinig bekend over de effecten van beleid om het aanwezige gezondheidspotentieel te realiseren en wat bekend is, is onvoldoende uitgesplitst naar specifiek onderscheiden ‘voor-gezondheidsverschillen-kwetsbare’ groepen. De WRR zet zodoende de schijnwerpers op een preventie-aanpak die zich richt op het voorkomen van gezondheidsverschillen, die start aan het begin van de levensloop tot het 18^e levensjaar en die met name het potentieel van kwetsbare groepen wil versterken, ook op het vlak van de mentale gezondheid. Van belang is dus te weten wie die kwetsbare groepen zijn en hoe deze tijdig te bereiken, voordat gezondheidsverschillen ontstaan.

Health, Literacy and Educational Attainment

We zijn daarom in *Health, Literacy and Educational Attainment* (Bijlage 3 bij deze uitgave) in navolging van het WRR-advies specifiek aan de hand van het theoretisch construct (*low*) *health literacy* nagegaan wat reviews en meta-analyses cross-sectoraal opleveren aan mogelijke aangrijpingspunten in het onderwijs, die het gezondheidspotentieel van mensen uit kwetsbare groepen verhogen. We zijn gestart vanuit een grote hoeveelheid studies uit de gezondheidswetenschappen naar *health literacy* en *low health literacy*. Vraag was welke factoren of variabelen in beeld komen vanuit het construct *health literacy*, met name welke verschillende

variabelen van invloed zijn op het vlak van gezondheidsverschillen in de ouderdom. Vervolgens zijn we nagegaan welke van deze variabelen terugkeren in onderzoek uit andere wetenschapsgebieden, met name vanuit verschillen tussen bepaalde groepen op het vlak van gezondheid en geletterdheid.

We zijn terechtgekomen bij studies naar taalverwerving, geletterdheid, laaggeletterdheid, en *educational attainment* (EA) als internationaal gehanteerd begrip en sleutelvariabele in onderzoek – zie verderop in hoofdstuk 6, zie meest recent o.m. Wolfram en Morris (2023). In de kern blijkt geletterdheid van fundamenteel belang voor een juist gebruik van zowel gezondheidsinformatie als gezondheidszorgvoorzieningen: *literacy is fundamental to healthcare* (Wolf, 2009). Geletterdheid is een centrale determinant van gezondheidsvaardigheden (Von Wagner et al., 2008). De mate waarin (jong)volwassenen ingebed raken in gezondheid als een basale levensvoorwaarde, waarop je zelf invloed uit kunt oefenen, loopt parallel aan de mate waarin (jonge) kinderen eerder langs de levensloop ingebed raken in geletterdheid als een basaal functioneel begrip in interactie met de omgeving – zowel in relaties met anderen als in aansluiting op tal van informatiestromen in het maatschappelijk verkeer.²² Ofwel: de mate waarin kinderen achterop raken op school loopt parallel aan de mate waarin het ze later als volwassene lukt om een goede gezondheid te bereiken. Er is een relatie tussen geletterdheid en gezondheid die veel meer aandacht verdient.

Rapid view

We hebben vanuit verschillende wetenschapsgebieden onderzoek op een rij gezet over gezondheid en geletterdheid.²³ Zie Bijlage 3. Ruim 350 studies zijn opgenomen in deze transdisciplinaire weergave, die is opgebouwd aan de hand van een eenvoudige

22 <https://www.oecd.org/education/innovation-education/37437718.pdf>

23 <https://methods.cochrane.org/rapidreviews>

zoekstrategie op basis van een viertal basale zoektermen: *health literacy* en *low health literacy*; *literacy* en *low literacy*.

Deze zoektermen zijn gebruikt om review studies en meta-analyses te vinden, in *open acces* wetenschappelijke bibliotheken. Als ingang is gezondheidsonderzoek centraal gezet, met name PubMed, Cochrane Library, Cochrane Netherlands, National Library of Medicine en Google Scholar zijn startpunten geweest.²⁴ Vanuit de - in erkende open acces wetenschappelijke bibliotheken gevonden - reviews en meta-analyses, is de verdere studie opgebouwd, met verspringing naar onderzoek uit andere wetenschapsgebieden zoals taal- en letterkunde, onderwijs-wetenschappen en neurowetenschappen, allen met vertakkingen naar sociologische en economische studies (zie pp. 3-9 van Bijlage 3).

Deze inventarisatie van onderzoek naar:

- Gezondheidsverschillen, verschillen in gebruik van gezondheidszorg, morbiditeit, verloren gezondheidsjaren, vroegtijdige sterfte (dat is sterfte op elke leeftijd lager dan de levensverwachting);
- Lage gezondheidsgeletterdheid;
- De epidemiologische en structurele determinanten ervan;
- De gezondheidsgeletterdheid die ouders overdragen aan kinderen en de gezondheidsgeletterdheid van kinderen;
- De geletterdheid van de thuisomgeving;
- De schoolgereedheid van kinderen en de toegang tot het schoolstelsel, het geboden onderwijs, en specifiek het leren van lezen en schrijven (basisgeletterdheid), en het ontstaan van achterstand(en) op school;

24 PubMed is een via het internet vrij toegankelijke zoekrobot die de MEDLINE-databank met referenties naar medisch wetenschappelijke artikelen evenals de database met boeken van de NCBI doorzoekt.

- Leidend tot *educational attainment* als stroomafwaarts in plaats van opwaarts;
- Met overplaatsingen, schoolwisselingen en plaatsingen in speciaal onderwijs tot gevolg;
- Of leidend tot onderwijs dat voortijdig wordt afgebroken (verzuim, *drop out* i.e., uitval, thuiszitten);
- Uiteindelijk leidend tot beperkte of laaggeletterdheid en onvervulde onderwijsbehoeften, lagere kansen op de arbeidsmarkt, en
- Onderzoek naar fundamentele geletterdheidsconstructies bij het leren van taal en grammatica, en
- Onderzoek in de neurowetenschappen, waarbij steeds meer bevindingen over hersenen, cognitie en taalverwerving worden gegenereerd;
- Alsook bevindingen over *psychological distress*, *toxic stress*, *mental pressure* en *early life stress*, leidend tot een gebrekkige aansluiting of *fit* met de omgeving;
- Allemaal verweven met onderzoek naar sociaaleconomische verschillen voor bepaalde groepen (in termen van de OESO *Groups of Focus for Equity*);
- Geeft als hoofdlijn weer wat staat opgesomd in het volgende hoofdstuk.

5 Wat hebben we gevonden?

Kort samengevat: gezondheidsvaardigheden worden gedurende de gehele levensloop verworven. Vroeginterventie via het onderwijs wordt vanuit meerdere studies over meerdere wetenschapsgebieden heen aanbevolen. Vroeginterventie op gezondheidsverschillen via het onderwijs vraagt om een andere benadering dan een modulaire aanpak of aandacht hiervoor vanuit het perspectief van de gezonde school. Het gaat om gezond onderwijs: het gehele onderwijssysteem en de gehele onderwijscultuur zou cognitieve gezondheid met geletterdheid (en gecijferdheid) als basis, als fundamenteel uitgangspunt moeten nemen. In termen van de OESO zou *overall well-being* centraal uitgangspunt moeten zijn bij het vormgeven van het gehele onderwijs. De groepen die extra kwetsbaar zijn voor afstroom en schooluitval, zijn gebaat bij continu aanwezige, scherp gerichte en doeltreffende multidisciplinaire preventie als onderdeel van gezond onderwijs. Dit onderwijs moet voor alle leerlingengroepen een aanbod hebben in basisvaardigheden, incl. Nederlands als tweede taal (NT2), dat ook formeel onderwijs mag heten, zonder uitzondering. Dit zou cross-sectoraal bekrachtigd moeten worden vanuit integrale wetgeving, eenvoudig beleid en niet-gefragmenteerde financiering van onderwijs voor groepen die al vroeg aansluiting mislopen, dat wil zeggen die nu buiten het reguliere onderwijssysteem vallen en/of extra kwetsbaar zijn voor ontoereikende

kwalificatie op het vlak van basisvaardigheden of zelfs algehele schooluitval.

Idealiter zou er sprake zijn van goed onderwijs in taal en rekenen (wiskunde) voor iedereen tot tenminste de leeftijd van 21 jaar, voor wie dan ook, hoe dan ook, waar dan ook en wanneer dan ook.

Aanleiding hiervoor is het volgende.

Wie lopen risico op onderwijstekorten en gezondheidsverschillen?

Lage gezondheidsvaardigheden blijken al op jonge leeftijd te ontstaan en dragen bij aan een toenemende ongelijkheid op het gebied van gezondheid, welzijn en sociaaleconomische participatie van mensen die bepaalde kenmerken gemeen hebben. Dit zijn op basis van literatuuronderzoek (-) mensen met een benedengemiddeld opleidingsniveau en inkomen, in studies vaak bepaald als 'laaghuishoudinkomens' of aan de hand van het opleidingsniveau van de moeder, (-) mensen met een andere thuistaal dan Nederlands, waarbij er te weinig (deskundige) aandacht is voor Nederlands als tweede taal in het onderwijs (NT2), (-) mensen met gezondheidsproblemen of *special needs*, waarbij in het onderwijs te weinig (deskundige) aandacht is voor die *special needs*, (-) ouders en kinderen die staan blootgesteld aan ernstige aversieve levensomstandigheden (early life stress, afhankelijkheid van instanties, gezondheidsproblemen) en (-) mensen die worden blootgesteld aan bias(es) in het onderwijssysteem i.e., al dan niet bewuste vormen van vooroordelen en discriminatie op het vlak van gender, ras, cultuur of (regionale) herkomst. Dit wordt hierna toegelicht als volgt.

Cumulatie over de levensloop

Stapelings van bovengenoemde factoren leidt tot grotere risico's op afstroom en uitval. Kinderen aan de benedengrenzen van deze ongelijkheid in onderwijs, lopen al vroeg in hun leven het risico verstrikt te raken in een neerwaartse spiraal van factoren die

bijdragen aan onderwijsachterstand en gezondheidsproblemen. Iedere risicofactor vergroot daarbij de kans dat er extra gezondheidsrisico's ontstaan, met invloed op het functioneren op andere levensdomeinen, waarop eveneens risico's ontstaan: de kans op succesvol vervolgonderwijs, een geslaagde sociale participatie, economische bestaanszekerheid, en een toereikende woning in een veilige en gezonde omgeving, neemt af. De kans op aanhoudende en ernstige stress op meerdere levensdomeinen neemt toe. Op basis van een transdisciplinaire inventarisatie van onderzoek wordt duidelijk dat onderwijsachterstanden (verschillen in *educational attainment*) en gezondheidsverschillen (*poor health outcomes, low health literacy*) grotendeels dezelfde groepen mensen betreffen, gezien over de gehele levensloop, door de OESO geduid als *Groups of Focus for Equity*:

- De resultaten van PISA 2018 laten zien dat de impact van de **sociaaleconomische achtergrond** (opleidingsniveau van de moeder, laaghuishoudinkomen) op succes in het onderwijs sterk varieert van land tot land, maar in te veel landen negatief is en aanzienlijk blijft, ook in Nederland.²⁵ Zie in dit verband ook de Inspectie van het Onderwijs in 2021 (rapportage in Staat van het Onderwijs, 2022). Zie in Nederland ook Bol (2020) die onder 800 Nederlandse ouders en hun 1300 kinderen in het basis- en voortgezet onderwijs onderzocht wat de impact van de schoolsluiting door COVID-19 is geweest. Bol concludeert dat de schoolsluiting en het thuisonderwijs negatieve gevolgen hebben gehad voor de kansenongelijkheid in het onderwijs.
- Evenzo benadrukt PISA dat leerlingen met een **niet-Westerse immigratieachtergrond** doorgaans ondermaats presteren in vergelijking met hun autochtone leeftijdsgenoten: leerlingen met een niet-Westerse achtergrond hebben minstens drie keer

25 <https://www.oecd.org/pisa/>

zoveel kans dan leerlingen met een Nederlandse achtergrond om onder het minimumniveau van leesvaardigheid te scoren. De al dan niet aanwezige **waardering van de thuistaal** (als niet Nederlands) en gebrekkige aandacht voor Nederlands als tweede taal (NT2) in het onderwijs spelen hierbij een belangrijke rol.

- De OESO biedt separate studies over leerlingen/studenten met **special needs**. Uit die studies blijkt dat alle landen zoeken naar wegen voor onderwijs toegankelijkheid voor studenten met een special need, maar dat de weg hiernaartoe niet eenvoudig van de grond komt. Verschillen tussen landen qua mate van inclusie gaan bovendien gepaard met verschillen qua categorisering van special needs, van deelname aan onderwijs (of ontheffing van leerplicht) en van deelname aan reguliere dan wel separate gespecialiseerde onderwijsvoorzieningen (in Nederland speciaal onderwijs, speciaal basisonderwijs of voortgezet speciaal onderwijs, tezamen gespecialiseerd onderwijs). Ook de OESO meldt dat schooluitval van studenten met special needs significant meer voorkomt (OECD, 2010). Voor Nederland geldt op dit vlak dat er sprake is van een relatief grote achterstand ten opzichte van andere OESO-landen: het aantal ontheffingen van de Leerplicht onder 5a en het aantal plaatsingen in het speciaal onderwijs blijven relatief hoog. Het aantal uitvallers (thuiszitters) blijft eveneens hoog. Zie voor recente cijfers *Rijksoverheid verzuimgegevens 2021-2022*, waarin onder meer de vrijstellingen van de Leerplicht onder 5a staan opgenomen.²⁶ Zie voor samenhang en cumulatie van achterstandsfactoren (SES, migratieachtergrond, special needs) bij leerlingen die

26 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/03/31/bijlage-9-verzuimcijfers-schooljaar-2021-2022>

worden geplaatst in speciaal onderwijs: CBS-Longreads.²⁷

De samenhang is evident aanwezig.

- **Rolpatronen en stereotypen** spelen nog steeds een bijzonder belangrijke rol bij het beïnvloeden van de onderwijs- en beroepskeuzes van meisjes en jongens. OESO-studies wijzen met name op meisjes die hierdoor nog steeds terugdeinzen voor STEM-programma's (Science, Technology, Engineering and Mathematics), ook wat betreft de instroom op beroepsopleidingen. In de literatuur vonden wij ook aanwijzingen voor jongens als *group of concern*; met name in de jonge leeftijdsgroepen lijken jongens onder de noemer van 'gedragsproblemen' een grotere kans te lopen op uitval of exclusie van voorschools en primair onderwijs. Rolpatronen en stereotype denken blijken ook breder te spelen: racisme en denken in vooroordelen (bias) is een maatschappelijk probleem, dat zich ook in het onderwijs manifesteert, en waarmee kinderen al van jongs af kunnen worden geconfronteerd in het onderwijs. Zie in dit verband eveneens eerdergenoemde CBS-Longread *Vergelijking populaties gespecialiseerd onderwijs en basisonderwijs* (2023).
- Een specifieke groep die kwetsbaar is voor schooluitval en gezondheidsverschillen i.e., *at risk for low health literacy*, bestaat uit de kinderen en jongeren (en vaak hun ouders) die gebukt gaan onder **aversieve levensgebeurtenissen, early life stress** en die in verband daarmee **afhankelijk zijn van instanties**: van jeugdhulpvoorzieningen tot voorzieningen voor gezondheidszorg, al dan niet op last van juridische maatregelen, zowel civiel- als strafrechtelijk. Anders geformuleerd: kinderen, jongeren en hun ouders, die gebruik maken van of aangewezen zijn op instanties, in de meest brede zin van het woord. Dit loopt van voorzieningen zoals die vallen

27 <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2023/vergelijking-populaties-gespecialiseerd-onderwijs-en-basisonderwijs?>

onder de Jeugdwet (2015) tot die vallen onder de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet gehandicaptenzorg en de Zorgverzekeringswet, alsook voorzieningen die vallen onder de Wet forensische zorg. Dit geldt voor leerlingen en hun ouders. De overdracht van risico voor gezondheidsverschillen en onderwijsachterstanden of uitval is aangetoond.

Kansengelijkheid, diversiteit en inclusie blijken kortom nauw verweven begrippen, die systematisch bepaalde groepen mensen betreffen, dat is niet alleen qua sociaaleconomische status of het opleidingsniveau van de ouders of moeder. Er zijn meerdere definities van voornoemde begrippen in omloop, we sluiten aan bij de OESO die *equal opportunity* als volgt omschrijft (2023):

*The extent to which people have the same chances to do well in life regardless of the socio-economic background of their parents, their gender, age, sexual orientation, race, ethnicity, birthplace, or other circumstances beyond their control.*²⁸

Het opleidingsniveau als eigenstandig kenmerk (los van het opleidingsniveau van moeder) staat in deze definitie niet genoemd, maar mensen zonder kwalificatie hebben nauwelijks

28 Via <https://www.oecd.org/els/soc/centre-for-opportunity-and-equality.htm> is de volgende uitgebreide definitie vindbaar:

- *Cross-cutting*: Reflecting inequalities in a number of socio-economic outcomes, from income and wealth to employment, economic growth, education, health, the environment, housing, access to public services, energy, and financial markets, as well as across people with different characteristics, such as gender, age, or socioeconomic background.
- *Comprehensive*: Providing policy-relevant information and analyses that consider complementarities and trade-offs faced by policy makers, in different sectors and different parts of national and local governments. The Centre for Opportunity and Equality will be a multi-disciplinary space that builds on the OECD's unique capacity to produce and coordinate cross-country and cross-sectoral policy analysis and data.
- *Global*: Focusing on various dimensions of inequality in OECD and Key Partner countries, as well as in emerging and developing countries.

gelijke kansen. Feitelijk zou ieder kind naar vermogen op weg moeten worden geholpen naar een kwalificatie.

Wat betreft laaghuishoudinkomen en/of het opleidingsniveau van de moeder: al ruim 60 jaar worden deze indicatoren gebruikt om sociaaleconomische verschillen te verklaren, maar dat volstaan kan worden met deze variabelen en dat er sprake is van causaliteit is niet onomstotelijk vastgesteld.

Wolfram en Morisson (2023) bijvoorbeeld, wijzen op de rol van *confounders* i.e., variabelen die zowel de afhankelijke als onafhankelijke variabelen beïnvloeden – hier de aanname dat laag huishoudinkomen en/of het opleidingsniveau van de moeder bepalend is – en zetten vraagtekens bij de veronderstelde causaliteit.²⁹

Vergelijkbaar met Xue et al. (2021), die met het begrip *endogeneity* eveneens wijzen op missende variabelen in rekenmodellen onder verklarende theorieën voor sociaaleconomische verschillen. Dit neemt de samenhang natuurlijk niet weg, maar vraagt wel om nader onderzoek naar verklarende variabelen en mogelijke interactie-effecten, die onderliggend oorzakelijk zijn voor systematische verschillen in de mate van onderwijs en gezondheid tussen groepen.

De OESO – evenals in Nederland het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) – gaat vooralsnog uit van *disadvantaged households* en het opleidingsniveau van de moeder als risicofactoren voor onderwijs- en gezondheidsverschillen.³⁰

Vanuit de overkoepelende inventarisatie die we hebben uitgevoerd komt aanhoudende onrust en stress (*distress, toxic stress*) naar voren als een waarschijnlijk mediërende variabele, naast verschijnselen als burn-out en depressie – in de literatuur met name gerapporteerd bij de moeder.

29 <https://www.nature.com/articles/s41539-023-00173-y.pdf>

30 <https://www.oecd.org/stories/education-equity/>

Moeilijk te bestrijden fenomeen

Tot nu toe lijken lage gezondheidsvaardigheden moeilijk te overwinnen, aangezien *health literacy* nu internationaal als een urgent probleem wordt aangemerkt, met vertakking naar het onderwijs, de economie, de algemene gezondheid en gezondheidszorg, en de sociale en omgevingscontext van verschillende buurten, gemeenten en regio's. In *Health Literacy. The Solid Facts* (WHO Europe, 2013) staat toegelicht hoe lage gezondheidsvaardigheden het risico verhogen op een onevenredige verdeling van welvaart: ontoereikende behuizing, zwakkere scholen, tekort aan een scala van nabije voorzieningen en een verminderde toegang tot de digitale aansluiting met de wereld. Deze samenhang is vastgesteld in alle landen die zijn aangesloten bij de *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), dus ook in Nederland (zie ook eerdergenoemde *WRR-Policy Brief 7*).

Ondanks een enorme hoeveelheid onderzoek per beleidsdomein en betrokken wetenschapsdisciplines, met inherent grote investeringen in beleidsprogramma's, wordt de zogenaamde kansengelijkheid 'kloof' die voortkomt uit deze verschillende (onderling afhankelijke) problemen alleen maar groter. Hoewel het moeilijk is om toekomstige scenario's te voorspellen, zal de complexiteit van uiteenlopende oorzaak-gevolgrelaties tussen de verschillende domeinen vermoedelijk aan kracht blijven winnen, zoals onlangs is gebleken met een overvloed aan COVID-informatie, die de kansongelijkheid voor bepaalde groepen scherp in beeld heeft gebracht en vergroot, over verschillende sectoren, wetenschapsgebieden en professionele contexten heen.

6 Verloren leertijd is verloren gezondheid, maar hoe?

De zoektocht naar een betere verdeling van welvaart en kansengelijkheid staat zoals gezegd sinds de jaren zestig van de vorige eeuw prominent op de agenda. Daarin is ook veel bereikt. Maar voldoende effect blijft uit voor zo'n 10% van de bevolking en sinds de wereldwijde pandemie is de aandacht weer verscherpt. Verschillende vormen van onderliggende ongelijkheid zijn door de pandemie eveneens (weer) blootgelegd. Er is statistisch gezien natuurlijk altijd een 10% 'laagst' of 'hoogst' bedeelde groep; de kloof echter, tussen de groepen aan de benedengrenzen en die daarboven, neemt toe: bepaalde publieksgroepen dreigen systematisch door de bodem van bestaanszekerheid te zakken. Armoedeproblematiek staat in Europa weer op de kaart.^{31 32}

Leerverlies door verlies aan instructietijd

Daarbij is de pandemie de facto niet ten einde, maar de aandacht ervoor is overgegaan in een volgende crisis, die eveneens van grote invloed is op welzijn en gezondheid: een oorlog op het Europese continent, met wereldwijd oplopende sociaal-

31 <https://www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm>

32 Samenvatting - Armoede en sociale uitsluiting 2023 | CBS

economische spanningen, met eveneens dezelfde zware tol voor kwetsbare mensen of mensen in kwetsbare omstandigheden.

Box 7. OECD Coronavirus themes and social challenges

The COVID-19 pandemic and ensuing crisis exacerbated deep-seated social inequalities within our societies. Women, low-income households, children, and young people, as well as low-skilled, part-time, temporary, and self-employed workers, have all been disproportionately affected. Today, Russia's war of aggression in Ukraine is creating a major humanitarian crisis affecting millions of people and a severe economic shock of uncertain duration and magnitude, imperilling the world's recovery from the COVID-19 pandemic. Gender-based violence was aptly labelled the "hidden pandemic" at the height of COVID-19, when many women were trapped at home with their abusers. Yet heightened public discourse and the transition to a post-COVID "normal" have done little to improve outcomes for victims/survivors. The majority of OECD governments have identified violence against women as the top gender-equality challenge facing their country. Worldwide, around 30% of all women aged 15 and older report having experienced some form of it at least once in their lifetime.

Gender-based violence can take many forms, the most common and lethal of which is intimate-partner violence. Around 34% of female victims of intentional homicide are killed by a current or former partner globally. Pre-pandemic, this equated to around 82 women or girls being murdered by their intimate partner, every day, around the world. Governments must adopt a whole-of-state approach to gender equality generally and gender-based violence specifically. This means ensuring reliable, adequate, and well-organised funding for co-ordinated services. It also requires policy coherence across agencies and levels of government so that policies reinforce each other (OECD, 2023).³³

Het herstel na de coronapandemie is voor nagenoeg iedereen gelukt, maar niet voor deze groepen, waarvoor de kloof sinds de pandemie groter is geworden. Stiglitz (2021) wijst erop dat de kloof wordt bepaald door systematische verschillen in *onderwijs* en *gezondheid*. Onderwijs (en het onderwijssysteem) en gezondheid (en gezondheidszorg) spelen een sleutelrol. Het verschil in verloren tijd aan directe instructie (onderwijs) was onder invloed van de pandemie voor alle OESO-landen het hoogst voor de

33 <https://www.oecd.org/coronavirus/en/themes/social->

leerlingen uit de laagste inkomensgroepen i.e., de zogenoemde laaghuishoudinkomens. Het verschil in leerverlies door gebrek aan hybride instructievormen was eveneens het hoogst voor de leerlingen uit de laagste huishoudinkomens.

Het verschil in achteruitgang in gezondheid (en het inherente gebruik van zorgvoorzieningen) loopt langs soortgelijke lijnen, waarbij leerlingen met gezondheidsproblemen of overbelaste thuissituaties extra kwetsbaar zijn. Instructietijd (onderwijs) en gezondheid (ziekte, chronische ziekten en verloren levensjaren) zijn gecorreleerd.^{34 35 36} Discontinuïteit van onderwijs ligt hieraan ten grondslag. Discontinuïteit van onderwijs is echter lang niet altijd noodzakelijk vanuit het oogpunt van ziekte of wat er schuilgaat achter ziekteverzuim – zie verderop in de hoofdstukken 8 en 9.

Onderwijs en gezondheid vanuit studies van de Wereldbank
Raghupathi et al. (2020) hebben voor de Wereldbank het verband tussen onderwijs en gezondheid onderzocht en leggen uit hoe deze begrippen zijn gerelateerd.

Box 8. The influence of education on health

A clear understanding of the macro-level contexts in which education impacts health is integral to improving national health administration and policy. In this research, we used a visual analytic approach to explore the association between education and health over a 20-year period for countries around the world. Using empirical data from the OECD and the World Bank for 26 OECD countries for the years 1995–2015, we identified patterns/associations between education and health indicators. By incorporating pre- and post-educational attainment indicators, we highlight the dual role of education as both a driver of opportunity as well as of inequality.

Results: Adults with higher educational attainment have better health and lifespans compared to their less educated peers. We highlight that tertiary education, particularly, is critical in influencing infant mortality, life expectancy, child vaccination, and

34 <https://www.oecd.org/education/2030-project/global-forum/third-meeting-may-2021/Presentations>

35 <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

36 <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022>

enrolment rates. In addition, an economy needs to consider potential years of life lost (premature mortality) as a measure of health quality.

*Conclusions: We bring to light the health disparities across countries and suggest implications for governments to target educational interventions that can reduce inequalities and improve health. Our country-level findings on NEET (Not in Employment, Education or Training) rates offer implications for economies to address a broad array of vulnerabilities ranging from unemployment, school life expectancy, and labour market discouragement. The health effects of education are at the grass roots – creating better overall self-awareness on personal health and making healthcare more accessible (Raghupathi et al. in *The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015 in Archives of public health* 2020: 78–20).*

De studie van de Wereldbank concludeert dat onderwijs aan de basis ligt voor gezondheid: onderwijs draagt bij aan een beter algemeen zelfbewustzijn over de persoonlijke gezondheid en maakt de gezondheidszorg toegankelijker.

Bezien over de levensloop zijn gemist onderwijs en gezondheidsproblemen niet alleen sterk gecorreleerd, ze zijn gezien vanuit een levensloopperspectief vaak volgordelijk en daarmee mogelijk te beïnvloeden, mits duidelijk is hoe en met name op welke momenten dit kan.

Box 9. Equity and Quality in Education

School failure penalises a child for life. The student who leaves school without completing upper secondary education or without the relevant skills has fewer life prospects. This can be seen in lower initial and lifetime earnings, more difficulties in adapting to rapidly changing knowledge-based economies, and higher risks of unemployment. The same child is also less likely to take up further learning opportunities and less able to participate fully in the civic and democratic aspects of modern societies. Educational failure also imposes high costs on society. Poorly educated people limit economies' capacity to produce, grow and innovate. School failure damages social cohesion and mobility and imposes additional costs on public budgets to deal with the consequences – higher spending on public health and social support and greater criminality, among others. For all these reasons, improving equity in education and

*reducing school failure should be a high priority in all OECD education policy agendas (OECD, 2023).*³⁷

Onderwijsfalen start waar aansluiting misloopt. *Equity and quality in education* – zoals in Box. 11 gedefinieerd door de OECD – valt of staat met *toegankelijkheid* van onderwijs, waarbij toegankelijkheid ook *continuïteit* van onderwijs betekent: het voorkomen van uitval of discontinuïteit van onderwijs.

Gelijke kansen in het onderwijs en inclusief onderwijs betekenen op basis van bovenbeschreven OESO-definitie dat persoonlijke of sociale omstandigheden, zoals geslacht, sociaaleconomische status, migrantenachtergrond, leeftijd, special needs, gezondheidsstatus of woonplaats, het bereiken van iemands onderwijspotentieel *niet* langer systematisch in de weg staan en dat iedereen ten minste (minimaal) een kwalificatie verkrijgt: toegang tot het onderwijs en continuïteit van onderwijs zou *impartial* of onbevooroordeeld moeten zijn, dat wil zeggen toegankelijk naar vermogen en niet naar omstandigheden.

Voorkomen van uitval; onderwijsdiscontinuïteit als prioriteit

Om deze redenen heeft het verbeteren van gelijke kansen in het onderwijs zowel voor als na corona een hoge prioriteit in alle OESO-landen. Investeren in gelijke kansen en inclusief onderwijs loont en gaat hand in hand met een verdeling die tot minder grote verschillen in de samenleving leidt.³⁸ Inclusief onderwijs is in 2015 als duurzaamheidsdoelstelling voor 2030 opgenomen door de Verenigde Naties.³⁹ Inclusief onderwijs betekent niet dat iedereen dezelfde resultaten zou moeten behalen, maar wel dezelfde onderwijstoegankelijkheid heeft. Bezien vanuit een gezondheids-perspectief zou het voorkomen van uitval van onderwijs als

37 <https://www.oecd.org/education/school/50293148.pdf>

38 <https://gpseducation.oecd.org/revieweducationpolicies/>

39 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/internationale-afspraken-ontwikkelingssamenwerking/global-goals-werelddoelen-voor-duurzame-ontwikkeling>

hoogste prioriteit op de agenda van scholen moeten staan – zie verderop in hoofdstuk 8 de verwijzing naar Vanneste-Zandvoort (2016), Teunissen (2017) en Van Binsbergen et al. (2019).

Van abstractie en cijfers naar de dagelijkse werkelijkheid

Eerdergenoemde WRR-Beleidsbrief *Van verschil naar potentieel* besluit met de constatering dat de Nederlandse welvaartsstaat van gedaante is veranderd. De klassieke verzorgingsstaat van weleer heeft plaatsgemaakt voor wat wetenschappers de ‘sociale investeringsstaat’ noemen (Hemerijck, 2017). Het draait hierbij om investeren in ‘menselijk kapitaal’ bij voorkeur al vroeg in de levensloop. Ruimte geven aan het potentieel van ieder kind als leerling met recht op onderwijs komt naar voren als alternatief voor de klassieke leerplicht, waarvan ontheffing kan worden aangevraagd, zonder duidelijk onderwijsperspectief.^{40 41}

Grote datasets, statistische gemiddelden, weinig bewijs van effectiviteit

Al het aangehaalde onderzoek naar de relatie tussen onderwijs en gezondheid echter, is gebaseerd op grote datasets, vaak beperkt tot één perspectief - of gezondheid, of onderwijs - leidend tot een overall verband dat ontstaat gedurende niet nader bepaalde intervallen langs de levensloop. Maar wat gebeurt er precies voor de kinderen in kwestie ‘onderweg langs de levensloop’ met gebrekkige geletterdheid, gezondheidsverschillen en vroegtijdige sterfte als uitkomst? Welke afslagen missen we, die een *trajectory* naar *low health literacy* helpen voorkomen?

Op basis van een discipline overstijgend overzicht van onderzoek hebben we in *Health Literacy and Educational Attainment* (Bijlage 3) geprobeerd te verduidelijken hoe dergelijke vicieuze cirkels van

40 <https://www.kinderombudsman.nl/publicaties/van-leerplicht-naar-leerrecht>

41 <https://www.raadvanstate.nl/actueel/nieuws/juni/advies-wetsvoorstel-leerrecht/>

onderwijsongelijkheid en gezondheidsongelijkheid in de levensloop ontstaan. Dit hebben we gedaan op basis van een overkoepelend, dat wil zeggen transdisciplinair perspectief, in plaats van één wetenschapspectief. De *rapid view* die we hebben uitgevoerd heeft tot doel overstijgend voor meerdere wetenschappen mogelijke *non observed variables* – van controle- en mediërende variabelen tot *confounding* variabelen (Antonakis et al., 2010; Lynch et al., 2011) – in beeld te brengen, aan de hand van het theoretisch construct *health literacy*.⁴²

42 Onafhankelijke variabele, afhankelijke variabele

Een **onafhankelijke (oorzaak)** variabele is die variabele die de **afhankelijke (gevolg)** variabele beïnvloedt. De onafhankelijke (ook wel predictor) variabele voorspelt een verandering in de afhankelijke (criterium) variabele. De onafhankelijke variabele is bekend onder verschillende benamingen (*regressor, covariate, explanatory variable, risk factor, manipulated variable, input variable, predictor variable* of *independent variable*). Alles wat de **afhankelijke (dependent)** variabele beïnvloedt kan geclassificeerd worden als **onafhankelijke (independent)** variabele. Daarom is in onafhankelijke variabelen verdere classificering aangebracht:

Controle variabele

Onafhankelijke variabelen kunnen worden opgedeeld in variabelen waarover een hypothese is geformuleerd of waarover geen hypothese is geformuleerd. De onafhankelijke variabele waarover een hypothese is geformuleerd is geen focus van onderzoek, dit is een controle variabele. Controle variabelen zijn belangrijk om onafhankelijke variabelen 'zuiver' te maken i.e., controle variabelen verwijderen die variatie uit de onafhankelijke variabele die gemeenschappelijk is. Gemeenschappelijke variatie tussen een controle en onafhankelijke variabele, is variatie die niet zuiver het theoretische concept meet, deze moet dus worden verwijderd. Daarmee kan een controle variabele de vertekening of bias uit de onafhankelijke variabele verwijderen.

Modererende (conditionele) variabele

Een **moderende (interactie) variabele** beïnvloedt de sterkte of richting van de relatie tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabele.

Mediërende (Interveniërende) variabele

Wanneer een onafhankelijke variabele geen direct effect heeft op de afhankelijke variabele, maar als een tussenkomend effect levert op de afhankelijke variabele, dan is dit een mediërende of inter-veniërende variabele. Een mediërende variabele verklaart hoe twee andere variabelen gerelateerd zijn.

Confounding variabelen

Door *confounding* kan een verband worden gesuggereerd, dat in werkelijkheid afwezig is, of kan een bestaand verband worden ontkend (storende variabelen). Een confounding variabele is een gemiste of niet geobserveerde 'derde variabele' die de relevante variabele beïnvloedt waardoor er verband lijkt te bestaan, terwijl dat er niet is. Dit wordt ook een externe variabele genoemd, die niet in het onderzoek is betrokken.

Dit hebben we, zoals al gezegd, gedaan vanuit een eenvoudige opzet; door onderzoek vanuit verschillende wetenschapsgebieden op een rij te zetten, startend vanuit overzichtsstudies op basis van een aantal centrale zoektermen. We zijn gestart vanuit gezondheidsonderzoek naar (*low*) *health literacy*, vervolgens terechtgekomen bij onderzoek naar (*low*) *literacy* als belangrijkste antecedent van *low health literacy*, en van daaruit terechtgekomen bij onderzoek naar *educational attainment* en *low (health) literacy*. Vanuit deze onderzoeksgebieden zijn we terechtgekomen bij andere onderzoeksgebieden die stress, cognitie en sociaal-economische gevolgen van stress op cognitie en onderwijs als onderwerp hebben - zoals de neurowetenschappen, biologie, economie en sociologie. We zijn lang niet volledig en bieden slechts een snelle ruwe schets die hoofdzakelijk is gebaseerd op reviews en meta-analyses. Ons doel was over de grenzen van wetenschapsgebieden te verkennen wat er op basis van onderzoek bekend is over laaggeletterdheid en een benedengemiddelde gezondheid als levensloopvraagstuk.

Startend vanuit internationaal onderzoek richt *Health Literacy and Educational Attainment* zich op de Nederlandse situatie. Aan de basis van lage gezondheidsvaardigheden in de volwassenheid blijken systematisch achterstanden te liggen op het vlak van geletterdheid, onderwijsinclusie, gezondheid en maatschappelijke aansluiting, die elkaar in een spiraal lijken te versterken, ondanks diverse beleidsprogramma's en grote investeringen in onderwijs en gezondheid sinds decennia. Deze programma's echter, lopen binnen grenzen tussen sectoren: er is veel minder tot zeer beperkt sprake van een integrale of cross-sectorale aanpak – zie hoofdstukken 8 en 9.

7 Convergente bewijsvoering

De bevindingen die in voorgaande hoofdstukken staan samengevat komen overeen met wat Lynch et al. (2011) en Herd et al. (2011) samenvatten in *the Handbook of Aging and the Social Sciences* (Binstock & George, Eds. 2011): sociologisch en sociaaleconomisch onderzoek houdt zich al langer bezig met de sociaaleconomische gelaagdheid (stratificatie) en ongelijkheid in samenlevingen. De aandacht voor de rol van onderwijs hierin is ruim aanwezig.

Van stratificatie naar levensloop

Een centraal thema in Binstock et al. (2011) is dat een alomvattend begrip van 'ongelijkheid' impliciet vereist dat wordt uitgegaan van een levensloopbenadering. Het onderzoek naar sociale stratificatie en economische ongelijkheid heeft over de decennia dan ook steeds meer een levensloopvisie aangenomen. Lynch et al. (2011) leggen uit hoe dit gepaard is gegaan met het inzicht dat ongelijkheid op het gebied van *gezondheid, onderwijs (opleidingsniveaus), inkomens en welvaart (SES)*, tegelijkertijd zowel de oorzaak als het gevolg zijn van stratificatie en ongelijkheid, zowel binnen als tussen generaties.⁴³

De uitbreiding van maatschappelijk stratificatieonderzoek omvat vanaf de jaren zeventig naast de *sociaaleconomische status*

43 Zie in Nederland Bovenaan welvaarts ladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid (cbs.nl)

variabelen als *seks*, *ras*, *opleidingsniveau* en *gezondheid* als voorspellers van stratificatie en verschillen in de samenleving. Recent onderzoek naar maatschappelijke stratificatie breidt zich uit naar het onderscheiden van veranderingen *binnen* de individuele levensloop en op kenmerkende verschillen *tussen* individuen, zowel in bepaalde fasen van de levensloop als tussen geboortecohorten en/of -perioden. Studies naar stratificatie en ongelijkheid gebruiken steeds meer-geavanceerde statistische technieken om onderzoeksvragen over de gehele levensloop te beantwoorden met behulp van longitudinale gegevens (2011, pp. 105-117), rekening houdend met interactie-effecten, ook tussen gezondheid en onderwijs.

Na de bijdrage van Lynch in Binstock en George (Eds.), vervolgen Herd et al. (2011) met het ontstaan van gezondheidsverschillen naar *opleiding*, *inkomen* en *beroep*, en het belang van deze variabelen gedurende de gehele levensloop.

Herd et al. (2011) benadrukken hoe tekorten of achterstanden binnen meerdere sociale statussen (cumulatie van problemen), met name op het gebied van onderwijs en opleiding, inkomen en beroep, ras en geslacht, samen zorgen voor grote gezondheidsverschillen onder oudere volwassenen – dit is volledig in lijn met het gezondheidsonderzoek dat is geïnventariseerd in hoofdstuk 2 van *Health, Literacy, and Educational Attainment*.

Herd et al. (2011) geven aan dat hoewel er internationaal steeds meer aandacht is voor het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsverschillen, er nog veel onbekend blijft over wat deze verschillen precies veroorzaakt, vanaf wanneer in de levensloop, en hoe beleid effectief kan ingrijpen om deze verschillen tijdig te verkleinen. Daarbij verschuift de aandacht van 'downstream solutions' (zoals het vergroten van de toegang tot medische zorg voor ouderen) naar 'upstream focus' i.e., vroeger ingrijpen op ontstaan en voorkomen van stratificatie en ongelijkheid. Dus al in of tijdens het primair, secundair en tertiair onderwijs incl. de beroepsopleidingen, en daarna op de invloed van

gezondheidsbepalende arbeidsomstandigheden (Herd et al., 2011, p. 118 en verder) – eveneens volledig in lijn met het onderzoek dat is geïnventariseerd in hoofdstukken 3 tot en met 5 van *Health, Literacy and Educational Attainment*.

Economisch onderzoek

Dit is ook overeenstemmend met eerdergenoemde resultaten van Hahn en Truman (2015) die onderwijs als stroomopwaartse oorzaak van gezondheid aanwijzen, met een centrale rol voor geletterdheid als centrale basisvaardigheid (naast gecijferdheid). Zie in dit verband eveneens Eide et al. (2011) in *Economics of Education Review*, October 2011. Zo geven als volgt aan (pp. 778-791):

Het empirische verband tussen onderwijs en gezondheidszorg is stevig gevestigd. Talrijke onderzoeken tonen aan dat een hoger opleidingsniveau positief geassocieerd is met een langer leven en een betere gezondheid gedurende het hele leven. Maar het meten van de causale verbanden tussen onderwijs en gezondheidszorg is een grotere uitdaging. Afgezien van typisch econometrische zorgpunten over meetfouten en steekproefeigenschappen, wordt het meten van de causale impact van onderwijs op de gezondheid vertroebeld door het waarschijnlijke causale effect van gezondheid op het onderwijs, en vice versa. Er bestaan vragen over ontbrekende variabelen, die causaliteit ook moeilijk meetbaar maken, en die zowel de accumulatie van menselijk kapitaal als het gezondheidskapitaal beïnvloeden – zoals metingen van individuele discontovoeten (i.e., percentages waarmee kosten en baten in de toekomst worden teruggerekend naar het basisjaar). Ondanks dit soort moeilijkheden is er de afgelopen decennia sprake van een duidelijke stijging in het aantal economisch empirische onderzoeken dat de causale verbanden tussen onderwijs en gezondheidszorg in kaart tracht te brengen.

Eide et al. (2011) hebben het economisch empirisch bewijs voor het effect van onderwijs op gezondheid beoordeeld en concluderen dat de meerderheid van het onderzoek zich richt op het volgen van een opleiding tot en met de universiteit, en het effect daarvan op de gezondheid van volwassenen, inclusief een lang leven. Onderzoek

naar de ontwikkeling van gezondheid en onderwijs over de levensloop, dus met inbegrip van kinderen en jongeren, of met inbegrip van meerdere typen onderwijs, bijvoorbeeld het beroepsonderwijs, is schaars. Ten tweede hebben Eide et al. (2011) het bewijs van het effect van gezondheid op het onderwijs beoordeeld inclusief perinatale gezondheidsincidenten (complicaties tijdens de zwangerschap) en effecten hiervan op het opleidingsniveau. Vroege gezondheidsschade heeft een desastreus effect op het behaalde opleidingsniveau. Almond et al. (2018) vatten de bevindingen van dit type onderzoek sindsdien als volgt samen: niet alleen prenatale en perinatale gebeurtenissen hebben levenslange gevolgen, de postnatale omgeving van de vroege kinderjaren (let wel: dat zijn thuis en school) is van invloed op de ontwikkeling van – in economische termen – menselijk kapitaal. Een belangrijke bevinding is dat relatief milde ‘schokken’ i.e. gezondheidsincidenten en tegenslag (vgl. *adverse childhood experiences*) in het vroege leven substantiële negatieve gevolgen kunnen hebben, maar dat de effecten vaak heterogeen zijn als gevolg van verschillen in sociaal-maatschappelijke omstandigheden en economische middelen. Veel vooruitgang in onze kennis is te danken aan de toenemende toegankelijkheid van administratieve gegevens (zoals in Nederland de microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek) waarmee gebeurtenissen in het vroege leven kunnen worden gekoppeld aan langetermijnresultaten, later in de levensloop.⁴⁴ Toch weten we nog steeds relatief weinig over het interval daartussen, aldus Eide et al. (2011), en dus over de vraag of het haalbaar zou zijn om getroffen individuen op een bepaald punt tussen het vroege leven en de volwassenheid te identificeren en vervolgens vroegtijdiger te interveniëren. Meer onderzoek is nodig naar wat er precies gebeurt met kinderen langs alle intervallen van de levensloop.

44 <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83005NED>

In Nederland wijst ook het Centraal Planbureau (CPB) in een literatuurstudie naar brede welvaart, op een gebrek aan causaliteit in de relatie tussen gezondheid en onderwijs (Verbunt et al., 2023). Het CPB wijst op mogelijke derde factoren die zowel onderwijs als gezondheid beïnvloeden. Voor beter gericht beleid is het waardevol om meer inzicht te krijgen in de mechanismen die onderliggend zijn aan de causale effecten van onderwijs en in de rol van derde factoren, aldus Verbunt et al. (2023 p. 8-14). Het CPB geeft in dit verband aan dat in Nederlands onderzoek vooral is gekeken naar een relatief eenzijdige, kwantitatieve maatstaf: het aantal gevolgde jaren onderwijs. Wijzigingen in de onderwijsduur (in Nederland de Leerplichtwet) hebben in de afgelopen decennia niet alleen in Nederland, maar in veel landen geleid tot een stijging van het minimumaantal gevolgde onderwijsjaren. De algehele welvaart is ook in lijn hiermee gestegen, maar niet in gelijke mate voor iedereen, waar ook de WRR in 2019 op wijst – zie hiervoor in hoofdstukken 5 en 6. Waarschijnlijk heeft niet alleen het verlengen van de tijd die iemand op school doorbrengt effect op de gezondheid (Verbunt et al., 2023 p.13):

Er zijn wellicht ook effecten van veranderingen in de samenstelling van klassen, het curriculum, verworven vaardigheden of de kwaliteit van de leraren. Onderzoek naar dergelijke inhoudelijke of kwaliteitsaspecten kan bijdragen aan een vollediger beeld van de bredewelvaartseffecten van onderwijs (Oreopoulos & Salvanes, 2011). Toekomstig onderzoek zou meer kunnen focussen op de effecten van veranderingen in inhoudelijke- of kwaliteitsaspecten van onderwijs.

Gezondheid en onderwijs als wederzijds mediërende en modererende variabelen

Sah et al. (2018) vatten in een editorial in *Nature – in npj science of learning*- samen dat is aangetoond dat onderwijs en het opleidingsniveau sterk correleren met de mentale en lichamelijke gezondheid over de levensloop, evenals met de sociaaleconomische status, en dat met name *onderwijs* een van de sterkste voorspellers is van succes tijdens het hele leven, niet

alleen *economisch*, maar ook in termen van *welzijn*, *gezondheid* en een *lang leven*.⁴⁵ Voor veel mensen vindt formeel onderwijs plaats tussen de leeftijd van 5 en 18 jaar, waarbij we onderwijs krijgen op basis van kerncurricula die via een schoolsysteem (in Nederland sinds 2010 met kerndoelen en referentieniveaus) worden aangeboden. Veel landen kennen een vorm van leerplicht voor kinderen tot ze volwassen zijn, maar de route door het schoolsysteem kan sterk variëren. Ieder land kent een eigen onderwijsstelsel en inrichting. Voorschoolse activiteiten zijn daarin internationaal al wel steeds meer gewoon: kinderen krijgen vaak al voor het vijfde levensjaar onderwijs via zogenoemde voorschoolse educatie (*early childhood education*), dit zijn met name onderwijsactiviteiten gericht op taalverwerving. Over de resultaten hiervan lopen zowel de bevindingen als inzichten uiteen - zie in dit verband Sokolowski en Ansari (2018).⁴⁶ Kern van de samenvatting van Sah et al. (2018), is dat ook kenmerken van het onderwijssysteem *zelf* aan verschillen bijdraagt, zowel op het vlak van onderwijs als gezondheid. Sah verwijst naar studies die groepen vergelijken tussen privaat en publiek onderwijs in Groot-Brittannië. De keuze die ouders maken bij het selecteren van scholen voor hun kinderen, en de verschillen tussen openbare en particuliere scholen, zijn onderwerp geweest van veel en verhitte discussie, die grotendeels in sociale en economische termen is verrat. Sah et al. (2018) leggen uit hoe in een reeks artikelen gepubliceerd in *npj Science of Learning* twee groepen onderzoekers deze discussie vanuit een nieuwe richting

45 <https://www.nature.com/npjscilearn/editors>

46 Sammier samengevat is de kwaliteit van dit aanbod bepalend voor de uitkomst op langere termijn, die is negatief bij een lage kwaliteit en positief bij een hoge kwaliteit. Kwaliteit betreft zowel de pedagogische omgevings- en omgangsfactoren als de inhoudelijke factoren van het taalonderwijs dat geboden wordt. Wanneer de omgeving en het aanbod verrijkend is ten opzichte van de thuissituatie is er een positief effect. Wanneer de omgeving en het aanbod niet toereikend is, is er geen of zelfs een negatief effect. Solokowski en Ansari wijzen bovendien op het fade-out effect over tijd: de gene-environment interplay is hier mogelijk van invloed, zoals ook Sah et al. naar voren brengen.

benaderen: de genetica. Over de kwestie *Nature* versus *Nurture* wordt eveneens al jaren verhit gediscussieerd, omdat het niet helemaal duidelijk is wat de grootste invloed heeft op de menselijke ontwikkeling en het gedrag. Hoewel we allemaal worden geboren met een specifieke set genen, zonder controle over onze genetische toewijzing, is er nu veel meer bekend over de rol van mediërende en modererende variabelen die controle uitoefenen over ons gedrag via epigenetische modificaties, zoals levensstijlkeuzes, gezondheid, ingrijpende levenservaringen en sociaaleconomische omstandigheden – hoewel ontwikkeling en volwassenheid ook autonoom de genexpressie beïnvloeden. Anders gezegd: bepaalde invloeden van buiten kunnen de manier veranderen waarop het lichaam werkt. Het gaat bijvoorbeeld om stress, luchtvervuiling of überhaupt de mogelijkheid om onderwijs te volgen.

Dit soort omgevingsomstandigheden kunnen ervoor zorgen dat het lichaam een andere ‘opdracht’ krijgt, terwijl DNA-codering zelf niet wijzigt. Epigenetische mechanismen reguleren de structuur en activiteit van het genoom als reactie op cellulaire én omgevingsfactoren. Biologische processen worden zodoende gecontroleerd door een combinatie van erfelijke genen en de levenslange impact van epigenetische modificaties die hun expressie reguleren (methylering). Wie we zijn is niet simpelweg het resultaat van *Nature* of *Nurture*, maar wordt gevormd door complexe combinatie en interactie van deze factoren.

Recente (technologisch en statistisch beter te bestuderen) ontwikkelingen op het gebied van epigenetische en epigenomische *sequencing* hebben geleid tot snelgroeiende belangstelling voor het gebruik van deze informatie om biologische uitkomsten en pathogenese i.e., ontstaan van ziekte te voorspellen en mensen te helpen bij bepaalde levensstijlkeuzes en gedrag.⁴⁷ Sah verwijst in

47 Grootschalige projecten zoals het ENCODE (Encyclopedia of DNA Elements) Consortium, een internationale samenwerking van onderzoeksgroepen gefinancierd door het National Human Genome

dit verband naar twee artikelen gepubliceerd in *npj Science of Learning* (een van Smith-Woolley, et al. (2018) en een van Dongen et al. (2018)) die handelen over het beantwoorden van de vraag:

'Hebben de genetische samenstelling en epigenetische modificatie van een individu invloed op zijn of haar opleidingsniveau?'

Het opleidingsniveau i.e., *educational attainment*, is hierbij maatstaf als het 'hoogste' opleidingsniveau dat iemand heeft voltooid aan het einde van de voltijdse leerplicht. Aangetoond is dat het *opleidingsniveau* sterk correleert met de mentale en lichamelijke gezondheid, evenals met de sociaaleconomische status. Opleidingsniveau is via dit type mediërende variabelen i.e., mentale en lichamelijke gezondheid, en modererende variabelen i.e., sociaaleconomische omstandigheden, één van de sterkste voorspellers van economisch succes en een lang leven in goede gezondheid. Samen wijzen de twee onderzoeken op de rol van genetica en epigenetische veranderingen op behaalde onderwijsresultaten.

Twee begeleidende bijdragen, één van Martin (2018) en de andere van Thompson (2018), plaatsen deze bevindingen in een genetisch en onderwijskundig perspectief en geven commentaar op de implicaties van deze onderzoeken. Kort samengevat werpen de twee onderzoeken gepubliceerd in *npj Science of Learning* de vraag op naar de mogelijkheid om genomische gegevens (dus inclusief niet-coderende gedeelten van het DNA) te laten helpen bij voorspellen van de onderwijsresultaten. Net zoals steeds vaker

Research Institute (NHGRI), onderzoeken hoe omgevingsfactoren biologische processen beïnvloeden. Epigenetica is het vakgebied binnen de genetica dat de invloed bestudeert van de omkeerbare erfelijke veranderingen in de genexpressie die optreden zonder wijzigingen in de sequentie i.e., de volgorde van de basenparen, van het DNA in de celkern. Los van gensequentie is er een mechanisme dat zich hierop ent: genomische afstempeling of *genomic imprinting*. Dit epimechanisme heeft te maken met de mogelijkheid voor het DNA om een gen aan of uit te zetten.

blijkt dat onze gezondheid (als mediërende variabele voor onderwijssucces) wordt beïnvloed door genetische én epigenetische determinanten, kan het zijn dat individuen op basis van dit type factoren en interactie-effecten al dan niet vooruitgang boeken in het onderwijssysteem – zie *The nature and nurture of education* in *npj Science of Learning*, maart 2018. Het dagelijks beheer van onze gezondheid, zowel in relatie tot de individuele aanleg als vanuit epigenetische omgevingsinvloeden, heeft in ieder geval een mediërende rol in de cognitieve ontwikkeling, het leren en het onderwijssucces op basis hiervan. De aandacht hierbij gaat bijvoorbeeld uit naar de rol van ingrijpende levensgebeurtenissen, stress, slaap en medicatiegebruik. En zo zijn we terug bij de zes pijlers van de *Global Council on Brain Health*: Mentaal welzijn, Beweging, Cognitief stimulerende activiteiten, Slaap, Voeding en Sociale verbondenheid, zijn belangrijk voor onderwijssucces en opleidingsniveaus.⁴⁸ Maar zo vanzelfsprekend als dit klinkt, zijn het Nederlandse onderwijs en onderwijssysteem hier niet voor alle groepen leerlingen op ingericht

48 In *Worlds Apart: The Non-College Economy* zetten Colavito et al. (2023) de verschillen tussen hoger opgeleiden en niet hoger opgeleiden in de Verenigde Staten op een rij. De levens van universitaire en niet-universitaire Amerikanen zijn uit elkaar gegroeid. De afgelopen twee jaar heeft de regering-Biden zich geconcentreerd op het Amerika buiten de universiteiten, met grootschalige initiatieven die banen scheppen en de kosten terugdringen, in wat hij een blauwdruk voor de wederopbouw van Amerika noemt. Dit omvat onder meer het vergroten van het aantal banen dat beschikbaar is voor niet-universitaire werknemers. Er is als het ware een hersteloperatie begonnen die na het offshoren en globaliseren de middenklasse weer terug moet brengen. Maar wat in verband met opleiding en gezondheid vooral belangrijk is, is de tweedeling die in de samenleving is ontstaan langs de lijn van wel of niet hoger opgeleid en inherent hieraan wie wel en niet aanspraak kunnen maken op gezondheidszorg. Medische schulden, onderbehandeling en verslaving aan pijnstillers zijn de health literacy problemen die hiermee gepaard gaan, voor de niet-hoger opgeleiden. Maar uiteindelijk moet een beter begrip van de gezondheid en welzijnsverschillen tussen niet-universitaire en universitaire diplomahouders en de levens die zij leiden een deel van het antwoord zijn. Onderzoek moet dit betere begrip hiervan in beeld brengen.

Recapitulatie

De samenhang tussen onderwijs en gezondheid is stevig verankerd, d.w.z. de correlatie tussen onderwijs en gezondheid is wetenschappelijk vastgesteld en breed bestudeerd. Goed onderwijs gaat samen met een goede gezondheid, en verschillen in gezondheid en onderwijsprestaties zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Of de relatie al dan niet causaal is, is niet eenvoudig te beantwoorden. Eide en Showalter (2011) beoordeelden de literatuur en vatten samen hoe tal van onderzoeken documenteren dat een 'hoger' opleidingsniveau een positief verband houdt met een langer leven en een betere gezondheid gedurende het hele leven. Het meten van de oorzakelijke verbanden tussen onderwijs en gezondheid is echter een grotere uitdaging. Xue et al. (2021) bevestigen tien jaar later dat dit nog steeds het geval is. Zowel Eide et al. (2011) als Xue et al. (2021) wijzen op de wisselwerking tussen gezondheid en onderwijs en hoe deze wisselwerking veel meer aandacht verdient en benadrukken dat dit een belangrijk maar braakliggend terrein van interdisciplinair onderzoek is.

De langdurige gevolgen van prenatale- en vroegkinderlijke gezondheid op onderwijsresultaten zijn wel duidelijk gedocumenteerd. Maar er is tot nu toe minder aandacht geweest voor intersectoraal onderzoek om de specifieke mechanismen en effecten te onderzoeken die leiden tot gezondheidsverschillen en onderwijsachterstanden, en na te gaan hoe nadelige effecten tijdig kunnen worden voorkomen of verlicht.

Daarnaast is er wetenschappelijk nog veel werk aan de winkel om de oorzakelijke mechanismen fijnmaziger te onderzoeken door de gezondheid in het latere leven te koppelen aan factoren in de kindertijd en de gehele schoolperiode. Welke mechanismen maken onderwijs of geletterdheid tot een functie van gezondheid?

Een beter begrip van de wisselwerking tussen genetica, epi-genetica en omgeving, en hun gecombineerde effecten op gezondheid, onderwijsuitkomsten en bestaanszekerheidskansen, is een ander terrein waar gecombineerd transdisciplinair

onderzoek kan bijdragen aan de bestaande literatuur in geneeskunde, neurowetenschappen, gezondheidswetenschappen en pedagogische- en onderwijswetenschappen.

Wel neemt onderzoek dat de oorzakelijke relatie tussen gezondheid en onderwijs bestudeert snel toe. Theoretische constructen als *health literacy* hebben belangrijke richting gegeven aan onderzoek dat fijnmaziger zicht geeft op determinanten van gezondheid. De wederkerige relatie tussen geletterdheid en gezondheid is definitief gelegd. In *Health, Literacy and Educational Attainment* hebben we daarom op basis van dit construct op een rij gezet wat onderzoek vanuit verschillende wetenschapsdisciplines naar voren brengt in verband met taalonderwijs in relatie tot gezondheidsverschillen.

Ook is duidelijk dat er discipline overstijgend veel meer mogelijkheden zijn voor onderzoek op dit gebied, dat niet alleen beter richting geeft aan de samenhang tussen onderwijs, geletterdheid en gezondheid, maar ook aan gecombineerde methoden voor tijdige preventie en interventie.

Zo geven Eide et al. (2011) in *Economics of Education Review* aan dat onderzoek vanuit de economie als wetenschap is begonnen met het bestuderen van de effecten van de *hoeveelheid onderwijs* op het *inkomen* – vgl. rendementsschattingen die marginaal terugrekenen naar het aantal jaren onderwijs dat is gevolgd. Daarna begonnen economen te onderzoeken hoe de heterogeniteit van die schattingen per subgroep verschilt, bijvoorbeeld door verschillen per ras/ethniciteit en geslacht te onderzoeken. Dit werd gevolgd door economisch onderzoek dat de effecten onderzocht van de ‘kwaliteit’ van het onderwijs, dit betekent hier van de verschillende onderwijsniveaus, zowel K-12 (in Nederland primair onderwijs) als hoger onderwijs (in Nederland het voortgezet of secundair- en het vervolgonderwijs), op de resultaten van de positie op de arbeidsmarkt.

De literatuur die de effecten van onderwijs op gezondheid onderzoekt, volgt een vergelijkbaar pad: de eerste vragen waren gericht op het schatten van de marginale opbrengsten van onderwijs voor gezondheid.⁴⁹ Daaropvolgend onderzoek richtte zich op de heterogeniteit van die rendementen over de verschillende demografische groepen. Een logische uitbreiding die dit spoor volgt is te onderzoeken hoe de verschillende typen (in de literatuur getypeerd als niveaus) van het onderwijs de gezondheid beïnvloeden. Eide et al. (2011) merken op dat bijvoorbeeld de volgende vragen interessant zijn om te onderzoeken (*Economics of Education Review* deel 30, nummer 5, oktober 2011, pp. 778-791):

1. *K-12 schoolkwaliteit (in Nederland: primair onderwijs, specifiek uitgesplitst naar regulier, sbo en so) en het effect ervan op gezondheidsresultaten op lange en korte termijn;*
2. *K-12 schoolkwaliteit (in Nederland: primair onderwijs, specifiek uitgesplitst naar regulier, sbo en so) en de implicaties ervan voor raciale (of Niet-Westerse migratie) verschillen in gezondheidsresultaten;*
3. *Twee jaar versus vier jaar collegebezoek (in Nederland: minimaal voortgezet onderwijs en startkwalificatie tot mbo2, en gespecificeerd naar praktijkonderwijs, vmbo, havo en vwo) en effecten hiervan op gezondheidsresultaten; en*
4. *Tertiair onderwijs (in Neerland: naar mbo, hbo en wo) en implicaties voor gezondheidsresultaten.*

Zulk onderzoek is schaars. In Nederland wordt zulk onderzoek wel uitgevoerd door het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) of het Centraal Plan Bureau (CPB), maar vaak zonder onderscheid naar leerloopbanen en schooltypen met gezondheidsverschillen als uitkomstmaat.

Het CPB bijvoorbeeld, onderzoekt op basis van de *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) het gezondheidsgedrag van leerlingen, maar dit onderzoek naar gezondheidsgedrag en welzijn

49 Zie in Nederland bijvoorbeeld

<https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/memo24.pdf>

van leerlingen loopt via vragenlijstonderzoek in het reguliere onderwijs.⁵⁰ Leerlingen die ziek zijn, leerlingen in het speciaal onderwijs (so en vso) en leerlingen die langdurig zijn uitgevallen of thuiszitten zijn niet in de steekproef opgenomen.

Het CBS verstrekt overzicht van gezondheid, zorggebruik en persoonskenmerken, waarbij 'lager-, middelbaar- of hoger' onderwijs staan genoemd.⁵¹ Daaruit blijkt over de gegevens van 2014-2021 dat mensen met 'lagere' onderwijsniveaus voor langdurige aandoeningen, beperkingen en huisartscontacten meer gebruik maken van (met name langdurige) zorg, met respectievelijk 43,6%, 45,9% en 69,6% tegenover 38,4%, 34,3% en 65,4% voor middelbaar opgeleiden, en 32,2%, 25,0% en 65,2% voor hoger opgeleiden. Verdere uitsplitsing naar onderwijstypen of teruggeleiden naar specifieke leerloopbanen of kwetsbare groepen zou inzicht kunnen bieden in tijdige interventiemogelijkheden. Met andere woorden: onderzoek naar de relatie tussen gezondheidsverschillen en zorggebruik als uitkomstmaat en de verschillende onderwijstypen en (afgebroken) leerloopbanen die daaraan voorafgaan, geeft beter zicht op wat er gebeurt langs verschillende tijdsintervallen. Mogelijkheden voor preventie van gezondheidsverschillen of gerichte cross-sectorale vroeg-interventie komen in beeld.

Ten slotte is het van belang nog op te merken dat de registratie van niet-gekwalificeerd schoolverlaten door het CBS niet het speciaal onderwijs betreft, noch het primair speciaal onderwijs, noch het voortgezet speciaal onderwijs. De cijfers die het CBS jaarlijks geeft over voortijdig schoolverlaters zijn uitgezonderd het speciaal onderwijs. Dit betekent dat de cijfers voor niet-gekwalificeerde schooluitval in Nederland hoger liggen dan uitsluitend de jongeren tot 23 jaar die het onderwijs verlaten

50 <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/09/14/gezondheid-en-welzijn-van-jongeren-in-nederland--hbsc-2021>

51 <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85454NED>

zonder startkwalificatie, dat is zonder een diploma op havo-, vwo- of mbo-niveau 2 (Rijksoverheid, 2023). In Nederland waren er in 2022 op basis van de CBS-registratie zo'n 30.000 leerlingen die niet-gekwificeerd het onderwijs hebben verlaten, bijna allemaal mbo-studenten, maar dit getal is dus uitgezonderd de leerlingen in het speciaal onderwijs en de ontheffingen van de Leerplicht.

Kortom: langlopend onderzoek in Nederland naar de relatie tussen de verschillende onderwijstypen, voor uitval kwetsbare risicogroepen, specifieke leerloopbanen en gezondheidsuitkomsten in de volwassenheid (zowel fysiek als mentaal) is nauwelijks voorhanden. Daarbij zijn juist de meest kwetsbare groepen niet in de cijfers opgenomen i.e., thuiszitters en van Leerplicht vrijgestelde kinderen en jongeren.

Zulk onderzoek met ook juist deze gegevens is echter nodig om gericht beleid op het voorkomen van gezondheidsverschillen via onderwijs mogelijk te maken – ofwel onderwijs te bevorderen dat aansluit bij ieders potentieel. Dit geldt met name voor voor-schooluitval kwetsbare groepen. Vanuit een gezondheidsperspectief verdienen deze groepen de hoogste prioriteit.

Om terug te keren naar de inleiding met Amy Herman – die onder de titel *Use it or lose it* uitlegt hoe ons vermogen om iets te doen met informatie, van welke aard dan ook, afhankelijk is van de verwerkingscapaciteit van onze hersenen – vatten we ten slotte de studie van Bassetti et al. (2022) samen, die de volgende determinanten van een gezond brein identificeren (Bassetti et al., 2022, p. 2560) i.e. retentie, interventie en preventie:

1. **Behouden van wat we weten** i.e., het bevorderen van factoren die verband houden met de mentale en fysieke activiteit van ieder mens, zoals een gezond dieet, voldoende slaap van goede kwaliteit, sociaal verbonden zijn en mensen adaptieve coping strategieën bijbrengen.
2. **Beschermen en voorkomen** i.e., dit omvat beschermende (en preventieve) factoren zoals het vermijden van overmatig alcoholgebruik, niet roken,

het verminderen van de suikerinname en het beheersen van het cholesterolgehalte. Hypertensie, overgewicht, depressie, diabetes, gehoorbeschadiging en cataract zijn ook factoren die een aanzienlijke invloed kunnen hebben op de gezondheid van de hersenen.

3. **Vooruitplannen** i.e., preventie: factoren die door beleidsmakers naar de toekomst toe moeten worden aangepakt, waaronder de onbelemmerde toegang tot onderwijs en het vermijden van toxische omgevingsfactoren zoals luchtverontreiniging en sociaaleconomische uitsluiting.

Bassetti et al. (2022) vatten vanuit de neurologie samen wat er in het onderwijs nodig is voor een gezond brein als basis voor optimale onderwijskansen. Dit is in lijn met de adviezen van Diamond (2013) die op basis van een uitgebreide overzichtsstudie vanuit de psychologie duidelijk maakt hoe op het microniveau van de psyche van leerlingen de cognitief executieve functies het leren i.e., het mentaal spelen met ideeën, mogelijk maken: de tijd nemen om na te denken alvorens te handelen; het aangaan van nieuwe, onverwachte uitdagingen; weerstand bieden aan verleidingen; en gefocust blijven. Ook benadrukt Diamond het belang van sociale, emotionele en fysieke gezondheid voor de cognitieve gezondheid: stress, slaapgebrek, eenzaamheid of gebrek aan lichaamsbeweging tasten elk het cognitief executief functioneren aan. Deze aspecten verdienen fundamentele aandacht bij het vormgeven en uitvoeren van onderwijs. Het trainen en oefenen van executieve functies en het continu behouden van sociale aansluiting is integraal onderdeel van onderwijs als leerproces.⁵² Met name dit laatste is in het licht van wat in voorgaande hoofdstukken staat toegelicht van groot belang. Hoe kan het

52 Kern-executieve functies zijn inhibitie [reactie-inhibitie (zelfbeheersing - weerstand bieden aan verleidingen en weerstand bieden aan impulsief handelen) en interferentiecontrole (selectieve aandacht en cognitieve inhibitie)], werkgeheugen en cognitieve flexibiliteit (inclusief creatief 'buiten de gebaande paden' denken, alles zien van verschillende perspectieven, en het snel en flexibel aanpassen aan gewijzigde omstandigheden). Diamond besteedt aandacht aan lopende controverses zoals de relatie tussen executieve functies en vloeibare intelligentie, zelfregulering, uitvoerende aandacht en inspanningsgerichte controle, en de relatie tussen werkgeheugen en remming en aandacht. zie voor een omvattend overzicht Diamond (2014) via <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084861/>.

Nederlandse onderwijssysteem een betere aansluiting vinden met de groepen die zijn geïdentificeerd als systematisch kwetsbaar voor onderwijsuitsluiting en gezondheidsverschillen?
Hoe kan dit vanuit een levensloopbenadering worden gerealiseerd zonder overbelasting, stress en gezondheidsschade toe te voegen, juist voor deze groepen leerlingen en hun ouders?

8 Wat te doen?

Een geïntegreerde benadering van gezondheid en cognitie is ook wat Shonkoff en Philips (2000), Shonkoff et al.(2009; 2021) van *the Harvard Center on the Developing Child* adviseren. Intelligentie of cognitief vermogen is het resultaat van interactie tussen zintuigelijke waarneming en de verwerking daarvan door onze hersenen.⁵³

Early life stress, toxic stress, and well-being

Shonkoff en collega's hebben daarbij bijzondere aandacht voor de invloed van ernstige en lang aanhoudende stress op de cognitieve vermogens en het leren op school. Ook vanuit de psychologie wordt gemeld dat levensstijl en omgevingsstress een grote invloed hebben op de gezondheid en het functioneren van onze hersenen, dit kan positief (*eustress*, uitdagend) of negatief (*distress*, verstorend, beschadigend) uitwerken.^{54 55} Wat je eet en drinkt, hoeveel je beweegt, wat je leert, hoe goed je slaapt en hoe je met stress omgaat – en vanuit het perspectief van *adverse childhood experiences* aan welke mate van aanhoudende stress je staat blootgesteld – zijn allemaal van cruciaal belang voor het functioneren van de hersenen en iemands gezondheid als geheel,

53 <https://developingchild.harvard.edu/resources/the-toxic-stress-of-early-childhood-adversity-rethinking-health-and-education-policy/>

54 <https://www.medicalnewstoday.com/articles/eustress-vs-distress>

55 <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjhp.12501>

zoals in 2022 door de *Global Council on Brain Health* op de agenda is gezet. De vraag is in hoeverre ons onderwijssysteem bewust balanceert in de mate van *eustress* en *distress* – een vraag die waarschijnlijk voor iedere leerling of student van belang is, maar met name voor de voor uitval-kwetsbare groepen leerlingen doorslaggevend is. Een gezond onderwijsstelsel zet niet alleen goed onderwijs maar ook goede gezondheid (welzijn) centraal, voor alle leerlingen, inclusief leerlingen die op additionele steun en zorgvoorzieningen zijn aangewezen. *The Harvard Center on the Developing Child* spreekt in dit verband over een responsief onderwijssysteem met responsieve relaties op alle systeemniveaus (Shonkoff et al., 2021 p.7):

Responsive relationships and positive experiences build strong brain architecture. Experiences in the earliest years of life form the foundation of brain architecture, for better or for worse. Learning, behavior, and health across the lifespan are all built on that foundation. We know today's best programs and practices can help support child development, but too many children are left behind. Dramatic improvements for all children are not only achievable but also necessary for a thriving and sustainable society. This report is for anyone who shares our sense of constructive dissatisfaction with the status quo. Whether from the worlds of policy, practice, research, philanthropy, or civic leaders and parents, who want to make their communities a better place for children; this is an invitation to join a journey of discovery. Leveraging what we are learning from science to generate and test new ideas is a critical, untapped key to unlocking these dramatic improvements.

The Harvard Center on the Developing Child benadrukt op basis van een grote hoeveelheid onderzoek hoe vroege ervaringen de ontwikkeling van de 'hersenenarchitectuur' beïnvloeden, die de basis vormt voor al het toekomstige leren, gedrag en gezondheid. Net zoals een zwakke basis de kwaliteit en sterkte van een huis in gevaar brengt, kunnen ongunstige ervaringen op jonge leeftijd (van 0 tot in de vroege volwassenheid) de breingezondheid aantasten, met negatieve gevolgen die tot ver in de volwassenheid en ouderdom aanhouden.

Aanhoudende ernstige stress verzwakt de opbouw van de zich ontwikkelende hersenen, wat kan leiden tot levenslange problemen op het gebied van leren, gedrag en fysieke en mentale gezondheid. Het ervaren van stress is een belangrijk onderdeel van een gezonde ontwikkeling. Activering van de stressreactie veroorzaakt een breed scala aan fysiologische reacties die het lichaam voorbereiden op het omgaan met allerlei prikkels en bedreigingen. Dit is ook nodig. Wanneer deze reacties echter gedurende langere tijd op een hoog niveau geactiveerd blijven, zonder ondersteunende relaties om ze te helpen kalmeren, ontstaat er 'giftige' stress. Dit kan schadelijke gevolgen hebben voor de ontwikkeling van neurale verbindingen, vooral in de hersengebieden die zich bezighouden met zogenoemde hogere orde vaardigheden i.e., cognitieve vaardigheden zoals probleemoplossend vermogen, abstract denken en metacognitie.⁵⁶

Box 10. Combining research from biological and behavioral sciences

Adults need certain capabilities to get and keep a job, provide responsive care for children, manage a household, and contribute productively to the community. When these skills have not developed as they should or are compromised by the stresses of poverty or other ongoing adversity, our communities pay the price. But where do these capabilities come from and how do they develop? How can we ensure that everyone has the opportunity to develop them? This report combines research from the biological and behavioral sciences with practical, on-the-ground knowledge from working with adults and families to provide effective solutions for helping individuals develop more effective skills for coping with adversity – zie Center on the Developing Child at Harvard University (2016). Building Core Capabilities for Life: The Science Behind the Skills Adults Need to Succeed in Parenting and in the Workplace.

Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.

Wanneer de cognitieve vaardigheden onvoldoende tot ontwikkeling komen en/of aangetast raken door de stress van aanhoudende tegenslagen, betaalt ook de samenleving een hoge

⁵⁶ <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>

prijs op langere termijn. Om een idee te geven van de economische kosten die gepaard gaan met gezondheid en gezondheidsverschillen verwijzen we naar Bijlage 1. Van belang hierbij is stil te staan bij het gegeven dat de doelgroepen die gebukt gaan onder chronische ziekten, langdurige zorg en vroeg sterfte grotendeels samenvallen met die eerder in de levensloop gebukt gaan onder onderwijsachterstanden of overplaatsingen naar speciaal onderwijs of schooluitval – zie box 6 in hoofdstuk 4 en box 8 in hoofdstuk 6.

Verschillen in gezondheid en opleiding kunnen echter verminderen, door transdisciplinair onderzoek, preventie, vroeg-interventie en cross-sectorale kennisdeling en -benutting. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat iedereen de kans krijgt om zich via onderwijs te ontwikkelen, ook bij tegenslag en gezondheidsproblemen?

Gezondheidspreventie door onderwijs

In *Portfolio voor onderzoek 2023 en verder* (NWO, 2023) staat aangegeven dat preventie cruciaal is voor een betaalbare gezondheidszorg en gezonde toekomst van de samenleving.⁵⁷ Daarbij is bestaande kennis niet genoeg. Het lukt bijvoorbeeld nog “veel te weinig” om kwetsbare groepen te bereiken, aldus NWO en NWO noemt hierbij mensen met een lage sociaaleconomische status en kwetsbare ouderen. Op basis van het onderzoek dat we transdisciplinair op een rij hebben gezet in *Health, Literacy and Educational Attainment* lijkt het logisch aan te sluiten bij de OESO die de *Groups of Focus for Equity* op een rij zet (OESO, 2023). Ook in Nederland zijn dit de groepen die onverkort kwetsbaar zijn voor systematische onderwijsachterstanden, gezondheidsverschillen en de gevolgen hiervan op andere levensdomeinen, ook in Nederland – zie hoofdstuk 5.

57 https://www.nwo.nl/sites/nwo/files/media-files/nationale_wetenschapsagenda_-_portfolio_voor_onderzoek_2023_en_verder.pdf

Onderzoek naar wisselwerking tussen individu en omgeving
NWO adviseert verder onderzoek te doen naar de wisselwerking tussen individu en omgeving in de ruimste zin van het woord – vanuit de transdisciplinaire inventarisatie die wij hebben uitgevoerd wil dit zeggen gedurende de gehele levensloop en voor kinderen met name in de wisselwerking met onderwijs. De omgeving kan dus ook opgevat worden als lopend over de tijd, dus langs de levensloop.

Schaarste in gezondheid voorkomen

Onder de noemer *Preventie en gezondheidszorgonderzoek* (NWO, 2023 pp. 29-30) staat aangegeven dat in Nederland in 2030, 7 miljoen inwoners één of meer chronische aandoeningen hebben, dat is 40% van de bevolking. De druk op de gezondheidszorg neemt toe in een mate die ons systeem zonder aanpassingen nauwelijks aankan. Een nieuwe kijk op gezondheid, met aandacht voor verschillen tussen mensen is noodzakelijk om Nederland gezonder te maken. Dit vereist preventie vanuit een levensloopvisie.

Box 11. Preventie

Naast preventie op groeps- en populatieniveau moeten de mogelijkheden voor gepersonaliseerde preventie worden onderzocht en toegepast. Ook is het belangrijk om te onderzoeken hoe preventie structureel in de maatschappij verankerd kan worden. Veel winst is te behalen als vanuit een systeemperspectief alle factoren – ook die van sociale, psychologische en economische aard – worden betrokken. Grootschalige gegevensbestanden (big data) kunnen veel nieuwe inzichten opleveren voor gerichte preventie van aandoeningen als depressie en angststoornissen en van leefstijl-gerelateerde ziekten zoals diabetes, kanker en hart- en vaatziekten. Preventie draait niet alleen om het voorkomen van de aandoeningen zelf, maar ook om het bevorderen van (arbeids)participatie, het voorkomen van eenzaamheid, van immobiliteit en al die andere problemen die ertoe leiden dat iemand niet in staat is zijn leven naar eigen inzichten te leiden. – Preventie en gezondheidszorgonderzoek (NWO, 2023 p. 29-30).

Primordiale preventie en primaire interventie

Bezien vanuit een interdisciplinair perspectief, stapelen

risicofactoren in verschillende contexten van het leven – hier gezondheid en geletterdheid – zich niet alleen op, ze interacteren en versterken elkaar gedurende de levensloop. Zoals al vermeld komen *vroeghulp aan ouders (vaak moeders)* en *onderwijs* naar voren als twee terreinen waarop cross-sectorale kennisdeling van *public health* en gezondheidswetenschappen (inclusief verloskunde, pediatrie/logopedie en de gedragswetenschappen en neurowetenschappen) en pedagogische- en onderwijs-wetenschappen, inclusief taalwetenschappen, van doorslaggevende betekenis zijn.

Vroeghulp aan ouders (vaak moeders); vroeghulp via onderwijs
Primordiale preventie en primaire interventie komen idealiter voort uit een geïntegreerde benadering van gezondheidszorg en onderwijs, die veelbelovend lijkt voor cross-sectorale samenwerking en een vroegtijdig, scherp gericht interventierepertoire.⁵⁸

Een overkoepelende agenda voor samenwerking, kennisdeling en onderzoek, zowel voor onderwijs- en zorgprofessionals, als voor ouders, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars, kan begin zijn om een neerwaartse spiraal van ernstig schadelijke gebeurtenissen – zoals vermijdbare afstroom en uitval van onderwijs (thuiszitten) voor kwetsbare groepen – om te buigen naar sectoroverstijgende samenwerking.

Het overwinnen van bijkomende uitdagingen echter, blijkt dringend nodig. Niet in de laatste plaats omdat regelgeving, administratie en financiering helaas in dezelfde sectoren – of

58 Primordiale preventie is het voorkomen dat het risico op ziekte zich ontwikkelt. Een anti-rook campagne is een voorbeeld van primordiale preventie. Primaire preventie is een maatregel die zich richt op het voorkomen van een eerste ziekte episode, voor al aanwezig risico. Zoals behandeling van hoge bloeddruk om hartinfarct te voorkomen. Vroeghulp aan moeders om uitval van onderwijs voor hun kind te voorkomen is primordiale preventie. Gerichte multidisciplinaire aanwezigheid van zorgprofessionals op school om tijdig special needs te signaleren en tijdig te helpen met aangepaste ondersteuning op school is een voorbeeld van primaire preventie van schooluitval.

domeingebonden 'silo's' - blijken te zijn opgesloten: dat wil zeggen dat het onderwijssysteem en het systeem van gezondheidszorg gescheiden opereren. Dit wordt verderop in hoofdstukken 8 tot en met 10 toegelicht.

Transdisciplinair en cross-sectoraal

Een integrale agenda voor onderwijs en gezondheid zou idealiter een agenda zijn waarin betrokken praktijkdisciplines zich interprofessioneel (gaan) aanpassen aan de behoeften en timing van kinderen (en hun ouder(s)), in plaats van dat kinderen en gezinnen zich moeten aanpassen aan verschillende professionele disciplines met ieder eigen 'kennissilo's' en eigen (gescheiden) instellingen, begrippenkaders, beleid- en organisatiegebonden afspraken. Gescheiden administratieve systemen echter, resulteren in niet-op-elkaar-afgestemde praktische zaken, waarin kinderen verdwalen en achteropraken, zoals door verwijzingen, wachttijden, uiteenlopende aanmeld- en intakeprocedures, reistijden en vervoersproblemen, met schoolverzuim en verlies aan leren en instructietijd tot gevolg. In termen van BMC (zie onder het *Vooraf* in deze publicatie): vanuit de "leefwereld van het kind" vormen zorg en onderwijs niet eens twee, maar talloze loketten met eigen taal, beroepsnormen, procedures, agenda's en inkoopsystemen die deze werelden strak gescheiden houden.

Om dit toe te lichten noemen we de volgende voorbeelden.

Afhankelijkheid van instanties en schooluitval

In Nederland vonden Van Binsbergen et al. (2019) positieve correlaties tussen voortijdig schoolverlaten ('thuiszitten') en ziekenhuisopname, psychiatrische zorg en problemen met zorgverleners en jeugdhulpverleners (2019, pp.91- 92; p.112). Voor kinderen en jongeren die aangewezen zijn op uiteenlopende vormen van zorg is een snelle reset van hun opleiding onder slechte omstandigheden verre van vanzelfsprekend op de

verschillende organisatieagenda's van zowel zorginstellingen als scholen. De gegevens uit dit onderzoek toonden ook aan dat leerlingen die zorg ontvangen relatief veel schoolwisselingen doorstaan met als gevolg verlies aan instructietijd, wat vooraf gaat aan schooluitval of plaatsing in het speciaal onderwijs, wat ook weer gepaard gaat met een periode van stilstaan tot onderwijs weer start en steeds meer achterstand. Iedere wisseling zou zo'n moment voor tijdige integrale interventie ter plaatse kunnen vormen. Maar er lijken veel schoolwisselingen nodig te zijn, voor integrale hulp met doorlopend onderwijs vanuit een onderwijszorgarrangement wordt ingezet. Zie met name de dissertatie van Pronk (2023) - zie voor de specifieke relatie tussen ziekteverzuim en schooluitval verderop in dit hoofdstuk onder de kop *Ziekteverzuim en gebrekkige samenwerking met gezondheidszorg*. Het CBS meldt dat het aantal voortijdige schoolverlaters in Nederland relatief laag ligt in vergelijking met andere Europese landen. Hierbij merken we nogmaals op dat de cijfers van het speciaal onderwijs (so en vso) en de ontheffingen van de Leerplicht onder 5a hierin niet zijn opgenomen.⁵⁹ Over het aandeel van kinderen en jongeren met een zorgvraag dat voortijdig school verlaat, kan daarom geen exacte uitspraak worden gedaan.

Geringe aandacht voor migratie en NT2 in onderwijs

Gelet op laaggeletterdheid en gebrekkige aandacht voor NT2 in het onderwijs als voorloper van lage gezondheidsvaardigheden, komt een andere belangrijke studie in dit verband van Bisschop et al. (2022) naar voren die meldt dat door de recente instroom van nieuwkomersleerlingen het Nederlandse onderwijs voor een grote taak staat: de nieuwkomers een plek geven in het onderwijs en ervoor zorgen dat ook deze doelgroep kwalitatief goed onderwijs

59 <https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2023/voortijdig-schoolverlaters/>

kan volgen. Sinds langere tijd stijgt het aantal nieuwkomers-
leerlingen, al is er geen scherp beeld van de aantallen. Dit komt
onder andere omdat er in Nederland geen eenduidige definitie is
van het begrip nieuwkomersleerling.

In verband met bekostiging van scholen wordt een definitie
gehanteerd die volgens scholen niet goed aansluit bij wat er in de
praktijk nodig is. Er zijn geen duidelijke verschillen tussen
groepen nieuwkomers naar voren gekomen in de
onderwijsbehoeften - zij hebben waarschijnlijk gewoon dezelfde
onderwijsbehoeften als alle kinderen en jongeren.

Het belangrijkste onderscheid dat er wel is, is de leeftijd waarop
een nieuwkomer start in het Nederlandse onderwijs en de
onderwijshistorie. Naast goed Nederlands taalonderwijs hebben
nieuwkomers verder behoefte aan een veilige omgeving, gezien
worden door een leerkracht en op basis daarvan onderwijs krijgen
op maat. Knelpunten zijn er vooral op reguliere scholen, zoals het
moeilijk kunnen plaatsen van leerlingen op een reguliere school,
capaciteiten die te laag worden ingeschat, waardoor ze te laag of in
het speciaal onderwijs geplaatst worden, te weinig NT2 expertise
bij leerkrachten en te weinig begeleiding op een reguliere school.
Tot slot geven Bisschop et al. (2022) aan dat bepaalde groepen
nieuwkomers, bijvoorbeeld met een Nederlands paspoort, formeel
geen recht hebben op nieuwkomersonderwijs en zo
schakelvoorzieningen of NT2-onderwijs mislopen.

Zie in verband met migratievraagstukken in het Nederlands
onderwijs meer recent Petit et al., (2024). Zij laten zien dat er extra
aandacht nodig is voor spelling en grammatica (2024, p. 6-7) :

*In het primair onderwijs zien we dat nieuwkomers beginnen met een
achterstand in grammatica en woordenschat en migranten in mindere
mate ook. De achterstand in woordenschat lopen beide groepen in, maar
bij grammatica blijven de verschillen in stand. Over langere tijd gemeten
zien we ook dat nieuwkomers met een achterstand in begrijpend lezen en
spelling beginnen. Door snellere groei in begrijpend lezen lopen*

nieuwkomers die achterstand in ongeveer vier jaar in maar dat geldt niet voor spelling, hun achterstand blijft in de loop van de jaren hetzelfde. Het is de vraag of het onderwijs niet meer kan bijdragen aan groei in spelling en grammatica van nieuwkomers. Bij grammatica en spelling hebben leerlingen voor wie Nederlands een tweede taal is meer uitleg van de basisregels en oefening nodig omdat je die in het dagelijks leven niet meekrijgt, terwijl leerlingen voor wie Nederlands de moedertaal is, wat dit betreft al veel hebben geleerd voordat ze naar school gingen. Hierin is winst te behalen met NT2-expertise en passende leermaterialen, die in het regulier onderwijs vaak nog lijken te ontbreken.

Trauma, welzijn en geletterdheid nieuwkomers

Ten aanzien van taalonderwijs en trauma vinden Petit et al. (2024) dat een groot aantal variabelen met betrekking tot taalonderwijs en -didactiek significant samenhangt met traumagerelateerde klachten van leerlingen, waarvan de meeste positief. Zij vinden bovendien één effect dat alleen voor nieuwkomers geldt: het lezen van creatieve teksten. Vaker dit soort teksten lezen hangt voor nieuwkomers positief samen met afname van traumaklachten. Petit, van Schooten et al. noemen de vele positieve effecten van taalonderwijs op trauma opmerkelijk. Echter, eerder onderzoek uit de psychologie en medische wetenschappen laat zien dat het lezen van gedichten ontheemde vluchtelingen kan helpen bij het analyseren van hun trauma en om positiever toekomstperspectieven te krijgen (Roslim et al., 2021). Zie in dit verband eveneens de klinische literatuur met behandeling van posttraumatische symptomen en de mediërende rol van taal (lezen en schrijven; expressie), zoals onder meer Kehle-Forbes et al. (2016), Sloan et al. (2016; 2023) en Pavlacic et al. (2019). Therapeutische effecten van schrijven (als hulpmiddel voor het verminderen van acute PTSS-symptomen) zijn in de psychologie al langer goed gedocumenteerd. Pennebaker bestudeerde al in 1986 de impact van een bepaald soort schrijven op de mentale gezondheid. Sindsdien heeft tal van onderzoek gerapporteerd dat 'emotioneel schrijven' de fysieke en emotionele gezondheid van mensen kan verbeteren. Hiervan betreft een groot aantal studies

toereikend opgezette randomized controlled trials. De eerste effectstudies staan samengevat in Esterling et al. (1999). Een meer recente meta-analyse op dit vlak is van Frisina et al. (2004). Taalonderwijs in zowel de Nederlandse als de eigen thuistaal is dus belangrijk.

Ziekteverzuim en gebrekkige samenwerking met gezondheidszorg
Gemist onderwijs heeft vergaande implicaties, onder andere op de schoolprestaties. Des te meer schoolverzuim, des te slechter de prestaties. Ziekteverzuim neemt de laatste decennia toe. Structurele aandacht voor ziekteverzuim in het schoolbeleid kan echter een duidelijk verschil maken (OECD, 2022). Uit cijfers van OESO-onderzoek over 29 landen blijkt dat scholen kampen met een toename in aantallen leerlingen die lessen of schooldagen overslaan (geoorloofd verzuim door ziekte). De leerlingen van deze scholen laten gemiddeld slechtere prestaties zien. In Kroatië, Japan, Korea, Nederland, Nieuw-Zeeland, Slovenië, Chinees Taipei en Vietnam is een stijging van 10 procentpunt zichtbaar van het aandeel van leerlingen dat verzuimt – dit komt overeen met een daling in de gemiddelde wiskundeprestaties van de school tussen de 10 en 34 scorepunten, na controle voor de sociaaleconomische status en de demografische achtergrond van leerlingen en scholen.

60

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde – *Gemiste lessen, gemiste kansen* (Vanneste-van Zandvoort et al., 2016) – staat dat de helft van het totale schoolverzuim in Nederland ziekteverzuim betreft. Kinderen en jongeren die vaak van school verzuimen lopen het risico dat hun sociaalemotionele ontwikkeling en leerontwikkeling stagneren. Daardoor kunnen ze afglijden in onderwijsniveau en zelfs voortijdig de school verlaten. Een ‘laag’ onderwijsniveau en voortijdig schoolverlaten gaan gepaard met

60 [https://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/pisainfocus/PISA-in-Focus-n35-\(eng\)-FINAL.pdf](https://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/pisainfocus/PISA-in-Focus-n35-(eng)-FINAL.pdf)

een lagere sociaaleconomische status op volwassen leeftijd. Een lage sociaal economische status is gerelateerd aan een hogere prevalentie van gezondheidsproblemen en psychische problemen, en een kortere gezonde levensverwachting.⁶¹

De kinderen van de voortijdige schoolverlaters met een lage sociaaleconomische status lopen meer risico op ongezondheid, wat weer kan leiden tot suboptimale leerprestaties en schoolverzuim. Intergenerationele overdracht van risico op schooluitval verdient dus veel meer aandacht.

Ten slotte noemen we daarom ook Teunissen (2017) als belangrijke studie die schooluitval als *public health* probleem adresseert. Teunissen (2017) heeft op basis van Jeugdgezondheidszorgdossiers van de GGD vergelijkend onderzoek gedaan onder schoolverlaters tussen de 18 en 23 jaar en jongeren die wel nog onderwijs volgen. Ook voerde Theunissen gesprekken met jongvolwassenen en organiseerde ze focusgroepen met ouders, mensen uit het onderwijs en zorgprofessionals. Partijen kunnen veel beter met elkaar samenwerken dan nu het geval is, zo concludeert Teunissen (2017). Door elkaar als onderwijsprofessional en gezondheidszorg professional eerder te vinden, beter naar elkaar te luisteren en elkaar te leren vertrouwen, kan schooluitval worden tegengegaan.

Gebeurt dit dan niet?

Over de samenwerking tussen onderwijs en zorgprofessionals wordt wisselend gerapporteerd. Twee voorbeelden van cross-sectoraal samenwerken die al langer bestaan in het Nederlandse

61 <https://www.nji.nl/cijfers/schoolverzuim>

onderwijs zijn de kindcentra en de brede school.^{62 63} De integrale kindcentra en brede scholen waren voorzien om verschillende sectoren bijeen te brengen door professionals vanuit één organisatie en één team in één multifunctioneel gebouw te laten werken (Mooij et al., 2013). Vanaf 2014 sluit de Wet passend onderwijs aan bij deze ontwikkelingen. De Wet passend onderwijs is zowel sluitstuk van de decentralisatie van onderwijs (Slump, 2019) als startpunt voor de zogeheten regionale samenwerkingsverbanden passend onderwijs.

Deze samenwerkingsverbanden – dat zijn regionaal samenwerkende onderwijsinstellingen voor primair- of voortgezet onderwijs – moeten voorzien in de ‘zorgplicht’ van scholen om voor iedere leerling een onderwijsaanbod te formuleren met benodigde extra inzet om dit mogelijk te maken als er sprake is van bijzondere ondersteuningsbehoeften – in de internationale literatuur *special educational needs* of SEN.

Dit geldt voor alle kinderen en jongeren die sinds 2013 onder de Wet expertisecentra (WEC) in de zogeheten clusters 3 en 4 speciaal onderwijs krijgen – met termen als verstandelijke beperking, psychische problemen, gedragsstoornissen en meervoudig gehandicapten. Voor kinderen en jongeren met visuele en/of auditieve handicaps (de vroegere clusters 1 en 2) blijft landelijke indicatiestelling en financiering van kracht – dit blijken ook de

62 In kindcentra investeren medewerkers van kinderdagverblijven, basisscholen en jeugdzorg in structurele samenwerking om een doorgaande pedagogische ontwikkellijn van voorschoolse opvang tot basisschool tot stand te brengen voor kinderen van nul tot en met twaalf jaar, inclusief kinderen met speciale onderwijsbehoeften (SER, 2016).

63 De brede school is een veelomvattend begrip dat verschillende vormen kent (Emmelot et al., 2006). Op een brede school werken vaak professionals samen van basisonderwijs, buitenschoolse opvang en jeugdzorg in de zorg voor kinderen van vier tot en met twaalf jaar. De brede school was in eerste instantie opgericht om onderwijsachterstanden te bestrijden. De brede school is een instrument voor integraal jeugdbeleid (Emmelot et al., 2006; Oostdam et al., 2014). Vooral de samenwerking tussen onderwijs en jeugdzorg wat betreft de zorg voor risicojongeren was een belangrijk concept van de brede school, en hier ligt een raakvlak met interprofessionele samenwerking (Van der Grinten, Walraven, Studulski & Hoogeveen, 2004).

onderwijszorgarrangementen die in het lopende NRO-onderzoek naar het Experiment-onderwijszorgarrangementen (veel) minder met uitdagingen rond financiering zijn geconfronteerd, zie onder *Vooraf* in deze publicatie en zie verderop in hoofdstukken 8 en 9. De Wet passend onderwijs gaat voor de voorheen genoemde clusters 3 en 4 gepaard met het Op-Overeenstemming Gericht-Overleg (OOGO). Hiermee wordt overleg bedoeld tussen onderwijs, gemeenten, jeugdhulp (incl. jeugd-ggz) en gezondheidszorg. Dit laatste betreft bijvoorbeeld de GGD-Jeugdarts of -Verpleegkundige, die een functie heeft in de beoordeling van ontheffing van de Leerplicht, zoals uitgevoerd door de afdeling Leerplicht van de gemeente, of die informatie leveren aan de leden van de zogenoemde Toelatingsadviescommissies, die het bestuur van het samenwerkingsverband passend onderwijs adviseren bij besluiten over plaatsingen in gespecialiseerde onderwijsvoorzieningen - om een idee te krijgen van de juridische complexiteit die speelt bij vraagstukken van de Leerplicht voor ouders en leerlingen en de inschrijvings- en zorgplicht voor scholen, verwijzen naar Voskamp (2018).⁶⁴ Met de invoering van de Wet passend onderwijs (2014) en de Jeugdwet (2015) was aldus voorzien dat de samenwerkende onderwijsinstellingen in een regio via de wettelijk verplichte samenwerkingsverbanden in afstemming met jeugdhulp-aanbieders, via gemeenten jeugdzorg inkopen.

64 Zie onder meer het proefschrift van Voskamp (2018). De Leerplichtwet verplicht kinderen naar school te gaan. Op degene die het gezag uitoefent over een kind rust de inschrijvingsplicht: het kind moet als een leerling van een school ingeschreven staan. Deze inschrijving vindt evenwel plaats door de school en niet door de ouders of leerling. Voor ontbinding van de overeenkomst door de school is het nodig dat een leerling achterblijft in de nakoming van zijn/haar verbintenissen, bijvoorbeeld in de plicht deel te nemen aan het onderwijs. Voskamp wijst op het gegeven dat scholen niet verplicht zijn tot het versturen van een ingebrekestelling om zo de leerling te waarschuwen dat verzuim ontoelaatbaar gedrag betreft. Voskamp beschrijft tevens het complex aan belangen en omstandigheden dat speelt wanneer een school tot ontbinding van de overeenkomst over wil gaan. Voor wie zich hierin verdiept wordt duidelijk dat geletterde ouders al nauwelijks eigenstandig voldoende geïnformeerd zijn; voor(Nederlands) laagtaalvaardige ouders is de opgave tot geïnformeerd handelen enorm.

Daarnaast functioneren als ultimum remedium de zogenoemde onderwijszorgarrangementen of OZA. Dit zijn samenwerkingsarrangementen tussen onderwijs en jeugdzorg voor leerlingen die uitvallen (thuiszitters genoemd) of die tegelijkertijd afhankelijk zijn van zorgvoorzieningen, zoals leerlingen die in 24-uursinstellingen verblijven, bijvoorbeeld op grond van ziekte of handicap of op grond van een gerechtelijke maatregel, zoals in de jeugdbescherming. Deze afhankelijkheid van instanties loopt dus uiteen van voorzieningen voor jeugdzorg, gezondheidszorg, gehandicapenzorg tot forensische zorg.

Onderwijszorgarrangementen bieden integrale samenwerking tussen onderwijs en zorg, om onderwijs mogelijk te maken en met name *continuïteit* van onderwijs te garanderen, waar dat anders niet gebeurt, omdat formeel onderwijs in Nederland is voorbehouden aan Leerplichtige kinderen en jongeren, op fysieke schoollocaties, onder de onderwijswetgeving die geldt qua inhoud (kerndoelen en referentieniveaus) en verplichte leertijd (minimum aantal uur les per jaar). Overigens geldt dit ook voor de OZA's, alleen de OZA's die sinds 1 januari 2023 zijn toegelaten als Experiment-OZA mogen gedurende een looptijd van 5 jaar afwijken van bepaalde onderwijswetgeving zonder bijkomstige bureaucratie. Daarnaast biedt de zogenoemde Variawet al langer mogelijkheid voor korter durende afwijkingen, maar dan met jaarlijkse instemming van zowel Leerplicht als Inspectie van het Onderwijs en bijkomende bureaucratie.

Met betrekking tot alle hiervoor genoemde beleidsinitiatieven (van de integrale kindcentra, brede scholen, samenwerkingsverbanden tot onderwijszorgarrangementen) is tot op heden op landelijk niveau geen eenduidig succes vastgesteld voor die groepen, die door de OESO staan omschreven als *Groups of Focus for Equity* - lokale succesvolle voorbeelden daargelaten, ook die zijn geïdentificeerd, hoofdstuk 9 gaat hierop in.

Waarom niet?

Wat betreft passend onderwijs meldt de vijfjarige NRO-Evaluatie in 2020 dat er wel een stelselwijziging is doorgevoerd, maar dat het effect op leerlingen niet is vast te stellen. De NRO-evaluatie spreekt van passend onderwijs als een ‘kruipend concept’ (Ledoux et al.2020). De doelstelling van minder leerlingen naar gespecialiseerde voorzieningen is niet gehaald en de druk op het speciaal onderwijs is onverminderd ten aanzien van voor 2014. Het aantal ontheffingen van de Leerplicht onder 5a (om redenen van gezondheid, fysiek en mentaal) is eveneens onverminderd: ontheffingen van de Leerplicht worden aangevraagd in dezelfde aantallen als voor 2014, zelfs bij demografische ontgroening en voor steeds meer kinderen al vanaf 4 jaar. Het aantal thuiszitters is anno 2022 eveneens onverminderd ten aanzien van voor 2014 – zie voor een overzichtsartikel Van Binsbergen (2022) in het Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie.

Wat betreft het succes van de integrale kindcentra en brede school wordt wisselend gerapporteerd. In een verkenning van de impact van de brede school rapporteren Joos et al. (2010) dat de samenwerking met de jeugdzorg soms moeizaam gaat en dat er wel protocollen en richtlijnen zijn ingevoerd, met name vanuit samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg, maar dat er in Nederland nauwelijks tot geen gecontroleerde effectstudies zijn uitgevoerd.⁶⁵ Feitelijke uitspraken over succes van deze voorzieningen voor risicogroepen zijn daarom niet mogelijk.

65 Interprofessionele samenwerking is internationaal onderzocht in bijvoorbeeld de gespecialiseerde gezondheidszorg (Rousseau, Laurin-Lamothe, Nadeau, Deshaies, & Measham, 2012). Uit onderzoek naar effectieve samenwerkingsvormen in *early child care* komt naar voren dat *motivatie, groepsggericht leiderschap, sociale steun en flexibiliteit* belangrijke voorspellers zijn voor effectieve interprofessionele samenwerking (Curran et al., 2009; Ødegård & Strype, 2009). Verder komt *afhankelijkheid* als belangrijk element van effectieve samenwerking naar voren (Bainbridge, Nasmith, Orchard, & Wood, 2010; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005; Willumsen, Ahgren, & Odegård, 2012). 'Afhankelijkheid' houdt in dat verschillende professionals elkaar nodig hebben en dat de professionele banden dus wederkerig zijn (D'Amour et al., 2005). In de kern is wederkerigheid hier als het ware tegengesteld aan zelfstandig werken: in de samenwerking is het van belang dat professionals

Over de interdisciplinaire samenwerking tussen professionals in de jeugdzorg en het onderwijs (*early education* inbegrepen) wordt overall niet positief gerapporteerd. De Doelstellingenmonitor passend onderwijs meldt negen jaar na invoering onvoldoende aansluiting tussen onderwijs en jeugdhulp (De Graaf et al., 2023). Van belang is te beseffen dat deze cijfers gemiddelden presenteren, de goede voorbeelden die ook bestaan komen hiermee niet in beeld (zie hoofdstuk 9). Deze goede voorbeelden krijgen in het algemene beeld dat ontstaat op basis van monitoringsonderzoek structureel te weinig aandacht. Overall is er echter geen positief resultaat.⁶⁶ Fukkink & Lalihatu (2020) concluderen in *A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years* als volgt:

Box 12. Research into Interprofessional Collaboration (IPC) in the Early Years
Research into IPC shows a dominant focus on staff with various disciplinary backgrounds and their professional and normative integration in community settings. Obviously, the study of the complex variable IPC in its own right is valuable for research and practice. However, clinical integration seems currently a largely unexplored territory and we know relatively little about the relationship between IPC and children’s development and parents’ experiences (Sørensen et al., 2018). Future research should bring together staff from community services, professionals with special and complementary expertise, and children and their families. Finally, a shift from descriptive studies to longitudinal or experimental studies would provide additional evidence for the hypothesized causal mechanisms that foster effective IPC (Fukkink R, & Lalihatu E. S. in A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years, Becoming Familiar with other Professionals. International Journal of Integrated Care, 2020; 20(3): 16, 1–13).

wederkerige samenwerkingsverbanden aangaan in plaats van zelfstandig werken (D’Amour et al., 2005).

66 Op verschillende gebieden zijn er ook positieve voorbeelden. Deze voorbeelden zijn belangrijk: ze tonen wat wel mogelijk is. Hoofdstuk 9 van deze uitgave noemt een aantal voorbeelden van geslaagde integrale samenwerking. Naast het monitoren van algemene gegevens is het identificeren van succesvolle voorbeelden belangrijk om te sturen op beoogde resultaten.

Om beter te begrijpen hoe verschillende professionals zich tot elkaar verhouden is de achtergrond bij het huidige stelsel van onderwijs, jeugdzorg en de gezondheidszorg belangrijk.

Maatwerk en zelfraadzaamheid

We verwijzen voor de achtergrond van het huidige stelsel naar de Raad van State die met haar *En nu verder. Vierde periodieke beschouwing over interbestuurlijke verhoudingen na de decentralisaties in het sociale en fysieke domein* (2016) de grotere decentralisaties van Rijk naar gemeenten uitlegt, zoals deze vanaf 2013 vorm hebben gekregen.

Box 13. En nu verder (Raad van State, 2016)

Met ‘beleid op maat’ werd in dat verband bedoeld op de verandering waarbij niet langer iedere burger die aan de gestelde voorwaarden voldoet, gelijkelijk aanspraak heeft op een gegeven voorziening. Iemand komt alleen dan voor een specifieke (maatwerk)voorziening in aanmerking als hij niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit het sociale netwerk dan wel met gebruikmaking van algemene voorzieningen, in staat is tot participatie en zelfredzaamheid.

In het verlengde daarvan ligt het streven naar ‘integrale uitvoering’. Daarmee wordt bedoeld dat de verstrekking van verschillende voorzieningen ook onderling op elkaar wordt afgestemd. Oogmerk van deze veranderingen in de (jeugd)zorg was om te komen tot een verandering in de verhouding tussen overheid en burger, waarbij zorg uit collectieve middelen niet alleen onderling wordt afgestemd, maar ook zo goed mogelijk wordt afgestemd op de behoefte aan ondersteuning en de mogelijkheid van zelfredzaamheid en participatie.

Dit impliceert dat in gemeenten eigen afwegingen gemaakt kunnen worden over de onderlinge afstemming en samenhang van voorzieningen. Dit was opgezet vanuit de doelstelling van democratische besluitvorming en verantwoording. Verondersteld werd ook dat met ‘beleid op maat’ en ‘integrale uitvoering’ synergie- en efficiëntievoordelen kunnen worden gerealiseerd en daarmee kostenbesparingen.

De noodzaak om te bezuinigen op de collectieve zorguitgaven vormde niet de minst belangrijke drijfveer achter de decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden. De overheveling van middelen in samenhang daarmee ging dan ook gepaard met een niet onaanzienlijke korting waarvan de effecten evenwel pas in de jaren 2016–2018 in volle omvang zichtbaar zouden worden, omdat de budgettaire korting pas geleidelijk zou

worden doorgevoerd. Met de uitbreiding van taken is ondanks de bezuiniging de omvang van het Gemeentefonds fors toegenomen (Raad van State, 2016, pp 14-19).

De aanspraak op voorzieningen voor steun en zorg verschuift van “gelijkelijk” naar “maatwerk” en “zelfredzaamheid” is voorliggend het uitgangspunt. Op het voorzieningenniveau is “integrale uitvoering” het devies, waarbij “op elkaar afgestemd” het middel is. Gemeenten mogen bij deze onderlinge afstemming en samenhang van voorzieningen “eigen afwegingen” maken in het kader van de “democratische uitvoering en verantwoording.” De integrale uitvoering die hieruit voort zou vloeien zou “synergie- en efficiëntievoordelen” realiseren en voor een “aanzienlijke kostenbesparing” zorgen.

In dit verband is vanuit het perspectief van de groepen in kwestie die op deze voorzieningen zijn aangewezen, met een inherent risico op gezondheidsverschillen als uitkomst, met name het volgende belangrijk dat staat weergegeven in Box 14.

Box 14. Transities en transformaties

De decentralisaties in het sociale domein zijn op 1 januari 2015 in werking getreden. Daarbij is het invoeringsjaar 2015 voor deze decentralisaties een overgangsjaar geweest, waarin de voorziene budgettaire beperkingen nog maar beperkt zijn doorgevoerd. In het fysieke domein is de wetgeving dienaangaande in 2015 nog niet in werking getreden. Zo wordt voor de Omgevingswet inwerkingtreding pas in 2019 voorzien. In dit verband moet bovendien onderscheiden worden tussen de transitie, dat wil zeggen de overgang bij wet van taken, bevoegdheden en middelen, en de transformatie, de wijziging in de praktijk van het beleid, in de uitvoering en in de verhouding tussen overheid en burger. De transitie is voornamelijk een organisatorische en administratieve operatie. In het afgelopen jaar zijn door gemeenten veel inspanningen geleverd om de overgang van de uitvoering van verschillende taken naar gemeenten zo goed mogelijk te realiseren. Dat was geen sinecure gelet op de omvang van de operatie en de korte voorbereidingstijd die gemeenten is gegund, nadat tot in een zeer laat stadium op de verschillende deelterreinen aanzienlijke wijzigingen in de opzet zijn aangebracht. De transformatie die nodig is, reikt echter veel verder en wordt niet met de enkele wijziging van de wet gerealiseerd. Breed wordt onderkend dat het nog een aantal jaren zal vergen om na de transitie de transformatie, de voorziene omslag, werkelijk te maken. Dit geldt voor

burgers, voor zorgaanbieders en zorgverleners en voor provincies, gemeenten en het rijk. Een dergelijke verandering in houding en gedrag van alle betrokkenen kan niet van de ene op de andere dag worden verwacht, maar vergt een proces van langere adem – uit En nu verder (Raad van State, 2016).

De transities hebben vooralsnog niet geleid tot de beoogde effecten. Een verandering in houding en gedrag van burgers, zorgaanbieders, provincies, gemeenten en ministeries wordt als “proces van lange adem” opgevoerd, een proces dat de voorziene omslag i.e., de transformatie, werkelijk moet maken.

Aangewezen op en afhankelijk van hulp en informatie

De Algemene Rekenkamer bijvoorbeeld, spreekt anno 2023 in Georganiseerde onmacht over chaos en verwarring (2023):

De uitvoering is in 2015 met de Jeugdwet van provincies overgedragen aan gemeenten. Het doel van de Jeugdwet was om het stelsel eenvoudiger, efficiënter en effectiever te maken. Dit is echter niet gerealiseerd. Voor de jeugdbescherming is de Jeugdwet welbeschouwd uitgelopen op een mislukking. In 2019 beoordeelden de rijksinspecties de uitvoering van jeugdbescherming als ‘niet acceptabel’.

De jeugdbescherming betreft binnen de jeugdzorg de kern van voor (school)uitval kwetsbare gezinnen en kinderen. Het beleidsinstrument voor ‘maatwerk’ was het ‘keukentafelgesprek’ waaruit ‘1-kind-1-gezin-1-plan’ zou voortvloeien (zie de Raad van State, 2023). Maar juist de groepen kinderen, jongeren en hun ouders die afhankelijk zijn van voorzieningen, zijn gebaat bij een eenvoudige toegankelijkheid van voorzieningen voor onderwijs en zorg. Dit loopt van jeugdzorg inclusief jeugdbescherming en specialistische systeemgerichte slachtofferzorg, jeugdreclassering en specialistische systeemgerichte daderbehandeling, en ziekenhuiszorg en alle specialismen, zoals opgenomen in de zorgverzekeringswet, tot gehandicaptenzorg en alle hulp en steun, zoals opgenomen in de Wet langdurige zorg. Die toegankelijkheid van voorzieningen begint bij toegankelijk onderwijs, dat juist voor hen niet eenvoudig beschikbaar is.

In onder meer Finland, Zweden, Oostenrijk en Canada beweegt men daarom naar integrale kinderopvang in of direct verbonden aan scholen, met het oog op eenvoudige bereikbaarheid en tijdige multidisciplinaire samenwerking op of via school als doel. Ook is een eenvoudige vindbaarheid en herkenbaarheid van regelingen belangrijk, alsook de beschikbaarheid over digitale middelen (en vaardigheden) om überhaupt geïnformeerd te raken over regelingen waarop ouders en kinderen dan aanspraak kunnen maken. Zo is de cirkel rond: bepaalde basisvaardigheden (taal, rekenen, digitale vaardigheden) zijn basale vereisten om überhaupt toegang te krijgen tot het huidige schoolsysteem. Juist voor groepen ouders die onvoldoende Nederlands geletterd zijn is er sprake van aansluitingsproblemen, zowel bij onderwijs- als zorgsystemen. De uitgangspunten van de pedagogische *civil society* waarin iedereen zich bekommert om het lot van kinderen, zijn niet bedacht vanuit een stelsel dat aanspraak en zekerheid centraal zet, bij organisatie en uitvoering van zorg, steun en hulp. Ouders zijn soms op twee, drie of vier verschillende financieringsregelingen aangewezen en evenzoveel instanties of uitvoeringsorganisaties, wanneer een kind én zorg én onderwijs én vervoer nodig heeft.⁶⁷ Het keukentafelgesprek komt niet eenvoudig tot stand: (digitale) loketten verdeeld over verschillende overheden en bestuurslagen, van gemeenten en samenwerkingsverbanden tot meerdere ministeries en inspecties, zorgen voor een complexe hordeloop die lang niet iedere ouder weet te beslechten.⁶⁸

Maatwerk en zelfraadzaamheid leiden niet automatisch tot integrale samenwerking. De Algemene Rekenkamer stelt voor gezinnen en jeugdigen die bescherming nodig hebben bijvoorbeeld als volgt vast (Georganiseerde onmacht, p.5):

67 <https://ingrado.nl/kennisbank/items/vernieuwde-handreiking-om-onderwijs-en-zorg-te-combineren-binnen-de-wettelijke-kaders>

68 <https://publiekewaarden.nl/wp-content/uploads/2019/06/Stapelingsproblematiek-IPW.pdf>

Wij zien een terugkerend patroon waarin iedere partij aangeeft pas richting een oplossing te kunnen bewegen als één van de andere partijen eerst tegemoet is gekomen aan hetgeen zij nodig heeft om te kunnen veranderen. Deze situatie ziet de Algemene Rekenkamer als georganiseerde onmacht. Onmacht, omdat iedereen het beste voor de kinderen wil, maar niemand bij machte lijkt om echt de leiding te nemen om dit te waar te maken. Georganiseerd, omdat dit een onlosmakelijk gevolg is van de manier waarop rijksoverheid, gemeenten, gecertificeerde instellingen en jeugdhulpaanbieders hun verantwoordelijkheid voor de jeugdbescherming invullen.

Experimenten om complexiteit te bestrijden

Het is niet zo dat er niet wordt geprobeerd om schotten tussen domeinen weg te halen. Een voorbeeld is het Experiment Integraal Budget (EIB). In dit experiment werd ontschotting tussen een aantal domeinen beoogd: Wmo, Jeugdwet, Wlz, Zvw, werk onderwijs en vervoer. Bureau Andersson Elffers Felix (AEF) heeft dit experiment geëvalueerd, zie Van Veldhuizen et al (2021):

Bij het integraal pgb (i-pgb) wordt integraliteit bewerkstelligd van het aanspreekpunt, ondersteuningsplan en bijbehorende budget: er wordt op basis van indicaties in één of meer voornoemde wetten een integraal ondersteuningsplan opgesteld en één ontschot budget verstrekt. De budgethouder is vervolgens vrij om dit budget flexibel in te zetten voor gecontracteerde hulp. Voor zorg in natura wordt integraliteit bewerkstelligd op het niveau van het ondersteuningsplan: daarin is hulp vanuit verschillende domeinen inhoudelijk op elkaar afgestemd. In het EIB is het eveneens mogelijk om één budget dan wel arrangement samen te stellen voor verschillende gezinsleden met een ondersteuningsvraag. De werkwijze voor het i-pgb bouwt voort op ervaringen uit een eerder experiment in Delft, Woerden en Meppel. Het doel van het experiment is om uit te vinden wat nodig is om tot zulke integrale budgetten/arrangementen te kunnen komen en -wanneer dat lukt- onder andere de kwaliteit en doelmatigheid van de dienstverlening te vergroten en zo de participatie en zelfredzaamheid van deelnemers te vergroten, hun administratieve lasten te verlagen en zo hun kwaliteit van leven en dat van hun naasten te verhogen. Op basis van de ervaringen moet vervolgens bepaald worden of het instrument structureel moet worden ingeregeld (i-pgb) en of integrale zorg in natura een mogelijk alternatief is voor een pgb. In het EIB hebben de deelnemende gemeenten

een centrale rol in de zin dat zij primair verantwoordelijk zijn voor de werving en het tot stand komen van integrale budgetten/arrangementen. Het experiment kent daarnaast een klankbordgroep en stuurgroep, waar Per Saldo, de VNG, ZN, de SVB en VWS deel van uitmaken. Deze laatste heeft een rol als procesregisseur.

De evaluatie wijst uit dat het experiment zelf weinig deelnemers wist te trekken, dat conclusies daardoor niet getrokken kunnen worden en dat deze uitkomst van het experiment (het experiment is niet van de grond gekomen) niet één enkele oorzaak kent (2021, pp. 35-36):

- *Partijen (in het bijzonder VWS, de VNG, ZN, Per Saldo en de SVB) die elkaar niet goed vonden, er verschillende ambities en noties van experimenteren op nahielden en te weinig expliciet genoeg het gesprek met elkaar gevoerd hebben aan het begin: wat proberen we precies met elkaar te bereiken, wat houdt integraal denken en werken in en wat betekent experimenteren voor ons? Wat is het dan dat elke partij hierin te leveren heeft?*
Er zat nu onderling veel verschil in hoeveel energie partijen in het EIB gestoken hebben. Sommigen leken minder urgentie te hebben, anderen hebben er het maximale uit proberen te halen.
- *De (te grote) focus op de kaders en het beleidsniveau: hoeveel moet er vooraf vastgelegd worden om te kunnen experimenteren? Dit heeft enerzijds een erg lange aanlooptijd van het experiment als gevolg gehad. Anderzijds spelen er –ondanks dat er veel tijd in de ontwikkeling van de kaders is gaan zitten– nog continu thema's waarover geen overeenstemming is: biedt de AMvB nu wel of niet voldoende houvast, wat is nu precies de beoogde werkwijze rond integraal werken en heeft een integraal budget één of verschillende tarieven nodig? En tot slot is het de vraag of met de focus op beleidsniveau er voldoende aandacht is geweest voor de (potentiële) knelpunten op uitvoeringsniveau.*

Uit de evaluatie van AEF wordt duidelijk dat complexiteit niet alleen speelt op het niveau van de ouders en kinderen die op voorzieningen zijn aangewezen. Complexiteit speelt eveneens op het niveau van uitvoeringsorganisaties en overheden die moeten voorzien in deze hulp, steun en zorg. Van Veldhuizen et al. (2021)

vatten de ervaringen met het experiment samen zoals hieronder staat aangegeven.

Box 15. De ervaringen met het experiment

Het totaal aantal deelnemers aan het EIB is voor beide deelexperimenten klein. Voor het i-ZiN deelexperiment komt dit ook doordat slechts één deelnemende gemeente dit als focus had. Op basis van een groot aantal interviews zijn verschillende oorzaken voor de achterblijvende deelnemersaantallen weergegeven, op verschillende thema's. We vatten deze hieronder beknopt samen:

- *Een weinig enthousiaste en doortastende werving van deelnemers door deelnemende gemeenten, door terughoudendheid en handelingsverlegenheid bij professionals, belemmerd door een gebrek aan aansprekende voorbeelden van wat deelname voor personen kan betekenen en door de maatregelen ter voorkoming van de verspreiding van Covid-19.*
- *Een aanbod voor deelnemers dat, gegeven de kenmerken van de werkwijze in het experiment, weliswaar meerwaarde voor hen kon bieden, maar waarvan de potentiële voordelen desondanks onvoldoende aantrekkelijk waren in verhouding tot de nadelen / risico's: de onbekendheid van de uitkomst van deelname aan het EIB, de tijdelijkheid van de aanspraken in het kader van het EIB en geen garantie op de oorspronkelijke indicatie na afloop ervan. Er is bij betrokkenen bovendien geen eensluidend beeld van wat de potentiële meerwaarde voor deelnemers zou moeten zijn en hoe groot de groep potentiële deelnemers is.*
- *Een complexe uitvoering, die domeinoverstijgende samenwerking van organisaties vraagt en flexibiliteit en vraaggerichtheid van professionals verlangt. Tegelijkertijd lag er een uitgebreid en gedetailleerd stappenplan aan de werkwijze ten grondslag dat niet prikkelt tot maatwerk, maar ook niet in alle situaties uitkomst bood.*
- *Een totstandkomingsproces dat langer duurde door een stevige focus op rechtmatigheid door sommige partijen, wat leidde tot in detail uitgewerkte kaders. Eén van de achterliggende oorzaken hiervan is de erg uiteenlopende noties bij betrokkenen van wat experimenteren inhoudt. Op zijn beurt leidde de lengte van het totstandkomingsproces tot het weglekken van energie bij partijen en in het bijzonder deelnemende gemeenten.*

Recent voorbeeld van een ander experiment dat erop is gericht de schotten tussen onderwijs en zorg weg te nemen is het Besluit Experiment onderwijszorgarrangementen – zie aan de start van

deze uitgave onder *Vooraf*.⁶⁹ Dit besluit maakt het bij wijze van experiment mogelijk dat deelnemende ‘bevoegde gezagen’ van scholen en samenwerkingsverbanden passend onderwijs, in het primair en voortgezet onderwijs langer durend kunnen afwijken van wettelijke voorschriften van de verschillende sectorwetten van het onderwijs. Dit betreft de wettelijke voorschriften met betrekking tot *onderwijstijd*, *inhoud* (het curriculum volgens kerndoelen en referentieniveaus), *onderwijslocatie* en *bekostiging*. Met deze experimenteerregeling wordt onderzocht of maatwerk kan worden geboden aan jongeren met complexe ondersteuningsbehoeften op het grensvlak van zorg en onderwijs. Anders gezegd: bijvoorbeeld onderwijs mogen aanbieden op een andere locatie dan in een fysiek schoolgebouw, of kinderen een ander onderwijstempo toestaan dan vaststaande curricula, kerndoelen en referentieniveaus nu eisen. De Raad van State geeft een overzicht van de totstandkoming van het ontwerpbesluit, dat onder paragraaf 1 als volgt toelicht:

Volgens de toelichting ontvangen ongeveer 15.000 jongeren niet de extra ondersteuning die zij nodig hebben in het regulier of speciaal onderwijs, vanwege een gebrek aan flexibiliteit van de zorg- en onderwijsstelsels. Dit betreft jongeren die dreigen uit te vallen, thuiszitten of vrijgesteld zijn van de leerplicht.

Eerder in 2013 is ditzelfde geluid naar voren gebracht door de Kinderombudsman (Kinderombudsman, 2013), in 2016 door het Thuiszitterspact, in 2019 door het ministerie van OCW (Kamerbrief Stand van zaken thuiszitters), en vanaf 2020 jaarlijks in Kamerbrieven door het ministerie van OCW – zie meest recent de Kamerbrieven Verzuimaanpak (2022) en Voortgang verbeteraanpak passend onderwijs (2023).

⁶⁹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047473/2023-01-01>

Deze Experimenteerregeling die voor vijf jaar wezenlijke afwijking van onderwijswetgeving toestaat kan daarom een belangrijke stap vooruit zijn.

Van belang echter, is te onderkennen dat specifiek voor de groepen die kwetsbaar zijn voor schooluitval en gezondheidsverschillen i.e., in OESO-termen de *Groups of Focus for Equity* (zie eerder), anno 2023 op geen van de terreinen die de transitie betreffen positieve resultaten worden gerapporteerd. Noch het beoogde maatwerk, noch integrale uitvoering noch kostenbesparing is bereikt. Ook de democratische verantwoording over de resultaten voor juist de groepen in kwestie ontbreekt op alle niveaus - van voorzieningen en gemeenten tot op Rijksniveau door de betrokken ministeries. We laten dit hier verder buiten beschouwing, maar verwijzen naar de Eerste evaluatie van de Jeugdwet (2018), de betreffende rapportages van de Algemene Rekenkamer, het Verslag van de plenaire vergadering van dinsdag 24 januari 2023 van de Eerste Kamer en de signalementen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, en ten slotte de Patiëntenfederatie Nederland die rapporteert over het gebrek aan inzicht op de effecten van de wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo).^{70 71 72}

^{73 74 75}

De wil is er wel

De wil tot domeinoverschrijdende samenwerking en regiovorming is wel sterk toegenomen. Zowel de Algemene Rekenkamer als de Raad van State als patiëntenverenigingen, zorgaanbieders,

70 <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/eerste-evaluatie-jeugdwet>

71 <https://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/algemene-rekenkamer-twijfelt-over-tempo-3d>

72 <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2023/04/13/georganiseerde-onmacht>

73 <https://www.rekenkamer.nl/actueel/nieuws/2023/04/13/geen-grip-op-falende-jeugdbescherming>

74 <https://www.eerstekamer.nl/verslag/20230124/verslag>

75 <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/kamerbrieven/1117-brief-toezicht-wmo-en-klachten-geschillen-in-de-zorg/file>

zorgprofessionals en ouderorganisaties wijzen hierop.⁷⁶ Dit is een belangrijke winst die aan de basis kan staan van integraal werken. Een transformatie valt of staat met deze gezamenlijke wil. In een brief aan de Kabinetsinformatuur (2021) zet een groot aantal partijen uit de gezondheidszorg *preventie* centraal en *domein overstijgende samenwerking* als noodzakelijk.

De noodzaak voor integrale preventie door eenvoud en vertrouwen
Bovengenoemde brief legt uit hoe door de vergrijzing, bevolkingsgroei en nieuwe methoden voor behandeling, het beroep op de zorg toeneemt, en tegelijkertijd de beroepsbevolking afneemt. De brief aan de Tweede Kamer reikt beleidsopties aan die mensen met afhankelijkheid van (gezondheids)instanties enerzijds en de professionals die er werken anderzijds, weer in meer “gewone” samenwerkingsrelaties brengen. Centraal staan een lange termijn preventiestrategie, vereenvoudiging van regels en regelhulp, en borging van toegankelijke zorg, juist voor mensen met minder digitale- en gezondheidsvaardigheden i.e., kwetsbaar voor *low health literacy*, naast het makkelijker maken voor medewerkers om sectoroverstijgend bij verschillende organisaties te werken.⁷⁷ Om een voorbeeld te geven: op 21 juni 2023 richtten de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Patiëntenfederatie Nederland zich tot de leden van het Commissiedebat digitale ontwikkelingen in de zorg – 27 juni :

Box 16. Inzet op betere uitwisseling van medicatiegegevens

Om goede en passende zorg te kunnen geven, is het essentieel dat zorgverleners op de hoogte zijn van het medicijngebruik van hun patiënten. Nu is het zo dat iedere arts, psychiater, tandarts, apotheek of ziekenhuis een eigen beperkt overzicht heeft van de

76 <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/brieven-aan-de-kamer/857-brief-aan-de-informateur-van-agenda-voor-de-zorg/file>

77 ActiZ, GGD GHOR, Ieder(in), KNMG, Ineen, KBO-PCOB, KNOV, Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse GGZ, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, VGN en V&VN.

medicatie van een patiënt. Wekelijks worden in Nederland meer dan 1.200 mensen in het ziekenhuis opgenomen door medicatiefouten. Bijna de helft hiervan is vermijdbaar: dat zijn ruim 27.000 ziekenhuisopnames per jaar.

De ondertekenaars van deze brief zien echter dat de huidige wettelijk vereiste toestemming adequate uitwisseling van medicatiegegevens in de praktijk belemmert. Met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Kwaliteit van zorg is (mede) afhankelijk van de toestemming van patiënt. In de huidige situatie wordt essentiële informatie over medicatie namelijk alleen gedeeld tussen zorgverleners als de patiënt daar vooraf (proactief en expliciet; actieve consent) toestemming voor heeft gegeven bij al zijn voorschrijvers, apothekers en toedieners. Dit staat nog los van het delen van gezondheidsinformatie tussen sectoren, bijvoorbeeld met de leerkrachten die dagelijks met de leerlingen in kwestie samenwerken, vaak zonder toereikende kennis over hun gezondheidsstatus, medicijngebruik of de effecten hiervan op hun cognitieve vermogens zoals concentratie, geheugenfunctie en retentievermogen.

Box 17. Uitwisseling van gegevens anno 2023

Als de patiënt de vraag over toestemming niet gekregen heeft, of om wat voor reden dan ook nog niet heeft beantwoord, wordt ervan uitgegaan dat de patiënt “nee” tegen uitwisseling van noodzakelijke medicatiegegevens heeft gezegd. Daarmee wordt de kwaliteit van zorg afhankelijk van de toestemming van de patiënt. Uit focusgroepen weten we dat heel veel patiënten ervan uitgaan dat zorgverleners over noodzakelijke gegevens kunnen beschikken. Ze weten niet dat ze actief en expliciet vooraf toestemming moeten geven. Dat levert risico's op voor patiënten en brengt de zorgverlener in een conflict van plichten. Juist kwetsbare en minder zelfredzame patiënten, die meer dan gemiddeld zorg gebruiken, lopen het grootste risico als zij geen toestemming hebben kunnen geven.

Patiënten moeten erop kunnen rekenen dat hun relevante gezondheidsgegevens compleet en inzichtelijk zijn op het moment dat ze zorg nodig hebben. De huidige systematiek belemmert dit en sluit onvoldoende aan bij de praktijk en verwachting van veel

patiënten. De brief pleit voor een ‘opt-out systeem’ waarbij overdracht en uitwisselen van noodzakelijke medicijngegevens altijd mogelijk is, mits de patiënt niet expliciet aangeeft dat niet te willen, ofwel: een ‘ja, mits-systeem’ in plaats van het huidige ‘nee, tenzij-systeem’ dat actieve toestemming eist. De brief wijst erop dat dit in lijn ligt met het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid i.e., *Weten is nog geen doen* (WRR, 2017).⁷⁸

De WRR stelt verder dat de meeste mensen het beste worden geholpen als ze *geen* actie hoeven te ondernemen. Wij voegen hieraan toe dat dit ook en misschien wel vooral geldt voor ouders van kinderen die patiënt in zorg zijn, of dit nu jeugdzorg, gezondheidszorg of gehandicaptenzorg betreft. De brief noemt expliciet dat kwetsbare patiëntengroepen en mensen met lage gezondheidsvaardigheden de dupe zijn van het huidige denken, dat uitgaat van zelfredzaamheid en het zelfstandig wegen van opties op basis van niet eenvoudig te vinden digitale schriftelijke informatie – waarbij al dan niet gegronde achterdocht op fraude vanuit overheden extra complicerend is, zo blijkt uit de Toeslagenaffaire, die we hier verder buiten beschouwing laten, maar wederom juist die mensen treft die van jongs af aan risico lopen op gezondheids-verschillen, exclusie en kansongelijkheid.

De WRR stelt als volgt (*Weten is nog geen doen*, 2017):

De overheid kan inspelen op de beperkte niet-cognitieve vermogens van burgers door de keuzearchitectuur aan te passen. Dat kan met behulp van simpele labels, aanvinken van standaard-opties (defaults), opt-outstelsels, ‘ongewenste’ keuzes beperkt mogelijk maken, of geschaalde vrijheden.

78 <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/brieven-aan-de-kamer/1435-brief-commissiedebat-digitale-ontwikkelingen-in-de-zorg/file>

Onderwijs en gezondheid vanuit één preventieperspectief
Wat betreft de “integrale aanpak” door “domeinoverstijgende samenwerking” tussen verschillende professionals op basis van “op overeenstemming gericht overleg” tussen instellingen, geeft het ministerie van VWS in haar Kamerbrief Preventief gezondheidsbeleid, nr. 632 (22 juli 2022) het volgende weer:

Sinds 2016 werkt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met het programma Preventie in het zorgstelsel toe naar een landelijk aanbod van effectieve preventie en leefstijlinterventies voor risicogroepen i.e., selectieve en geïndiceerde preventie. Voor zowel zorg-gerelateerde preventie en leefstijl, als vroegtijdige behandeling voor de geselecteerde groepen zijn “preventieketens” nodig om mensen op te sporen en door te verwijzen naar een adequaat (multidisciplinair) aanbod uit verschillende domeinen.

We verwijzen voor domeinoverstijgende samenwerking en doelgerichte preventieketens wederom naar de eerdere opsomming in hoofdstuk 5: *systematische gezondheidsverschillen in de volwassenheid en ouderdom* worden voorafgegaan door *onderwijsachterstanden of schooluitval in de jeugd*. Preventieketens zouden specifiek en op tijd juist deze geselecteerde groepen moeten bereiken, dus al in het onderwijs, voor achterstanden ontstaan en uitval plaatsvindt. Daarbij wijzen we in deze publicatie op internationale studies die wetenschappelijk onderbouwd en expliciet suggereren wie tot deze groepen behoren. Aanvullend en beter gericht onderzoek is in Nederland nodig dat de relatie tussen onderwijs (alle onderwijstypen en met name alle uitvallers) en gezondheidsverschillen in beeld brengt.

De Kamerbrief van VWS stelt óók dat een gezonde leefstijl, met aandacht voor een gezonde leefomgeving, onderdeel moet gaan uitmaken van het dagelijks leven van burgers. De brief meldt verder dat het niet alleen gaat om inzet op de domeinen van gezondheid en welzijn, maar ook die op het vlak van de leef- en woonomgeving, sociale omgeving en onderwijs – de brief spreekt

van *health in all policies*. De Kamerbrief noemt als voorbeelden (-) de rijke schooldag, die zich richt op het aanpakken van gezondheidsachterstanden in het domein van onderwijs, (-) de inzet op mentale gezondheidsbevordering waarbij ook gekeken wordt naar mentale gezondheid op de werkplek, en (-) het verminderen van prestatiedruk op scholen, of (-) de samenwerking met de ministeries van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, en Infrastructuur en Waterstaat, om gezondheid een plek te geven in het fysieke domein.

In de Kamerbrief wordt verder gesteld dat VWS de mogelijkheid verkent tot het opzetten van een meerjarig programma leefstijl rondom de pijlers *data en kennis, onderwijs, richtlijnen, onderzoek, implementatie en opschaling, monitoring en patiënt*, waaraan een brede coalitie van zorgpartijen en kennisinstituten uitvoering geeft. Doel hiervan is om de inzet op gezonde leefstijl door zorgprofessionals en patiënten zelf te vergroten en de (kennis)versnippering in het veld te verkleinen. De Kamerbrief noemt ten slotte als punt van zorg dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en (zorg)professionals onderling, hierbij “niet vanzelfsprekend is” en geeft verder aan (nr. 632 22 juli 2022):

Landelijke implementatie en opschaling van effectieve, én innovatieve, interventies over de domeinen heen blijkt in de praktijk ingewikkeld.

Om een meer concreet idee te geven met welke regelgeving ouders, professionals en zorg- en onderwijsinstellingen te maken krijgen bij samenwerking tussen onderwijsinstellingen en gezondheids- zorginstellingen (incl. jeugdzorg) zetten we kort het volgende op een rij. We zijn niet volledig, het beleid rond fiscale toeslagen en -regelingen of persoonsgebonden budgetten bijvoorbeeld, is complex en wordt hierna niet uitgewerkt. Ook beleid rond schuldenproblematiek hebben we buiten beschouwing gelaten, maar dit soort regelingen spelen mee in wat hierna staat opgesomd.

Complexiteit: multiple regelingen, multiple-pay systems
Meestal worden de volgende wetten genoemd wanneer zorgfinanciering en onderwijsfinanciering voor minderjarigen op enigerlei wijze is aangewezen (zie via de zorgwetten: <https://www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl/> <https://www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl/zorg-thuis/zorgwetten/>) :

- de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- de Jeugdwet
- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- de Wet langdurige zorg (Wlz)
- de Wet Passend Onderwijs
- de Participatiewet

Daarnaast zijn eveneens van belang:

- de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- de Wet forensische zorg
- de Wet publieke gezondheid (Wpg)

We sommen hier ook het volgende op:

Zie voor een meer exact overzicht van *kinderrechten voor professionals*:

<https://www.kinderrechten.nl/professionals/kinderrechten/>

Zie speciaal voor de *gezondheid en gezondheidszorg* artikel 24.

Zie speciaal voor de *rechten van kinderen met een handicap* artikel 23.⁷⁹

Zie voor de *samenloop van zorgwetten in gemeenten* via

<https://vng.nl/nieuws/hoe-staat-het-met-de-samenloop-van-zorgwetten-in-gemeenten>

79 <https://www.kinderrechten.nl/kinderrechten-vw/artikel-23-kinderen-met-een-handicap/>

Zie voor de *samenloop van dagbesteding en vervoer* in de Wet langdurige zorg via <https://www.klik.org/nieuws/nieuws-item/t/17-misverstanden-over-de-wet-langdurige-zorg>
En via <https://www.familieverenigingdicht-bij.nl/files/media/misverstanden-wet-langdurige-zorg.pdf>
Zie voor *Jeugdhulp en leerlingenvervoer uit verschillende gemeenten* via <https://www.schulinck.nl/opinie/jeugdhulp-en-leerlingenvervoer-uit-verschillende-gemeenten/>

De financiering en organisatie van zorg en ondersteuning voor leerlingen met zorg in de voormalige clusters 1 en 2 (visueel en auditief gehandicapte kinderen) is op landelijk niveau behouden gebleven.

De financiering en organisatie van zorg en ondersteuning voor leerlingen in de voormalige clusters 3 en 4 echter, is zoals al vermeld overgeheveld naar de (152) samenwerkingsverbanden passend onderwijs, voor zowel het speciaal basisonderwijs, speciaal onderwijs, voortgezet speciaal onderwijs en voor extra ondersteuning in het reguliere primair en voortgezet onderwijs. De financiering en organisatie is in dit verband aanzienlijk minder eenvoudig, tot zelfs ultra complex vanuit het perspectief van ouders van leerlingen die tegelijkertijd op zorg en onderwijs zijn aangewezen. Zo is de bekostiging van gelijktijdige zorg en onderwijs, en het vaak noodzakelijke vervoer hierbij, elkaar wederzijds uitsluitend. Dit is een van de redenen waarom er in het recent gestarte experiment onderwijszorgarrangementen afgeweken mag worden van formele eisen rond onderwijsbekostiging. Ultra complexiteit bestaat daarnaast met name vanuit het perspectief van laag Nederlandstaalvaardige mensen: de systemen rond selectie en toelating voor integrale onderwijszorg vereisen inmiddels een deskundigheid waar ook niet-ingevoerde professionals niet langer uitkomen.

Hiernaast geldt de Leerplichtwet, waarvan leerlingen die ziek zijn kunnen worden ontheven. Daarnaast geldt een Kwalificatieplicht (tegenwoordig ook voor praktijkonderwijs). Zie via:
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0002628/2023-08-01>
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/leerplicht/leerplicht-en-kwalificatieplicht>

Aanvullende regelgeving die informatiedeling compliceert

Verder is andere regelgeving van belang die van invloed is op gegevensdeling tussen professionals en sectoren, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), en het Meldrecht Kindermishandeling (als onderdeel van de Jeugdwet, met een rol voor Veilig Thuis).^{80 81} Geweld in afhankelijkheidsrelaties is één van de omvangrijkste geweldsvormen in onze samenleving. Op de lijst van dodelijke slachtoffers als gevolg van onnatuurlijke oorzaak staat huiselijk geweld, na verkeersongevallen, op de tweede plaats. Slachtoffers zijn in de meeste gevallen vrouwen en kinderen, maar treft ook mannen en ouderen. De Wmo geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om te werken aan het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld in een “sluitende aanpak” met de geestelijke gezondheidszorg. Alcoholpreventie, afhankelijkheid van middelen, verslavingszorg en forensische zorg zijn hiervan onderdeel. Voor kinderen als slachtoffers van huiselijk geweld speelt daarnaast de Jeugdbescherming zoals geregeld in de Jeugdwet – zie voor meer informatie bijvoorbeeld het College Zorg en Welzijn, via czwbureau.nl. Vermeld staat dat *Preventieketens* het integrale publieke domein bestrijken van maatschappelijke ondersteuning, welzijn, gezondheidszorg en Justitie.

80 <https://avgonline.nl/persoonsgegevens-van-kinderen-verwerken>

81 <https://veiligthuis.nl/hoe-werkt-veilig-thuis/>

Europese en internationale afspraken

Overkoepelend is er internationale wet- en regelgeving, zoals het Verdrag inzake de rechten van het kind en internationale afspraken zoals de Duurzaamheidsdoelstellingen, die (goede) gezondheid en (inclusief) onderwijs als derde en vierde doelstelling noemt, in een opsomming van 17 duurzame ontwikkelingsdoelen van Verenigde Naties, waaraan ook Nederland zich heeft gecommitteerd.⁸²

Beroepscodes en professionalisering

Naast wet- en regelgeving spelen beroepscodes (medisch geheim), sectorgebonden of instellingsgebonden kwaliteitssystemen, protocollen, en *evidence informed* of *evidence based* richtlijnen, vaak nog apart geregeld per wetenschapsdiscipline of beroepsgroep, van de medische, tot gedragsdeskundige en pedagogische of onderwijskundige disciplines en beroepsgroepen. Hieraan verbonden zijn begrippen als ‘gekwalificeerde’ leerkrachten, BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, SKJ-geregistreerde beroepsbeoefenaren, met elk hun eigen registratievereisten. Professionalisering loopt in hoofdzaak langs en binnen de grenzen van gescheiden disciplines en beroepsgroepen.

Toezichthouders en interventie op misstanden

Verder spelen verschillende inspecties, toezichtkaders en interventiebevoegdheden van verschillende ministeries en instanties een rol. Deze bestrijken meerdere beleidsterreinen lopend van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (met een divers aanbod van ondersteuningsprogramma's thuis en via kindcentra, voor kinderen tot de Leerplichtige leeftijd), en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

82 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/internationale-afspraken-ontwikkelingssamenwerking>

(onderwijswetgeving, passend onderwijs, speciaal onderwijs, onderwijszorgarrangementen en experimenteerregelingen zoals het Besluit Experiment Onderwijszorgarrangementen), tot de gemeentelijk geregelde Leerplicht, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (alle zorgwetten), en het Ministerie van Veiligheid en Justitie (alle gerechtelijke maatregelen, zowel civielrechtelijk als strafrechtelijk en voorprocedures in verband hiermee, op alle terrein van zorg en hulp, maar ook als ultimum remedium voor de Leerplicht) en ten slotte speelt voor het onderwijs ook het Bestuursrecht een grote rol. Voor de forensische zorg bestaat daarnaast de Methodiek Aanpak Schoolverzuim (MAS) als ketenaanpak tussen Justitie, Reclassering, Jeugdbescherming en Onderwijs, aansluitend op de gemeentelijk georganiseerde Leerplicht.

De gezaghebbende ouder: startpunt of sluitstuk?

Ten slotte noemen we onder verwijzing naar Slump (2019) een belangrijk recht: dat van de gezaghebbende ouder. Maar juist dit recht is vervaagd tot een onduidelijk sluitstuk, door de complexe mengeling van regelingen die ontstaan als basis voor “integrale” samenwerking door “op-overeenstemming-gericht-overleg” tussen diverse instanties die ieder gevangen in eigen regelgeving, richtlijnen en nomenclatuur aan de “keukentafel” met die ouder bijeenkomen, op weg naar “een-kind-één gezin-één-plan” (vanuit de zorg) of een “ontwikkelingsperspectiefplan” (vanuit het onderwijs).

Box 18. Het ouderlijk gezag (Position paper Ouders in onderwijs, 2019)

Het is van belang dat in het onderwijs, net als in het familierecht, het jeugdrecht en het gezondheidsrecht, wordt gesproken van het ouderlijk gezag of de gezaghebbende ouder. Dit in plaats van de in het onderwijs steeds meer gebruikelijke terminologie, ouderbetrokkenheid en ouderparticipatie. Gezien de wettelijke rol van ouders en het opvoedingsrecht van ouders zoals dat is geregeld in de internationale verdragen, dekken ouderbetrokkenheid en ouderparticipatie de lading niet en doen deze begrippen geen recht aan de positie van ouders in het onderwijs. Aanbeveling: Bij de verlening van de

jeugdhulp, in de geneeskundige behandelingsovereenkomst en in het onderwijs, dient er sprake te zijn van een eenduidige positie van de gezaghebbende ouder. Een en ander conform de regeling van het ouderlijk gezag in het familierecht, boek 1 BW en met inachtneming van de rechten van ouders zoals deze voortvloeien uit de internationale verdragen.

In de complexiteit die is ontstaan maken ouders en kinderen niet langer als ‘gelijken’ (dus vanzelfsprekend) aanspraak op bepaalde basisvoorzieningen die in een samenstel worden aangeboden – zoals onderwijs en gezondheidszorg – maar zijn aangewezen “zelfredzaam” professionals uit te nodigen om tot overeenstemming te komen. Waar nog aanspraak op kan worden gemaakt en waar hun basale recht op onderwijs en gezondheid voor hun kinderen kan worden gehaald, loopt gefragmenteerd langs verschillende wetten, regelingen, financieringsstromen, (digitale) loketten en soms ook al chatbots. De AVG compliceert bovendien wezenlijke gegevensdeling tussen professionals. Ouders moeten steeds opnieuw actieve toestemming verlenen.

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft inmiddels een Handreiking uitgebracht, getiteld “Integraal arrangeren: handvatten uit de praktijk Community of Practice 'Onderwijs-zorgarrangementen'” die erop gericht is bureaucratische overbelasting terug te dringen in de samenwerking tussen onderwijs en jeugdzorg. De handreiking is zodoende bedoeld voor bestuurders en beleidsmakers, die net als de ouders eveneens geconfronteerd worden met complexiteit in de samenwerking om onderwijs en zorg integraal aan te bieden.⁸³

Transitie naar Omgevingswet

Zo spelen ook voor de aanbieders van onderwijs en zorg vraagstukken rond integraal financieren en investeren, zijn er

83 Integraal arrangeren (nji.nl)

verschillende wettelijke kaders, moeten aanbieders van zorg en onderwijs langs diverse vereiste gesprekspartners, en langs verschillende instemmingsprocedures en regelingen tegelijkertijd. Naast verschillende financieringsregelingen bestaan ook verschillen in bouweisen (in afwachting van de transitie van de fysieke wetgeving naar de Omgevingswet) per sector. Scholen en zorginstellingen proberen om 'onder 1 dak' te werken, bijvoorbeeld in het kader van de Brede school, het Integrale Kindcentrum of een Onderwijszorgarrangement. Maar daar gaat de nodige tijd, personele inzet, energie en dus geld aan vooraf, vaak in Europese aanbestedingsvormen, met alle eisen van dien, of soms op basis van verschillende bijzondere voorzieningen die per eigen regeling of uitzondering worden getroffen, vaak van tijdelijke aard of per doelsubsidie, zoals in het kader van het Nationaal Programma Onderwijs of het Nationaal Groeifonds. De transactiekosten die in dit nieuwe stelsel met contractvorming zijn gemoeid, zijn inmiddels immens. Dit geldt op alle niveaus waarop contracten tot stand komen, van eindgebruiker (ouders en kinderen), professionals en instellingen tot gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en ministeries incl. toezicht-houders. De opbrengsten zijn vooralsnog gering. Dit lichten we toe met het volgende.

Nieuwe termen om complexiteit op te lossen

Om de complexiteit voor de eindgebruiker bij dit alles te benadrukken wijzen we hier bijvoorbeeld op het 'woordenboek' dat is gemaakt om alle begrippen uit één wet toe te lichten, zie via <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/begrippen>.

Ander voorbeeld zijn nieuwe concepten die moeten helpen als zelfredzaamheid moeilijk blijkt, zoals als Regelhulp, Verschilmakers en Persona's, die helpen om "vanuit de mens te blijven denken, ook in ingewikkelde situaties."

Verder worden termen gebruikt als *Complexe zorgsituaties*, *Informatietafels*, *Juiste loket* en *Ketenpartners*, zie bijvoorbeeld via <https://www.regelhulp.nl/plus>.

Ook Regelhulp-plus benadrukt dat het bij ‘complexe casuïstiek’ extra belangrijk is om vanuit de persoon te blijven denken:

Juist als de gebruikelijke routes en het standaard aanbod niet past, bestaat het risico dat de persoon zich overmatig moet aanpassen aan het systeem. Persona's helpen om vanuit de mens te blijven denken, ook in ingewikkelde situaties.

Van niet langer medisch labelen terug naar ‘zorgleerlingen’

De NRO-Evaluatie passend onderwijs (Ledoux et al., 2020) noemt het na vijf jaar evalueren van de implementatie en uitvoering passend onderwijs, nodig om weer gewoon te spreken van zorgleerlingen. Slump (2019) noemt het sinds de decentralisaties zorgelijk dat schoolbesturen de financiële belasting in het onderwijs veelal toedichten aan de ‘zorgleerling.’ Vanuit de reservevorming door onderwijsinstellingen sinds de invoering van passend onderwijs, blijkt dit inderdaad een redenering die financieel niet is toe te rekenen aan zorgleerlingen: de extra budgetten in het kader van passend onderwijs hebben de druk op de speciale onderwijsvoorzieningen niet af doen nemen. In tegendeel: deze druk neemt toe en er is zoals eerder gezegd geen vermindering in het aantal uitvallers (thuiszitters), het verzuim is niet afgenomen en er blijkt in het kader van passend onderwijs sprake van onderbesteding en een aanzienlijke reservevorming voor het merendeel van de onderwijsinstellingen, met een groeiend eigen vermogen – zie de Kamerbrief Gezamenlijk plan samenwerkingsverbanden passend onderwijs voor versnelde afbouw van de reserves en de motie doelgroep passend onderwijs

(Den Haag, 2021), (zie verder Algemene Rekenkamer, 2017; Van Binsbergen, 2022; Inspectie van het Onderwijs, 2021).⁸⁴

Kort geformuleerd: er is een vraag naar ondersteuning bij onderwijs en er is geld om hierin te voorzien, op basis van inkoop van zorg. In termen van vraag en aanbod is het de vraag waarom de ondersteuningsvraag op school (passend onderwijs) en bijbehorende investeringen om hierin te voorzien (ondersteuning door inkoop van zorg) niet bijeen komen en onderwijs en zorg gewoon bij elkaar brengen?

Want de middelen zijn er wel, maar worden niet ingezet.

Typerend voor Nederland, of niet?

Voornoemd onderzoek en beleidsevaluaties integraal in beschouwing genomen, heeft Nederland haar publieke sectoren met de transities (nog) niet veel verder gebracht. Professionals zijn over het algemeen niet tevreden over hun positie in de nieuwe stelsels, personeelstekorten lopen op, professionals kiezen vaker voor een arbeidspositie vanuit zelfstandigheid, wat het organiseren en financieren van zorg kostbaar maakt.^{85 86}

Bovendien worden juist de publieksgroepen die meest zijn aangewezen op de publieke sector niet voldoende bereikt: effecten op macroniveau blijven uit en afstroom of schooluitval met een inherent risico op lage gezondheidsvaardigheden en/of aanhoudende vormen van ernstige stress en bestaansonzekerheid leiden tot verdere uitval, baanonzekerheid en gezondheidsverschillen. Zo zijn bijvoorbeeld de uitgaven voor de jeugdzorg op macroniveau meer dan verdubbeld sinds 2015, van 3,2 naar zo'n 7 miljard, maar voor de groepen die het meest kwetsbaar zijn en

84 <https://www.onderwijsinspectie.nl/actueel/nieuws/2021/02/24/informatieverzoek-mogelijk-bovenmatige-eigen-vermogen-besturen>

85 <https://www.fnv.nl/lidmaatschap/lid-worden?broncode=fvzpz#/>

86 <https://www.aob.nl/actueel/artikelen/ze-wil-niet-freelancen-maar-een-baan-die-behaphbaar-is/>

daarom vaak op instanties aangewezen, is er geen wezenlijke verbetering bereikt.^{87 88} De aantallen uithuisplaatsingen en 24-uursopnames in de jeugdzorg bijvoorbeeld, lopen niet terug. De transactiekosten voor het realiseren van gedecentraliseerde jeugdzorg via gemeentelijke inkoop lijken (tenminste deels) debet aan de verdubbeling van de budgetten op macroniveau.⁸⁹ Ditzelfde geldt ook op het vlak van onderwijs. Passend onderwijs geeft geen daling in aantallen leerlingen binnen het speciaal onderwijs, speciaal basisonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs, ondanks de gelden die hiervoor jaarlijks worden weggezet. Ook het aantal leerlingen dat ernstig verzuimt en uitvalt (thuiszitters) loopt niet terug. Het aantal ontheffingen van de Leerplicht loopt op. Stelselwijzigingen (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Passend onderwijs, Jeugdwet) leiden tot nieuwe, maar nog altijd complexe bureaucratieën – die ook steeds meer gedigitaliseerd raken – al was het tegenovergestelde i.e., minder bureaucratie, het doel. Sinds de COVID-19 pandemie zijn de cijfers voor schooluitval en afhankelijkheid van zorginstanties bovendien harder opgelopen, zoals in hoofdstuk 3 staat toegelicht.⁹⁰

Is dit vraagstuk van decentralisatie, nieuwe bureaucratie en complexiteit typerend voor de keuzen die in Nederland zijn gemaakt?

In *Tackling Wasteful Spending on Health* zet de OESO een aantal gegevens voor de gezondheidszorg op een rij.⁹¹ In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op *Governance-related Waste: Administrative costs*.

87 <https://open.overheid.nl/documenten/c5e2bd9e-f232-4871-a4e4-ee910e73b4ad/file>

88 <https://vng.nl/artikelen/jeugdbudgetten-verdeelmodel-en-macrobudget>

89 <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://vng.nl/sites/default/files/2023-05/concept-hervormingsagenda-jeugd-2023-2028.pdf>

90 <https://www.nji.nl/publicaties/het-groeiend-jeugdzorggebruik>

91 <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>

De opsomming liegt er niet om (2017, p. 6):

Fraud, abuse, corruption, and high administrative costs can all be signs that the health system is not being managed as well as it could be.

Meerdere landen worstelen met soortgelijke vraagstukken van fraudegevoelige systemen, administratieve overbelasting, professionals die wegtrekken uit de zorg of het onderwijs en een toename van zelfstandigen die kiezen voor een vrije positie.

De OESO berekent voor de zorguitgaven per land:

The costs of administering health systems represent on average 3% of health spending but varies in a ratio of one to seven across OECD countries, with no obvious correlation with health system performance.

Voor Nederland betekent dit voor de zorguitgaven (hier uitsluitend berekend vanuit de begroting van VWS) een administratieve kostenpost van 2,8 miljard per jaar.⁹² Variatie naar voorbeelden van minder zware bureaucratie is eveneens door de OESO in beeld gebracht. Deze voorbeelden verdienen aandacht. Landen die terug bewegen naar collectieve financieringsvormen zoals Nederland die ook heeft gekend (ziekenfonds, algemene wet bijzondere zorg) in *single-payer systems* boeken goede resultaten met minder kosten (OECD, 2019).⁹³ Juist voor de Nederlandse situatie anno 2024, waarin hoge transactiekosten samengaan met multiple payer systems, is brede kennis van deze OESO studies van wezenlijk belang.

Box 19. Large cross-country variations

Large cross-country variations in administrative costs show that cuts are possible. The level of administrative expenditure depends, to some extent, on countries' health financing schemes.:

- *Single-payer systems (whether the payer is a social health insurance fund or a government entity) tend to have comparable levels of administrative spending, lower than those of multiple-payer systems.*

92 <https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2022/OWB/XVI/onderdeel/1060804>

93 https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/SinglePayerfactsheet_final.pdf

- *Multi-payer systems with free choice of insurer tend to have higher administrative costs than multi-payer systems with automatic affiliation.*
- *Private insurance schemes have much higher administrative costs than any public schemes.*

Isomorfisme

Een term die in organisatiepsychologische en bedrijfseconomische studies in dit verband naar voren komt is isomorfisme.

Isomorfisme is een concept uit de institutionele theorie dat verwijst naar aanpassingsprocessen die plaatsvinden in organisaties onder druk van regelgevende instanties en formele wetten (dwingend isomorfisme), of onder druk van ontwikkelingen in soortgelijke brancheorganisaties (mimetisch isomorfisme), of onder druk van professionele normen en beroepsstandaarden (normatief isomorfisme) – zie Box 21.

In Zweden rapporteren Matscheck et al. (2022) ruim 20 jaar na de invoering van het ‘gecoördineerde individuele plan’ – in het Engels *Individual Coordinated Plan*: CIP; in het Zweeds: *Samordnade Individuella Planer*: SIP; in Nederland het één kind- één gezin- één plan – dat versnippering van financiering in combinatie met impliciet begrensde bevoegdheden binnen starre en vaak dwingende administratieve systemen, i.e. *isomorphism*, hebben geleid tot ineffectieve zorg voor de eindgebruikers. Dit gecoordineerde individuele plan moest er in Zweden voor zorgen dat beter zou worden samengewerkt tussen sociale diensten en gezondheidszorg. Dwingend isomorfisme in combinatie met ideologische beleidsconcepten zijn echter als een “schaafmachine” geworden, die de zorg aan mensen in kwetsbare omstandigheden heeft uitgehold (Matscheck, 2022, p. 352):

Dit onderzoek heeft inmiddels geleid tot uitgebreid onderzoek (lopende) naar de manier waarop de schafmachine zijn werk heeft gedaan, met de Zweedse SIP als voorbeeld.

Matscheck et al. (2022) lichten toe hoe toenemende specialisatie en differentiatie binnen welzijnsorganisaties - in Zweden en internationaal - als gevolg van versnippering en inflexibele grenzen hebben geleid tot ineffectieve zorg voor gebruikers.

Zweden als voorbeeld

Om de zorg te verbeteren, werd in 2009 door de regering in Zweden het Gecoördineerd Individueel Plan (afgekort als *coordinated individual plan* of CIP) ingevoerd, met als doel de samenwerking tussen sociale diensten en gezondheidszorg te verbeteren. Patiënten met bijkomende psychische problemen en middelenmisbruik behoorden tot de doelgroepen, ook als ouder(s) van kinderen. Verschillende studies waar Matscheck et al. (2022) naar verwijzen, geven aan dat CIP slechts beperkt impact heeft gehad. Het gebruik van CIP is onsystematisch geweest en de rol van de gebruiker/patiënt staat minder centraal dan verwacht. De bevindingen geven aan dat, hoewel de professionals positief waren over het idee van CIP om de situatie voor de individuele gebruiker/patiënt te verbeteren, *dwingend isomorfisme* tegelijkertijd leidde tot een meer “confronterende kijk” op een samenwerking die niet noodzakelijkerwijs problemen voor het individu oplost. De auteurs lichten toe hoe verschillende organisatorische en professionele perspectieven samenhangen met isomorfisme, dat zorgt voor een organisatorische onzekerheid juist ten opzichte van de beoogde verandering i.e., transformeren en samenwerken.

De studie van Matscheck et al. (2022) bevestigt eerder onderzoek dat erop wijst dat een sterker, *interprofessioneel-team-gebaseerd-model* nodig is, met een ontwikkeling i.e., een transformatie, op basis van ruimte voor professionele ervaring en multidisciplinair overleg. Dit wil zeggen dat professionele ervaring weer meer leidend moet zijn in plaats van (impliciet of hiërarchisch) dwingende bureaucratische belasting, aangezien de dwingende kracht die van dit laatste uitgaat onbewust of hiërarchisch

gestuurd voorrang krijgt boven individuele professionele overwegingen.

Anders gezegd: professionals uit verschillende disciplines of sectoren moeten vrijheid krijgen in het maken van integrale keuzen, zonder impliciet gevangen te zijn in 'eigen' eisen van uiteenlopende wetgeving, financiers, kwaliteitsstandaarden, wetenschapsdisciplines en beroepsgroepen.

Dwingend isomorfisme

Soortgelijke bevindingen worden gemeld door Miller et al. (2020) die onderzoek hebben gedaan naar *collaborative care*.

Box 20. The institutionalization of collaboration through formal structure

The last fifty years have seen a substantial increase in interest, study, and investment in collaboration as a model of health-care planning and delivery (Paradis & Reeves,2013). Collaborative care emphasizes and valorizes an idealized image of healthcare; one delivered at the micro level by teams of clinicians from different occupations, and at the macro level by integrated systems composed of collaborative healthcare organizations. This “collaborative ideal” acknowledges and pays tribute to the multiplicity of perspectives and contributions that constitute contemporary healthcare and endorses collaborative practice to improve the quality-of-care delivery. Indeed, collaboration has been proposed as a solution to a wide array of problems, from ineffective care to treatment errors, a fragmented system, patient and provider dissatisfaction and resource waste (Paradis & Whitehead,2018). This is despite the fact that efforts to make care processes more collaborative have resulted in rather modest impacts on care quality and health outcomes (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein,2017; Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein,2013).

In this review we present a new perspective on the discourse and practice of collaboration, which is admittedly empirically limited. Future empirical work inspired by institutional theory or using institutional ethnography is warranted to elucidate the gap between collaborative formal structures and their enactment in practice. Subjects of future research should include the identification of barriers and facilitators to realizing collaborative ideals in practice. One key topic is how well collaborative ideals and formal structures containing them account for the range of constraints on clinicians' and organizations' routine work. Other salient topics include how collaborative formal structures are implemented in practice at all organizational levels, how incorporation is demonstrated and how these processes can be improved. Also warranted is a comprehensive account of collaboration's institutionalization within healthcare through

a wide range of formal structures, using the general framework employed here. Empirically grounded analyses of this kind can help to explain the rise of the collaborative ideal to widespread acceptance and its influence on healthcare reform efforts – Miller, D.W. & Paradise, E. in the Journal of Interprofessional Care (2020), Vol. 34, No. 4, 528-536.

Miller et al. (2020) lichten in de *Journal of Interprofessional Care* toe dat ‘samenwerking’ vrijwel unaniem geaccepteerd is als voorwaardelijk voor goede zorg, maar dat bewijsvoering van (het aandeel op) effect hiervan schaars is. Studies beperken zich bovendien tot functionele aspecten, zoals de vraag naar attitude en gedrag van professionals – vergelijkbaar met beroepsgerichte vraagstukken rond de *T-Shaped Professional* of de autonome professional die zelf beslist versus de ‘geprotocolleerde’ uitvoerder. Miller et al. (2020) benadrukken dat het ontbreekt aan aandacht voor de vaak onwrikbare overtuigingen en achtergrondfactoren die spelen bij “blauwdrukken van ideaaltypische samenwerking” (2020, pp. 528-536):

Currently lacking, however, is an articulation of how collaborative ideals are embedded in broadly shared beliefs about what healthcare is and how it operates.

Miller et al. (2020) verduidelijken aan de hand van *Family Health Teams* als voorbeeld, hoe de beoogde interdisciplinaire samenwerking verpakt zit in een logisch klinkende ideaaltypische blauwdruk voor “integrale planning en activiteiten van zorg” (vgl. Op-Overeenstemming-Gericht-Overleg; 1-Kind-1-Gezin-1-Plan), maar dat dit soort ‘blauwdrukken’ niet zozeer functioneren als instrumenten om collaboratief te werken, maar vooral de schijn van ‘echte’ samenwerking creëren, onafhankelijk van de dagelijkse realiteit van de praktijk – met onderliggend verschillende wetten, regelingen en verantwoordings-eisen die bij interdisciplinaire samenwerking aan de orde zijn. Miller et al. betogen verder dat formele samenwerkingsconcepten zoals interprofessionele samenwerking (in de internationale

literatuur afgekort tot IPC i.e., *interprofessional collaboration*) het ‘vanzelfsprekende’ vertrouwen wekken dat het huidige systeem inherent hieraan functioneert volgens diepgewortelde maatschappelijke waarden van rechtvaardigheid en vooruitgang – in lijn met de taal die hierbij gebruikt wordt, zoals in Nederland met “Persona’s die vanuit de mens denken.”

Op basis van hun overzichtsstudie waarschuwen Miller et al. voor de versturende invloed van de schijn van samenwerking als iets vanzelfsprekends – dus als *impliciet* voorwaardelijk – terwijl in werkelijkheid andere dwingende structuren met soms sterk uiteenlopende push en pull factoren spelen i.e., isomorfisme. Dit type drempels zou eerst *expliciet* moeten worden gemaakt, zodat de remmende werking ervan opgeheven kan worden. Isomorfisme ligt ten grondslag aan een indringende en aanhoudende complexiteit die mensen moe maakt ten opzichte van verandering.

Box 21. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields

What makes organizations so similar? We contend that the engine of rationalization and bureaucratization has moved from the competitive marketplace to the state and the professions. Once a set of organizations emerges as a field, a paradox arises: rational actors make their organizations increasingly similar as they try to change them. We describe three isomorphic processes –coercive, mimetic, and normative– leading to this outcome. We then specify hypotheses about the impact of resource centralization and dependency, goal ambiguity and technical uncertainty, and professionalization and structuration on isomorphic change. Finally, we suggest implications for theories of organizations and social change. (...)

We identify three mechanisms through which institutional isomorphic change occurs, each with its own antecedents: 1) coercive isomorphism that stems from political influence and the problem of legitimacy; 2) mimetic isomorphism resulting from standard responses to uncertainty; and 3) normative isomorphism, associated with professionalization. This typology is an analytic one: the types are not always empirically distinct. For example, external actors may induce an organization to conform to its peers by requiring it to perform a particular task and specifying the profession responsible for its performance. Or mimetic change may reflect environmentally constructed uncertainties. Yet, while the three types intermingle in empirical setting,

they tend to derive from different conditions and may lead to different outcomes – DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983) in American Sociological Review, Apr. 1983, Vol. 48, No. 2 (Apr. 1983), pp. 147– 160.

Isomorfisme is de op de dagelijkse beleving, gedrag en houding sturende kracht die uitgaat van verschillende vormen van wet- en regelgeving, financieringseisen en beroepsstandaarden.⁹⁴ Een bekend voorbeeld is nauwgezette tijdregistratie voor professionals, die voortkomt uit financieringsvereisten en concurrerende tariefonderhandelingen, die geen of te weinig tijdseenheid voor interprofessioneel overleg opnemen, maar met name gericht zijn op (uitontwikkelde) evidence based activiteiten. In de gezondheidszorg hebben verzekeraars inmiddels de handen ineengeslagen om ontregelen te bevorderen.⁹⁵

Gemeenten zouden hieraan voorbeeld moeten nemen.

Ook Gabutti et al. (2023) verwijzen naar isomorfisme als van grote invloed op *Organizational Readiness for Change*. Gabutti et al. (2023) concluderen eveneens dat isomorfisme scherpe aandacht verdient in de publieke sector, met name in de grote multidisciplinaire complexe samenwerkingsorganisaties, die ziekenhuizen en gezondheidszorginstellingen vandaag de dag zijn.

Zorginstellingen zijn complexe samenwerkingsvormen die continu aan ontwikkeling en innovatie onderhevig zijn. In deze continu evoluerende scenario's ligt dwingend isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1983) vaak aan de basis van de naleving van bepalingen van nationale of supranationale richtlijnen en instanties, zowel professioneel, financieel, als alle omliggende wet- en regelgeving die daarbij komt kijken. Ziekenhuizen en zorgorganisaties zijn verplicht om zich steeds aan te passen aan verplichte aanwijzingen die van 'buitenaf' komen, vaak dwingend

94 The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields on JSTOR

95 <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/werkplezier/ontregelen-doe-je-zo/voorwaarden-om-te-ontregelen>

opgelegd in verband met wetgeving of voorwaarden voor financiering (verantwoording en controle).

Gabutti et al. (2023) benoemen isomorfisme als een organisatie- en bedrijfskundig ruim onderzocht verschijnsel, dat tegelijkertijd de onbenoemde neiging van professionals betreft om zich te zetten naar de standaarden die heersen. De vaak onbenoemde invloed die hiervan uitgaat op het gedrag van mensen in die organisaties is aanzienlijk. Gabutti et al. (2023) benadrukken dat wat de aard en motieven achter beoogde organisatorische veranderingen of transities ook mogen zijn, deze moeten worden ondersteund door een realistisch beeld - Gabutti et al. spreken zelfs van een “volledig bewustzijn” - van alle organisatorische en administratieve dimensies die van invloed zijn op de beoogde transformatieprocessen.

Met andere woorden: om complexe veranderingen succesvol te implementeren moeten professionals en management voldoende paraatheid van kennis en doorzettingsvermogen hebben, om ‘dwingende’ kaders te herkennen, op actuele waarde te waarderen en los te laten.

Organizational Readiness for Change vraagt zodoende paradoxaal om dat wat je je als organisatie of professional juist hebt eigen gemaakt, los te laten. *Organizational Readiness for Change* wordt beschouwd als cruciale basis om organisatieverandering door interprofessionele samenwerking succesvol te implementeren (Gabutti et al., 2023; Miller et al., 2020; Weiner, 2009).

Crux is dat wetgever en financiers hiervan eveneens doordrongen moeten zijn.

Ineffectieve transitie- en transformatieprocessen

Gabutti et al. (2023) concluderen op basis van tal van studies dat het onvermogen om isomorfisme goed in te schatten en voldoende *readiness for change* te creëren, waarschijnlijk verantwoordelijk is voor de helft van alle ineffectieve transities en grootschalige organisatorische veranderingsinspanningen in de publieke sector.

Management van organisatieverandering vereist een volledig bewustzijn van alle organisatorische dimensies die van invloed zijn op elk transitie- en transformatieproces. Alleen wanneer beleidsmakers en managers professionals het vertrouwen geven dat verandering gepaard gaat met noodzakelijke “ontkoppelingsverschijnselen” i.e., loslaten van bepaalde werkafspraken of gewoonten, en ruimte geven voor verandering, is transformeren mogelijk.

9 Voorbeelden die werken

In hoofdstuk 5 staat aan de hand van Beleidsbrief 7 van de WRR uitgelegd dat de gezondheid van Nederlanders erop vooruit is gegaan, maar dat voor bepaalde groepen mensen gezondheidsverschillen systematisch aanhouden, met verloren gezondheidsjaren en vroegtijdige sterfte tot gevolg.

In hoofdstukken 3 en 4 staat aan de hand van onderzoek uitgelegd dat onderwijs – nu nog vaak getypeerd als het ‘hoogst’ behaalde opleidingsniveau – in verband staat met gezondheidsverschillen en vroegtijdige sterfte. Eén van de belangrijkste determinanten van deze vroegtijdige sterfte is *health literacy*, in Nederland vertaald als gezondheidsvaardigheden, met geletterdheid als centrale voorloper van gezondheidsvaardigheden.

De relatie tussen (a) onderwijs, in onderzoek met name gemeten als het ‘hoogst’ behaalde onderwijsniveau of *educational attainment*, en (b) goede gezondheid, gemeten als afwezigheid van chronische ziekten, vroegtijdige sterfte of *poor health outcome*, is een van de meest gerapporteerde relaties uit de sociale wetenschappen. Van een causale relatie echter, ontbreekt overtuigend bewijs. Mediërende, modererende en (nog) niet-geobserveerde variabelen spelen een rol, langs de gehele levensloop. De aandacht voor vroegtijdige interventie, al vanaf de perinatale fase, en voor de functie van onderwijs en geletterdheid voor gezondheid, neemt sterkt toe in de (internationale)

wetenschappelijke literatuur. *Health literacy* biedt als theoretisch construct betere aangrijpingspunten om het verband tussen onderwijs en gezondheid fijnmaziger en meer diepgaand te onderzoeken.

In Nederland is *Health literacy* geïntroduceerd door Van der Heide (2015) en op de agenda van het gezondheidsbeleid gezet door het Nivel (2022). Voor kinderen en jongeren is *health literacy* op de agenda gezet door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NJC). Informatievaardigheid (geletterdheid) en handelingsvaardigheid (functioneel toepassen van kennis) vraagt vanuit de studies die we op een rij hebben gezet, om onpartijdige toegang tot informatie en systemen, dat wil zeggen: tijdige, simultane en continue toegang tot de stelsels van onderwijs en zorg zijn fundamenteel voorwaardelijk.

Health, Literacy and Educational Attainment

In *Health, Literacy and Educational Attainment* (Bijlage 3) hebben het Kohnstamm Instituut en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid onderzoek vanuit meerdere wetenschapsdisciplines op een rij gezet, om kennis vanuit verschillende onderzoekdisciplines bij elkaar te brengen en discipline overstijgend zicht te krijgen op (mogelijke) nieuwe combinaties van variabelen, met mogelijke interactie-effecten, die de relatie tussen onderwijs en gezondheid kunnen verklaren. De noodzaak van transdisciplinair onderzoek en integrale cross-sectorale samenwerking blijkt uit tal van studies, van uiteenlopende wetenschapsdisciplines.

Tegelijkertijd wordt duidelijk dat voorhanden onderzoek naar onderwijssucces (*educational attainment*) en gezondheid (*health outcome*) nauwelijks causale uitspraken toestaat: we staan discipline overstijgend nog in de kinderschoenen. Het verband tussen onderwijs en gezondheid is sterk, de richting van dit verband en inhoudelijke oorzaak-gevolgrelaties tussen

verschillende onderliggende variabelen zijn onderwerp van onderzoek, vraagstukken rond causaliteit en wat er precies speelt op een fijnmazig niveau staan open.

Equity in education

Wel duidelijk is dat wanneer we kijken naar wat gezondheids- onderzoek noemt als redenen van vroeg sterfte en welke doelgroepen van chronische zorg dit betreft, deze publieksgroepen - die gebukt gaan onder gezondheidsverschillen - overeenstemmen met de 'doelgroepen' die eerder langs de levensloop kwetsbaar zijn voor afstroom naar 'lagere' onderwijsniveaus en uitval van onderwijs - in OESO-termen de *Groups of Focus for Equity*. Gemist onderwijs gaat vooraf aan gemiste gezondheidsjaren, een lagere levenskwaliteit en grotere kans op vroeg sterfte. Vroeginterventie vanuit een gezamenlijke aanpak ligt voor de hand en kan levensjaren in betere gezondheid opleveren voor een aanzienlijk aantal mensen. Ook dit is al decennia bekend: meerdere beleidsinitiatieven hebben vroeginterventie door integrale samenwerking tussen onderwijs en zorg tot doel gehad, echter zonder duidelijk systematisch effect op macroniveau voor de groepen die kwetsbaar zijn voor afstroom naar 'lagere' onderwijsniveaus en schooluitval. Voor hen blijven systematisch slechtere uitkomsten van gezondheid bestaan. In OESO-verband wordt *equity in education* als oplossing centraal gezet vanuit kennis over factoren die op individueel niveau wel werken, dat betekent op basis van responsieve en veerkrachtige schoolorganisaties die expliciet met deze factoren en gezondheidsverschillen rekening houden - in lijn met de aanbevelingen van *the Harvard Center on the Developing Child* (2021), zie eerder aan de start van hoofdstuk 8.

Box 22. Equity in education. The foundation for a more resilient future

The first five years of life are a time of great opportunity. Children learn at a faster rate than at any other time of life, providing a foundation for the development of life skills.

It is also a period of great risk. Children from disadvantaged households are much more likely to experience poor early learning than others, placing them at greater risk of enduring negative impacts on academic attainment, employment and earnings and civic engagement, among others. But some children from disadvantaged households do achieve strong outcomes, demonstrating that equitable outcomes are possible – and highlighting the policy actions that can help create a more level playing field for all children. Equity in education is about supporting children who need it most. Ultimately it is about supporting informed and well-educated citizens, who are the foundation for stronger economies and more resilient societies of the future. Policy analysis suggests that a stronger link between structures, people and processes is a mark of more responsive and resilient education systems – that is, those that align the many facets of the lifelong learning experience into a more cohesive whole. Giving learners greater capacity and flexibility to determine their educational pathways according to their evolving contexts, interests and needs gives them the best chance of reaching their potential – maximising opportunity and therefore enhancing equity. This may require education systems to become much more dynamic in the face of the short- and long-term economic and societal challenges (OECD, 2023) – zie via <https://www.oecd.org/stories/education-equity/>

Vroeginterventie door cross-sectorale vroegsignalering en integrale multidisciplinaire samenwerking worden geadviseerd. Dit komt echter niet eenvoudig van de grond, zoals in het vorige hoofdstuk is toegelicht. Decennialange inspanningen met wetwijzigingen, transities en hierbij beoogde transformaties, hebben op macroniveau voornamelijk niet geleid tot eenduidige effecten voor kwetsbare groepen.

Ook de bestaande mogelijkheden voor aangepast onderwijs gedurende ziekteverzuim blijken geen oplossing te bieden voor het effectief terugdringen van ziekteverzuim, afstroom en uitval i.e., thuiszitten.⁹⁶

Dit neemt echter niet weg dat er ook successen zijn gerapporteerd. Deze successen verdienen aandacht, door succesvolle voorbeelden te identificeren kunnen succesfactoren worden geïdentificeerd en een breder bereik krijgen.

96 <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/onderwijs-en-zorg/ziekte-of-beperking>

Welke voorbeelden zijn dit?

We sommen hier slechts een aantal voorbeelden kort op. Lopend onderzoek zal specifiek aandacht besteden aan succesvolle voorbeelden (zie via <https://www.nro.nl/nieuws/geopend-call-onderzoek-naar-onderwijs-zorgarrangementen-eerste-fase>).⁹⁷ De voorbeelden die we hieronder noemen zijn gekozen op basis van een voor iedereen vindbare voordracht door onafhankelijke partijen, die integrale samenwerking tussen zorginstellingen en onderwijs onderzoeken of ondersteunen. We noemen hierna vier voorbeelden die zodoende openbaar vindbaar zijn via zoekmachines en internet.

Eerste voorbeeld

Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie noemt onder meer Fier als een goed voorbeeld.⁹⁸ Fier is het expertisecentrum voor iedereen die met geweld in afhankelijkheidsrelaties te maken heeft (gehad).⁹⁹ Fier werkt op basis van een holistische visie en een trauma-geïnformeerde werkwijze met een aanbod langs de gehele levensloop. Van *Infant Mental Health* tot volwassenenzorg:

Dat zijn we niet zomaar geworden. Door doorlopend wat we doen aan te passen op wat we zien, zijn we gegroeid van een organisatie die hulp bood aan vrouwen en kinderen tot een landelijk centrum.

Fier is eenvoudig bereikbaar, werkt vanuit een netwerk met zowel jeugd- als volwassenenzorg en op basis van verschillende financieringsstromen.¹⁰⁰ Huisartsen en specialisten kunnen patiënten eenvoudig (digitaal) aanmelden voor diagnostiek en/of

⁹⁷ <https://kohnstaminstituut.nl/van-arrangeren-naar-includeren/>

⁹⁸ <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/platform-integrale-specialistische-jeugdhulp/praktijkvoorbeelden/fier-rotterdam/>

⁹⁹ https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Fier_-_Pilotheadreiking_en_evaluatie.pdf

¹⁰⁰ <https://www.fier.nl/verwijzen/>

specialistische zorg bij Fier via *Zorgdomein*. Er is keuze uit verschillende zorgproducten, zoals:

- *(Seksueel) grensoverschrijdend gedrag/loverboyproblematiek/jeugdprostitutie (specialistische GGZ)*
- *(V)echtscheidingsproblemen/geweld in (ex)partnerrelaties (specialistische GGZ)*
- *Eergerelateerd geweld/eerwraak (specialistische GGZ)*
- *Huiselijk geweld (specialistische GGZ)*
- *Kindermishandeling/seksueel misbruik/oudermishandeling (kind naar ouder, specialistische GGZ)*
- *Ouderenmishandeling (specialistische GGZ)*
- *Mensenhandel/bedreiging vanuit crimineel netwerk (vrouwen en mannen, specialistische GGZ)*
- *Infant Mental Health – hierbij is het alsnog van belang om een zorgproduct binnen de specialistische GGZ aan te vinken*

Fier noemt de wachttijden voor hulp via <https://www.fier.nl/wachttijden/>.

Bij acute onveiligheid is een bed beschikbaar.

Fier besteedt expliciet aandacht aan doorlopende mogelijkheden voor onderwijs.¹⁰¹ Afstandsonderwijs dat digitaal plaatsvindt behoort tot de mogelijkheden – zie Terpstra & van Dijke via Springer Link: *Leren op afstand*. MAAT 9, 16–17 (2008).

Kort samengevat: Fier werkt vanuit een integraal aanbod dat is gericht op de gehele levensloop, op het gehele gezinssysteem en met een integraal aanbod van onderwijs voor minderjarigen die bij hen in zorg zijn. Fier heeft het voor elkaar gekregen om verschillende financiers samen te laten werken vanuit een visie langs de gehele levensloop. Inhoudelijke ervaring, kennis en multidisciplinaire deskundigheid zijn leidend voor de vormgeving van de organisatie.

101 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03076849>

Tweede voorbeeld

Springer Link (wetenschappelijke uitgever) noemt goede voorbeelden van interprofessionele samenwerking.¹⁰²

Zo heeft onderzoek vanuit de vakgroep Huisartsengeneeskunde van de Universiteit van Maastricht de volgende *best practices* geïdentificeerd. De onderzoekers selecteerden teams waarin (a) minstens drie disciplines samenwerkten en (b) die gezamenlijk de zorgplannen opstelden. Zeven *best practices* voldeden aan deze criteria. Cobben et al. (2016) noemen de volgende werkwijze, succesfactoren en verbeterpunten:

De teams hebben overeenkomsten in werkwijze, succesfactoren en verbeterpunten.

Wat betreft de werkwijze:

- *alle zeven best practices zijn bottom-up tot stand gekomen;*
- *ze hebben een gezamenlijke visie;*
- *multidisciplinair overleg (MDO) is essentieel voor de samenwerking;*
- *de teams hanteren digitale zorgplannen.*
- *De succesfactoren zijn motivatie, professioneel complementair gedrag (flexibel omgaan met beroepsgrenzen en vertrouwen in elkaars capaciteiten), een duidelijke visie en missie, elkaar leren kennen, een helder generiek werkmodel, gelijkwaardigheid van de teamleden, procesbewaking, teamuitstraling, en overlegfaciliteiten.*
- *De verbeterpunten die alle teams noemen, zijn: financiering, ondersteuning, kwaliteitsverhoging van de praktische samenwerking, en computerprogramma's up-to-date houden.*

Kort samengevat: integraal beslissen op basis van niet-hiërarchische bottom-up multidisciplinaire samenwerking ligt ten grondslag aan de verdere vormgeving van een generiek werkmodel met gelijkwaardigheid van verschillende professionals. De financiering en kwaliteitsontwikkeling zijn niet leidend, maar hieraan steunend georganiseerd.¹⁰³

102 <https://link.springer.com/article/10.1007/s12503-016-0007-5>

103 Zie in dit verband eveneens Sfantou et al. (2017) en Fernandopulle (2021).

Derde voorbeeld

Met andere ogen noemt Amsterdam i.e., de gemeente Amsterdam-Diemen, als voorbeeld van goede onderwijszorg.¹⁰⁴ Een gedeelde visie, gedeelde aanpak en integrale inkoop en uitvoering van specialistische jeugdhulp in het speciaal onderwijs is voor de grootstedelijke regio Amsterdam-Diemen goed van de grond gekomen. De succesfactoren zijn de volgende:

A Over de eigen sector heen

Voor het SJSO hebben de schoolbesturen, de samenwerkingsverbanden, de gemeente en de zorgaanbieders de handen ineen geslagen. Binnen de schoolmuren werken onderwijs en zorg steeds meer vanuit een gedeelde visie en aanpak. De jeugdhulpverleners maken deel uit van het zorgteam van de school.

B Leidende principes

Specialistische jeugdhulp is gekoppeld aan een school en niet aan een kind. De hulp is direct beschikbaar, er is geen verwijzing nodig. Onderwijs en jeugdhulp trekken samen op om bij te dragen aan de ontwikkeling van kinderen. Leerkrachten krijgen snel handelingsadvies. Dat draagt bij aan hun professionalisering. Vanuit de SJSO kan via de gemeente breder hulp worden ingezet voor een gezin. Van schuldhulpverlening voor de ouders tot ambulante hulp voor een broer of zus.

C Organisatie en aansturing

Er is vanuit SJSO regelmatig overleg met zowel de schoolbesturen als de gemeente. Vanuit het schoolbestuur wordt met de schooldirecteuren de aanpak vanuit SJSO goed doorsproken. De hulpverleners krijgen vanuit SJSO hun opleiding en coaching. Tegelijkertijd zijn ze onderdeel van het schoolteam. De coördinatie wordt gezamenlijk vanuit het zorgteam uitgevoerd. Willen scholen tussentijds schuiven met gecontracteerde partijen? Bijvoorbeeld omdat bepaalde specialistische hulp nodig is? Dan is dat mogelijk.

D Aandachtspunten

Het speciaal onderwijs is er niet alleen voor kinderen in Amsterdam, maar ook voor kinderen in de regio en in de buitenregio. Van Haarlem tot Den Helder. Met al die gemeentes – het zijn er circa 50 – is het best ingewikkeld samenwerken, omdat zij nog op de oude manier de financiering van de

104 <https://www.voordejeugdenhetgezin.nl/actueel/weblog/2022/2/onderwijszorgteam-zorgt-voor-specialistische-jeugdhulp-binnen-speciaal-onderwijs>

jeugdhulp hebben geregeld. Daardoor staat de gemeente Amsterdam voor de opgave om te voorzien in de ontwikkel- en leerbehoeften van kwetsbare regioleerlingen en het tegelijkertijd met de regiogemeenten zo te organiseren dat zij daarin ook mee kunnen stappen en mee kunnen financieren.

Onderzoek naar de effecten van geïntegreerde aanpak

Het Kohnstamm Instituut heeft onderzoek gedaan naar de effecten van deze geïntegreerde aanpak ter voorkoming van zwaardere hulpverlening. Maar om de effecten duidelijker in kaart te kunnen brengen is meer tijd nodig. Op basis daarvan kunnen de principes uit het SJSO worden doorvertaald naar het reguliere onderwijs, waar op grote schaal winst is te boeken.

Kort samengevat: integrale inkoop en uitvoering van specialistische jeugdhulp in het speciaal onderwijs is in Amsterdam op grote schaal bereikt. Onderwijszorgarrangementen zijn onderdeel van de standaardinkoop jeugdzorg. De basis voor onderzoek naar de effecten van een geïntegreerde aanpak is gelegd. De uitbreiding van deze integrale werkwijzen naar het reguliere onderwijs staat in Amsterdam onder de aandacht.¹⁰⁵

Vierde voorbeeld

De ministeries van OCW en VWS willen een structurele oplossing bieden voor de problemen die leerlingen, ouders, scholen en zorgaanbieders al veel langer ondervinden en die grotendeels voortkomen uit de botsing tussen het collectief ingerichte onderwijs en het op individuele leest gebaseerde zorgstelsel. Het Nationaal Jeugdinstituut noemt twee pilotregio's (Twente en Hart van Brabant) waar zorg in onderwijstijd daarom mogelijk wordt gemaakt.¹⁰⁶ Onderzoek op 50 'arrangeerscholen' is erop gericht te onderbouwen welk collectief financieel budget nodig is om zorg in onderwijstijd integraal te bekostigen en welk aandeel

105 <https://www.socialelvraagstukken.nl/column/open-brief-aan-marjolein-moorman/>

106 <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-10/ZiO-Tussenstand-juni-2021.pdf>

de verschillende 3 financieringskaders (Onderwijs via samenwerkingsverbanden, Jeugdwet, Wlz, Zvw, Wmo) hierin leveren. Daarna is het aan de betrokken ministeries om, op basis van de feitelijke informatie uit het onderzoek, politiek-bestuurlijke keuzes te maken t.a.v. het toekomstige collectieve scenario.¹⁰⁷ De conclusies luiden als volgt (Wagenaar et al., 2022): Knelpunten waren:

- *Rompslomp met aanvragen en verantwoorden individuele beschikkingen en indicaties*
- *Gedoe over geld in plaats van gesprekken over wat een kind nodig heeft*
- *Scholen hebben van doen met tal partijen, ieder met eigen mores en regels*
- *Komen en gaan van verschillende hulpverleners op school zorgt voor onrust*
- *Vaak geen zorg beschikbaar op momenten dat het nodig is*
- *Vrijblijvendheid troef: ZiO afhankelijk van medewerking in regio (kartrekkers)*

Oplossing is:

- *Collectieve financiering van zorg in onderwijstijd wordt gezien als mogelijke oplossing voor genoemde knelpunten.*
- *Dat collectieve scenario houdt in dat middelen vanuit de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) worden gebundeld in een 'centrale pot met geld'.*
- *Door de middelen vervolgens collectief voor de hele school ter beschikking te stellen, hoeft er niet meer voor elk kind een individuele indicatie of beschikking te worden aangevraagd, maar komt er ruimte voor een beperkt aantal vaste zorgverleners op school die flexibel en efficiënt kunnen inspelen op wat kinderen nodig hebben.*

Kort samengevat: ook aangewezen regio's krijgen ruimte voor onderzoek naar collectieve financiering van zorg in onderwijstijd, waarbij al meerdere zorgwetten staan genoemd.

107 <https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/Factsheet-Zorg-in-Onderwijstijd-december-2022-DSP-Oberon-Onderwijsconsulenten-3.pdf>

10 Positieve Gezondheid; positief onderwijs

Voornoemde voorbeelden betreffen met name integraal samenwerken voor ouders en hun kinderen die als leerlingengroepen al op school kwetsbaar zijn voor uitval. Directe preventie van onderwijsuitval door integrale samenwerking vanuit zorg en onderwijs is het doel. Deze voorbeelden zouden meer aandacht verdienen: het is deze samenwerkende organisaties of regio's gelukt te transformeren en eindgebruikers tegelijkertijd goede zorg en onderwijs te bieden.

Een integrale onderwijszorgvisie op gezondheidsverschillen die later in het leven ontstaan in verband met het eerder genoten onderwijs, 'afstroom' naar 'lagere' onderwijsniveaus, schoolwisselingen en verloren onderwijstijd - met gebrekkige gezondheidsvaardigheden en vroeg sterfte als gevolg - is in Nederland echter nog niet duidelijk zichtbaar. Dit is wel wat wij hier bepleiten, op basis van onderzoek uit meerdere wetenschapsdisciplines dat voorligt – zie ook *Health, Literacy and Educational Attainment* (Bijlage 3).

Verschillende bouwstenen hiervoor zijn ook in Nederland al wel aanwezig, maar vaak nog naast elkaar, zie onder meer via:
<https://www.nwo.nl/onderzoeksprogrammas/kwaliteit-van-leven-en-gezondheid>

<https://www.nwo.nl/onderzoeksprogrammas/nationale-wetenschapsagenda/vernieuwing-en-netwerken/routes/preventie-en-gezondheidszorgonderzoek>
<https://www.nwo.nl/onderzoeksprogrammas/hersenen-en-cognitie-maatschappelijke-innovatie-gezondheidszorg-educatie-en>
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/03/17/werkagenda-route-naar-inclusief-onderwijs-2035>
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0047473/2023-01-01>
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2023-4245.pdf>

Laatst genoemde link bijvoorbeeld, betreft de ‘Regeling van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 6 februari 2023, kenmerk 3507504-1043050-PG, houdende een specifieke uitkering voor sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023-2026’ (Regeling specifieke uitkering sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023-2026). In deze Regeling (kenmerk 3507504-1043050-PG) voor een integrale aanpak staan de volgende partners en ketensamenwerking genoemd:

Gezondheidsbevordering via een integrale aanpak:

- *Domeinoverstijgende werkwijze waarbij organisaties die werkzaam zijn op de beleidsterreinen van de in deze regeling genoemde onderdelen, samenwerken;*
- *IZA: Integraal Zorgakkoord waarin afspraken zijn vastgelegd ten behoeve van toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg tussen de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en vertegenwoordigers van de zorgsector;*
- *Kamerstukken II 2022-2023, 31 765, nr. 655, bijlage; kerngroep VNG/VSG: samenwerkingsverband waarin in ieder geval de VNG en de VSG zijn vertegenwoordigd.*
- *Ketenaanpak: werkwijze waarbij verschillende organisaties hun zorg-, hulp- en dienstverlening aan een persoon of groep personen afstemmen; minister: Minister voor Langdurige Zorg en Sport.*

Onderwijs staat niet genoemd.

Uitgangspunt in de Regeling (kenmerk 3507504-1043050-PG) is

positieve gezondheid:

Definitie van gezondheid die naast afwezigheid van ziekte, ook de volgende aspecten betreft: a. lichaamsfuncties, zoals fysiek functioneren, medische feiten, energie en klachten en pijn; b. mentaal welbevinden, zoals cognitief functioneren, emotionele toestand en zelfmanagement; c. zingeving, zoals doelen, acceptatie en toekomstperspectief; d. kwaliteit van leven, zoals genieten, gelukkig zijn, balans, lekker in je vel zitten; e. sociaal-maatschappelijk participeren, zoals sociale contacten en geaccepteerd worden; f. dagelijks functioneren, zoals vaardigheden voor alledaagse levensverrichtingen, werkvermogen en kennis van gezondheid; SiSa: Single information, Single audit, eenmalige informatieverstrekking, eenmalige accountantscontrole als wijze waarop provincies, gemeenten, gemeenschappelijke regelingen zich jaarlijks verantwoorden over de besteding van specifieke uitkeringen of provinciale middelen; sociaal domein: beleidsterreinen zorg en ondersteuning op basis van de Participatiewet, de Jeugdwet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn; VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten; VSG: Vereniging Sport en Gemeenten. (ibid.)

Op basis van het onderzoek dat we op een rij hebben gezet kan worden overwogen om deze Regeling gericht aan te laten sluiten bij het Nederlands onderwijs, of de regeling uit te breiden met het onderwijs, zodat ook de ministeries van OCW en SZW betrokken raken bij integrale preventieketens. Onderwijszorgarrangementen kunnen zeker worden gezien als preventieketens.

Doeltreffende gezondheidsbevordering

Voor doeltreffende gezondheidsbevordering komt uit onderzoek de noodzaak naar voren van een levensloopbenadering die start met (a) vroeghulp aan ouder(s) en die doorloopt via (b) het onderwijs, als fundament voor de zes pijlers van *brain health* die ons helpen bij het navigeren op reis naar een goede gezondheid: *Mentaal welzijn, Beweging, Cognitief stimulerende activiteiten, Slaap, Voeding en Sociale verbondenheid*. Met deze pijlers is deze publicatie gestart: ze zijn in overeenstemming met de actuele stand van de wetenschap in de neurologie (Mintzer et al., 2019). Ze zijn relevant voor het behoud van de vitaliteit van de hersenen en

het cognitief functioneren op alle leeftijden. Deze pijlers zijn vanaf de vroegste levensfasen fundamenteel om aangesloten te blijven, gezondheidsverschillen te voorkomen en ieders kansen op school, de arbeidsmarkt en in de samenleving dichterbij elkaar te brengen.

Geletterdheid en gezondheidsvaardigheden starten vroeg in de levensloop en behoeven voor zover onderzoek voorhanden is een basale plaats in doeltreffende gezondheidsbevordering.

De kwetsbare publieksgroepen die in de gezondheidszorg zijn geïdentificeerd voor gerichte preventieketens komen overeen met de groepen kinderen en jongeren die (eerder in de levensloop) in het onderwijs zijn geïdentificeerd als kwetsbaar voor verzuim, afstroom, uitval en onderwijsachterstanden. Toch is ook het beleid gericht op de vroege taalontwikkeling nog niet geïntegreerd. De stimulering loopt vanuit verschillende ministeries, in gescheiden financieringsstromen.

VWS

Het NCJ heeft samen met de Stichting Lezen & Schrijven, de Stichting Lezen, Pharos en de JGZ-organisaties GGD Gelderland-Midden, GGD Zaanstreek Waterland, Volksgezondheid Utrecht en Icare in 2018 3 pilots ingericht om taalstimulering te bevorderen en laaggeletterdheid te verminderen. Het doel van deze pilots was praktijkervaring op te doen door na te gaan hoe preventie, vroegsignalering en de aanpak van laaggeletterdheid bij ouders en kinderen ingebed kunnen worden in de werkwijze van de JGZ. Met de JGZ Preventieagenda richt het NJC zich op ingrijpende maatschappelijke problemen zoals kindermishandeling, schoolverzuim en armoede door in te zetten op hechting, ouderschap, weerbaarheid en gezondheid. Het stimuleren van geletterdheid is daarvan een integraal onderdeel.

OCW

Integrale samenwerking tussen aanbieders van voorschoolse onderwijsactiviteiten, onderwijs en gezondheidszorg ligt voor de hand, maar is zoals hiervoor toegelicht geen gemeengoed. Zo is er ook vanuit het ministerie van OCW aandacht voor samenwerking bij het stimuleren van de vroege taalontwikkeling: hiervoor is de Kansengelijkheidsalliantie opgericht.¹⁰⁸ Brede samenwerking staat genoemd als belangrijk onderdeel van deze alliantie. Daarbij staan op de website als thema's onderscheiden Armoede, Professionalisering en Taalbevordering.¹⁰⁹ Gezondheid of gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) staat als thema niet genoemd.¹¹⁰

SZW

De samenwerking met VWS en SZW staat wel expliciet genoemd bij de Kansengelijkheidsalliantie van OCW. Maar deze Kansengelijkheidsalliantie van OCW bestaat naast Regeling van VWS en is er geen integraal deel van. Een integratie van de verschillende beleidsagenda's en regelingen kan meerwaarde brengen voor de betreffende kinderen en gezinnen, juist met het oog op de relatie tussen gezondheid en onderwijs, als van fundamentele betekenis langs de gehele levensloop.

Gezondheidsbevordering en ziektepreventie vragen om een levensloopbenadering en sectoroverstijgende aanpak die ook onderwijs behelst. Het NCJ wijst als kenniscentrum voor professionals in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) op het gegeven

108 <https://www.gelijke-kansen.nl/over-gelijke-kansen>

109 <https://www.gelijke-kansen.nl/>

110 Wel is sinds 2024 een sub thema rond mentale gezondheid opgenomen met Mijn masker af dat deel uitmaakt van het programma Begrijpend Leven en zich richt op omgaan met gevoelens na verlies. Het biedt vanuit de Kansengelijkheidsalliantie handvatten om het gesprek aan te gaan en te helen, thuis of op school. <https://www.gelijke-kansen.nl/actueel/nieuws/2024/01/29/praten-over-gevoel-om-mentale-gezondheid-te-bevorderen-met-mijn-masker-af>

dat de JGZ 96% van alle kinderen en hun ouders ziet en daarmee positie heeft om de intergenerationele overdracht van laaggeletterdheid te doorbreken. Ditzelfde geldt voor de onderwijssector in de direct daaropvolgende levensfase. Toch is de samenwerking tussen beide beleidsterreinen in Nederland niet vanzelfsprekend en is preventie van gezondheidsverschillen via onderwijs nog niet integraal van de grond gekomen.

Adviezen met betrekking tot onderwijs, geletterdheid en gezondheid

- Onderzoek naar genoten onderwijs, onderwijstypen, behaalde opleidingsniveaus en gezondheidsverschillen in de volwassenheid, kan in Nederland zicht geven op het verband tussen onderwijs en gezondheidsverschillen, in lijn met het onderzoek zoals Eide et al. (2011) adviseren.
- Aan de hand van zulk onderzoek kan worden nagegaan of gezondheidsverschillen in de volwassenheid zijn te herleiden tot dezelfde onderwijstypen en leerlingengroepen die de OESO identificeert als *Groups of Focus for Equity*. Specifiek voor deze groepen kan onderzoek mogelijkheden voor vroegsignalering, vroeginterventie en zodoende integrale preventie via onderwijs in beeld brengen.
- Onderzoek onder kinderen aan de hand van *health literacy* als theoretisch construct kan verder richting geven aan gezondheid als onderwerp in het onderwijs, zowel op (macro)stelselniveau als (meso)onderwijsinstellingenniveau, met selectieve preventie van gezondheidsverschillen als doel.
- Nog naast het verschil in opleiding en deskundigheid, komt belasting van leerkrachten of docenten met deze opdracht gelet op het lerarentekort en overbelasting van het takenpakket niet als logisch over: toevoegen van de juiste (zorg)professionals direct naast hen op school komt als oplossing in beeld, zoals ook internationaal gebeurt.
- Het organiseren van multidisciplinaire samenwerking direct rond kinderen en jongeren, dus al in de klas en op school, is

nodig. Iedere bureaucratische drempel die dit in de weg staat zou moeten worden opgeheven, vanuit een goede interprofessionele overweging. Landen als Finland, Zweden, Oostenrijk en Canada kunnen bijvoorbeeld richting geven bij het eenvoudig vormgeven van kinderopholiklinieken in of direct verbonden aan scholen. Het Multidisciplinair overleg is eenvoudig, direct en continu op school beschikbaar. Dit soort initiatieven is ook in een aantal (grote) steden in Nederland al aanwezig.

Van belang hierbij is dat het niet zozeer ontbreekt aan initiatiefnemers uit de zorg- of onderwijssectoren, die eenvoudig multidisciplinaire samenwerking op een school zouden willen starten, maar dat de bestuurslagen tussen uitvoerders en ministeries, zowel een moeilijk toegankelijk als administratief sterk uiteenlopend middenveld is geworden. Een middenveld met bijvoorbeeld financierende gemeenten op basis van complexe en kostbare Europese aanbestedingen, die qua werking strikt per postcodegebied zijn begrensd, naast de zorgkantoren en premie gefinancierde zorgverzekeraars, met weer andere financieringsmodellen, andere regionale indelingen en andere tijdspaden voor bepaalde zorgindicaties. Die zorgindicaties zijn ook weer anders in start, tijdsduur en administratieve vereisten dan bijvoorbeeld de cyclus van de zogenoemde toelaatbaarheidsverklaringen (passend onderwijs). Daarnaast bestaan de forensische zorgvoorzieningen, gefinancierd vanuit de Wet forensische zorg, met de Methodiek Aanpak Schoolverzuim in de justitiële keten, ook met een eigen tijds kalender en werkagenda. Daarnaast opereren toezichthoudende inspecties, vaak met eigen eisen. Voor het Experiment-OZA geldt overigens wel dat de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd het toezicht op elkaar afstemmen in een integraal toezichtkader.

De aansluiting bij de gemeentelijke afdelingen Leerplicht en het veld van de GGD-Jeugdartsen staat qua regelgeving administratief naast dit alles.

Zie in verband met dit alles, de eerdere referentie aan Voskamp (2018) in hoofdstuk 8. Voskamp zet de rechtsverhouding uiteen van de contractrechtelijke leerstukken toegepast op de rechtsverhouding tussen school, leerling, en ouders in het bekostigd onderwijs. Voskamp wijst op de analoge verplichte ziektekostenverzekering, met in het verlengde de Geneeskundige behandelovereenkomst wanneer een kind behandeling nodig heeft. Wanneer ouders zich in moeten zetten om voor hun kind bij beide verplichtingen, die bij overeenkomst tot stand komen, tegelijkertijd hun recht te halen, ontstaat er een welhaast indrukwekkend complexe situatie die juist voor de groepen voor wie geletterdheid en gezondheidsvaardigheden niet vanzelfsprekend zijn, stress verhoogt en moedeloosheid creëert.

Integrale onderwijszorg, interprofessionele samenwerking, single-pay-system

In navolging van landen die zijn teruggekomen op *multiple-pay-systems*, zoals Zweden, kunnen mogelijkheden voor collectieve onderwijszorg financiering worden verkend, in lijn met advies van onderzoeksbureaus DSP en Oberon Onderzoek en Advies – zie Naar collectieve financiering van Zorg in Onderwijstijd, Eindrapportage 2022.

Daarbij voegen we toe:

- Houd hierbij rekening met de positie van de ouder, die voor haar of zijn kind eenvoudig recht kan ontlenen op onderwijs en zorg, inclusief vervoer, in één eenvoudige regeling. Eenvoud en zekerheid van onderwijszorgfinanciering bevorderen de toegang tot onderwijs en continuïteit van onderwijs. Toegang tot onderwijs en continuïteit van onderwijs zijn fundamenteel voor het voorkomen van gezondheidsverschillen.

- Houd hierbij rekening met een zorgplicht (vanuit de Wet passend onderwijs) die in veel gevallen op het individuele schoolniveau niet goed kan worden uitgevoerd: OZA's zijn *ultimum remedium*, zoals een intensive care in een ziekenhuis, waarin een collectieve zorgplicht ook voor scholen beter past. In het huidige stelsel dat nog niet preventief is ingericht functioneren OZA's als *last resort*. De functie van *last resort* gaat gepaard met een onevenredig risico. Hierin moet collectief worden voorzien – vergelijk met het solidariteitsprincipe en vereveningsprincipe in de zorg in Nederland.¹¹¹ Voor toegankelijk onderwijs is een soortgelijk grondidee nodig, willen risicogroepen i.e., thuiszitters; leerlingen onder vrijstellingen van Leerplicht, tijdig (preventief) en toereikend bereikt worden i.e., herstel van formeel onderwijs, tenminste in de basisvaardigheden.
- Kennisverspreiding van resultaten uit (internationaal) onderzoek naar *Organizational Readiness for Change* kan helpen bij het bevorderen en ondersteunen van interprofessionele samenwerking. Deze kennis kan verspreid worden onder beleidsmakers, financiers en bestuurders van onderwijs- en zorgorganisaties. In Nederland betreft dit met name ook de gemeenten, als inkooporganisaties voor jeugdzorg, houders van de Leerplicht, uitvoerders van de WMO en verantwoordelijken in de veiligheidsketens, zoals de

111 Het solidariteitsprincipe betekent dat iedereen die hier woont of werkt, recht heeft op toegang tot dezelfde zorg en dat we de kosten daarvan met elkaar (collectief) opbrengen. Verzekeraars die veel verzekerden hebben met een grote zorgvraag, krijgen door middel van een vereveningsbijdrage een vergoeding voor de hogere kosten die zij hebben in vergelijking met andere verzekeraars. Risicoverevening is het financieel systeem dat wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. Vereveningsbijdragen worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds, waaruit het Zorginstituut een bedrag uitkeert op basis van een aantal vereveningskenmerken. Het solidariteitsprincipe en risicoverzekering zijn van fundamenteel belang voor de instandhouding van de solidariteit: het fundament onder het Nederlandse zorgstelsel.

Jeugdbescherming of Veilig Thuis. Maar ook de zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben hierin een belang.

- Meer onderzoek naar succesvolle voorbeelden van integraal organiseren en interprofessionele samenwerking kan breed zicht leveren op succesfactoren. Gemeenten die het lukt tot gezamenlijke inkoopregio's van (jeugd)zorg en steun te komen waarbij niet iedere gemeente of wethouder voor zich beslist, lijken grotere stappen te maken op weg naar integraal werken en minder bureaucratie - lopend onderzoek.¹¹²
- Afstemming tussen gemeenten en samenwerkingsverbanden passend onderwijs enerzijds en zorgkantoren en zorgverzekeraars anderzijds, is nodig om één tijdspad rond een leerling in zorg te organiseren, zodat geen hiaten ontstaan. Vanuit een levensloopbenadering is een aansluitende financiering nodig, die niet wordt begrensd door leeftijdscategorieën, maar onderwijs, zorg en arbeidsmarkt op één continuüm verbindt. Hiaten en uitval moeten tot het uiterste worden voorkomen. De Raad van State wijst op de verschillende financiers en hun financieringssystemen die hierin een verplichting hebben, maar die nauwelijks zichtbaar is vanuit de complexiteit die is ontstaan.

112 <https://kohnstaminstituut.nl/van-arrangeren-naar-includeren/>

Literatuur

- AEF (2012). Ontschotten in de praktijk. Via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/08/24/eindrappor tage-evaluatie-eib>
- AEF, 2021. Eindrapportage evaluatie experiment intergaal budget. Via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/08/24/eindrappor tage-evaluatie-eib>
- Almond, D., Currie, J. & Duque, V. Childhood Circumstances and Adult Outcomes: Act II. In *Journal of economic literature*, vol. 56, NO. 4, December 2018 (pp. 1360-1446)
- Bassetti CLA, Endres M, Sander A, Crean M, Subramaniam S, Carvalho V, Di Liberto G, Franco OH, Pijnenburg Y, Leonardi M, Boon P. The European Academy of Neurology Brain Health Strategy: One brain, one life, one approach. *Eur J Neurol.* 2022 Sep;29(9):2559-2566.
- Beck, J.G. & Sloan, D. M. eds. (2023). *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. Oxford: Oxford University Press
- Besluit Experiment Onderwijszorgarrangementen (2023) via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047473/2023-01-01>
- Besluit Experiment onderwijszorgarrangementen via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047473/2023-01-01>
- Binsbergen, M.H. van (2022). Voor wie is passend onderwijs? Een Amsterdams antwoord op de Nederlandse hamvraag. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, jaargang 49, nummer 1, 2022 pp. 27-58.
- Binsbergen, M.H. van, Koopman, P.N.J., Lourens, J. In één hand: specialistische jeugdhulp in het speciaal onderwijs. Amsterdam: Kohnstamm Instituut.
- Binsbergen, M.H. van, Pronk, S., Schooten, E. van, Heurter, A. & Verbeek, F. Niet thuisgeven. Schooluitval vanuit het perspectief van thuiszitters. Amsterdam: Kohnstamm Instituut.

- Bisschop, P., Van der Ven, K., Doeve, T., Petit, R., Elshof, D., Krijnen, E., Van Stigt, A. (2022). Nieuwkomers in het primair en voortgezet onderwijs. Onderzoek naar groepen nieuwkomers in het Nederlands onderwijs.
- Clark, Damon, and Heather Royer. 2013. "The Effect of Education on Adult Mortality and Health: Evidence from Britain." *American Economic Review*, 103 (6): 2087–2120.
- Cobben, C., van Dongen, J., van Bokhoven, L. & Daniels, R. (2016). Best practices interprofessionele samenwerking. Via <https://quickscan-ipt.nl/wp-content/uploads/2019/09/Best-practices-interprofessionele-samenwerking.pdf>
- Cobben, C., van Dongen, J., van Bokhoven, L. et al. Best practices interprofessionele samenwerking. *Tijdschrift voor Praktijk Ondersteuning* 11, 6–11 (2016).
- CPB publicatie – Bredewelvaartseffecten van onderwijs. Oktober 2023. Verbunt, S., Dillingh, R. & de Vos, C.
- Dabravolskaj J, Veugelers PJ, Amores A, Leatherdale ST, Patte KA, Maximova K. The impact of 12 modifiable lifestyle behaviours on depressive and anxiety symptoms in middle adolescence: prospective analyses of the Canadian longitudinal COMPASS study. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2023 Apr 17;20(1):45.
- David Matscheck & Katarina Piuva (2023) Exploring the effectiveness of the coordinated individual plan in Sweden: challenges and opportunities for collaborative care, *Nordic Social Work Research*, DOI: 10.1080/2156857X.2023.2281977
- De Graaf, D., van Eijkern, I., van Eck, P., Weijers, S. & Ledoux, G. (2023). Doelstellingenmonitor passend onderwijs. Amsterdam: SEO-Economisch onderzoek
- Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013; 64:135–68.
- DiMaggio, J. P., and W. W. Powell. 1983. "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields." *American Sociological Review* 48 (2): 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>.
- Eerste evaluatie van de jeugdwet via <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/eerste-evaluatie-jeugdwet>
- Eide, E. R., & Showalter, M. H. (2011). Estimating the Relation between Health and Education: What Do We Know and What Do We Need to Know? *Economics of Education Review*, 30, 778–791.
- Ekwaru, J.P., Ohinmaa, A., Dabravolskaj, J., Maximova, K. & Veugelers, P.J. Cost-effectiveness and return on investment of school-based health promotion programmes for chronic disease prevention. In *European Journal of Public Health*, Volume 31, Issue 6, December 2021, Pages 1183–1189,

- En nu verder! Vierde periodieke beschouwing over interbestuurlijke verhoudingen na de decentralisaties in het sociale en fysieke domein. Raad van State (2016) via <https://www.raadvanstate.nl/@8976/afdeling-advisering/>
- Eric R. Eide and Mark H. Showalter, (2011), Estimating the relation between health and education: What do we know and what do we need to know?, *Economics of Education Review*, 30, (5), 778-791
- Ernalsteen, V. & Joos, A. (2011). Wat doet een Brede School? Werken aan een brede leer- en leefomgeving, Gent: Steunpunt Diversiteit & Leren. Ernalsteen, V., Joos, A. & Engels, M. (2009). Brede School in Vlaanderen en Brussel. Handvatten voor samenwerking, coördinatie en inhoudelijke werking, in *School en Samenleving*, p. 65-84.
- Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW. Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clin Psychol Rev.* 1999 Jan;19(1):79-96.
- Esterling, B., L'Abate, L., Murray, E.J., & Pennebaker, J.W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical psychology review*, 19 1, 79-96.
- Fernandopulle N. To what extent does hierarchical leadership affect health care outcomes?. *Med J Islam Repub Iran.* 2021 (14 Sep) <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.117>
- Finkelstein IE. *The Marking System in Theory and Practice*. Baltimore: Warwick & York; 1913.
- Frisina PG, Borod JC, Lepore SJ. A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *J Nerv Ment Dis.* 2004 Sep;192(9):629-34.
- Frisina PG, Borod JC, Lepore SJ. A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *J Nerv Ment Dis.* 2004 Sep;192(9):629-34.
- Fukkink R, Lalihatu ES. A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years; Becoming Familiar with Other Professionals. *Int J Integr Care.* 2020 Sep 28;20(3):16.
- Gabutti I, Colizzi C, Sanna T. Assessing Organizational Readiness to Change through a Framework Applied to Hospitals. *Public Organiz Rev.* 2023;23(1):1-22.
- Gabutti I, Colizzi C, Sanna T. Assessing Organizational Readiness to Change through a Framework Applied to Hospitals. *Public Organiz Rev.* 2023;23(1):1-22. doi: 10.1007/s11115-022-00628-7. Epub 2022 Apr 6. PMID: PMC8984669.

- Georganiseerde onmacht. Algemene Rekenkamer via <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2023/04/13/georganiseerde-onmacht>
- Grossman, M. (1972). *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York (1972)
- Grossman, M. (2000). The human capital model. In *Elsevier Handbook of Health Economics*, 1:347-408.
- Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *International Journal Health Services*. 2015;45(4):657-78.
- Handbook of Aging and the Social Sciences. 6th Edition - December 20, 2005, Editors: Robert H. Binstock, Linda K. George, Stephen J. Cutler, Jon Hendricks, James H. Schulz
- Handbook of Aging and the Social Sciences. 7th Edition Editors Robert H. Binstock and Linda K. George Associate Editors Stephen J. Cutler, Jon Hendricks, and James H. Schulz
- Handreiking Integraal Arrangeren via <https://www.nji.nl/onderwijs-zorgarrangementen/arrangeren-groep-en-individueel>
- Heide, I. van der. (2015) *Health literacy: an asset for public health*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam
- Hemerijck, A. & Nierop, A. (2017). Na het neo-liberalisme? De sociale investeringsstaat! Maak een uitzondering op het Stabiliteitspact voor sociale investeringen. Dr. Wiardi Beckman Stichting.
- Hemerijck, A.C. (red.) (2017) *The uses of social investment*, Oxford: Oxford University Press.
- Herman, A. (2016). *Visual Intelligence. Sharpen Your Perception, Change your life*. Eamon Dolan: Houghton Mifflin Harcourt
- Ingrado (2010). Dossieronderzoek Thuiszitters. Ingrado.nl
- Ingrado (2018) Thuiszitters Kennisdossier 2018. Ingrado.nl
- Ingrado.nl Kamerbrief Cijfers leerplicht en aanpak thuiszitters (3 februari 2016).
- Integraal arrangeren: handvatten uit de praktijk Community of Practice 'Onderwijs-zorgarrangementen' via Nji.nl
- Jeugdwet via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2023-07-01>
- Joos, A. & Ernalsteen, V. (2010). *Wat is een Brede School? Een referentiekader*, Gent: Steunpunt Diversiteit & Leren.
- Joos, A., Ernalsteen, V., Engels, M. & Morreel, E. (2010). *De impact van Brede School. Een verkennend onderzoek*, Gent: Steunpunt Diversiteit & Leren
- Journal of interprofessional care* 2020, VOL. 34, NO. 4, 528-536 uit (Gimaggio 1983; Scott 2001, 2008; Saman & Haider 2012a)

- Kaestner, R., Schiman, C. & Ward, J. Education, and health over the life cycle in *Economics of Education Review Volume 76*, June 2020, 101982
- Kamerbrief Gezamenlijk plan samenwerkingsverbanden passend onderwijs voor versnelde afbouw van de reserves via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/03/15/gezamenlijk-plan-samenwerkingsverbanden-passend-onderwijs-voor-versnelde-afbouw-reserves-en-de-motie-doelgroep-passend-onderwijs>
- Kamerbrief over gezamenlijk plan samenwerkingsverbanden passend onderwijs voor versnelde afbouw reserves en de motie doelgroep passend onderwijs via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/03/15/gezamenlijk-plan-samenwerkingsverbanden-passend-onderwijs-voor-versnelde-afbouw-reserves-en-de-motie-doelgroep-passend-onderwijs>
- Kamerbrief Preventief gezondheidsbeleid 2023 via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-653.html>
- Kamerbrief Stand van zaken thuiszitters (15 februari 2019). Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, 2019
- Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain*. 2020 Nov;161(11):2476-2493.
- Kehle-Forbes SM, Meis LA, Spont MR, Polusny MA. Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychol Trauma*. 2016 Jan;8(1):107-114.
- Kehle-Forbes SM, Meis LA, Spont MR, Polusny MA. Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychol Trauma*. 2016 Jan;8(1):107-114.
- Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spont, M. R., & Polusny, M. A. (2016). Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 107.
- Kinderombudsman (2013). Van leerplicht naar leerrecht. Via <https://www.kinderombudsman.nl/publicaties/van-leerplicht-naar-leerrecht>
- Kui-Ling Lau, E., Roslim, N.A., Syasya Qistina Mazeree, N. & Tao, J.J. June 2021. Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 7(3):216-222
- Ledoux, G. & Waslander, S., m.m.v. Eimers, T. (2020). Evaluatie passend onderwijs. Eindrapportage 20202. Amsterdam: Kohnstamm Instituut
- Leren op afstand. Ieder uur dat een meisje studeert is een geschenk. Terpstra & Van Dijke (2008) via <https://mijn.bsl.nl/leren-op-afstand/462876>
- Lleras-Muney, A. (2005). The Relationship between Education and Adult Mortality in the United States. *Review of Economic Studies*, 72, 189-221.

- Lynch SM, Rebbeck TR. Bridging the gap between biologic, individual, and macroenvironmental factors in Cancer: a multilevel approach. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 2013;22(4):485–495. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0010.
- Lynch, S. M. (2000). Measurement and Prediction of Aging Anxiety. *Research on Aging*, 22(5), 533–558.
- Martin, N. Getting to the genetic and environmental roots of educational inequality. *npj Sci. Learn.* <https://doi.org/10.1038/s41539-018-0021-1> (2018).
- Matscheck D, Piuva K. In the centre or caught in the middle? – Social workers' and healthcare professionals' views on user involvement in Coordinated Individual Plans in Sweden. *Health Soc Care Community.* 2022 May;30(3):1077–1085.
- Matscheck, D., and K. Piuva. 2020. “Integrated Care for Individuals with Mental Illness and Substance Abuse – the Example of the Coordinated Individual Plan in Sweden.” *European Journal of Social Work* 25 (2): 341–354. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1843409>.
- Matscheck, D., and K. Piuva. 2021. “In the Centre or Caught in the Middle? – Social workers' and Healthcare professionals' Views on User Involvement in Coordinated Individual Plans in Sweden.” *Health and Social Care in the Community* 30 (3): 1077–1085. <https://doi.org/10.1111/hsc.13311>
- Matscheck, D., K. Piuva, L. Eriksson, and M. Åberg. 2019. “The Coordinated Individual Plan – is This a Solution for Complex Organizations to Handle Complex Needs?” *Nordic Social Work Research* 9 (1): 55–71. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1489886>.
- Miller DW, Paradis E. Making it real: the institutionalization of collaboration through formal structure. *J Interprof Care.* 2020 Jul–Aug;34(4):528–536.
- Miller, C., and Y. Ahmad. 2000. “Collaboration and Partnership: An Effective Response to Complexity and Fragmentation or a Solution Built on Sand?” *International Journal of Sociology and Social Policy* 20 (5/6): 1–38.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, 2016 Kamerbrief Cijfers en leerplicht (3 februari 2017).
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, 2017 Kamerbrief Cijfers schoolverzuim en vrijstellingen funderend onderwijs (19 februari 2018).
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, 2018
- Mintzer J, Donovan KA, Kindy AZ, Lock SL, Chura LR, Barracca N. Lifestyle Choices and Brain Health. *Front Med (Lausanne).* 2019 Oct 4; 6:204.
- Mooij, T., Haverkort, J., & Kleijne, J. de (2013). Pedagogisch-didactische, organisatorische en ICT-vereisten ter optimalisering van Integrale Kind Centra: Brochure. Nijmegen: Stichting Conexus & Radboud Universiteit,

- Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen; Oosterhout: Stichting Delta- onderwijs; Geldermalsen: Stichting Fluvium.
- Nordic social work research
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2023.2281977>© 2023
- Nur Amalina Roslim, Nur Syasya Qistina Mazeree, Tao Jiajin, Emily Lau Kui-Ling. Exploring trauma and hope in refugees' poems. In *Language Literacy: Journal of Linguistics, Literature and Language Teaching Volume 5, Number 1*, pp: 145-159, June 2021
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. In *Social Science & Medicine Volume 67, Issue 12*, December 2008, Pages 2072-2078
- OECD (2017). Tackling Wasteful Spending on Health via
<https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>
- Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, eds. International handbook of health literacy. Research, practice, and policy across the lifespan. Bristol: Policy Press; 2019: 83-97.
- Okan O, Bollweg TM, Berens EM, et al. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 30;17(15):5503.
- Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 30;17(15):5503.
- On making causal claims: A review and recommendations Antonakis, J., Bendahan, S., Jacquar, P. & Lalive, R. in Elsevier, *The Leadership Quarterly* 21 (2010) 1086-1120.
- Orkan Okan, Ullrich Bauer, Paulo Pinheiro, Diane Zamir-Levin, Kristine Sørensen, Kristine Sørensen. International Handbook of Health Literacy, Published 2019, ISBN-13: 978-1-4473-4451-3
- Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5): e249-e250. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32302535; PMCID: PMC7156243.
- Paakkari L, Torppa M, Mazur J, Boberova Z, Sudeck G, Kalman M, Paakkari O. A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 19;17(10):3543.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet. Public health*, 5(5), e249-e250.
- Paasche-Orlow, M.K. & Wolf, M.S. (2007) Literacy to Health Outcomes in Am J Health Behav. 2007;31(Suppl 1): S19-S26

- Paasche-Orlow, M.K., Michael S. & Wolf, M.S. Literacy to Health Outcomes. Paasche-Orlow, M.K., Wolf, M.S. The causal pathway linking health literacy to health outcomes. *In American Journal of Health Behaviour*, 31 (2007), pp. S19–S26
- Pavlicic, J. M., Buchanan, E. M., Maxwell, N. P., Hopke, T. G., & Schulenberg, S. E. (2019). A Meta-Analysis of Expressive Writing on Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, and Quality of Life. *Review of General Psychology*, 23(2), 230–250.
- Pavlicic, J. M., Buchanan, E. M., Maxwell, N. P., Hopke, T. G., & Schulenberg, S. E. (2019). A Meta-Analysis of Expressive Writing on Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, and Quality of Life. *Review of General Psychology*, 23(2), 230–250.
- Pavlicic, J. M., Buchanan, E. M., Maxwell, N. P., Hopke, T. G., & Schulenberg, S. E. (2019). A meta-analysis of expressive writing on posttraumatic stress, posttraumatic growth, and quality of life. *Review of General Psychology*, 23(2), 230–250.
- Petit, R., Van Schooten, E, Hermans, A., Elshof, D. & Scheltinga, F. De leerloopbaan van nieuwkomers in het primair- en voortgezet onderwijs. Kohnstamm Instituut: Amsterdam . (2024).
- Position Paper Ouders in onderwijs. Rondetafelgesprek Commissie Onderwijs Tweede Kamer, 11 april 2019 Katinka Slump, onderwijsjurist, via Kamerstukken, Position paper, Vaste commissie voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Van 27/03/2019 Tot en met 24/04/2019
- Pronk, S. Schools that Care. *Kind Adolesc Prakt* 22, 45–46 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12454-023-1238-6>
- Raghupathi, V., Raghupathi, W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Arch Public Health* 78, 20 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Sachdev, P. S. (2017). Editorial: No health without cognitive health. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(2), 123–127.
- Sah, P., Fanselow, M., Quirk, G.J. et al. The nature and nurture of education. *npj Science Learn* 3, 6 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41539-018-0023-z>
- Schinske J, Tanner K. Teaching More by Grading Less (or Differently). *CBE Life Sci Educ*. 2014 Summer;13(2):159–66.
- Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Dimitra Sifaki-Pistolla MM, Patelarou E. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*. 2017;5(4):73.
- Shanks, T. R., & Robinson, C. (2012). *Assets, economic opportunity, and toxic stress: A framework for understanding child and educational outcomes* (CSD Working

- Paper No. 12-22). St. Louis, MO: Washington University, Center for Social Development.
- Shonkoff J. P. (2012). Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 Suppl 2, 17302–17307. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>
- Shonkoff JP, Boyce WT, Levitt P, Martinez FD, McEwen B. Leveraging the Biology of Adversity and Resilience to Transform Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2021 Feb;147(2): e20193845. doi: 10.1542/peds.2019-3845. Epub 2021 Jan 25. PMID: 33495367.
- Shonkoff JP, Boyce WT, Levitt P, Martinez FD, McEwen B. Leveraging the Biology of Adversity and Resilience to Transform Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2021 Feb;147(2): e20193845. doi: 10.1542/peds.2019-3845. Epub 2021 Jan 25. PMID: 33495367.
- Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009 Jun 3;301(21):2252–9. doi: 10.1001/jama.2009.754. PMID: 19491187.
- Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA*. 2009;301(21):2252–2259. doi:10.1001/jama.2009.754
- Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1): e232–46. doi: 10.1542/peds.2011-2663. Epub 2011 Dec 26. PMID: 22201156.
- Shonkoff JP, Phillips DA, editors (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Washington (DC): National Academies Press (US) PMID: 25077268.
- Signalen Jeugdbeschermingsketen via <https://www.igj.nl/zorgsectoren/jeugd/jeugdbeschermingsketen>
- Sloan DM, Marx BP, Acierno R, et al. Written Exposure Therapy vs Prolonged Exposure Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(11):1093–1100.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Acierno, R., Messina, M., Muzzy, W., Gallagher, M. W., ... & Sloan, C. (2023). Written exposure therapy vs prolonged exposure therapy in

- the treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Resick, P. A., Young-McCaughan, S., Dondanville, K. A., Straud, C. L., ... & STRONG STAR Consortium. (2022). Effect of written exposure therapy vs cognitive processing therapy on increasing treatment efficiency among military service members with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *JAMA Network Open*, 5, e2140911–e2140911.
- Sloan, D.M., Marx, B. P. & Resick, P. A. (2016). Brief treatment for PTSD: Anon-inferiority trial. *Contemporary Clinical Trials*, 48, 76–82.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.04.003>.
- Sloan, D.M., Marx, B.P., Lee, D.J.& Resick, P.A. (2018). A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder:Arandomized noninferiorityclinical trial.
JAMAPsychiatry,75(3),233239.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>.
- Smith, S. (2007). *Poetry and Displacement*. Oxford University Press.
- Smith-Woolley, E. et al. Differences in exam performance between pupils attending selective and non-selective schools mirror the genetic differences between them. *npj Sci. Learn.* <https://doi.org/10.1038/s41539-018-0019-8> (2018).
- Sokolowski HM, Ansari D. Understanding the effects of education through the lens of biology. *NPJ Sci Learn.* 2018 Oct 1; 3:17.
- Sørensen, K, Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand H; (HLSEU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80
- Stiglitz, J. Conquering the Great Divide The pandemic has laid bare deep divisions, but it's not too late to change course. In *Finance and Development, September 2020*. Pp. 17–19
- Tackling Wasteful Spending on Health (OECD) via
<https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>
- Tambling RR, D'Aniello C, Russell BS. Mental Health Literacy: a Critical Target for Narrowing Racial Disparities in Behavioral Health. *Int J Ment Health Addict.* 2021 Nov 11:1–15.
- Theunissen-Lamers, M-J. (2016). *Stay in or drop out: the pathways to school dropout from a public health perspective*. [Doctoral Thesis, Maastricht University].
Datawyse / Universitaire Pers
Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20161116mt>

- Thomson, S. Achievement at school and socioeconomic background—an educational perspective. *npj Sci. Learn.* <https://doi.org/10.1038/s41539-018-0022-0> (2018).
- Thuiszitterspact (2016). Via https://www.poraad.nl/system/files/inline/thuiszitterspact_13_juni_2016.pdf
- van Dongen, J. et al. DNA methylation signatures of educational attainment. *npj Sci. Learn.* <https://doi.org/10.1038/s41539-018-0020-2> (2018).
- Van verschil naar potentieel (WRR, 201&). Via <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>
- Vanneste, Y.T.M., Lanting, C.I., & Detmar, S.B. The Preventive Child and Youth Healthcare Service in the Netherlands: The State of the Art and Challenges Ahead. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, 19(14), 8736.
- Vanneste-van Zandvoort, Y. T. M., van de Goor, L. A. M., & Feron, F. J. M. (2016). Gemiste lessen, gemiste kansen: Rol voor de publieke gezondheidszorg bij ziekte verzuim van jongeren. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, Article D398. <https://www.ntvg.nl/artikelen/gemiste-lessen-gemiste-kans>
- Verslag van de eerste plenaire vergadering van de Eerste Kamer van dinsdag 24 januari 2023 via <https://www.eerstekamer.nl/verslag/20230124/verslag>
- Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework from Health Psychology. *Health Education & Behavior.* 2009;36(5):860-877.
- von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav.* 2009 Oct;36(5):860-77.
- Voskamp (2018). Onderwijsovereenkomst: contractrechtelijke leerstukken toegepast op de rechtsverhouding tussen school, leerling en ouders in het primair en voortgezet bekostigd onderwijs. Proefschrift. Leiden: Universiteit Leiden.
- Wagenaar, Duijvestein & van der Grinten (2022). Naar collectieve financiering van Zorg in Onderwijstijd (ZiO). Input en onderbouwing voor een langetermijn oplossing. Onderwijsconsulenten, DSP en Utrecht: Oberon Onderzoek en Advies
- Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science.* 2009;4:67.

- Wet passend onderwijs via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-95.html>
- WHO (2013) Health Literacy Sold Facts via <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>.
- Wolfram, T., Morris, D. Conventional twin studies overestimate the environmental differences between families relevant to educational attainment. *npj Sci. Learn.* 8, 24 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41539-023-00173-y>
- World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies & McDaid, David. (2016). Investing in health literacy: what do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? World Health Organization. Regional Office for Europe
- World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>
- World Health Organization: WHO-NMH-NMA-GCM-18.11-eng.pdf Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of NCDs
- WRR Policy Brief 27-08-2018. Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W. & De Visser, M.
- Xindong Xue & Mingmei Cheng & Wangyongxin Zhang, 2021. Does Education Really Improve Health? A Meta-Analysis. *Journal of Economic Surveys*, Wiley Blackwell, vol. 35(1), pages 71-105, February.
- Yang, Y. (2011). Aging, cohorts, and methods. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 17–30). Elsevier Academic Press.

Alle OECD rapportages zijn in voetnoten opgenomen

Bijlagen

Bijlage 1 Wat is gezondheid? (bron RIVM)

Gezondheid is als term tegelijkertijd eenvoudig en complex. Iedereen begrijpt wat eronder wordt verstaan als overkoepelend voor een enorme complexiteit die daaronder schuilgaat. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport beschrijft in navolging van Huber (2011) hoe gezondheid vanuit een smalle benadering van afwezigheid van ziekte of handicap steeds meer wordt benaderd als breed concept van positieve gezondheid (2019):

Binnen het concept Positieve Gezondheid staat een brede kijk op gezondheid centraal. Gezondheid wordt omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011).¹¹³

Niemand is immers geheel zonder ziekte of enige handicap en door gedrag en gezondheid centraal te zetten gaat preventie vooraf aan ziekte en zorg. Huber (2016) zet in Positieve Gezondheid het streven naar autonomie en een betekenisvol leven centraal. Huber doet dit vanuit zes dimensies: Lichaamsfuncties, Mentaal welbevinden, Zingeving, Kwaliteit van leven, Meedoen en Dagelijks functioneren. Zowel Huber als de *Global Council on Brain*

¹¹³ <https://www.rivm.nl/sites//files/2020-01/Factsheet>

Health (GCBH) maken duidelijk dat cognitie, gezondheid en meedoen sterk verweven zijn en in onze complexe samenleving zelfs onlosmakelijk verbonden zijn. Onderwijs bijvoorbeeld, steunt nagenoeg volledig op onze cognitieve vermogens, die zowel de visuele, auditieve, mentale als motorische functies betreffen. Wat betekenen deze inzichten over de eenheid van brein, mentaal welzijn en gezondheid voor ons onderwijs? Hoe gaat ons onderwijs om met een positief gezondheidsconcept?

De volledige definitie van positieve gezondheid zoals verwoord door het RIVM luidt als volgt:

Positieve Gezondheid

Binnen het concept Positieve Gezondheid staat een brede kijk op gezondheid centraal. Gezondheid wordt omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). Positieve Gezondheid (PG) is de uitwerking van dit concept in zes dimensies, afgebeeld in een spinnenweb (Huber et al. 2016). PG is zowel een visie als een methode, waarbij het streven naar autonomie en een betekenisvol leven centraal staan. Met het spinnenweb kunnen mensen nagaan hoe het met hen gaat op de zes dimensies van hun leven. Dat wil zeggen: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze zelfreflectie is de opmaat naar de vraag wat iemand belangrijk vindt en wellicht zou willen veranderen. Wat kan iemand daarbij zelf doen en welke steun is eventueel zinvol? ‘Hulpverlening’ wordt vervangen door coaching.

Van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag (van ZZ naar GG) Van ZZ naar GG is een beweging waarin mensen met een aandoening niet vanuit een ziekte-georiënteerd perspectief benaderd worden, maar vanuit een nadruk om de gezondheid te verbeteren en te behouden. Niet een patiënt met een probleem, maar een cliënt met zelfregie en invloed op zijn gezondheid staan hierbij centraal (Gezondheid en Gedrag, 2019).

Vitaliteit en leefstijl Het concept ‘Vitaliteit en leefstijl’ heeft als doel om de vitaliteit van mensen te verbeteren door een gezonde leefstijl te bevorderen gericht op goede voeding, voldoende beweging en genoeg slaap. Vitale mensen

zijn fysiek, mentaal en emotioneel in balans. Daardoor presteren ze beter en kunnen ze beter met veranderingen omgaan (Vitaliteit en Leefstijl, 2019).

Krachtige basiszorg

Krachtige basiszorg is een integrale wijkaanpak gericht op wijkbewoners met hoge gezondheidsrisico's in meerdere domeinen van het leven. Het is een andere manier van kijken, leren en doen door alle professionals op het gebied van zorg, welzijn en preventie in de wijk. Krachtige basiszorg bouwt voort op het samenwerkingsverband Overvecht Gezond en de Buurteamorganisatie Sociaal. Het heeft als missie en strategie de beweging van ZZ naar GG en aansluiten op de eigen regie en kracht van wijkbewoners. Binnen de aanpak Krachtige basiszorg staat het 4 Domeinenmodel (4D-model) centraal. Met behulp van het 4D-model wordt ernaar gestreefd om alle problemen die bewoners kunnen hebben boven tafel te krijgen. Doelen worden geprioriteerd en er wordt in beeld gebracht welke professionals daaraan kunnen bijdragen (Overvecht Gezond, 2018).

Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)

De essentie van JZOJP is het voorkomen van dure en overbodige zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis in hun vertrouwde leefomgeving) en het vervangen van zorg door andere en nieuwe vormen van zorg (zoals eHealth). Belangrijke aandachtspunten bij deze beweging zijn: (i) uitgaan van het functioneren van mensen en hun omgeving; (ii) aandacht voor gezondheid, gedrag, preventie en tijdige signalering van ziekte; (iii) toegankelijke ondersteuning en zorg voor iedereen; (iv) passende en effectieve zorg, aansluitend bij leerervaringen en context; (v) met goede uitkomsten in termen van ervaren kwaliteit van leven en (vi) tegen betaalbare maatschappelijke kosten. Met de mogelijkheden van mensen als vertrekpunt, hun eigen vitaliteit, veerkracht en wensen, kunnen professionals, zo is de gedachte, waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven van mensen gedurende hun leven en voor de samenleving als geheel. Het streven hierbij is om sneller zicht te krijgen op welke mensen kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld door een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2019).

In deze uitgave hebben we ons gericht op minderjarigen als vertrekpunt van de juiste zorg op de juiste plek. Dat komt nagenoeg neer op de relatie tussen onderwijs en gezondheid.

Dit hebben we gedaan vanuit twee perspectieven. Het ene is vanuit een levenslopperspectief, het ander dat van ziekte en schoolverzuim ('thuiszitten'). Beide perspectieven geven alle redenen om integraal samen te werken, het *why* (zie Vooraf) mag als vraag eigenlijk niet meer worden gesteld. Een concept als Positieve Gezondheid gaat samen met continu toegankelijk onderwijs voor iedereen. Positief onderwijs zou bijvoorbeeld preventie van onderwijs discontinuïteit centraal kunnen stellen, zodat het recht op onderwijs voor alle kinderen onder alle omstandigheden behouden blijft, ook bij ziekte of tegenslag. Positieve Gezondheid past bij het denken in Leerrecht.

Ziekte en verzuim

Jaarlijks zitten vele leerplichtige leerlingen om diverse redenen thuis. Kinderen en jongeren vallen niet zomaar uit van school en komen niet zomaar thuis te zitten. Ook wordt er niet zomaar een ontheffing van de Leerplicht gevraagd. Verschillende oorzaken liggen hieraan ten grondslag, zoals gedragskenmerken die bijna altijd een onderliggende oorzaak kennen, en sociaal-emotionele en/of (psychische) gezondheidsproblemen. Deze problemen leven bovendien niet alleen bij kinderen, maar ook bij hun ouders. De brede benadering van Positieve Gezondheid behelst kortom alle aspecten die tot verzuim en thuiszitten leiden. Tegelijkertijd spelen er vaak ook andere problemen op school, dus kenmerkend voor scholen zelf, die het meedoen nog verder belemmeren. De verschillen tussen scholen zijn groot, niet alleen de lerarentekorten, maar ook regionale of wijk-gebonden verschillen tussen scholen zijn van invloed. Thuiszitten is daarmee een complex probleem van publieke gezondheid met veel impact op het leven van een jongere en het gezin, waarin het opgroeit.

Levenslopperspectief

De aandacht voor de pijlers van de *Global Council on Brain Health* (zie hoofdstuk 2 van deze uitgave) wordt gevraagd vanuit het

perspectief van een algehele gezonde ouderdom en lang gezond leven, maar blijkt zoals in de inleiding gezegd voor bepaalde kwetsbare groepen mensen pas van doorslaggevende betekenis wanneer ze al van jongs af aan centraal staan. Onderwijs werkt als een opwaartse oorzaak van gezondheid gezien over de tijd. Hoe langer we op school zitten des te ouder we worden in goede gezondheid. Omgekeerd geldt hetzelfde: des te vroeger we uitvallen des te groter de kans op gezondheidsschade en vroeg sterfte. De aansluiting met de samenleving staat daarin centraal, die begint op school of met goed onderwijs. Wanneer deze aansluiting niet tot stand komt geeft dat aanhoudende stress en gezondheidsschade.

Bijlage 2 Hoe betalen wij de zorg? (bron: CBS.nl)

Opleidingsniveaus, gezondheid en zorggebruik

Het CBS verstrekt overzicht van gezondheid, zorggebruik en persoonskenmerken, waarbij “lager-, middelbaar- of hoger” onderwijs staan genoemd.¹¹⁴ Daaruit blijkt over de gegevens van 2014-2021 dat mensen met lagere onderwijsniveaus voor langdurige aandoeningen, beperkingen en huisartscontacten meer gebruik maken van (met name) langdurige zorg, met respectievelijk 43,6%, 45,9% en 69,6% tegenover 38,4%, 34,3% en 65,4% voor middelbaar opgeleiden en 32,2%, 25,0% en 65,2% voor hoger opgeleiden.

Hoe betalen wij de zorg?

Volgens opgave van het Centraal Bureau Statistiek is in 2022 126,2 miljard euro uitgegeven aan zorg en welzijn, inclusief kinderopvang.¹¹⁵ Dat is anderhalf miljard euro (1,2 procent) meer dan in 2021. In totaal werd in 2022 per persoon gemiddeld 7 129 euro uitgegeven aan zorg en welzijn. Dat is per persoon 18 euro meer dan in 2021. Door het wegvallen van veel coronakosten daalde het bedrag dat de overheid per persoon uitgaf aan zorg en welzijn met 9,2 procent ten opzichte van 2021. Dat komt neer op ongeveer 158 euro. De gemiddelde uitgaven betaald via de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz) stegen in 2022 met respectievelijk 61 euro (2,1 procent) en 69 euro (4,6 procent). De stijging van de Wlz-uitgaven komt onder andere door stijging van het aantal cliënten, vooral ouderen die zorg thuis ontvangen, en door instroom vanuit het gemeentelijke domein van volwassenen, met een blijvende behoefte aan intensieve geestelijke gezondheidszorg.

114 <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85454NED>

115 Hoe betalen wij voor de zorg? (cbs.nl)

Verder van de website van het CBS (per 2 januari 2024):

(...)

In de eerste twee decennia van de 21e eeuw zijn er twee momenten geweest die een zeer grote impact hebben gehad op het zorgstelsel, in het bijzonder op de financiering van zorg en welzijn. De eerste is de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, met verzekeringsplicht voor bijna alle Nederlanders, acceptatieplicht voor verzekeraars, en het verdwijnen van het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. De tweede is de decentralisatie van veel soorten zorg naar de gemeenten in 2015.

(...)

De uitgaven aan zorg en welzijn werden in 2019 uiteindelijk voor 36 procent betaald door sociale premies. Dat zijn de inkomensafhankelijke bijdragen voor de zorgverzekering en de Wet langdurige zorg. De overheid zelf draagt met overdrachten voor 34 procent bij. Dat is duidelijk meer dan in 2000, toen het 22 procent bedroeg. Ook hier zijn de effecten van het overbrengen van premie gefinancierde zorg via de AWBZ naar de gemeenten in 2015 zichtbaar. Een belangrijk verschil tussen 2000 en 2019 is de nominale zorgverzekeringspremie, die in 2019 14 procent van de uitgaven aan zorg en welzijn financiert.

(...)

Minder goede gezondheid bij armoederisico: de beoordeling van de eigen gezondheid springt er bij mensen uit een huishouden met een laag inkomen ongunstig uit: bijna 4 op de 10 meldden een minder dan goede gezondheid in 2020/2022. Boven de lage-inkomensgrens waren dat er 2 op de 10. Ook bij mannen en vrouwen kwam onder degenen met een laag inkomen een minder goede gezondheid 2 keer zo vaak voor als onder degenen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens.

(...)

In iedere leeftijdsgroep zijn er duidelijke verschillen in gezondheid tussen lage en hogere inkomens. Zo gaven in de leeftijdsgroepen van 25 tot 45 jaar en van 45 tot 65 jaar ruim 2,5 keer zo veel mensen met een laag inkomen aan een minder goede gezondheid te hebben als mensen met een hoger inkomen.

(...)

Gezondheid en beperkingen: verschil is er ook bij beperkingen in activiteiten die mensen gewoonlijk doen. Van de mensen met een armoederisico gaf 44 procent aan dat ze een beperking hebben, tegen 28 procent van de mensen in een huishouden met een inkomen boven de lage-inkomensgrens. Ook bij mannen en vrouwen was er een verschil tussen beide inkomensgroepen. Beperkingen komen in elke leeftijdsgroep tot 65 jaar meer voor bij de lage inkomens. Vooral tussen 25 en 65 jaar is het verschil tussen lage en hogere inkomens groot. Zo gaf in de leeftijdsgroep van 45 tot 65 jaar 65 procent van

de mensen met een laag inkomen aan een beperking te hebben, tegen 33 procent van de mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens. Boven de 65 jaar was er geen statistisch significant verschil in beperkingen tussen de twee inkomensgroepen.

(...)

Mensen met een beperking behoorden vaker dan mensen zonder beperking tot een huishouden met een lager inkomen. Binnen de groep mensen met een beperking kwamen de mensen zonder aanvullende verzekering vaker uit een huishouden met een lager inkomen: 53 procent, tegen 42 procent onder de wel aanvullend verzekerden. Ook bij personen zonder beperking hadden mensen zonder aanvullende verzekering vaker een lager inkomen dan mensen met aanvullende verzekering, maar dit verschil was minder groot dan bij de groep met een beperking.

(...)

Uit onderzoek van het CBS naar de relaties tussen gezondheid, zorggebruik en verzekeringsvorm in de periode 2020/2021 blijkt dat in het algemeen een mindere gezondheid samengaat met hoger zorggebruik. Bij mondgezondheid is dat echter andersom: een betere mondgezondheid gaat samen met meer tandartsbezoek.

Verder blijkt dat 8 procent van de volwassen Nederlanders een langdurige beperking als gevolg van een gezondheidsprobleem heeft en geen aanvullende verzekering. Daarnaast heeft 10 procent geen goede mondgezondheid en geen aanvullende tandartsverzekering. Ook blijkt dat mensen met een minder goede gezondheid en mensen zonder aanvullende (tandarts)verzekering relatief vaak komen uit huishoudens met lagere inkomens – zie

<https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/gezondheid-zorggebruik-en-verzekeringsvorm>

(...)

In de Gezondheidsenquête gaf 3 procent van de volwassenen aan een visuele beperking te hebben. Dat wil hier zeggen dat ze slechts met grote moeite of helemaal niet de kleine letters in de krant konden lezen, of vanaf een afstand van vier meter iemands gezicht slechts met grote moeite of helemaal niet konden herkennen, ook met gebruik van een bril of lenzen.

Het aandeel mensen met een aanvullende verzekering was met bijna 7 op de 10 gelijk onder mensen met en zonder visuele beperking.

(...)

Van de visueel beperkten gebruikte 94 procent een hulpmiddel om te zien; een bril, contactlenzen of iets anders. Bij de niet-visueel beperkten was dit 74 procent. Aanvullend verzekerden gebruikten vaker dan niet aanvullend verzekerden een hulpmiddel om te zien. Ook als we rekening houden met

leeftijdseffecten, omdat ouderen zowel vaker aanvullend verzekerd als vaker bril dragend zijn, geldt dat aanvullend verzekerden vaker een hulpmiddel gebruikten. Dit verschil tussen wel- en niet aanvullend verzekerden geldt voor zowel personen met een visuele beperking als zonder een beperking.

(...)

Bij de relatie met inkomen bleek dat mensen met een visuele beperking vaker uit huishoudens met lagere inkomens kwamen dan mensen zonder visuele beperking. Daarbij geldt ook dat de mensen zonder aanvullende verzekering vaker uit huishoudens met lagere inkomens kwamen, zowel binnen de groepen met visuele beperkingen als zonder.

(...)

Meer pijn bij lagere inkomens:

Mensen met pijn kwamen vaker uit een huishouden met een lager inkomen. En mensen zonder aanvullende verzekering waren ook relatief vaak afkomstig uit een dergelijk huishouden. In de groep mensen met (heel) veel pijn en zonder aanvullende verzekering was het aandeel lagere inkomens met 56 procent het hoogst, terwijl dit het laagst was in de groep personen met weinig of geen pijn en een aanvullende zorgverzekering (27 procent).

(..)

Meer mensen met aanvullende verzekering naar de fysio

Van de mensen met een beperking gaf 42 procent aan het afgelopen jaar gebruik te hebben gemaakt van fysio- of oefentherapie. Bij degenen zonder beperking was dit 23 procent. De gezondheidstoestand hing hier dus negatief samen met het zorggebruik: betere gezondheid gaat samen met minder zorggebruik. Hierbij valt op dat mensen met een aanvullende verzekering ongeveer 2 keer zo vaak gebruik maakten van de fysio-/oefentherapeut als degenen zonder aanvullende verzekering. Dit verschil is zichtbaar bij zowel personen met een beperking als mensen zonder beperking.

(...)

Het gebruik van de fysio-/oefentherapeut was het laagst onder de volwassenen die niet beperkt waren en geen aanvullende verzekering hadden, en het hoogst bij personen met een beperking die wel aanvullend verzekerd waren.

(...)

Snellere vergrijzing:

Recente demografische ontwikkelingen en enkele aanpassingen in het prognosemodel liggen ten grondslag aan een nieuwe CBS-bevolkingsprognose die op enkele punten afwijkt van de vorige prognose uit 2008. Het meest opvallend is een snellere vergrijzing en hogere levensverwachting dan eerder werd aangenomen. Het aantal 65-plussers groeit tussen nu en 2040 van 2,4 naar 4,6 miljoen, 143 duizend meer dan volgens de vorige prognose.

De levensverwachting bij geboorte stijgt in de komende halve eeuw voor mannen van 78,8 naar 84,5 jaar. Bij vrouwen neemt deze levensverwachting toe van 82,7 naar 87,4 jaar. Met 17,8 miljoen mensen is het maximale inwonertal van ons land, in 2040, ongeveer 360 duizend hoger dan twee jaar geleden werd verwacht (Coen van Duin & Joop Garssen, 2011).

(...)

Migratie:

De bevolking van Nederland blijft de komende decennia naar verwachting groeien, tot 20,7 miljoen inwoners in 2070. Naar verwachting bereikt het inwonertal in 2024 de 18 miljoen en in 2037 de 19 miljoen. De bevolking groeit vooral door migratie en een stijgende levensduur. In 2040 is een kwart van de bevolking 65 jaar of ouder – zie via <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/toekomst>

(...)

Het hebben van een slechte gezondheid heeft veel negatieve gevolgen. Denk hierbij aan een lager mentaal welzijn en minder kansen om mee te draaien in de maatschappij. Ouderen ervaren hun gezondheid als minder goed dan jongeren (Kooiker & Marangos, 2020), en personen van niet Nederlandse herkomst ervaren hun gezondheid als minder goed dan personen met een Nederlandse herkomst (Knoops et al., 2020). Maar hoe zit dit voor migrantenouderen?

(...)

Er zijn helaas geen gegevens over de ervaren gezondheid beschikbaar uit surveyonderzoek en/of kwalitatief onderzoek voor de 20 grootste groepen migrantenouderen. Om toch een indicatie te hebben van de gezondheidsverschillen wordt gebruik gemaakt van administratieve gegevens, te weten de in Nederland gedeclareerde kosten voor zorg die vallen onder de basisverzekering, afkomstig van Vektis. Data over gezondheidskosten zijn zeker niet één op één gerelateerd aan (ervaren) gezondheid, er zit een aantal beperkingen aan het gebruik (zie zorgkosten). Toch zijn patronen in statistieken over ervaren gezondheid ook vaak zichtbaar indien naar zorgkosten gekeken wordt (Knoops et al., 2020). Onderstaande cijfers zeggen dus niet per definitie iets over (ervaren) gezondheid(sverschillen) tussen de groepen, maar geven wel aan in welke mate migrantenouderen gebruik maken van de formele gezondheidszorg in Nederland.

(...)

Nederland telt steeds meer ouderen en van deze ouderen is een steeds groter gedeelte niet in Nederland geboren. Dit artikel geeft meer zicht op deze ouderen door een beschrijving te geven van de leefsituatie van de 20 grootste groepen migrantenouderen op diverse terreinen. Uit de analyse blijkt dat de

maatschappelijke positie van migrantenouderen vaak afwijkt van de positie van ouderen met een Nederlandse herkomst (ouderen die zelf in Nederland geboren zijn evenals hun beide ouders) en ook tussen de groepen migrantenouderen zijn er duidelijke verschillen zichtbaar. In eerdere onderzoeken naar migrantenouderen is vaak de aandacht gevestigd op Marokkaanse en Turkse ouderen vanwege hun veronderstelde kwetsbaarheid. Analyses in dit artikel laten ook zien dat ouderen van deze herkomst relatief vaak kwetsbaar zijn indien naar sociaaleconomische positie en gezondheidssituatie (gemeten aan gemaakte zorgkosten binnen de basisverzekering) gekeken wordt. Op het vlak van huishoudenssituatie en nabijheid van kinderen lijkt deze groep echter beduidend minder kwetsbaar te zijn, in vergelijking met andere migrantenouderen én in vergelijking met Nederlandse ouderen. Ze wonen minder vaak alleen en hebben vaker kinderen dichtbij wonen. Ook bij andere groepen ouderen is een gemengd beeld te zien indien meerdere maatschappelijke domeinen onderzocht worden. Zo is het aandeel alleenstaanden onder ouderen uit China relatief laag en de arbeidsparticipatie relatief hoog, maar wonen zij gemiddeld verder van hun dichtstbijzijnde uitwonende kind dan de meeste andere migrantengroepen, en is hun financiële positie minder rooskleurig. Om een goed beeld te krijgen van de kwetsbaarheid van migrantenouderen is het dus belangrijk de maatschappelijke positie in de volle breedte te onderzoeken en niet te beperken tot één aspect. Zie via <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/migrantenouderen-in-nederland> (...)

Veel ouderen die afkomstig zijn uit een vluchtelingenland hebben een bijstandsuitkering. Dit geldt vooral voor ouderen die uit Syrië gevlucht zijn, maar ook ouderen uit landen waar de vluchtelingenstroom langer geleden is zoals Afghanistan en Irak leven relatief vaak van een bijstandsuitkering. Bij een langere verblijfsduur is de afhankelijkheid van een bijstandsuitkering onder vluchtelingen hoger dan voor andere (migranten)groepen in Nederland (Gielen et al., 2020). Beperkte waarde van diploma's en ervaring uit het thuisland, discriminatie, psychische trauma's en taalbarrières zijn verklaringen voor de lagere arbeidsparticipatie en hogere afhankelijkheid van de bijstand onder vluchtelingen (Dagevos et al., 2018). Zie voor meer informatie over migrantenouderen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/migrantenouderen-in-nederland> (...)

Toegevoegd op basis van CBS-data, maar uit andere bron, zie via <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Onderwijs-doorstroom-arbeidsmarkt-jonge-nieuwkomers>

Na een periode van daling is de afgelopen twee jaar het aantal asielaanvragen snel toegenomen. In 2015 zijn er in totaal 58.880 asielaanvragen gedaan (IND BIC, 2016: 4). Binnen het totale aantal zijn de asielzoekers uit Syrië en Eritrea veruit in de meerderheid. Onder beide groepen bevinden zich amv's en jongeren die hier komen in het kader van gezinshereniging, al zijn er onder de Eritreeërs veel meer amv's. Het CBS beschikt niet over cijfers over de leeftijdscategorie 13-23 jaar (de leeftijd dat ze naar school gaan, een studie volgen en de arbeidsmarkt betreden). Wel weten we welk deel minderjarig is; ook is bekend dat verreweg de meeste asielzoekers uit Syrië en Eritrea een verblijfstatus krijgen. Dit betekent dat de taakstelling van gemeenten ook voor deze groep jongeren toeneemt. Dat schetst meteen de urgentie van het probleem om – naast huisvesting – de opleidingskansen te versterken en de mogelijkheden op de arbeidsmarkt te vergroten (Stavenuiter, Smits, Van Waesberghe, Noordhuizen & Oostrik, 2016).

(...)

Taalachterstand

Het grootste probleem bij doorstroom naar vervolgonderwijs is de beperkte taalvaardigheid van de leerlingen, ook na een of twee jaar in het eerste opvangonderwijs. De scholen geven aan dat het hierdoor moeilijk kan zijn om leerlingen geplaatst te krijgen. Het type vervolgonderwijs waarin de leerlingen terechtkomen, is daardoor bovendien meer gebaseerd op hun taalvaardigheid dan op hun cognitieve capaciteiten, terwijl het de bedoeling is dat (naast persoonlijke interesse) beide aspecten meetellen bij het bepalen van het niveau van het vervolgonderwijs. (ibid.)

Bijlage 3 Health, Literacy and Educational Attainment

Zie Binsbergen, M.H. van & Groff, C. m.m.v. Vanneste-Van
Zandvoort, Y.T.M., Gelderen, A. van, Wessels, E-J. (2023).

Health, Literacy and Educational Attainment.

A Rapid Cross-disciplinary Review of the Literature on (Low)
Health Literacy across the Lifespan. (Rapport 1100)

Amsterdam: Kohnstamm Instituut; Utrecht: Nederlands Centrum
Jeugdgezondheid