

Sociale determinanten van mentale gezondheid

Een kennissynthese



Sociale determinanten van mentale gezondheid

Een kennissynthese

Colofon

Opdrachtgever en financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Redactie

Jeroen van Baar

Nina Bos

Jeannet Kramer

Laura Shields-Zeeman

Met bijdragen van

Felix Bolinski

Faith Thompson

Vormgeving omslag en figuren

Canon Nederland N.V.

Omslagbeeld

Gettyimages.nl

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
030 - 297 11 00
www.trimbos.nl

© 2022, Trimbos-instituut, Utrecht.

Tekst uit deze publicatie mag worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding. Deze uitgave mag worden verveelvoudigd voor eigen of intern gebruik

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF2006.

Inhoud

Inleiding	5
Theoretisch kader	7
Methode	9
Zoekstrategie	9
Selectie en beoordeling van artikelen	9
Resultaten	11
Geïnccludeerde literatuur	11
Resultaten 1: aard en oorsprong van de geïnccludeerde literatuur	12
Onderwerpen	12
Geografische oorsprong van data	12
Typen onderzoek	12
Uitkomstmaten van mentale gezondheid	14
Resultaten 2: verbanden tussen sociale determinanten en mentale gezondheid	16
Categorie 1: Economische omstandigheden	16
Categorie 2: Buurt en fysieke omgeving	19
Categorie 3: Maatschappelijke en sociale context	21
Categorie 4: Opleiding	23
Discussie	27
Samenvatting bevindingen	27
Beperkingen van de literatuur en van deze kennissynthese	28
Implicaties voor toekomstig onderzoek en beleid	29
Conclusie	30
Referenties	31
Zoekopdrachten wetenschappelijke databases	38
 Bijlage A. Gemeenschappelijke sociale determinanten van mentale gezondheid en problematisch middelengebruik: een verkenning	A-1

Inleiding

Mentale gezondheid staat hoog op de politieke agenda in Nederland. Door de coronapandemie zijn psychische klachten en kwetsbaarheden als eenzaamheid, angst en depressie aan de oppervlakte komen te liggen. Dit valt samen met groeiende politieke aandacht voor de preventie van psychische stoornissen, zoals in het Meerjarenplan Depressiepreventie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ¹. Begin 2021 werd naar aanleiding van een motie in de Tweede Kamer begonnen met het verkennen van een mogelijk Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid ter bevordering van de mentale gezondheid en preventie van psychische stoornissen in ons land ^{2,3}. In het coalitieakkoord is eind 2021 de ambitie opgenomen om het bestaande Preventieakkoord te verbreden met mentale weerbaarheid. In de uitwerking heeft dit een andere vorm gekregen. In juni 2022 is de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' aangeboden aan de Tweede Kamer.

Deze aandacht is begrijpelijk, want mentale gezondheid brengt grote voordelen met zich mee. Zo kunnen mentaal gezonde mensen meer bijdragen op hun werk ⁵ en herstellen ze sneller van fysieke klachten ⁶. Bovendien kan de levensverwachting afnemen met 10 tot 20 jaar bij mensen die ernstige mentale ongezondheid ervaren ⁷. Nederlandse burgers vinden mentale gezondheid dan ook net zo belangrijk als fysieke gezondheid, maar zien dat fysieke gezondheid desondanks een prominentere plaats inneemt in ons zorgsysteem ⁸. En dat terwijl mentale ongezondheid toeneemt in Nederland: in de eerste helft van 2021 voelde 15% van de bevolking van 12 jaar en ouder in Nederland zich mentaal ongezond, een toenemend percentage sinds 2001 ⁹.

Naast signalen over afnemende mentale gezondheid is er in Nederland sprake van sociaaleconomische ongelijkheid op het gebied van mentale gezondheid. Zo laat het bevolkingsonderzoek naar psychiatrische aandoeningen, NEMESIS-2, zien dat mensen uit de laagste inkomensgroepen ruwweg vier keer zo vaak een ernstige aandoening hebben dan mensen uit de hoogste inkomensgroep ¹⁰. Cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bevestigen dit beeld: van de groep Nederlanders met het laagste inkomen was 22,5% mentaal ongezond in 2019, terwijl dit bij de groep met het hoogste inkomen slechts 6,5% was ¹¹. Soortgelijke verschillen zijn te vinden langs de assen van opleiding ¹⁰, woonsituatie ¹⁰, werksituatie ¹⁰ en problematische schulden ¹², wat uitmondt in een 'sociale ladder' van mentale gezondheid waarin mensen in een lagere sociaaleconomische positie doorgaans een significant minder goede mentale gezondheid ervaren. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in brede zin werden al eerder uitgelicht door onder meer de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2018, *Van verschil naar potentieel*¹³) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2021, *Eerlijke kans op gezond leven*¹⁴). Ook wie mentale gezondheidswinst wil boeken doet er dus goed aan om in te zetten op mensen in kwetsbare posities.

Zorgprofessionals weten al langer dat mentale gezondheid afhangt van de interactie van het individu met sociale en economische factoren. Blootstelling aan ongunstige sociaaleconomische omstandigheden kan het risico op psychische problematiek vergroten. Andersom kan blootstelling aan beschermende factoren gedurende de levensloop, zoals een goed sociaal netwerk, veilige buurt, en goede werkomstandigheden, mentale veerkracht vergroten en ons zo in staat stellen om beter

om te gaan met de uitdagingen in het leven^{2,15}. Desondanks ligt er bij de promotie, preventie en behandeling in het kader van mentale gezondheid vaak een focus op oplossingen op individueel niveau. We weten relatief minder over hoe en tot op welke hoogte sociale en economische factoren bijdragen aan mentale gezondheid, en welke beleidsmaatregelen en interventies of actieprogramma's hierop kunnen aangrijpen.

Sociaaleconomische invloeden op gezondheid staan recent weer op de voorgrond door maatschappelijke trends als de COVID-19-pandemie, de wooncrisis en klimaatverandering. Onderzoekers in de publieke gezondheid(szorg) en psychologie spreken van de 'sociale determinanten' van (mentale) gezondheid^{2,16-19}, waarmee men doelt op de omstandigheden waarin we leven, werken, opgroeien, liefhebben en ouder worden. Wie mentale gezondheid wil bevorderen zal actie moeten ondernemen in allerlei levensfasen en leefomgevingen, en dat kan door gerichte beleidskeuzes in niet-zorggerelateerde beleidsdomeinen zoals arbeid, sociale zekerheid en onderwijs². Een voorbeeld hiervan is de discussie in Nederland rond het thema *bestaanszekerheid*. Bestaanszekerheid is een verzamelnaam voor zekerheden op het gebied van financiën, wonen en toegang tot de zorg²⁰. De afwezigheid van deze zekerheden kan gepaard gaan met psychische klachten zoals stress en depressie. Ingrijpen op beleidsdomeinen die impact hebben op sociale determinanten en daarmee de bestaanszekerheid verhogen kan dus een goede strategie zijn voor een preventieve aanpak voor mentale (on)gezondheid.

Te midden van deze maatschappelijke en wetenschappelijke trends rees vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de vraag welke sociale determinanten nu het belangrijkste zijn voor mentale gezondheid en welke interventies hier effectief op kunnen ingrijpen. Als mentale gezondheid wordt bepaald door ervaringen op alle vlakken van het leven, en gedurende de hele levensloop, waar moeten we dan beginnen met het maken van beleid? Is alles even belangrijk, of verdienen sommige sociale determinanten extra aandacht? En zijn er al interventies bekend die effectief ingrijpen op sociaaleconomische oorzaken van mentale problematiek?

Deze kennissynthese is een eerste stap richting het beantwoorden van deze vragen. Het doel is om studies samen te vatten die inzicht bieden in enkele van de meest relevante sociale determinanten van mentale gezondheid voor het Nederland van nu. Voor deze kennissynthese hebben we gebruik gemaakt van de internationale onderzoeksliteratuur over sociale determinanten die invloed hebben op mentale gezondheid. Om de relevantie voor ons land zo groot mogelijk te maken, is alleen recente data (gepubliceerd in 2010 of later) uit landen met een hoog inkomen gebruikt²¹. Een bijzondere focus is aangebracht op bestaand beleid dat aangrijpt op een sociale determinant van gezondheid en op deze manier de mentale gezondheid bevordert of schaadt. De volgende onderzoeksvraag wordt zo beantwoord: *Welke (beleidsinterventies op) sociale determinanten beïnvloeden mentale gezondheid in hoge-inkomenslanden?* Om deze vraag te beantwoorden heeft het Trimbos-instituut systematisch gezocht naar recente primaire wetenschappelijke literatuur over de sociaaleconomische determinanten van mentale gezondheid. Dit rapport bevat een synthese van deze literatuur en biedt enkele aanknopingspunten voor nieuw beleid ter bevordering van de mentale gezondheid in Nederland. Tot slot is, gezien de samenhang tussen mentale gezondheid en (problematisch) middelengebruik, *Bijlage A* toegevoegd: hierin worden de sociale determinanten van problematisch middelengebruik in samenhang met mentale gezondheid beschouwd.

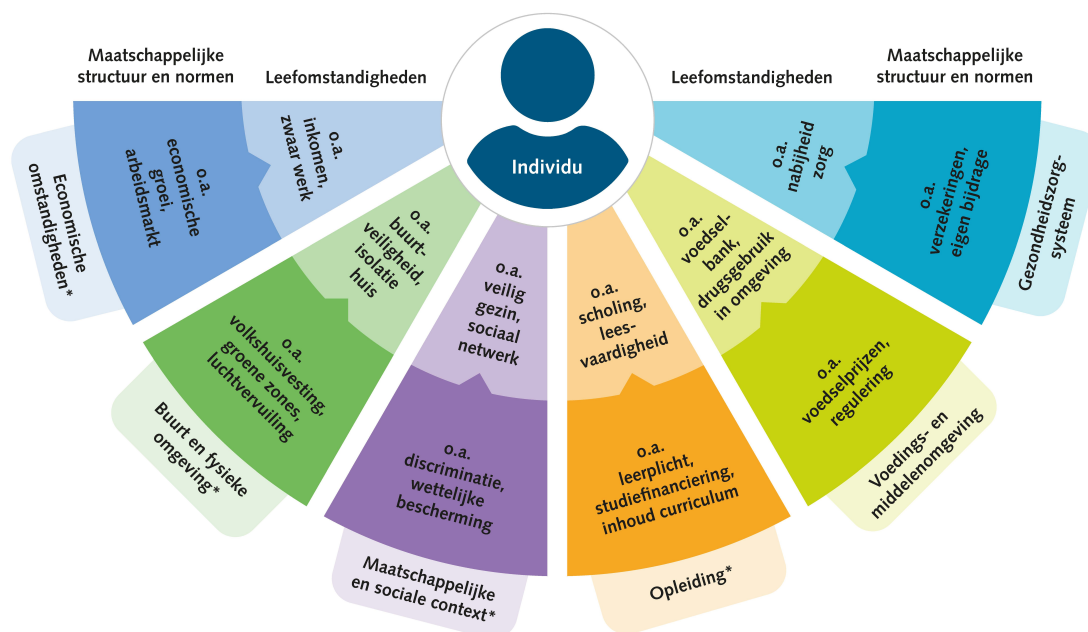
Theoretisch kader

De afgelopen decennia hebben verschillende onderzoeksgroepen conceptuele modellen opgesteld om de invloed van sociale determinanten op mentale gezondheid in kaart te brengen.²²⁻²⁶ Voor het theoretisch kader van deze kennissynthese dienden het invloedrijke ‘regenboogmodel’ van Dahlgren en Whitehead²⁵ en het zesfactorenmodel van de Kaiser Family Foundation²⁶ als directe inspiratiebron. Het Dahlgren-Whitehead-model benadrukt dat de sociale determinanten van gezondheid zich op verschillende niveaus van reikwijdte en abstractie bevinden: van algemene sociaaleconomische en culturele omstandigheden die vrijwel iedereen aangaan, via de leef- en werkomstandigheden van groepen mensen, naar de sociale netwerken waar mensen zich in bevinden en tot slot de individuele leefstijlfactoren. Dahlgren & Whitehead beschrijven vier verschillende beleidsniveaus, van structurele sociaaleconomische wetgeving tot leefstijlbeleid, die bijdragen aan gezondheid.²⁵ Programma’s en (beleids)interventies kunnen zich op één of meerdere van deze determinant(en) richten. Het Kaiser-model gebruikt een andere invalshoek door een *thematische* ordening van sociale determinanten aan te brengen. Dit model onderscheidt zes categorieën: economische omstandigheden*, buurt en fysieke omgeving, maatschappelijke en sociale context, opleiding, voeding, en gezondheidszorgsysteem.²⁶

Gezien de scope van deze opdracht hebben wij gekozen voor een theoretisch kader dat deze twee modellen verbindt en maximaal toepasselijk maakt voor de Nederlandse beleidscontext. We onderscheiden sociale determinanten en bijbehorende beleidsinterventies op twee niveaus: een macroniveau met de structuren en normen die in principe iedere Nederlander aangaan, zoals het minimumloon en de leerplicht, en een mesoniveau met leefomstandigheden die bepaalde individuen of groepen mensen aangaan, zoals bestaansonzekerheid en een veilig gezin. Interventies op sociale determinanten zijn hiermee ook in te delen: het macroniveau omvat dan interventies en programma’s in landelijk beleid, zoals sociale vangnetten en verzekeringen, en het mesoniveau omvat interventies en programma’s die gericht zijn op individuen of groepen mensen in verschillende leefomgevingen, zoals programma’s omtrent baanonzekerheid in een bepaalde industrie, sociale huisvesting, onderwijs en woonomstandigheden. (Bij deze indeling past ook een microniveau, dat verwijst naar individuele factoren zoals leefstijl; deze gelden echter niet als sociale determinanten en zijn dus weggelaten uit deze kennissynthese.) Zo ontstaat een theoretisch model (zie *Figuur 1*) dat in deze studie werd ingezet om passende zoektermen voor de kennissynthese te genereren. In overleg met de opdrachtgever is besloten om artikelen over individuele leefstijlfactoren, voeding, toegang tot zorg en klinische interventies niet mee te nemen in deze kennissynthese. Daardoor bleven vier categorieën van sociale determinanten over uit het Kaiser-model: economische omstandigheden, buurt en fysieke omgeving, maatschappelijke en sociale context, en opleiding.

* In het originele Kaiser-model draagt deze categorie de naam “economische stabiliteit”. Omdat de hier besproken studies een breder palet aan factoren bestrijken dan alleen stabiliteit, hebben wij gekozen voor de naam “economische omstandigheden”.

Deze vier thema's worden als uitgangspunt en organiserend principe genomen voor deze kennissynthese.



*Besproken in deze kennissynthese

Figuur 1. Theoretisch kader. Dit theoretisch model is gebruikt om zoektermen te genereren voor de literatuursearch. We onderscheiden sociale determinanten en bijbehorende beleidsinterventies op twee niveaus: een macroniveau (donkere kleuren) met structuren en normen die in principe iedere Nederlander aangaan, zoals het minimumloon en de leerplicht, en een mesoniveau (lichte kleuren) met leef- en werkomstandigheden die bepaalde individuen of groepen mensen aangaan, zoals bestaansonzekerheid en een veilig gezin. Sociale determinanten zijn onderverdeeld in vier thema's: economische omstandigheden, buurt en fysieke omgeving, maatschappelijke en sociale context, en opleiding. Voeding en gezondheidszorgsysteem vallen buiten de scope van dit rapport. De waaier van determinanten is naar onderen afgebeeld om het belang van het individu centraal te stellen en om te laten zien dat leefomstandigheden vaak afhankelijk zijn van meer fundamentele veranderingen in maatschappelijke structuur en normen.

Methode

Voor deze kennissynthese is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar primair wetenschappelijk onderzoek van 2010 of later. Om de bevindingen te kunnen vertalen naar de huidige Nederlandse situatie zijn alleen kwantitatieve studies van gegevens uit hoge-inkomenslanden ²¹ meegenomen.

Zoekstrategie

De vakliteratuur werd systematisch doorzocht door in juli 2021 vier databanken uit de psychologie en gezondheidswetenschappen te raadplegen, te weten PsycINFO, PubMed, Scopus en Web of Science. De zoektermen zijn gebaseerd op het hierboven genoemde theoretisch kader en zijn weergegeven onder *Zoekopdrachten wetenschappelijke databases*. De resultaten van de zoekopdrachten in de vier databanken zijn vervolgens samengevoegd tot één lijst met artikelen.

Selectie en beoordeling van artikelen

Na verwijdering van duplicaten in de samengevoegde lijst zijn de artikelen gefilterd op relevantie op basis van titels en abstract. De overgebleven artikelen werden opnieuw gefilterd, ditmaal met meer oog voor detail, op basis van de inclusie- en exclusiecriteria (zie *Tabel 1*). In de volgende selectieronde werd de volledige tekst van de artikelen geraadpleegd om te bepalen of ze relevant waren voor deze kennissynthese. Twijfelgevallen werden in de groep besproken. Artikelen werden gecategoriseerd op domein van sociale determinanten volgens het theoretisch kader (zie hierboven) en type studiedesign. De geïnccludeerde artikelen werden opnieuw herverdeeld onder de vier onderzoekers om deze in te voeren in een overzichtstabel met karakteristieken van de studie zoals populatie, de afhankelijke en onafhankelijke variabelen, de interventie, de uitkomstmaten en de conclusie. In deze fase werden opnieuw enkele artikelen verwijderd die toch niet bleken te voldoen aan de inclusiecriteria (*Tabel 1*). Om herhaling van data te voorkomen, zijn overzichtsartikelen (reviews) niet geïnccludeerd.

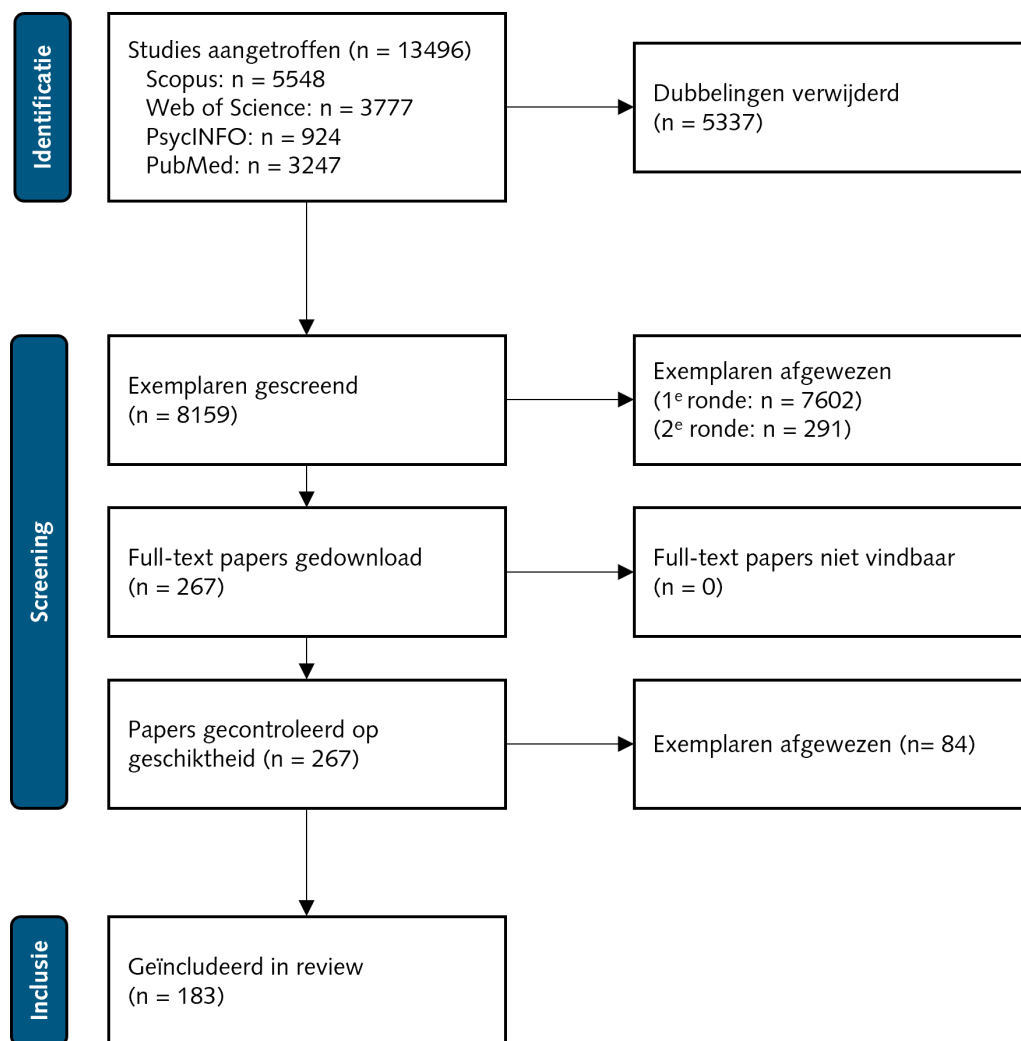
<i>Domein</i>	<i>Inclusiecriteria</i>	<i>Exclusiecriteria</i>
<i>Taal</i>	Engels of Nederlands	Alle andere talen
<i>Type artikelen</i>	<i>Peer-reviewed</i> literatuur, al gepubliceerd of <i>in-press</i> , originele studies die veranderingen in mentale gezondheid en de relatie daarvan tot sociale determinanten beschrijven	Niet <i>peer-reviewed</i> (bijv. grijze literatuur, proefschriften); secundaire artikelen zoals brieven, editorials, conferentiestukken, boekhoofdstukken etc.; simulatie- of modellerende studies
<i>Studieontwerp</i>	Kwantitatieve <i>designs</i> : crosssectionele studies, longitudinale studies zoals prospectieve (cohort)studies, natuurlijke experimenten of andere quasi-experimentele methoden (bijv. <i>difference-in-difference analysis</i> , <i>instrumental variable analysis</i>)	Kwalitatieve studies, reviews, meta-analyses
<i>Publicatiejaar</i>	1 januari, 2010 t/m 30 juni, 2021	Artikelen van voor 2010
<i>Context</i>	Hoge-inkomenslanden in Europa, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland (bij artikelen met data uit meerdere landen: ten minste twee uit deze lijst).	Alle andere landen
<i>Populatie</i>	Algemene populatie van 18 jaar en ouder	Kinderen, personen die in instituten wonen, laboratoriumstudies, dierstudies

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria

Resultaten

Geïnccludeerde literatuur

Uiteindelijk bleven 183 artikelen over die in deze kennissynthese worden besproken (zie het PRISMA-diagram in Figuur 2).



Figuur 2. PRISMA-diagram van de verschillende selectiestappen in de literatuurzoektocht. Reviews zijn in een later stadium van de screening geëxcludeerd.

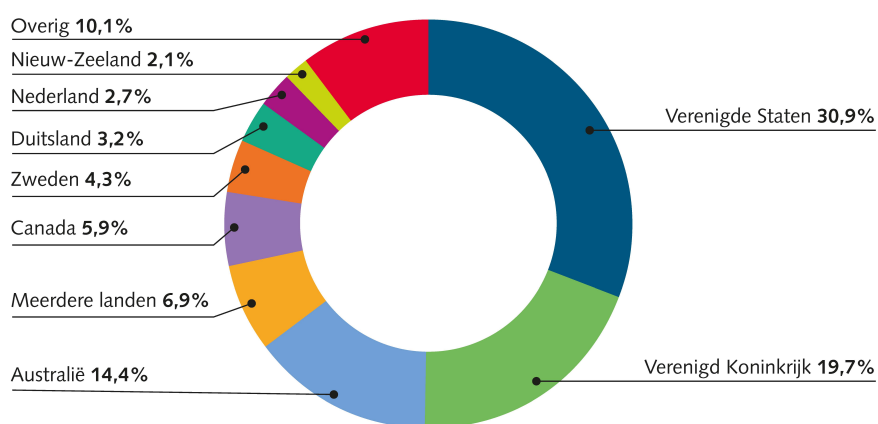
Resultaten 1: aard en oorsprong van de geïnccludeerde literatuur

Onderwerpen

Het grootste deel van de gevonden studies ging over de invloed van economische determinanten zoals armoede, inkomen, en werk op mentale gezondheid (totaal 113 studies, zo'n 60%). De op een na grootste groep studies had een focus op fysieke omgevingsinvloeden zoals huisvesting, veiligheid en groene zones (56 studies of 30%). Op plaats drie volgen de studies met sociaal-maatschappelijke onderwerpen als sociale steun en uitsluiting (49 studies, 26%), gevolgd door het thema 'opleiding' op plaats vier (29 studies, 15%). (Sommige studies behandelen meerdere onderwerpen, waardoor ze meermaals worden meegeteld.) Uit deze snelle vergelijking blijkt al dat in onze zoekstrategie vooral onderzoek naar voren kwam over de impact van economische factoren op mentale gezondheid, en minder onderzoek naar de invloed van sociale, omgevings- en opleidingsfactoren.

Geografische oorsprong van data

Bijna een derde van de hier geïnccludeerde studies is gebaseerd op data afkomstig uit de Verenigde Staten. Ongeveer een vijfde is afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk. Australië is ook goed vertegenwoordigd met bijna 15% van de artikelen. Vijf artikelen zijn geschreven met data uit Nederland (2,7%). 13 studies bevatten analyses van data uit meerdere landen, waaronder 4 studies over meer dan 10 Europese landen tegelijk. Onder 'overig' vallen onder meer studies op data uit Finland, Frankrijk, Italië en Spanje.



Figuur 3. Geografische oorsprong van de data uit de artikelen die in deze kennissynthese zijn besproken.

Typen onderzoek

Onderzoek naar de sociale determinanten van mentale gezondheid brengt unieke uitdagingen met zich mee. Hoewel de meest gezaghebbende conclusies doorgaans afkomstig zijn uit experimentele studies, zoals *randomized controlled trials* met willekeurig geselecteerde controlegroepen, is het praktisch en ethisch gezien zelden mogelijk om burgers (willekeurig) toe te wijzen aan verschillende

economische of sociale leefomstandigheden. Veruit de meeste kennis over sociale determinanten van mentale gezondheid is dan ook afkomstig uit cohortstudies waarin ofwel reeds bestaande verschillen in sociale determinanten ofwel de impact van een beleidsinterventie worden geobserveerd, en waarin de onderzoekers deze relateren aan metingen op het gebied van mentale gezondheid.

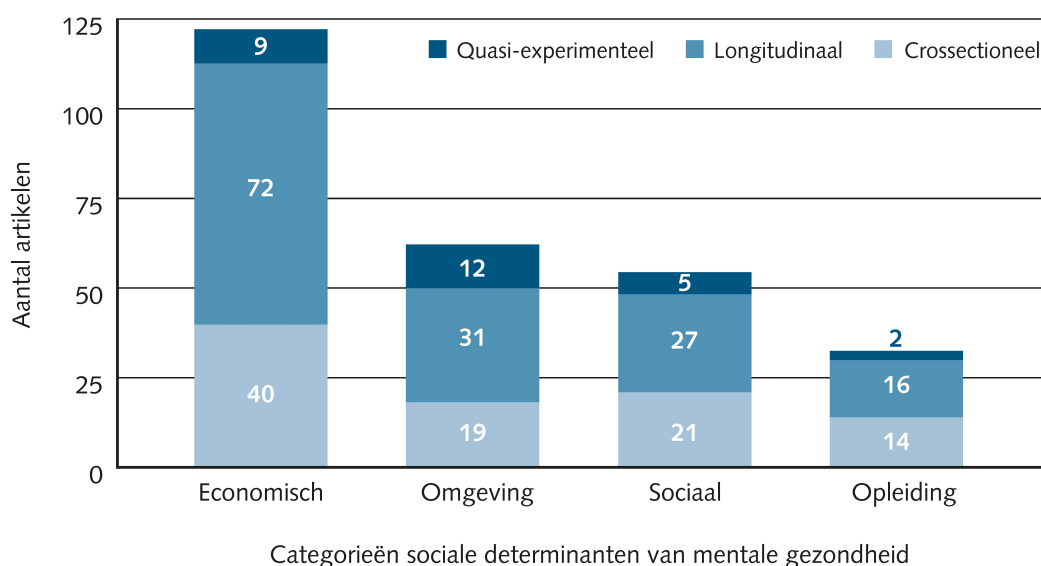
De eerste, simpelste analysevorm is de crossectionele analyse, waarin de statistische samenhang tussen twee of meer gelijktijdig gemeten variabelen (bijvoorbeeld: opleidingsniveau en prevalentie van een angststoornis) wordt bepaald. In zulke studies kan causaliteit slechts in beperkte mate aannemelijk worden gemaakt, doordat vaak onduidelijk blijft waardóór twee variabelen statistisch samenhangen—veroorzaakt variabele A variabele B, is het andersom, of is er een derde variabele die beide veroorzaakt? Dat levert problemen op voor het maken van beleid, omdat het in dit geval niet duidelijk is of het ingrijpen op de sociale determinant ook een verbetering van mentale gezondheid tot gevolg zou hebben. Desondanks wordt de crossectionele analyse veelvuldig gebruikt (zie *Figuur 4*), waarschijnlijk omdat het een relatief toegankelijke analysemethode is die op vrijwel alle kwantitatieve gegevens kan worden toegepast.

De tweede analysevorm, die vaak terugkwam in de hier geïnccludeerde studies, is de longitudinale analyse, waarin gezondheidsuitkomsten herhaaldelijk gemeten worden. Deze maakt causaliteit meer aannemelijk dan de crossectionele analyse door gebruik te maken van het feit dat oorzaken voorafgaan aan gevolgen. Zo is er een aantal studies dat armoede in de kindertijd relateert aan depressie op latere leeftijd. Daarnaast worden in veel longitudinale studies uitgebreide statistische modellen ingezet om verbanden tussen veranderende sociale determinanten en mentale gezondheid zo precies mogelijk in kaart te brengen. Toch kan bij dit soort data nooit worden uitgesloten dat een derde, niet geobserveerde variabele debet is aan de veranderingen in zowel de sociale determinant als de mentale gezondheidsuitkomst, zoals psychische problematiek bij ouders zowel armoede in de kindertijd als depressie op latere leeftijd zou kunnen veroorzaken.

De analysevorm die het meeste informatie over causaliteit oplevert, en dus ook met interesse wordt bekeken door beleidsmakers die mentale gezondheid willen bevorderen door sociale determinanten aan te pakken, is de quasi-experimentele analyse. Bij quasi-experimenteel onderzoek maakt men gebruik van een verandering in een sociale determinant of beleidskeuze die een willekeurig deel van de bevolking treft. Zo troffen we een studie aan van Franse jeugd die door een nieuwe leerplichtwet twee jaar langer naar school moest. Deze verandering raakte alleen kinderen geboren na 1 januari 1953, waardoor zij vergeleken konden worden met kinderen van voor deze geboortedatum ²⁷. Een ander voorbeeld is het onderzoek naar plotselinge verbetering van leefomstandigheden in sociale huurwoningen in Glasgow, Schotland, waar een willekeurig deel van de burgers als eerste betere woningisolatie ontving en het effect hiervan op mentale gezondheid dus zuiver kon worden bepaald ²⁸. Het is bij zulk onderzoek van belang dat van tevoren niet te voorspellen was aan welke burgers de genoemde veranderingen in sociale determinanten te beurt zou vallen. Daarmee lijken deze studies op de 'ideale' vorm van het dubbelblinde experiment met een gerandomiseerde controlegroep: ook in dat geval is van tevoren niet te zeggen welke deelnemers in welke onderzoeksgroep vallen. De ontkoppeling van persoonlijke eigenschappen en de verandering in sociale determinanten is cruciaal om causale verbanden tussen sociale determinanten en mentale gezondheidsuitkomsten te kunnen aantonen ²⁹. In de praktijk is het nog niet makkelijk om valide en

generaliseerbare 'natuurlijke experimenten' te vinden, wat verklaart dat deze onderzoeksvorm relatief weinig voorkomt (zie *Figuur 4*).

De geïnccludeerde artikelen worden hieronder gepresenteerd en beschreven per determinant en op volgorde van de mate waarin causaliteit aannemelijk kan worden gemaakt. Dit betekent dat als eerste de quasi-experimentele studies aan bod komen, gevolgd door de longitudinale studies, en als laatste de crosssectionele studies.



Figuur 4. Thema's en typen onderzoeksdesigns in de geïnccludeerde artikelen. In onze database komen artikelen over economische determinanten van mentale gezondheid het meest voor en artikelen over opleiding als determinant het minst. Qua design bestaat de meerderheid van de studies uit crosssectionele of longitudinale analyses, waar causaliteit slechts beperkt uit op te maken is. Noot: enkele studies maken gebruik van meerdere typen analyses, waardoor de totalen niet gelijk zijn aan de totalen per thema.

Uitkomstmaten van mentale gezondheid

Mentale gezondheid is een brede term die zowel de afwezigheid van psychiatrische aandoeningen en klachten als de aanwezigheid van mentaal welbevinden omvat. Om de effecten van sociale determinanten op mentale gezondheid goed te kunnen interpreteren, hebben wij onze zoektocht gericht op een beperkt aantal grootheden en constructen dat duidelijk thuishoort onder mentale gezondheid. Hierin hebben wij gezocht naar de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen en omschrijvingen van mentaal welbevinden. In het Engels ziet deze lijst termen er als volgt uit (zie ook *Zoekopdrachten wetenschappelijke databases*):

- *Depression: depression, depressive symptoms, depressive disorder, antidepressant use;*
- *Anxiety: anxiety symptoms, generalized anxiety disorder, panic disorder, anxiolytic use;*
- *Chronic stress;*
- *Positive mental health: resilience, mental wellbeing, life satisfaction;*
- *Poor mental health: mental health problems, mental ill-health, mental health issues, mental disorders.*

Al deze grootheden kunnen ook weer op verschillende manieren worden gemeten. De artikelen in deze kennissynthese hanteren dan ook diverse aanpakken, van korte zelfrapportagematen ter screening op psychische klachten tot volledige klinische interviews waarin psychiatrische aandoeningen volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) van de American Psychiatric Association worden vastgesteld. Vanwege de veelheid aan maten is het niet haalbaar om studies te clusteren op de precieze uitkomstmaat. In plaats daarvan proberen we in ons taalgebruik onderscheid te maken tussen *stoornissen* en *klachten*. Waar hieronder van 'stoornissen' wordt gesproken, worden uitsluitend stoornissen bedoeld die volgens een gevalideerde en gestandaardiseerde klinische vragenlijst (afgenomen door een zorgverlener of andere getrainde professional) worden vastgesteld binnen het theoretisch kader van de DSM of de International Classification of Diseases (ICD) van de World Health Organization. Waar van 'psychiatrische klachten', 'psychische klachten' of 'psychologische distress' wordt gesproken, wordt bedoeld op klachten als depressiviteit, angst of slapeloosheid die doorgaans door de persoon zelf met een zelfrapportagevragenlijst worden opgegeven; hierbij is dan niet per se sprake van een psychiatrische stoornis maar dat kan wel het geval zijn. Sommige studies doen uitspraken over meerdere gezondheidsmaten waarvan slechts een minderheid een indicator van mentale gezondheid is. Bij zulke studies is hier alleen ingegaan op de resultaten met betrekking tot mentale gezondheid.

Resultaten 2: verbanden tussen sociale determinanten en mentale gezondheid

Nu worden de gevonden studies inhoudelijk besproken in de volgorde van de vier geselecteerde categorieën van sociale determinanten. Binnen elke categorie starten we met de quasi-experimentele studies omdat deze doorgaans een grote relevantie voor beleid hebben; ze worden gevolgd door de longitudinale en crosssectionele studies.

Categorie 1: Economische omstandigheden

Quasi-experimentele studies

In maatschappelijke discussies over bestaanszekerheid wordt met regelmaat gesteld dat er een verband zou zijn tussen *economische omstandigheden* als inkomen, werk en armoede enerzijds en mentale gezondheid anderzijds. Uit ons literatuuronderzoek bleek dat er inderdaad bewijs is voor deze stelling. Enkele quasi-experimentele studies laten dit duidelijk zien. De meeste gaan over een natuurlijk experiment waarin door een verandering in beleid armoede afnam onder een groep burgers. Dat kan bijvoorbeeld met een basisinkomen, een aan alle volwassenen uitgereikte onvoorwaardelijke uitkering. In een Canadees dorp werd in de jaren '70 vijf jaar lang een proef gedaan met zo'n basisinkomen. Tijdens deze proef daalde het aantal ziekenhuisopnames voor psychische klachten significant ten opzichte van een controlegroep en de onderzoeker schreef dit effect toe aan het basisinkomen ³⁰. Een andere beleidsoptie is het minimumloon. In het Verenigd Koninkrijk leidde het invoeren van het minimumloon in 1999 tot een significante daling van depressieve klachten onder mensen met een laag inkomen; het effect was ongeveer even groot als dat van het toedienen van antidepressiva ³¹. En in Spanje leidde het bieden van huursubsidie (vanuit liefdadigheid) tot een verbetering van de mentale gezondheid bij arme families ³². Omgekeerd leidde het verlagen van de huursubsidie in het Verenigd Koninkrijk in 2011 tot een toename van depressieve klachten onder mensen met weinig inkomen ³³. Deze krachtige quasi-experimentele studies maken het aannemelijk dat het verminderen van financiële nood bij mensen met een laag inkomen leidt tot significante verbeteringen in mentale gezondheid.

Niet alleen het wel of niet uitkeren van een uitkering maakt verschil in mentale gezondheidsuitkomsten; ook de manier waarop dit gebeurt is van belang. Zo werden in het Verenigd Koninkrijk verschillende uitkeringen in 2013 gebundeld onder de naam Universal Credit. Deze bundeling had tot doel om ontvangers sneller richting betaald werk te loodsen en betekende onder meer dat alle overheidssteun maandelijks in één keer overgemaakt werd op de bankrekening van ontvangers. Bij de invoering was echter ook sprake van vertraagde uitbetaling en een strenger sanctiebeleid. Volgens een quasi-experimentele studie leidde de invoering van Universal Credit tot een toename van psychische klachten van ongeveer 6,5% onder de gebruikers van deze regeling, wat gelijk staat aan zo'n 21.000 extra gevallen van depressie tussen 2013 en 2018 ³⁴. Dit suggereert dat onzekerheid over het al dan niet ontvangen van uitkeringen schadelijk kan zijn voor de mentale gezondheid.

De resultaten van quasi-experimentele studies zijn niet geheel eenduidig. Waar een Amerikaanse belastingaftrek voor werkende volwassenen met een laag inkomen, de Earned Income Tax Credit (EITC), volgens sommige onderzoekers leidt tot een daling in psychische klachten ^{35,36}, hebben anderen geen effect aangetroffen ^{37,38}. Desondanks rijst uit deze literatuur het algemene beeld op dat een toename van financiële middelen bij groepen met een laag inkomen aanzienlijke positieve effecten heeft op mentale gezondheid.

Longitudinale studies

De algemene indruk uit quasi-experimenteel onderzoek is dat een toename van financiële middelen grote positieve effecten kan hebben op mentale gezondheid. Deze conclusie wordt ondersteund door een relatief groot aantal studies dat weliswaar niet op een quasi-experimenteel design kan bogen, maar dankzij longitudinale metingen wel een rijk beeld schetst van de veranderingen in mentale gezondheid die gepaard gaan met veranderingen in economische omstandigheden. Allereerst is er recent longitudinaal bewijs dat het niet kunnen rondkomen door een gebrek aan geld (in de vakliteratuur ook wel aangeduid als *material hardship*, *economic difficulties*, *deprivation of financial strain*) gepaard gaat met een slechtere mentale gezondheid ³⁹⁻⁴⁵. Onderzoekers wijzen hiervoor verschillende oorzaken aan. Ten eerste leidt armoede tot stress, wat zich kan uiten in bijvoorbeeld toenemende depressieve en angstklachten ^{39,46}. Ten tweede stellen werk en inkomen ons in staat om onze behoeftes te vervullen en psychologische 'hulpbronnen' op peil te houden, zoals eigenwaarde, gevoel van controle over het leven en zingeving ⁴⁷⁻⁵¹. Ten derde krijgen armere mensen vaker te maken met onregelende gebeurtenissen (zogeheten *life events*) als een echtscheiding of een gevangenisstraf, die op hun beurt weer de mentale gezondheid negatief beïnvloeden ⁴⁰. De negatieve effecten van armoede op mentale gezondheid gelden zelfs voor mensen die geen absolute maar *relatieve* armoede ervaren, bijvoorbeeld door in een omgeving te wonen met mensen die rijker zijn dan zichzelf⁵². Dit effect is al bij jongvolwassenen zichtbaar: een daling van inkomensongelijkheid in een gemeenschap gaat gepaard met een daling in angstklachten onder deze groep⁵³.

Gezien deze bevindingen is het niet verrassend dat grootscheepse economische trends invloed hebben op mentale gezondheid. Tijdens de recessie van 2008 was er een toename van mentale klachten in Engeland, en deze stijging kon worden verklaard door veranderingen in werkgelegenheid en salarissen ⁵⁴. Psychiatrische stoornissen komen vaker voor in gebieden waar al lang weinig werk is, vergeleken met gebieden waar pas net minder werk is ⁵⁵. Mensen die in gebieden wonen waar werkloosheid toeneemt, belanden vaker in het ziekenhuis met een ernstige psychiatrische aandoening ⁵⁶. Mensen die in gebieden wonen met economische achteruitgang ervaren soms ook toenemende psychologische klachten ⁵⁷ (maar dit resultaat wordt niet altijd gevonden ⁵⁸). Daarnaast kunnen bezuinigingen bij de overheid in economisch slechte tijden samenhangen met negatieve effecten op mentale gezondheid. ⁵⁹

Vast werk is een bron van inkomen en daarmee van stabiliteit. Het hebben van een baan gaat dan ook over het algemeen gepaard met betere en stabielere mentale gezondheid ^{51,60,61}. Mensen zonder werk hebben meer risico op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen ⁶² en subklinische klachten ⁶³ dan mensen met werk. Meer baanonzekerheid gaat gepaard met meer psychiatrische klachten ⁶³⁻⁶⁶. Het effect lijkt vooral te ontstaan als de persoon zelf het gevoel heeft over onzeker werk te beschikken, zelfs als dat objectief gezien niet zo is ⁶⁷.

Stabiel werk maakt mensen weerbaar tegen effecten van bijvoorbeeld stressvolle leefomgevingen⁶⁸. Mensen die hun baan verliezen ontwikkelen daarna vaker een stoornis⁶⁹ en toegenomen depressieve klachten en psychologische distress^{44,70,71}. Hoe vaker je baanverlies ervaart, hoe erger zijn of haar mentale gezondheid geraakt wordt⁷². Dit geldt in het bijzonder voor mensen met prestigieuze beroepen⁷³. Zo beginnen in Zweden hoogopgeleide mannen vaker dan laagopgeleide mannen met psychofarmaca nadat ze een uitkering aanvragen⁷⁴. Mensen zijn ook minder mentaal gezond in periodes dat ze een uitkering ontvangen versus periodes dat dit niet zo is⁷⁵; dit sluit een alternatieve verklaring uit waarin bepaalde stabiele persoonlijkheidstrekken tot zowel het ontvangen van uitkeringen als een mindere mentale gezondheid zouden leiden. Stoppen met werken heeft niet altijd een negatief effect en de impact is afhankelijk van de reden van ontslag: mensen die met pensioen gaan ervaren minder negatieve gevolgen dan mensen die hun baan verliezen terwijl ze nog wel zouden willen werken^{70,72}. Al de hier gevonden resultaten samen wijzen erop dat het verlies van werk niet alleen negatieve financiële consequenties heeft, wat op zichzelf al de mentale gezondheid kan beïnvloeden, maar dat dit verlies van werk ook gevolgen heeft voor eigenwaarde en sociale status, die samenhangen met sociale normen omtrent arbeid. Deze psychologische eigenschappen van werk hebben dus invloed op de mentale gezondheid.

Hoewel werken doorgaans gepaard gaat met betere mentale gezondheid dan niet werken, is er weinig bewijs over *hoeveel* werk optimaal is. Wel wordt duidelijk dat dit afhangt van de arbeidsomstandigheden en de belasting in het persoonlijke leven. Een studie uit Australië becijferde dat mensen de beste mentale gezondheid ervaren bij een werkweek van 39 uur: zowel meer als minder werk ging gepaard met minder gezondheid⁷⁶. Bij mensen zonder verplichtingen in hun persoonlijke leven, zoals zorg voor kinderen, lag het optimale aantal uren hoger. De organisatie van betaalde en onbetaalde arbeid in een samenleving is ook van belang. Zo kunnen ouders die problemen ervaren met het regelen van de opvang van hun kinderen juist méér stress krijgen van werken dan niet werken⁷⁷.

Verschillen in werk en inkomen vertalen zich in verschillen in sociaaleconomische status (SES). Mensen in een lagere sociaaleconomische positie hebben doorgaans minder financiële middelen om onverwachte kosten op te vangen, worden vaker blootgesteld aan veeleisend werk met minder baan zekerheid, en hebben minder mogelijkheden om te compenseren voor veranderingen in inkomen en kosten over de tijd, waardoor ze meer stress kunnen ervaren. De literatuur laat dan ook zien dat een lagere SES geassocieerd is met meer psychologische distress⁵⁰, meer depressieve klachten⁷⁸⁻⁸⁰ en meer gebruik van antidepressiva⁸¹. Mensen met een hogere sociaaleconomische positie, zoals kapitaalkrachtige huizenbezitters, beschikken daarentegen over financiële buffers die ook als buffer van mentale gezondheid kunnen dienen. Zo gaat het bezit van een waardevast huis gepaard met een betere mentale gezondheid^{82,83}. Huurders hebben dan ook een slechtere uitgangspositie voor mentale gezondheid dan huizenbezitters: vooral zij die de huur moeilijk kunnen betalen hebben vaker last van psychische klachten⁸⁴. Dit gaat gepaard met andere nadelige effecten van slechtere huisvesting op mentale gezondheid (zie *Thema 2. Buurt en fysieke omgeving*).

Zoals rijkdom deels wordt overgedragen over generaties, geldt dit ook voor aan armoede gerelateerde mentale gezondheid, zo blijkt uit de laatste set longitudinale studies. Kinderen van ouders met een prestigieuze baan zijn op latere leeftijd minder vaak depressief⁸⁵. En kinderen die opgroeien in een arm milieu hebben later vaker een psychiatrische stoornis⁸⁶, psychische klachten

in het algemeen⁸⁷, angstklachten (op hoge leeftijd)⁸⁸, depressie⁸⁹, en schommelingen in depressieve gevoelens⁹⁰. Tegelijkertijd zijn er ook studies die zulke intergenerationele effecten niet in de data terugzien⁹¹⁻⁹³.

Crossectionele studies

Het beeld dat geschetst wordt door quasi-experimenteel en longitudinaal onderzoek naar de economische determinanten van mentale gezondheid wordt verder ingekleurd door crossectionele verkenningen van gezondheidsdata. Mensen met minder inkomen en meer moeite met het betalen van hun vaste lasten hebben vaker problemen met mentale gezondheid, zo blijkt uit onderzoek in Canada, de VS, Australië en Nieuw-Zeeland⁹⁴⁻⁹⁷. Mensen met tijdelijke contracten zijn psychisch minder gezond dan mensen met een vast contract⁹⁸⁻¹⁰⁰ en mensen zonder baan zijn depressiever¹⁰¹ en hebben over het algemeen een slechtere mentale gezondheid¹⁰². Meer autonomie in het werk en minder fysieke belasting (bij hoogopgeleiden) gaan samen met minder depressie¹⁰³. Amerikanen die *food stamps* (een bepaalde uitkering) ontvangen hebben vaker een depressie dan mensen die dit niet ontvangen¹⁰⁴, en dat geldt ook voor immigranten die geen werk vinden¹⁰⁵. Antidepressiva worden vaker uitgeschreven in gebieden en tijden met economische achteruitgang (bv. werkloosheid en schulden)¹⁰⁶ en toen ouderen in het Verenigd Koninkrijk retrospectief gevraagd werden hoe hun jeugd was, gaven depressievere ouderen vaker aan dat ze als kind arm opgroeiden¹⁰⁷. Moeite met rondkomen gaat gepaard met stress en onzekerheid, wat psychologische hulpbronnen schaadt^{95,99,108}. Dat geldt ook voor een slechter gevoel over de eigen waarde en sociale status¹⁰⁹. Sommige auteurs suggereren dat de negatieve gevolgen van armoede en werkloosheid kunnen worden tegengegaan door een welvaartsstaat naar Scandinavisch model¹¹⁰. Maar ongeacht de staatsinrichting blijkt uit onderzoek blijkt dat het vergroten van economische zekerheid door o.a. meer werkgelegenheid, een gunstig minimumloon en effectieve uitkeringen waarschijnlijk een positief effect zal hebben op de mentale gezondheid van grote groepen mensen.

Categorie 2: Buurt en fysieke omgeving

Quasi-experimentele studies

De tweede categorie sociale determinanten die veel wordt onderzocht in relatie tot mentale gezondheid betreft de *buurt en fysieke omgeving*. Hieronder vallen aspecten als kwaliteit van huisvesting, veiligheid in de wijk en toegang tot natuur. De beschikbare quasi-experimentele studies over dit onderwerp geven voornamelijk inzicht in de effecten van kwaliteit en betaalbaarheid van huisvesting en kwaliteit van de sociale en bebouwde omgeving.

Zo is er sterk bewijs dat het verbeteren van huisvesting de mentale gezondheid bevordert, of het nu gaat om opknapbeurten binnenhuis of om de buurt waar iemand woont. In het GoWell-initiatief in Glasgow, Schotland bleek dat onder andere betere daken, deuren, ramen, en verwarming leidden tot verbeteringen in de mentale gezondheid^{111,112}. Energie-efficiënte huisvesting (bv. betere verwarming en isolatie) ging gepaard met een afname in mentale ongezondheid en een verbetering van slaap. Dit was volgens de onderzoekers niet alleen te danken aan een verbeterde huisvesting maar ook aan betere financiële uitkomsten door lagere kosten om een huis te verwarmen¹¹³. In een andere studie, uit de Verenigde Staten, bleek dat mensen die willekeurig geselecteerd werden om

uit een achterstandswijk te verhuizen naar goede en betaalbare woningen daarna minder stressvolle momenten ervoeren en om die reden minder angstklachten hadden ¹¹⁴. Tegelijkertijd kan het verhuizen naar een nieuw, beter huis ook gepaard kan gaan met stress omdat iemand zich moet aanpassen in een nieuwe omgeving ³².

Naast effecten van huisvesting bestaat er in de VS een verband tussen armoede en discriminatie in de wijk enerzijds en psychische stress anderzijds ¹¹⁵. Daarnaast is meermaals quasi-experimenteel bestudeerd of een investering in een buurt de mentale gezondheid beïnvloedt. De uitkomsten van deze studies verschillen. Zo is er een aantal experimenten dat geen vermindering van psychische stress waarnam bij investeringen in een buurt ¹¹⁶⁻¹¹⁸, wat in tegenspraak is met de resultaten uit het GoWell-initiatief ¹¹⁹. Positieve effecten werden wel gemeten na vernieuwing van een wijk in Spanje: deze vernieuwing leek als een buffer te werken voor de mentale gezondheid van de bevolking, vooral bij de mensen die fysieke arbeid verrichten; de auteurs van dit onderzoek interpreteerden dit als een effect van toenemende gelijkheid in de wijk ¹²⁰.

Tot slot is er bewijs voor de werkzaamheid van sociale initiatieven in de wijk. Met de invoering van de zogenaamde Neighborhoods Law in Catalonië (Spanje) werd er binnen stadsvernieuwing ook aandacht besteed aan sociale verbeteringen, onder andere door buurthuizen en andere sociale voorzieningen in te richten. Een betere sociale integratie door de verschillende initiatieven zorgde daar voor positieve effecten op de mentale gezondheid van bewoners ¹²⁰.

Longitudinale studies

Vergelijkbaar met bovengenoemde bevindingen zijn er longitudinale verbanden gemeten tussen huisvestingsaspecten en mentale gezondheid. Zo wordt verval van een huis (bv. lekkende daken en kapotte ramen) geassocieerd met toenemende psychische klachten en treedt bij verbeterde huisvesting juist vaak een verbetering in mentale gezondheid op (op zowel de korte en de lange termijn) ^{121,122}. In een Housing First-project in Toronto (Canada) werd via een longitudinale analyse gevonden dat het verschaffen van huisvesting stress doet afnemen bij mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats, vooral wanneer er ook sociale support aanwezig is: hoe stabiel de huisvesting, hoe minder stress ¹²³. Deze bevinding is vergelijkbaar met een studie (in de algemene populatie) waar de slechtste mentale gezondheid te zien was bij mensen die veel verhuizen van en naar sociale woningbouw en dus minder stabiliteit ervaren ¹²⁴. Kanttekening hierbij is dat mensen die in slechte omstandigheden wonen of dakloos zijn na verloop van tijd beter leren omgaan met deze schadelijke omstandigheden en daardoor een kleiner risico lopen depressie wanneer zij zich opnieuw in precare huisvesting begeven ¹²⁵. Stabiele huisvesting kan in het bijzonder relevant zijn voor het welzijn van vrouwen. Hoe meer risicofactoren voor instabiele huisvesting, hoe groter de kans dat vrouwen die misbruik hebben ervaren depressie en PTSD rapporteerden ¹²⁶.

Meerdere studies wijzen op het verband tussen moeite met betalen van woonruimte en mentale ongezondheid ^{127,128}. Zo liet een studie uit Ierland zien dat mensen die een hypotheek hebben of huur betalen en inkomensverlies ervaren vooral een grotere kans hebben op een depressie ¹²⁹. Naast huur of een hypotheek is ook het niet kunnen betalen van energiekosten (energiearmoede) een risicofactor voor psychische ongezondheid ¹³⁰ en wordt moeite met het betalen van vervoer (transportarmoede) geassocieerd met verhoogde (financiële) stress ¹³¹.

De sociale cohesie in een wijk kan ook relevant zijn voor mentale gezondheid, al lopen de bevindingen hier uiteen. Zo ontdekte een studie in Finland dat mensen die in stedelijke wijken wonen doorgaans minder sociale interactie hebben dan mensen die in landelijke gebieden wonen, maar dat dit niet samengaat met de veronderstelde toename in depressie of wantrouwen ¹³². Een vergelijkbare uitkomst werd gevonden in Canada ⁵⁷. Een studie uit de Verenigd Koninkrijk stelt dat er juist wel een verband is tussen sociale cohesie in wijken en mentale gezondheid: vooral in wijken met veel sociale problematiek en weinig sociale cohesie komen psychische klachten vaker voor ¹³³. Sommige auteurs benadrukken het belang van het 'thuisgevoel' voor mentale gezondheid, juist ook bij mensen die geen eigen huis bezitten ¹³⁴. Een studie uit Amerika wijst uit dat racistische discriminatie in de wijk statistisch samenhangt met het ontwikkelen van een ernstige depressie op latere leeftijd bij Afro-Amerikaanse vrouwen ¹³⁵. Criminaliteit in een wijk hangt ook samen met een groter risico op stress ¹³⁶.

Crossectionele studies

In crossectionele studies worden opnieuw verbanden tussen betaalbaarheid van huisvesting en wijkcohesie enerzijds en mentale gezondheid anderzijds aangetroffen. Zo gaat dure huisvesting samen met een verhoogde kans op depressie ^{137,138}. Op wijkniveau is sociale cohesie bevorderend voor mentaal welzijn ¹³⁹. De omgeving kan een belangrijke rol spelen bij bepaalde doelgroepen, zoals eerder al het belang van huisvesting werd genoemd voor vrouwen die misbruik hebben ervaren. Goede huisvesting is, naast andere factoren zoals taal en werk, ook belangrijk voor het mentale welzijn van vluchtelingen ¹⁰⁵.

Waar de rol van natuur minder tot niet voorbijkomt in quasi-experimentele en longitudinale studies is dit wel het geval bij crossectionele studies. Groenere omgevingen in steden lijken daar samen te gaan met betere mentale gezondheidsuitkomsten. Zo wijst een studie uit dat mannen die in groene omgevingen wonen minder psychische aandoeningen ervaren ¹⁴⁰ en dat oudere mensen minder stress ervaren wanneer een groene omgeving nabij is ¹⁴¹. Een andere studie rapporteert dat de afstand tot een stadspark (400 meter) samenhangt met mentale gezondheid: hoe verder weg het park, hoe lager de mentale gezondheid ¹⁴². Een Nederlandse studie zag een soortgelijk verband: hoe minder groen de omgeving, hoe hoger de prevalentie van depressie ¹⁴³. Hier kan door de aard van de crossectionele analyse echter geen oorzakelijke interpretatie aan worden verbonden.

Categorie 3: Maatschappelijke en sociale context

De categorie sociale determinanten van mentale gezondheid is "Maatschappelijke en sociale context". Binnen de artikelen uit deze categorie komt een verscheidenheid aan sociale factoren voorbij die allen op hun eigen manier samen kunnen hangen met mentale gezondheid, van sociale integratie en toegang tot sociaal kapitaal tot discriminatie en sociale uitsluiting. We geven hier een overzicht van de gemelde effecten van al deze factoren, met de kanttekening dat het hier om zeer uiteenlopende sociale ervaringen gaat die moeilijk met elkaar te vergelijken zijn.

Quasi-experimentele studies

De twee quasi-experimentele studies in de categorie *maatschappelijke en sociale context* gaan over discriminatie en sociale uitsluiting versus inclusie. In de Verenigde Staten is onderzoek gedaan naar

de effecten van de *Civil Union Bill Enactment*, een beleidsverandering die het mogelijk maakte dat partners van hetzelfde geslacht een legaal geregistreerd partnerschap konden aangaan. De studie toonde aan dat deze beleidsverandering leidde tot een afname van discriminatie ervaren door vrouwen uit een seksuele minderheidsgroep, waardoor ook depressieve gevoelens afnamen. Zodra het wetsvoorstel in werking ging, vond een directe positieve verandering plaats in de mentale gezondheid van deze vrouwen ¹⁴⁴. Een studie uit het Verenigd Koninkrijk onderzocht de toename in discriminatie en racisme jegens moslims en het effect hiervan op de mentale gezondheid van moslims na de aanslagen van 11 september 2001. Ze vonden geen significante verbetering of verslechtering, wat volgens de auteurs te wijten zou kunnen zijn aan het gebruikte meetinstrument (de relatief grofmazige *General Health Questionnaire* of GHQ) ¹⁴⁵.

Longitudinale studies

Er zijn ook enkele longitudinale studies naar het effect van discriminerend beleid op seksuele minderheidsgroepen in de Verenigde Staten. Zo onderzocht een team van wetenschappers de impact van het verbieden van het homohuwelijk op de mentale gezondheid in de VS. Het bleek dat seksuele minderheden die woonden in een staat waar het homohuwelijk net was verboden (in 2004-2005), daarna een toename van 36,6% lieten zien in de incidentie van een stemmingsstoornis volgens de DSM-IV, 248,2% voor een angststoornis en 36,3% voor psychiatrische comorbiditeit ¹⁴⁶. Bij heteroseksuelen werden ook flinke toenames in het vóórkomen van deze stoornissen gemeten, en de auteurs van deze studie rapporteren in het artikel niet of de stijging onder mensen uit een seksuele minderheidsgroep significant groter was dan in deze controlegroep of niet. Desondanks concludeerden ze dat het invoeren van zulke wetgeving schadelijk is voor de gezondheid van seksuele minderheden.

Soortgelijk onderzoek is ook uitgevoerd naar de positie van etnische minderheden, zoals de Maori in Nieuw-Zeeland. Wanneer hun sociaaleconomische positie beter wordt, gaat dat gepaard met een matig positief effect op de mentale gezondheid. ¹⁴⁷ Het ontbreken van een sterker effect zou volgens de auteurs kunnen betekenen dat eerst ook andere ongelijkheden rechtgezet moeten worden om ongelijkheden in psychisch welzijn te verbeteren, zoals sociale uitsluiting. Een onderzoek uit Amerika toont aan dat naarmate Afro-Amerikaanse vrouwen meer racistische discriminatie meemaken, zij meer *allostatic load* ervaren (een benaming voor langdurig opgebouwde, samengestelde stress). Hetzelfde geldt voor vrouwen met een lager inkomen. De auteurs benadrukken daarom het belang van intersectionaliteit (stapeling en interactie van risicofactoren): de gevolgen voor mentale gezondheid zijn groter wanneer iemand én Afro-Amerikaans is én een lager inkomen heeft ¹⁴⁸. Tot slot liet een studie zien dat leeftijdsdiscriminatie bij vrouwen samenhangt met depressieve symptomen, al kan financiële druk dit verband gedeeltelijk verklaren ¹⁴⁹.

Er is ook longitudinaal onderzoek naar het verband tussen sociaal netwerk, sociale steun en sociaal kapitaal enerzijds en mentale gezondheid anderzijds. Zo ontdekten onderzoekers dat vrouwen die tijdens hun zwangerschap meer informele steun ontvingen van hun partner, minder vaak een postpartumdepressie ontwikkelden. Dit verband werd niet aangetroffen voor formele steun, zoals van een huisarts of verloskundige ¹⁴⁹. In algemene zin stellen sommige onderzoekers dat de hoeveelheid en kwaliteit van sociale steun in de jeugd tot wel 25% van de variantie in mentale gezondheid op latere leeftijd kan verklaren ¹⁵⁰.

Naast sociale steun lijkt maatschappelijke betrokkenheid ook samen te hangen met mentaal welzijn. Een studie uit Noorwegen vond dat de mate van maatschappelijke betrokkenheid bij mannen een inverse relatie had met de prevalentie van depressieve symptomen. Voor vrouwen kwam deze associatie niet voor in de beschikbare data, maar de auteurs suggereerden dat dit effect wel zo kunnen bestaan ¹⁵¹. Twee andere studies onderzochten of sociaal kapitaal beschermend werkt tegen mentale ongezondheid bij mensen die een handicap oplopen. Zij vonden inderdaad dit verband en suggereren dat mensen die vanaf hun jeugd in een goede mentale gezondheid leven, veel sociaal kapitaal hebben en hulp krijgen van anderen, meer veerkracht vertonen wanneer zij een handicap oplopen. Het bijkomende risico is dat wanneer deze sociale steun afneemt, dit de mentale gezondheid negatief beïnvloedt ^{152,153}. Voor de doelgroep die in beschermende sociale huisvesting woont (*permanent supportive housing* in de VS) lijkt sociale steun ook een positief verband te hebben met depressieve symptomen ¹⁵⁴.

Crosssectionele studies

Onder de geïncludeerde crosssectionele studies gaan drie studies in op discriminatie en één op sociale steun. Een studie uit de Verenigde Staten liet zien dat ervaren racistische discriminatie voor zwarte mannen tussen de 20 en 23 jaar oud samenhangt met symptomen van angst en depressie in de leeftijd van 20 tot 32 jaar. De auteurs voegden hier aan toe dat zwarte vrouwen hier minder vatbaar voor lijken ¹⁵⁵. Een andere studie uit Amerika liet zien dat zwarte studenten die op een school zaten met een hoog percentage witte studenten op latere leeftijd vaker te maken kregen met meer depressieve klachten, terwijl de witte studenten minder depressiviteit ontwikkelden. Zij concludeerden dat racisme aandacht moeten krijgen in beleid ¹⁵⁶. Een andere studie gaf aan dat de verbeterde sociale positie van vrouwen geboren tussen 1955 en 1994 zorgde voor betere toegang tot onderwijs, wat uiteindelijk leidde tot kleinere man-vrouwverschillen in depressieprevalentie tussen 1992 en 2010. In het kort stellen zij dat sociale normen rond gender een belangrijke rol kunnen spelen in het mentale welzijn van vrouwen ¹⁵⁷. Tot slot worden sommige omgevingsfactoren in de literatuur geconstrueerd als sociale factoren: minder sociale steun wordt gezien als een verklaring voor slechtere mentale gezondheid voor mensen die op het platteland wonen ¹⁵⁸.

Categorie 4: Opleiding

Quasi-experimentele studies

Opleiding is dusdanig belangrijk voor de sociaaleconomische positie van het individu dat het een van de meest voor de hand liggende sociale determinanten van mentale gezondheid is. Tegelijkertijd is het effect van opleiding op mentale gezondheid moeilijk te bestuderen. Het volgen van een opleiding heeft allerlei effecten op iemands leven die de gezondheid op de lange termijn kunnen beïnvloeden, waaronder inkomen, sociale status, gezondheidsvaardigheden enzovoort. Scholen vormen ook een belangrijke sociale omgeving waarin sommige mensen tot bloei komen en anderen bijvoorbeeld discriminatie, segregatie en stigma ervaren, wat weer slecht kan zijn voor mentale gezondheid. Deze veelheid aan mogelijke verbanden tussen opleiding, tussenliggende factoren en mentale gezondheid leidt ertoe dat duidelijke oorzakelijke inzichten vooralsnog schaars zijn.

In deze kennissynthese werden slechts twee studies aangetroffen die die een quasi-experimentele benadering hanteerden. Deze gaven bovendien geen eenvoudig beeld over de invloed van onderwijs op mentale gezondheid. In Frankrijk hebben onderzoekers gebruik gemaakt van een wet uit de jaren '50 waardoor kinderen geboren na 1 januari 1953 ineens twee jaar langer leerplichtig waren. De onderzoekers vergeleken gezondheidsdata, verzameld vanaf 2012, van zo'n 19.000 mannen en vrouwen die in de twee jaar vóór of de twee jaar ná deze datum geboren waren en verder niet noemenswaardig van elkaar verschilden. Vrouwen die twee jaar langer op school hadden gezeten, hadden op latere leeftijd significant meer depressieve klachten ²⁷. De onderzoekers suggereerden dat dit kan komen doordat deze vrouwen weliswaar meer onderwijs genoten, maar dat dit zich nog niet vertaalde in meer of beter betaald werk—en een mismatch tussen opleiding en arbeidspositie kan slecht zijn voor de mentale gezondheid. Dit is een goed voorbeeld van de ingewikkelde causale verbanden die uiteindelijk onze mentale gezondheid bepalen en waar zelfs quasi-experimentele studies niet aan ontkomen.

Deze ingewikkelde verbanden bleken ook uit een studie naar de ontwikkeling van kinderen in achterstandswijken van Chicago. Een deel van deze kinderen kreeg onderwijs in een speciale kleuterklas van gemeenschapscentra in arme delen van de stad, waar ook sociaal werk en gezondheidsdiensten werden aangeboden om gezinnen te ondersteunen. Als jongvolwassene (24 jaar oud) hadden kinderen uit deze speciale kleuterklassen minder depressieve klachten en lieten ze minder problematisch middelengebruik zien ¹⁵⁹. Maar onderzoek wees uit dat dit niet per se kwam door betere cognitieve prestaties bij deze jongeren, omdat het effect ook deels verklaard kon worden door betere steun van de ouders en sociale aanpassing. Kortom, een goede opleiding heeft diverse effecten op het cognitief, emotioneel en sociaal functioneren van kinderen, waardoor ze uiteindelijk een betere mentale gezondheid kunnen genieten ¹⁵⁹.

Longitudinale studies

In longitudinale studies wordt over het algemeen wel een positief effect van onderwijs op mentale gezondheid waargenomen. Australische vrouwen die meer opleiding hebben genoten zijn op latere leeftijd bijvoorbeeld gelukkiger en ervaren minder psychische klachten ¹⁶⁰. Hetzelfde geldt voor mensen in Canada ⁹³. Amerikaanse vrouwen die een hogere sociaaleconomische status bereiken via hoger onderwijs hebben op latere leeftijd minder depressieve klachten ^{89,157}. Hoogopgeleide Canadezen ontwikkelen minder vaak een klinische depressie dan lager opgeleide landgenoten ⁴⁵. Academische prestaties gaan gepaard met minder psychische klachten bij jonge vrouwen ¹⁶¹. Werkloze Ierse jongeren die geen opleiding volgen lopen meer risico op suïcidaliteit ⁶². Een goede opleiding kan mensen ook beschermen tegen de psychologische impact van een handicap ¹⁶². Een goede opleiding bij een kind heeft zelfs een effect op de psychische gezondheid *van ouders* in de Verenigde Staten: zij hebben minder vaak depressieve klachten als hun kinderen hoger zijn opgeleid ¹⁶³. Het blijft echter goed om te beseffen dat de causale verbanden niet altijd duidelijk zijn in longitudinaal onderzoek: zo bleek uit één studie dat depressievere mensen minder vaak hoger onderwijs beginnen te volgen, terwijl het omgekeerde verband (lager opgeleide mensen die meer depressie ontwikkelen) niet werd waargenomen ⁷⁸. Overigens is mogelijk om de mentale gezondheidsrisico's van een lagere opleiding te 'compenseren' met de steun van een goed betaalde baan ¹⁶⁴.

Crossectionele studies

Crossectioneel onderzoek bevestigt dat hoger opgeleide mensen doorgaans een betere mentale gezondheid hebben ¹⁶⁵ en brengt daarnaast interessante nuances aan in het verband tussen onderwijs en mentale gezondheid. Uit een Amerikaanse studie bleek dat hoger onderwijs een buffer vormt tegen depressie, maar alleen bij mensen die uit een lagere sociaaleconomische klasse komen waar zulk onderwijs niet vanzelfsprekend is ¹⁶⁶. Onder immigranten in het Verenigd Koninkrijk bleek dat de laagst én de hoogst opgeleide mensen het meeste last hadden van emotionele problemen; hier was een hoge opleiding dus juist een risicofactor, mogelijk doordat hoogopgeleide immigranten vaak onder hun niveau werken ¹⁰⁵. Werkende moeders hebben weliswaar minder psychische klachten als ze hoogopgeleid zijn, maar lijken ook meer te lijden onder een ongelijke verdeling van werk in het huishouden en de opvoeding van kinderen ⁹⁵.

Crossectionele gegevens bevestigen ook het beeld dat een goede baan het nadelige effect van een lage opleiding kan compenseren, waarmee weer blijkt dat een opleiding alleen geen eenduidige uitwerking heeft op mentale gezondheid ¹⁰⁰. Sommige onderzoekers stellen dat een lage opleiding vaak gepaard gaat met beperkte psychosociale hulpbronnen, zoals een gevoel van controle over het eigen leven, wat leidt tot dagelijkse problemen in het omgaan met de uitdagingen van het leven (zoals financiële problemen en ruzies in de familiesfeer). Dat kan uiteindelijk weer leiden tot meer depressieve gevoelens ¹⁶⁷.

Discussie

Samenvatting bevindingen

Ons land kent sociaaleconomische ongelijkheid^{13,14}, die zich ook op het gebied van mentale gezondheid manifesteert¹⁰. Deze kennissynthese geeft een beeld van recent onderzoek naar de invloed van sociale determinanten op mentale gezondheid, die deze gezondheidsongelijkheden mogelijk kunnen verklaren en aangrijpingspunten bieden voor oplossingen. In recente internationale literatuur zijn effecten aangetroffen in alle vier de onderzochte categorieën van sociale determinanten, namelijk economische omstandigheden, buurt en fysieke omgeving, sociale en maatschappelijke context, en opleiding—al is er bij de ene categorie meer bewijs dan bij de andere en zijn de gerapporteerde verbanden niet altijd eenduidig.

In de categorie *economische omstandigheden* wordt duidelijk dat economische problemen slecht zijn voor de mentale gezondheid. Financiële en werkgerelateerde problemen leiden over het algemeen tot stress en ontnemen ons de psychologische hulpbronnen die we nodig hebben om om te gaan met die stress, zoals het gevoel van regie over het eigen leven en zingeving. In de hier geïnccludeerde studies werd mentale gezondheid op uiteenlopende manieren gemeten, van zelfrapportagevragenlijsten over psychologische klachten tot klinische diagnoses, maar hieruit kwam een consistent negatief effect van financiële nood op mentale gezondheid naar voren. De sterkste effecten van beleidsinterventies zoals een minimumloon werden aangetroffen bij huishoudens aan de onderkant van de inkomensverdeling. Daarom kunnen we op basis van het beschikbare bewijs concluderen dat het vergroten van zekerheid en stabiliteit in werk en inkomen de mentale gezondheid in ons land ten goede zou komen, vooral bij de mensen die het momenteel economisch gezien het zwaarst hebben.

Voor *buurt en fysieke omgeving* kunnen we stellen dat kwaliteit van huisvesting, de staat van de wijk en de betaalbaarheid van wonen medebepalend zijn voor de mentale gezondheid. Verschillende omgevingselementen lijken daarnaast een positief effect te hebben op mentale gezondheid, zoals meer sociale gelijkheid in de buurt, meer natuur, stabiliteit, minder energiearmoede en een groter gevoel van veiligheid. Initiatieven en interventies die huis- en wijkverbetering als doel hebben kunnen dus bevorderlijk zijn voor de mentale gezondheid, vooral voor mensen in een lagere sociaaleconomische positie of met instabiele huisvesting.

In de categorie *sociale en maatschappelijke context* kwam naar voren dat beleidsmaatregelen die discriminatie en racisme tegengaan bevorderlijk kunnen zijn voor mentale gezondheid, zoals een legaal geregistreerd partnerschap voor hetzelfde geslacht. Op gemeenschapsniveau lijkt sociale steun een rol te spelen bij het verbeteren en in stand houden van mentale gezondheid door een positief effect op veerkracht.

Onder *opleiding* is de tendens dat een hoger opleidingsniveau bevorderlijk is voor de mentale gezondheid (op latere leeftijd), maar ook verwachtingen schept over bijvoorbeeld prestige van een

baan en status binnen het huishouden. Als aan deze voorwaarden niet wordt voldaan komt de mentale gezondheid in gevaar. Dat komt dan niet door de hoge opleiding zelf, maar door andere factoren die hiermee een interactie aangaan. Zo bekeken is een hoge opleiding een investering die over het algemeen tot een betere kwaliteit van leven leidt maar mensen ook blootstelt aan omstandigheden die een averechts effect kunnen hebben.

Hoewel sociale determinanten de mentale gezondheid dus beïnvloeden, geven onderzoekers ook belangrijke en soms complexe nuances en beperkingen aan in hun onderzoeksresultaten. Vaak zijn sociale determinanten onderling met elkaar in interactie, zoals te zien is uit het samenspel tussen opleiding en werk/inkomen: hier bleek meermaals dat een goede baan het negatieve gezondheidseffect van een beperkte opleiding kan compenseren. Hetzelfde geldt voor inkomen en huisvesting: meer inkomen geeft meer garantie voor stabielere huisvesting, wat over het algemeen leidt tot een betere mentale gezondheid. Daarnaast is het in crosssectioneel en longitudinaal onderzoek niet altijd duidelijk wat de causale oorsprong is van statistische verbanden tussen sociale determinanten en mentale gezondheid, terwijl dit wel van belang is voor het opstellen van effectief beleid. Zo gaf één studie aan dat het verband tussen een lage opleiding en depressie zou kunnen ontstaan vanuit het feit dat mensen met een depressie minder vaak hoger onderwijs volgen, niet andersom ⁷⁸. Zulke nuances zijn belangrijk voor beleidsmakers, omdat ze betekenen dat er geen garantie is dat een verbetering van een sociale determinant altijd een verbetering van mentale gezondheid tot gevolg zal hebben. Desalniettemin is het op basis van het vele besproken bewijs erg aannemelijk dat een verbetering van de economische, educatieve, sociale en omgevingsgerelateerde omstandigheden van de mens een verbetering van mentale gezondheid mogelijk maakt. Dat blijkt duidelijk uit quasi-experimentele studies, met name op het gebied van economie en huisvesting, en wordt gesteund door het overgrote deel van de longitudinale en crosssectionele studies.

Beperkingen van de literatuur en van deze kennissynthese

Deze kennissynthese kent enkele belangrijke tekortkomingen. Allereerst zijn er relatief weinig quasi-experimentele studies beschikbaar op het snijvlak van sociale determinanten en mentale gezondheid, terwijl dit soort studies in principe het meest bruikbare bewijs voor beleid op kunnen leveren. Een deel van deze studies laat bovendien geen eenduidig effect zien, zoals bij opleidingsniveau en mentale gezondheid. Dit bevestigt dat het simpelweg erg uitdagend is om de precieze impact van sociale determinanten op mentale gezondheid helder vast te stellen. Dat zien we ook terug bij longitudinale en crosssectionele studies: de verbanden die in deze studies worden beschreven hebben lang niet altijd een duidelijke oorzakelijke basis.

Daarnaast hanteren de artikelen uiteenlopende definities en meetmethodes voor mentale gezondheid. Veel uitkomstmaten van studies zijn gebaseerd op zelfrapportage van de deelnemers aan het onderzoek (zoals de GHQ-12, MHI-5 en de Kessler-10), wat kan leiden tot minder objectieve en generaliseerbare metingen van mentale gezondheid. Een kleine minderheid van de artikelen gebruikt een gestandaardiseerd klinisch onderzoek zoals het *composite international diagnostic interview* (CIDI). Ook in Nederland bestaat nog veel debat over wat mentale gezondheid nu inhoudt en hoe we het goed meten. Het Trimbos-instituut heeft samen met het RIVM een definitiestudie uitgevoerd voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarmee de kenmerken en

indicatoren voor mentale gezondheid duidelijker zijn geworden zodat er een betrouwbare kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid in Nederland kan ontstaan¹⁶⁸. Indicatoren van sociale determinanten van mentale gezondheid vallen hier momenteel nog niet onder en zouden een volgende stap kunnen zijn rondom de kennisinfrastructuur van mentale gezondheid in Nederland. Dat zou kansen kunnen bieden voor beleidsmakers in verschillende departementen om het eens te worden over de doelen en aanknopingspunten van beleid.

Een andere beperking is de onvermijdelijke begrenzing van zoektermen in deze kennissynthese. De termen 'sociale determinanten' en 'sociaaleconomische determinanten' worden niet altijd expliciet gebruikt in artikelen, want in de literatuur is het ook gangbaar om te spreken van gezondheidsverschillen (*health inequalities*), sociaal en economisch beleid, en risico- en beschermende factoren. In de zoektermen zijn zoveel mogelijk verschillende sociale determinanten opgenomen, uitgaande van het theoretische kader, maar desondanks is het mogelijk dat er waardevolle zoektermen ontbreken. Hetzelfde geldt voor de zoektermen die met mentale gezondheid te maken hebben, omdat er een veelheid is aan namen voor psychische aandoeningen en mentaal welbevinden. Het is ook mogelijk dat enkele relevante artikelen niet besproken zijn door vergissingen in de filterfase van de literatuurselectie, die begon met 13496 artikelen.

Tot slot is de scope van deze kennissynthese beperkt tot sociaaleconomische factoren op het macro- en mesoniveau (zie *Theoretisch kader*), wat betekent dat microniveaufactoren zoals leefstijl buiten beschouwing zijn gelaten. Deze factoren zijn niet alleen direct bepalend voor mentale gezondheid, maar zijn mogelijk ook van invloed op de verbanden tussen macro- en mesofactoren en mentale gezondheidsuitkomsten. Voor toekomstig onderzoek kan het dus relevant zijn om het microniveau ook mee te nemen in het literatuuroverzicht. Daarnaast kan het relevant zijn om de thema's 'voedsel' en 'zorgsysteem' als sociale determinant te onderzoeken.

Implicaties voor toekomstig onderzoek en beleid

Deze kennissynthese biedt een startpunt voor oriëntatie van sociaal en economisch beleid dat de mentale gezondheid kan bevorderen in Nederland. Zij identificeert aanknopingspunten en kansen voor nieuwe en verbeterde beleidskeuzes. Zo blijkt dat vooral investeren in bestaanszekerheid via stabiliteit van inkomen en huisvesting grote kansen biedt om mentale gezondheid te bevorderen.

Voor interventies op het gebied van de sociale en maatschappelijke omgeving is nader onderzoek nodig. Bij deze thematiek moet nog beter begrepen worden hoe deze determinanten de mentale gezondheid beïnvloeden om te kunnen voorspellen welke beleidskeuzes positieve veranderingen in mentale gezondheid tot gevolg kunnen hebben. Dit heeft onder meer te maken met de complexiteit, onderlinge verbondenheid en langetermijnpact van deze factoren. Bij discriminatie en sociale uitsluiting, bijvoorbeeld, kan intersectionaliteit (stapeling en interactie van risicofactoren) ervoor zorgen dat het oplossen van één dimensie van uitsluiting weinig direct effect sorteert maar wel een cruciale stap in de juiste richting is. Daarnaast kan discriminatie een langdurig of zelfs intergenerationeel effect hebben, waardoor veranderingen niet direct zichtbaar zijn. Dat laatste geldt ook voor beleidsinterventies op het gebied van onderwijs: de effecten hiervan spelen zich af over meerdere decennia in een mensenleven, waardoor de effecten van beleid niet gauw meetbaar zullen

zijn. Dit betekent niet dat verbeteringen op het gebied van sociale en educatieve factoren niet van belang is, integendeel—maar wel dat verbeteringen op deze gebieden niet direct terug te zien zullen zijn in dalende incidentiecijfers van psychiatrische aandoeningen (mogelijk wel in mentaal welbevinden).

Om tot concreet beleidsadvies te komen moet een aantal resterende kennishiaten worden ingevuld. Relevant voor deze kennissynthese is bijvoorbeeld het feit dat inzicht in de precieze *mechanismen van actie* van sociale determinanten van mentale gezondheid vaak nog ontbreekt. Zo kan een hoger inkomen leiden tot een groter gevoel van regie over het leven, minder stress en meer eigenwaarde, maar is niet duidelijk welke van deze uitkomsten al dan niet bepalend zijn voor de erop volgende verbeteringen in mentale gezondheid. Het blijkt dan ook onduidelijk welke specifieke aspecten van een interventie op bijvoorbeeld inkomenszekerheid cruciaal zijn voor verbeteringen in mentale gezondheid en welke minder belangrijk zijn, waardoor interventies nog niet optimaal kunnen worden afgestemd op de sociale determinanten in verschillende contexten. Het verder uitwerken van deze vraagstukken is belangrijk voor het vormgeven van effectief beleid. Dit rapport moet daarom gezien worden in de context van de recente wetenschappelijke literatuur. Zo is er onlangs in Engeland een ‘review van reviews’ gepubliceerd over beleidsinterventies op sociale determinanten en het effect daarvan op mentale gezondheid ¹⁶⁹. Dit artikel stelt, net als deze kennissynthese, dat er beperkt bewijs is voor interventies op populatieniveau die de sociale determinanten van mentale gezondheid ten goede kunnen beïnvloeden en dat beschikbaar onderzoek vaak te weinig kwaliteit biedt. Het artikel biedt daarnaast een overzicht van de verschillende mogelijke mechanismen waarmee interventies effectief zouden kunnen zijn, zoals financiële zekerheid, kwaliteit van sociale relaties en gegarandeerde huisvesting. Zulke overzichten kunnen als handvat gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, waarin de werking van interventies op sociale determinanten via deze mechanismen in kaart kan worden gebracht.

Conclusie

Deze kennissynthese startte met de onderzoeksvraag *Welke (beleidsinterventies op) sociale determinanten beïnvloeden mentale gezondheid in hoge-inkomenslanden?* In een notendop blijkt uit de recente literatuur dat sterk (quasi-experimenteel) bewijs over de effectiviteit van beleidsinterventies die ingrijpen op sociale determinanten van mentale gezondheid over het algemeen schaars is. Deze kennissynthese wijst wel uit dat interventies met betrekking tot stabiel werk en inkomen en stabiele en adequate huisvesting duidelijke kansen bieden ter bevordering van mentale gezondheid in Nederland, omdat zij in meerdere buitenlandse projecten tot significante verbetering van mentale gezondheid leidden. Deze interventies zullen in het bijzonder effectief zijn voor mensen in lage of onzekere sociaaleconomische posities. Nader onderzoek naar de invloed van onze sociale omgeving en opleiding is belangrijk en nodig om de precieze impact van interventies op deze gebieden vast te stellen. Bij alle thema's is het van groot belang om inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen die bepalen *hoe* sociale determinanten hun invloed op mentale gezondheid uitoefenen. Met kennis van deze mechanismen ontstaan aangrijpingspunten voor beleidsmaatregelen en kunnen toekomstige interventies zo kansrijk mogelijk worden opgezet.

Referenties

1. Rijksoverheid. Meerjarenprogramma Depressiepreventie 14 februari 2017. (2017).
2. Shields-Zeeman, L., van Bon-Martens, M. & Smit, F. Samenvattend Rapport Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering. (2021).
3. Rijksoverheid. Kamerbrief over Verkenning Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid. (2021).
4. VVD D66 CDA Christenunie. *Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst'*. (2021).
5. Sears, L. E., Shi, Y., Coberley, C. R. & Pope, J. E. Overall Well-Being as a Predictor of Health Care, Productivity, and Retention Outcomes in a Large Employer. *Popul. Health Manag.* **16**, (2013).
6. Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F. & Bohlmeijer, E. T. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *J. Behav. Med.* **35**, 538–547 (2012).
7. de Mooij, L. D. *et al.* Dying Too Soon: Excess Mortality in Severe Mental Illness. *Front. Psychiatry* **10**, 20–23 (2019).
8. Ipsos. World Mental Health Day 2021. (2021).
9. CBS. Mentale gezondheid in eerste helft 2021 op dieptepunt. (2021).
10. ten Have, M., Nuijen, J. & de Graaf, R. *Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik*. (2012).
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorggebruik; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken. (2020).
12. Roos, A., Diepstraten, M. & Douven, R. When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health. **28** (2021).
13. Broeders, D. W. J., Das, H. D., Jennissen, R. P. W., Tiemeijer, W. L. & De Visser, M. Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. *WRR-Policy Br.* **746** (2018).
14. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Een eerlijke kans op gezond leven*. (2021).
15. Karreman, A. & Vingerhoets, A. J. J. M. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Pers. Individ. Dif.* **53**, 821–826 (2012).
16. Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D. R. The social determinants of health: Coming of age. *Annu. Rev. Public Health* **32**, 381–398 (2011).
17. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* **365**, 1099–1104 (2005).
18. Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. & Alvarez, K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr. Psychiatry Rep.* **20**, (2018).
19. Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. Social determinants of mental health. *Int. Rev. Psychiatry* **26**, 392–407 (2014).
20. Divosa. Bestaanszekerheid.
21. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. *World Bank Country and Lending Groups* <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> (2021).
22. Compton, M. T. & Shim, R. S. The social determinants of mental health. *Psychiatr. Serv.* **67**, 234–235 (2016).
23. Lund, C. *et al.* Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* **5**, 357–369 (2018).
24. WHO. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (2010) doi:10.1111/hsc.12840.
25. Simon, E., Bögels, S. M. & Voncken, J. M. Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **40**, 204–219 (2011).
26. Artiga, S. & Hinton, E. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity | The Henry J. Kaiser Family Foundation. *Kaiser Fam. Found.* (2018).
27. Courtin, E. *et al.* Long-Term effects of compulsory schooling on physical, mental and cognitive ageing: A natural experiment. *J. Epidemiol. Community Health* **73**, 370–376 (2019).
28. Egan, M. *et al.* Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. *Soc. Sci. Med.* **152**, 41–49 (2016).
29. Rutter, M. Proceeding From Observed Correlation to Causal Inference: The Use of Natural Experiments. *Perspect. Psychol. Sci.* **2**, 377–395 (2007).
30. Forget, E. L. The town with no poverty: The health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Can. Public Policy* **37**, 283–305 (2011).
31. Reeves, A., McKee, M., Mackenbach, J., Whitehead, M. & Stuckler, D. Introduction of a National Minimum Wage Reduced Depressive Symptoms in Low-Wage Workers: A Quasi-Natural Experiment in the UK. *Heal. Econ. (United Kingdom)* **26**, 639–655 (2017).
32. Novoa, A. M. *et al.* Changes in Health Following Housing Improvement in a Vulnerable Population in Spain. *Int. J.*

- Heal. Serv.* **47**, 83–107 (2017).
33. Reeves, A., Clair, A., McKee, M. & Stuckler, D. Reductions in the United Kingdom's Government Housing Benefit and Symptoms of Depression in Low-Income Households. *Am. J. Epidemiol.* **184**, 421–429 (2016).
 34. Wickham, S. *et al.* Effects on mental health of a UK welfare reform, Universal Credit: a longitudinal controlled study. *Lancet Public Heal.* **5**, e157–e164 (2020).
 35. Morgan, E. R., Hill, H. D., Mooney, S. J., Rivara, F. P. & Rowhani-Rahbar, A. State earned income tax credits and general health indicators: A quasi-experimental national study 1993–2016. *Health Serv. Res.* **55**, 863–872 (2020).
 36. Shields-Zeeman, L., Collin, D. F., Batra, A. & Hamad, R. How does income affect mental health and health behaviours? A quasi-experimental study of the earned income tax credit. *J. Epidemiol. Community Health* **75**, 929–935 (2021).
 37. Collin, D. F. *et al.* Short-term effects of the earned income tax credit on mental health and health behaviors. *Prev. Med. (Baltim.)* **139**, 106223 (2020).
 38. Spencer, R. A. *et al.* The impact of temporary assistance for needy families, minimum wage, and Earned Income Tax Credit on Women's well-being and intimate partner violence victimization. *Soc. Sci. Med.* **266**, 113355 (2020).
 39. Huang, Y., Heflin, C. M. & Validova, A. Material hardship, perceived stress, and health in early adulthood. *Ann. Epidemiol.* **53**, 69–75.e3 (2021).
 40. Hashmi, R., Alam, K. & Gow, J. Socioeconomic inequalities in mental health in Australia: Explaining life shock exposure. *Health Policy (New. York)* **124**, 97–105 (2020).
 41. Kiely, K. M., Leach, L. S., Olesen, S. C. & Butterworth, P. How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **50**, 909–918 (2015).
 42. Lallukka, T. *et al.* Change in economic difficulties and physical and mental functioning: Evidence from British and Finnish employee cohorts. *Scand. J. Work. Environ. Heal.* **39**, 521–530 (2013).
 43. McCarthy, B., Carter, A., Jansson, M., Benoit, C. & Finnigan, R. Poverty, Material Hardship, and Mental Health among Workers in Three Front-Line Service Occupations. *J. Poverty* **22**, 334–354 (2018).
 44. McKenzie, S. K., Gunasekara, F. I., Richardson, K. & Carter, K. Do changes in socioeconomic factors lead to changes in mental health? Findings from three waves of a population based panel study. *J. Epidemiol. Community Health* **68**, 253–260 (2014).
 45. Wang, J. L., Schmitz, N. & Dewa, C. S. Socioeconomic status and the risk of major depression: The Canadian national population health survey. *J. Epidemiol. Community Health* **64**, 447–452 (2010).
 46. Upchurch, D. M. *et al.* A longitudinal investigation of race, socioeconomic status, and psychosocial mediators of allostatic load in midlife women: Findings from the study of women's health across the nation. *Psychosom. Med.* **77**, 402–412 (2015).
 47. O'Brien, K. M. Healthy, wealthy, wise? Psychosocial factors influencing the socioeconomic status-health gradient. *J. Health Psychol.* **17**, 1142–1151 (2012).
 48. Taylor, M. P., Jenkins, S. P. & Sacker, A. Financial capability and psychological health. *J. Econ. Psychol.* **32**, 710–723 (2011).
 49. Zechmann, A. & Paul, K. I. Why do individuals suffer during unemployment? Analyzing the role of deprived psychological needs in a six-wave longitudinal study. *J. Occup. Health Psychol.* **24**, 641–661 (2019).
 50. Kiviruusu, O., Huurre, T., Haukkala, A. & Aro, H. Changes in psychological resources moderate the effect of socioeconomic status on distress symptoms: A 10-year follow-up among young adults. *Heal. Psychol.* **32**, 627–636 (2013).
 51. Selenko, E., Batinic, B. & Paul, K. Does latent deprivation lead to psychological distress? Investigating Jahoda's model in a four-wave study. *J. Occup. Organ. Psychol.* **84**, 723–740 (2011).
 52. Cuesta, M. B. & Budría, S. Income deprivation and mental well-being: The role of non-cognitive skills. *Econ. Hum. Biol.* **17**, 16–28 (2015).
 53. Vilhjalmsdottir, A., De Clercq, B., Gardarsdottir, R. B., Bernburg, J. G. & Sigfusdottir, I. D. Decreasing income inequality and adolescent emotional distress: a population-based case study of Icelandic adolescents 2006–2016. *Int. J. Public Health* **64**, 253–263 (2019).
 54. Barr, B., Kinderman, P. & Whitehead, M. Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013. *Soc. Sci. Med.* **147**, 324–331 (2015).
 55. Curtis, S. *et al.* Changing labour market conditions during the 'great recession' and mental health in Scotland 2007–2011: an example using the Scottish Longitudinal Study and data for local areas in Scotland. *Soc. Sci. Med.* **227**, 1–9 (2019).
 56. Wang, Y. & Fattore, G. The impact of the great economic crisis on mental health care in Italy. *Eur. J. Heal. Econ.* **21**, 1259–1272 (2020).
 57. Blair, A., Gariépy, G. & Schmitz, N. The longitudinal effects of neighbourhood social and material deprivation change

- on psychological distress in urban, community-dwelling Canadian adults. *Public Health* **129**, 932–940 (2015).
58. Glymour, M. M., Mujahid, M., Wu, Q., White, K. & Tchetgen Tchetgen, E. J. Neighborhood Disadvantage and Self-Assessed Health, Disability, and Depressive Symptoms: Longitudinal Results From the Health and Retirement Study. *Ann. Epidemiol.* **20**, 856–861 (2010).
 59. Curtis, S. *et al.* Trajectories in mental health and socio-spatial conditions in a time of economic recovery and austerity: A longitudinal study in England 2011–17. *Soc. Sci. Med.* **270**, 113654 (2021).
 60. Geirdal, A., Nerdrum, P. & Bonsaksen, T. The transition from university to work: What happens to mental health? A longitudinal study. *BMC Psychol.* **7**, 1–10 (2019).
 61. Winzer, R., Sorjonen, K. & Lindberg, L. What predicts stable mental health in the 18–29 age group compared to older age groups? Results from the Stockholm public health cohort 2002–2014. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **15**, 1–14 (2018).
 62. Power, E. *et al.* The association between economic inactivity and mental health among young people: A longitudinal study of young adults who are not in employment, education or training. *Ir. J. Psychol. Med.* **32**, 155–160 (2015).
 63. Eisenberg-Guyot, J. & Hajat, A. Under capital's thumb: Longitudinal associations between relational social class and health. *J. Epidemiol. Community Health* **74**, 453–459 (2020).
 64. Glavin, P. & Schieman, S. Control in the Face of Uncertainty: Is Job Insecurity a Challenge to the Mental Health Benefits of Control Beliefs? *Soc. Psychol. Q.* **77**, 319–343 (2014).
 65. Watson, B. & Osberg, L. Job insecurity and mental health in Canada. *Appl. Econ.* **50**, 4137–4152 (2018).
 66. Hoven, H., Wahrendorf, M. & Siegrist, J. Occupational position, work stress and depressive symptoms: A pathway analysis of longitudinal SHARE data. *J. Epidemiol. Community Health* **69**, 447–452 (2015).
 67. Klug, K. Young and at risk? Consequences of job insecurity for mental health and satisfaction among labor market entrants with different levels of education. *Econ. Ind. Democr.* **41**, 562–585 (2020).
 68. Bentley, R. *et al.* Does employment security modify the effect of housing affordability on mental health? *SSM - Popul. Heal.* **2**, 778–783 (2016).
 69. Barbaglia, M. G., Ten Have, M., Dorsselaer, S., Alonso, J. & de Graaf, R. Negative socioeconomic changes and mental disorders: A longitudinal study. *J. Epidemiol. Community Health* **69**, 55–62 (2015).
 70. Fonseca, R., Kapteyn, A., Lee, J., Zamarro, G. & Feeney, K. A Longitudinal Study of Well-Being of Older Europeans: Does Retirement Matter? *J. Popul. Ageing* **7**, 21–41 (2014).
 71. Olesen, S. C., Butterworth, P., Leach, L. S., Kelaheer, M. & Pirkis, J. Mental health affects future employment as job loss affects mental health: Findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry* **13**, (2013).
 72. Milner, A., Spittal, M. J., Page, A. & PageLaMontagne, A. D. The effect of leaving employment on mental health: Testing 'adaptation' versus 'sensitisation' in a cohort of working-age Australians. *Occup. Environ. Med.* **71**, 167–174 (2014).
 73. Berchick, E. R., Gallo, W. T., Maralani, V. & Kasl, S. V. Inequality and the association between involuntary job loss and depressive symptoms. *Soc. Sci. Med.* **75**, 1891–1894 (2012).
 74. Dackehag, M., Ellegård, L. M., Gerdtham, U. G. & Nilsson, T. Social assistance and mental health: evidence from longitudinal administrative data on pharmaceutical consumption. *Appl. Econ.* **52**, 2165–2177 (2020).
 75. Kiely, K. M. & Butterworth, P. Social disadvantage and individual vulnerability: A longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **47**, 654–666 (2013).
 76. Dinh, H., Strazdins, L. & Welsh, J. Hour-glass ceilings: Work-hour thresholds, gendered health inequities. *Soc. Sci. Med.* **176**, 42–51 (2017).
 77. Jacobs, A. W., Hill, T. D., Tope, D. & O'Brien, L. K. Employment Transitions, Child Care Conflict, and the Mental Health of Low-Income Urban Women With Children. *Women's Heal. Issues* **26**, 366–376 (2016).
 78. Amato, P. R. & Kane, J. B. Life-course pathways and the psychosocial adjustment of young adult women. *J. Marriage Fam.* **73**, 279–295 (2011).
 79. Kosidou, K. *et al.* Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: A population-based study. *J. Affect. Disord.* **134**, 160–167 (2011).
 80. McGovern, P. & Nazroo, J. Y. Patterns and causes of health inequalities in later life: A Bourdieusian approach. *Sociol. Heal. Illn.* **37**, 143–160 (2015).
 81. Von Soest, T., Bramness, J. G., Pedersen, W. & Wichstrøm, L. The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: A longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **21**, 87–95 (2012).
 82. Howden-Chapman, P. L., Chandola, T., Stafford, M. & Marmot, M. The effect of housing on the mental health of older people: The impact of lifetime housing history in Whitehall II. *BMC Public Health* **11**, (2011).
 83. Hamoudi, A. & Dowd, J. B. Housing wealth, psychological well-being, and cognitive functioning of older Americans. *Journals Gerontol. - Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* **69**, 253–262 (2014).

84. Mason, K. E., Baker, E., Blakely, T. & Bentley, R. J. Housing affordability and mental health: Does the relationship differ for renters and home purchasers? *Soc. Sci. Med.* **94**, 91–97 (2013).
85. Mossakowski, K. N. Disadvantaged family background and depression among young adults in the United States: The roles of chronic stress and self-esteem. *Stress Heal.* **31**, 52–62 (2015).
86. Salom, C. L., Williams, G. M., Najman, J. M. & Alati, R. Does early socio-economic disadvantage predict comorbid alcohol and mental health disorders? *Drug Alcohol Depend.* **142**, 146–153 (2014).
87. Almquist, Y. B. Childhood origins and adult destinations: The impact of childhood living conditions on coexisting disadvantages in adulthood. *Int. J. Soc. Welf.* **25**, 176–186 (2016).
88. Zhang, X. *et al.* Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: Results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Transl. Psychiatry* **5**, 1–7 (2015).
89. Pino, E. C. *et al.* Adolescent socioeconomic status and depressive symptoms in later life: Evidence from structural equation models. *J. Affect. Disord.* **225**, 702–708 (2018).
90. Minh, A., Bültmann, U., Reijneveld, S. A., van Zon, S. K. R. & McLeod, C. B. Childhood Socioeconomic Status and Depressive Symptom Trajectories in the Transition to Adulthood in the United States and Canada. *J. Adolesc. Heal.* **68**, 161–168 (2021).
91. Evans, G. W. Childhood poverty and adult psychological well-being. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* **113**, 14949–14952 (2016).
92. Gibb, S. J., Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. Childhood family income and life outcomes in adulthood: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Soc. Sci. Med.* **74**, 1979–1986 (2012).
93. Vanzella-Yang, A. & Veenstra, G. Socio-economic resources and adult mental health in Canada: controlling for time-invariant confounders and investigating causal directionality. *Can. J. Public Heal.* (2021) doi:10.17269/s41997-021-00547-y.
94. Gunasekara, F. I., Carter, K. & McKenzie, S. Income-related health inequalities in working age men and women in Australia and New Zealand. *Aust. N. Z. J. Public Health* **37**, 211–217 (2013).
95. Janzen, B. & Hellsten, L. ann M. Does the psychosocial quality of unpaid family work contribute to educational disparities in mental health among employed partnered mothers? *Int. Arch. Occup. Environ. Health* **91**, 633–641 (2018).
96. Lindau, S. T. *et al.* Change in Health-Related Socioeconomic Risk Factors and Mental Health during the Early Phase of the COVID-19 Pandemic: A National Survey of U.S. Women. *J. Women's Heal.* **30**, 502–513 (2021).
97. Pierse, N., Carter, K., Bierre, S., Law, D. & Howden-Chapman, P. Examining the role of tenure, household crowding and housing affordability on psychological distress, using longitudinal data. *J. Epidemiol. Community Health* **70**, 961–966 (2016).
98. Bartoll, X., Gil, J. & Ramos, R. Temporary employment, work stress and mental health before and after the Spanish economic recession. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* **92**, 1047–1059 (2019).
99. Fiori, F., Rinesi, F., Spizzichino, D. & Di Giorgio, G. Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Soc. Sci. Med.* **153**, 90–98 (2016).
100. Katikireddi, S. V., Niedzwiedz, C. L. & Popham, F. Employment status and income as potential mediators of educational inequalities in population mental health. *Eur. J. Public Health* **26**, 814–816 (2016).
101. Crowe, L. & Butterworth, P. The role of financial hardship, mastery and social support in the association between employment status and depression: Results from an Australian longitudinal cohort study. *BMJ Open* **6**, 1–10 (2016).
102. Richards, L. & Paskov, M. Social class, employment status and inequality in psychological well-being in the UK: Cross-sectional and fixed effects analyses over two decades. *Soc. Sci. Med.* **167**, 45–53 (2016).
103. de Breij, S., Huisman, M. & Deeg, D. J. H. Work characteristics and health in older workers: Educational inequalities. *PLoS One* **15**, 1–11 (2020).
104. Pak, T. Y. Welfare stigma as a risk factor for major depressive disorder: Evidence from the Supplemental Nutrition Assistance Program. *J. Affect. Disord.* **260**, 53–60 (2020).
105. Campbell, M. R., Mann, K. D., Moffatt, S., Dave, M. & Pearce, M. S. Social determinants of emotional well-being in new refugees in the UK. *Public Health* **164**, 72–81 (2018).
106. Öztürk, G., Yetkiner, H. & Özden, E. Macroeconomic determinants of antidepressant use. *J. Policy Model.* **42**, 1394–1407 (2020).
107. Tampubolon, G. Growing up in poverty, growing old in infirmity: The long arm of childhood conditions in Great Britain. *PLoS One* **10**, 1–16 (2015).
108. Jacoby, S. F., Tach, L., Guerra, T., Wiebe, D. J. & Richmond, T. S. The health status and well-being of low-resource, housing-unstable, single-parent families living in violent neighbourhoods in Philadelphia, Pennsylvania. *Heal. Soc. Care Community* **25**, 578–589 (2017).
109. Neubert, M., Süssenbach, P., Rief, W. & Euteneuer, F. Unemployment and mental health in the German population:

- The role of subjective social status. *Psychol. Res. Behav. Manag.* **12**, 557–564 (2019).
110. Niedzwiedz, C. L., Pell, J. P. & Mitchell, R. The relationship between financial distress and life-course socioeconomic inequalities in well-being: Cross-national analysis of European welfare states. *Am. J. Public Health* **105**, 2090–2098 (2015).
 111. Egan, M. *et al.* Health Effects of Neighborhood Demolition and Housing Improvement: A Prospective Controlled Study of 2 Natural Experiments in Urban Renewal. *Am. J. Public Health* **103**, E47–E53 (2013).
 112. Curl, A. *et al.* Physical and mental health outcomes following housing improvements: Evidence from the GoWell study. *J. Epidemiol. Community Health* **69**, 12–19 (2015).
 113. Tonn, B., Rose, E., Hawkins, B. & Marincic, M. Health and financial benefits of weatherizing low-income homes in the southeastern United States. *Build. Environ.* **197**, (2021).
 114. Casciano, R. & Massey, D. S. Neighborhood disorder and anxiety symptoms: New evidence from a quasi-experimental study. *Health Place* **18**, 180–190 (2012).
 115. Osypuk, T. L., Schmidt, N. M., Kehm, R. D., Tchetgen, E. J. T. & Glymour, M. M. The price of admission: does moving to a low-poverty neighborhood increase discriminatory experiences and influence mental health? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **54**, 181–190 (2019).
 116. Dubowitz, T. *et al.* Results from a natural experiment: initial neighbourhood investments do not change objectively-assessed physical activity, psychological distress or perceptions of the neighbourhood. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* **16**, (2019).
 117. Mohan, G., Longo, A. & Kee, F. Evaluation of the health impact of an urban regeneration policy: Neighbourhood Renewal in Northern Ireland. *J. Epidemiol. Community Health* **71**, 919–927 (2017).
 118. Ram, B. *et al.* Evaluating the effect of change in the built environment on mental health and subjective well-being: a natural experiment. *J. Epidemiol. Community Health* **74**, 631–638 (2020).
 119. Egan, M. *et al.* Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. *Soc. Sci. Med.* **152**, 41–49 (2016).
 120. Mehdipanah, R. *et al.* The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: A quasi-experimental study in Barcelona. *J. Epidemiol. Community Health* **68**, 811–817 (2014).
 121. Burdette, A. M., Hill, T. D. & Hale, L. Household Disrepair and the Mental Health of Low-Income Urban Women. *J. URBAN Heal. NEW YORK Acad. Med.* **88**, 142–153 (2011).
 122. Pevalin, D. J., Reeves, A., Baker, E. & Bentley, R. The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. *Prev. Med. (Baltim.)* **105**, 304–310 (2017).
 123. Durbin, A. *et al.* Are resilience and perceived stress related to social support and housing stability among homeless adults with mental illness? *Heal. Soc. Care Community* **27**, 1053–1062 (2019).
 124. Bentley, R., Baker, E., Simons, K., Simpson, J. A. & Blakely, T. The impact of social housing on mental health: longitudinal analyses using marginal structural models and machine learning-generated weights. *Int. J. Epidemiol.* **47**, 1414–1422 (2018).
 125. Moschion, J. & van Ours, J. C. Do transitions in and out of homelessness relate to mental health episodes? A longitudinal analysis in an extremely disadvantaged population. *Soc. Sci. Med.* **279**, (2021).
 126. Rollins, C. *et al.* Housing Instability Is as Strong a Predictor of Poor Health Outcomes as Level of Danger in an Abusive Relationship: Findings From the SHARE Study. *J. Interpers. Violence* **27**, 623–643 (2012).
 127. La Montagne, A. D., Krnjacki, L., Kavanagh, A. M. & Bentley, R. Psychosocial working conditions in a representative sample of working Australians 2001–2008: An analysis of changes in inequalities over time. *Occup. Environ. Med.* **70**, 639–647 (2013).
 128. Kavanagh, A. M. *et al.* Housing tenure and affordability and mental health following disability acquisition in adulthood. *Soc. Sci. Med.* **151**, 225–232 (2016).
 129. Kiernan, F. M. Income loss and the mental health of young mothers: Evidence from the recession in Ireland. *J. Ment. Health Policy Econ.* **22**, 131–149 (2019).
 130. Curl, A. & Kearns, A. Housing improvements, fuel payment difficulties and mental health in deprived communities. *Int. J. Hous. Policy* **17**, 417–443 (2017).
 131. Awaworyi Churchill, S. & Smyth, R. Transport poverty and subjective wellbeing. *Transp. Res. Part A Policy Pract.* **124**, 40–54 (2019).
 132. Airaksinen, J. *et al.* Neighborhood effects in depressive symptoms, social support, and mistrust: Longitudinal analysis with repeated measurements. *Soc. Sci. Med.* **136**, 10–16 (2015).
 133. Fone, D. *et al.* Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: A multilevel population-based longitudinal study. *Psychol. Med.* **44**, 2449–2460 (2014).
 134. Garnham, L. *et al.* Intervening in the cycle of poverty, poor housing and poor health: the role of housing providers in enhancing tenants' mental wellbeing. *J. Hous. Built Environ.* (2021) doi:10.1007/s10901-021-09852-x.

135. Russell, D. W., Clavé, F. D., Cutrona, C. E., Abraham, W. T. & Burzette, R. G. Neighborhood racial discrimination and the development of major depression. *J. Abnorm. Psychol.* **127**, 150–159 (2018).
136. Astell-Burt, T., Feng, X. Q., Kolt, G. S. & Jalaludin, B. Does rising crime lead to increasing distress? Longitudinal analysis of a natural experiment with dynamic objective neighbourhood measures. *Soc. Sci. Med.* **138**, 68–73 (2015).
137. Marshall, A., Jivraj, S., Nazroo, J., Tampubolon, G. & Vanhoutte, B. Does the level of wealth inequality within an area influence the prevalence of depression amongst older people? *Health Place* **27**, 194–204 (2014).
138. Cannuscio, C. C. *et al.* Housing strain, mortgage foreclosure, and health. *Nurs. Outlook* **60**, 134–142 (2012).
139. Gale, C. R., Dennison, E. M., Cooper, C. & Sayer, A. A. Neighbourhood environment and positive mental health in older people: The Hertfordshire Cohort Study. *Health Place* **17**, 867–874 (2011).
140. Astell-Burt, T., Mitchell, R. & Hartig, T. The association between green space and mental health varies across the lifecourse. a longitudinal study. *J. Epidemiol. Community Health* **68**, 578–583 (2014).
141. Pun, V. C., Manjourides, J. & Suh, H. H. Association of neighborhood greenness with self-perceived stress, depression and anxiety symptoms in older U.S adults. *Environ. Heal.* **17**, (2018).
142. Sturm, R. & Cohen, D. Proximity to Urban Parks and Mental Health. *J. Ment. Health Policy Econ.* **17**, 19–24 (2014).
143. Generaal, E. *et al.* Neighbourhood characteristics and prevalence and severity of depression: Pooled analysis of eight Dutch cohort studies. *Br. J. Psychiatry* **215**, 468–475 (2019).
144. Everett, B. G., Hatzenbuehler, M. L. & Hughes, T. L. The impact of civil union legislation on minority stress, depression, and hazardous drinking in a diverse sample of sexual-minority women: A quasi-natural experiment. *Soc. Sci. Med.* **169**, 180–190 (2016).
145. Johnston, D. W. & Lordan, G. Discrimination makes me sick! An examination of the discrimination-health relationship. *J. Health Econ.* **31**, 99–111 (2012).
146. Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M. & Hasin, D. S. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *Am. J. Public Health* **100**, 452–459 (2010).
147. Marie, D., Fergusson, D. M. & Boden, J. M. Childhood socio-economic status and ethnic disparities in psychosocial outcomes in New Zealand. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **48**, 672–680 (2014).
148. Shippee, T. P., Wilkinson, L. R., Schafer, M. H. & Shippee, N. D. Long-Term Effects of Age Discrimination on Mental Health: The Role of Perceived Financial Strain. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* **74**, 664–674 (2019).
149. Nakamura, A. *et al.* The role of prenatal social support in social inequalities with regard to maternal postpartum depression according to migrant status. *J. Affect. Disord.* **272**, 465–473 (2020).
150. Cosco, T. D., Hardy, R., Howe, L. D. & Richards, M. Early-life adversity, later-life mental health, and resilience resources: A longitudinal population-based birth cohort analysis. *Int. Psychogeriatrics* **31**, 1249–1258 (2019).
151. Landstedt, E., Almqvist, Y. B., Eriksson, M. & Hammarström, A. Disentangling the directions of associations between structural social capital and mental health: Longitudinal analyses of gender, civic engagement and depressive symptoms. *Soc. Sci. Med.* **163**, 135–143 (2016).
152. Mehbub Anwar, A. H. M., Astell-Burt, T. & Feng, X. Does social capital and a healthier lifestyle increase mental health resilience to disability acquisition? Group-based discrete trajectory mixture models of pre-post longitudinal data. *Soc. Sci. Med.* **235**, 112143 (2019).
153. Aitken, Z., Krnjacki, L., Kavanagh, A. M., LaMontagne, A. D. & Milner, A. Does social support modify the effect of disability acquisition on mental health? A longitudinal study of Australian adults. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **52**, 1247–1255 (2017).
154. Tan, Z., Mun, E. Y., Nguyen, U. S. D. T. & Walters, S. T. Increases in social support co-occur with decreases in depressive symptoms and substance use problems among adults in permanent supportive housing: an 18-month longitudinal study. *BMC Psychol.* **9**, 1–13 (2021).
155. Assari, S., Moazen-Zadeh, E., Caldwell, C. H. & Zimmerman, M. A. Racial Discrimination during Adolescence Predicts Mental Health Deterioration in Adulthood: Gender Differences among Blacks. *Front. Public Heal.* **5**, 1–10 (2017).
156. Dudovitz, R. N. *et al.* Association between school racial/ethnic composition during adolescence and adult health. *Soc. Sci. Med.* **272**, (2021).
157. Platt, J. M., Bates, L. M., Jager, J., McLaughlin, K. A. & Keyes, K. M. Changes in the depression gender gap from 1992 to 2014: Cohort effects and mediation by gendered social position. *Soc. Sci. Med.* **258**, 113088 (2020).
158. Kelly, B. J. *et al.* Determinants of mental health and well-being within rural and remote communities. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **46**, 1331–1342 (2011).
159. Reynolds, A. J. & Ou, S. R. Paths of Effects From Preschool to Adult Well-Being: A Confirmatory Analysis of the Child-Parent Center Program. *Child Dev.* **82**, 555–582 (2011).
160. Tran, D. B., Pham, T. D. N. & Nguyen, T. T. The influence of education on women's wellbeing: Evidence from

- Australia. *PLoS One* **16**, 1–15 (2021).
161. Lê-Scherban, F., Diez Roux, A. V., Li, Y. & Morgenstern, H. Does academic achievement during childhood and adolescence benefit later health? *Ann. Epidemiol.* **24**, 344–355 (2014).
 162. Mandemakers, J. J. & Monden, C. W. S. Does education buffer the impact of disability on psychological distress? *Soc. Sci. Med.* **71**, 288–297 (2010).
 163. Yahirun, J. J. & Sheehan, Connor M. Mossakowski, K. N. Depression in Later Life: The Role of Adult Children's College Education for Older Parents' Mental Health in the United States. *Journals Gerontol. Ser. B* **75**, 389–402 (2020).
 164. Milner, A. *et al.* Do employment factors reduce the effect of low education on mental health? A causal mediation analysis using a national panel study. *Int. J. Epidemiol.* **47**, 1423–1431 (2018).
 165. Sironi, M. Education and mental health in Europe. *Int. J. Ment. Health* **41**, 79–105 (2012).
 166. Bauldry, S. Variation in the Protective Effect of Higher Education against Depression. *Soc. Ment. Health* **5**, 145–161 (2015).
 167. Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S. & Margraf, J. Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Popul. Heal.* **7**, 100392 (2019).
 168. van Bon-Martens, M., Kleinjan, M., Hipple Walters, B., Shiels-Zeeman, L. & Brink, C. van den. Delphistudie 'Definitie Mentale Gezondheid': Resultaten van een consensusprocedure met verschillende perspectieven. (2022).
 169. Shah, N. *et al.* National or population level interventions addressing the social determinants of mental health – an umbrella review. 1–14 (2021).

Zoekopdrachten wetenschappelijke databases

PsycInfo

- 1 DE "Education" OR DE "Economic Disadvantage" OR DE "Economic Inequality" OR DE "Economic Security" OR DE "Poverty" OR DE "Poverty Areas" OR DE "Discrimination" OR DE "Social Discrimination" OR DE "Marginalization" OR DE "Marginalized Groups" OR DE "Income (Economic)" OR DE "Built Environment" OR DE "Social Density" OR DE "Homeless" OR DE "Homeless Mentally Ill" OR TI("Social Determinants of Health" OR ("Education*" OR "School" OR "Tuition" AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*")) OR "Economic status" OR "Economic Inequalit*" OR "Economic Securit*" OR "Poverty" OR "Discriminat*" OR "Marginali*" OR "Income" OR "Built Environment*" OR "Social Dens*" OR "Disadvantaged" OR "Depriv*" OR "Disparit*" OR "social gradient*" OR (("wealth*" OR "income*") AND ("inequalit*" [tiab] OR "equalit*" [tiab])) OR "redistribution*" OR "Built Environment" OR "Population Dens*" OR "blue space*" OR "green space*" OR "pollution*" OR "polluted*") OR AB("Social Determinants of Health" OR ("Education*" OR "School" OR "Tuition" AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*")) OR "Economic status" OR "Economic Inequalit*" OR "Economic Securit*" OR "Poverty" OR "Discriminat*" OR "Marginali*" OR "Income" OR "Built Environment*" OR "Social Dens*" OR "Disadvantaged" OR "Depriv*" OR "Disparit*" OR "social gradient*" OR (("wealth*" OR "income*") AND "inequalit*" [tiab] OR "equalit*" [tiab])) OR "redistribution*" OR "Built Environment" OR "Population Dens*" OR "blue space*" OR "green space*" OR "pollution*" OR "polluted*")
- 2 DE "Government Policy Making" OR DE "Government Agencies" OR TI("Public Policy" OR "Government Regulation" OR "Government Agencies" OR "Government Policy Making" OR "Government Programs" OR "Taxes" OR "Social Policy" OR "Social policies*" OR "legislation*" OR "legal*" OR "Social Welfare" OR "retrenchment*") OR AB("Public Policy" OR "Government Regulation" OR "Government Agencies" OR "Government Policy Making" OR "Government Programs" OR "Taxes" OR "Social Policy" OR "Social policies*" OR "legislation*" OR "legal*" OR "Social Welfare" OR "retrenchment*") OR DE "Child Day Care" OR DE "Day Care Centers" OR DE "Child Support" OR TI("Family Leave" OR (("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR "Child Day Care Cent*" OR "Nurser*" OR "child care benefit*" OR "child support*") OR AB("Family Leave" OR (("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR "Child Day Care Cent*" OR "Nurser*" OR "child care benefit*" OR "child support*") OR DE "Employment Status" OR DE "Insurance" OR DE "Social Security" OR DE "Labor Union Members" OR DE "Unemployment" OR TI("Insurance" OR "Social Security" OR "active labor market polic*" OR "active labour market polic*" OR "alms" OR "dole" OR "flexicurity" OR "jobles*" OR "minimum wage*" OR "labor market program*" OR "labour market program*" OR "labor union*" OR "labour union*" OR "workles*" OR "unemploy*" OR "welfare to work" OR "disability insurance*" OR "social insurance*" OR "Public Assistance" OR "income support" OR "social program*" OR "social benefit*" OR ("precarious" AND ("employment*" OR "job" OR "work*")) OR (("food" OR "old age" OR "Disabilit*" OR "Disabled") AND ("allowance*" OR "assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "pension*" OR "program*" OR "support*")) OR DE "Housing" OR TI(("Housing" AND ("Public" OR "act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "quality" OR "regulation*" OR "social" OR "subsid*" OR "voucher*")) OR (("home owner*" OR "homeowner*" OR "home-owner*" OR "homebuyer*" OR "home buyer*" OR "home-buyer*" OR "mortgage*") AND ("grant*" OR "subsid*" OR "assistance*" OR "voucher*" OR "eviction")) OR ("rent*" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR ("homeles*" AND ("prevent*" OR "service*" OR "strateg*")) OR AB(("Housing" AND ("Public" OR "act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "quality" OR "regulation*" OR "social" OR "subsid*" OR "voucher*")) OR (("home owner*" OR "homeowner*" OR "home-owner*" OR "homebuyer*" OR "home buyer*" OR "home-buyer*" OR "mortgage*") AND ("grant*" OR "subsid*" OR "assistance*" OR "voucher*" OR "eviction")) OR ("rent*" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR ("homeles*" AND ("prevent*" OR "service*" OR "strateg*"))
- 3 DE "Serious Mental Illness" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Mental Disorders" OR DE "Mental Health" OR DE "Major Depression" OR DE "Dysthymic Disorder" OR DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Generalized Anxiety Disorder" OR DE "Psychological Stress" OR DE "Stress and Trauma Related

- Disorders" OR TI("Mental Disorder*" OR "Mental Health" OR "Mental Wellbeing" OR "Mental well-being" OR "Depressi*" OR "Dysthymic Disorder*" OR "Mood Disorder*" OR "Anxiety" OR "Psychological Stres*" OR "Distres*" OR "Psychological Trauma*") OR AB("Mental Disorder*" OR "Mental Health" OR "Mental Wellbeing" OR "Mental well-being" OR "Depressi*" OR "Dysthymic Disorder*" OR "Mood Disorder*" OR "Anxiety" OR "Psychological Stres*" OR "Distres*" OR "Psychological Trauma*")
- 4 DE "Longitudinal Studies" OR DE "Quasi Experimental Methods" OR DE "Systematic Review" OR DE "Meta Analysis" OR TI("longitudinal*" OR "quasi-experiment*" OR "quasi experiment*" OR "natural experiment*" OR "panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "systematic review*" OR "meta-analys*" OR "meta analys*") OR AB("longitudinal*" OR "quasi-experiment*" OR "quasi experiment*" OR "natural experiment*" OR "panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "systematic review*" OR "meta-analys*" OR "meta analys*")
- 5 #1 AND #2 AND #3 AND #4
- 6 Filtered by publication year (2010-2021)

PubMed

- 10 #1 AND #7 AND #8 AND #9
- 9 "panel*" [tiab] OR "instrumental variable*" [tiab] OR "natural experiment*" [tiab] OR "longitudinal" [tiab] OR "difference-in-difference" [tiab] OR "policy intervention*" [tiab] OR "policy evaluation*" [tiab] OR "realist evaluation*" [tiab] OR "quasi-experiment*" [tiab] OR "systematic review"[tiab] OR "meta-analys*" [tiab]
- 8 "Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh] OR "Dysthymic Disorder"[Mesh] OR "Mood Disorders"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Psychological Trauma"[Mesh] OR "mental disorder*" [tiab] OR "mental health" [tiab] OR "mental wellbeing" [tiab] OR "mental well-being" [tiab] OR "depress*" [tiab] OR "dysthymi*" [tiab] OR "anxiet*" [tiab] OR "Mood disorder*" [tiab] OR "psychological stress*" [tiab] OR "distress" [tiab]
- 7 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
- 6 "Housing"[Mesh] OR "Public Housing"[Mesh:NoExp] OR ("housing" [tiab] AND ("act" [tiab] OR "affordab*" [tiab] OR "assistance" [tiab] OR "assisted" [tiab] OR "availab*" [tiab] OR "estate*" [tiab] OR "low income" [tiab] OR "public" [tiab] OR "quality" [tiab] OR "regulation*" [tiab] OR "social" [tiab] OR "subsid*" [tiab] OR "voucher*" [tiab])) OR (("home owner*" [tiab] OR "homeowner*" [tiab] OR "home-owner*" [tiab] OR "homebuyer*" [tiab] OR "home buyer*" [tiab] OR "home-buyer*" [tiab] OR "mortgage*" [tiab]) AND ("grant*" [tiab] OR "subsid*" [tiab] OR "assistance*" [tiab] OR "voucher*" [tiab] OR "eviction" [tiab])) OR ("rent*" [tiab] AND ("assistance" [tiab] OR "control*" [tiab] OR "subsid*" [tiab])) OR ("homeles*" [tiab] AND ("prevent*" [tiab] OR "service*" [tiab] OR "strateg*" [tiab]))
- 5 (("Education"[Mesh:NoExp] OR "school*" [tiab] OR "tuition*" [tiab] OR "Education*" [tiab]) AND ("assistance" [tiab] OR "benefit*" [tiab] OR "payment*" [tiab] OR "support*" [tiab]))
- 4 "Employment"[Mesh] OR "Insurance"[Mesh:NoExp] OR "Insurance, Disability"[Mesh:NoExp] OR "Public Assistance"[Mesh:NoExp] OR "Social Welfare"[Mesh:NoExp] OR "Social Security"[Mesh] OR "active labor market polic*" [tiab] OR "active labour market polic*" [tiab] OR "alms" [tiab] OR "dole" [tiab] OR "flexicurity" [tiab] OR "jobles*" [tiab] OR "minimum wage*" [tiab] OR "labor market program*" [tiab] OR "labour market program*" [tiab] OR "labor union*" [tiab] OR "labour union*" [tiab] OR "workles*" [tiab] OR "unemploy*" [tiab] OR "welfare to work" [tiab] OR "disability insurance*" [tiab] OR "social insurance*" [tiab] OR "Public Assistance" [tiab] OR "income support" [tiab] OR "social program*" [tiab] OR "social benefit*" [tiab] OR "social security" [tiab] OR ("precarious" [tiab]) AND ("employment*" [tiab] OR "job" [tiab] OR "work" [tiab])) OR (("food" [tiab] OR "old age" [tiab] OR "Disabilit*" [tiab] OR "Disabled" [tiab]) AND ("allowance*" [tiab] OR "assistance" [tiab] OR "benefit*" [tiab] OR "payment*" [tiab] OR "pension*" [tiab] OR "program*" [tiab] OR "support*" [tiab]))
- 3 "Family Leave"[Mesh] OR "Child Day Care Centers"[Mesh] OR "Nurseries, Hospital"[Mesh:NoExp] OR (("family" [tiab] OR "maternal" [tiab] OR "parental" [tiab] OR "paternal" [tiab] OR "pregnancy" [tiab]) AND "leave" [tiab]) OR "child care benefit*" [tiab] OR "child support*" [tiab]

- 2 "Public Policy"[MeSH Terms] OR "Government Regulation"[MeSH Terms] OR "Government Programs"[MeSH Terms] OR "Taxes"[MeSH Terms] OR "Social Policy"[Title/Abstract] OR "social policies"[Title/Abstract] OR "legislation"[Title/Abstract] OR "legal"[Title/Abstract] OR "Tax"[Title/Abstract] OR "Social Welfare"[Title/Abstract] OR "retrenchment"[Title/Abstract] OR "poverty alleviation polic"[Title/Abstract] OR "poverty alleviation polic"[Title/Abstract]
- 1 "Social Determinants of Health"[MeSH Terms:noexp] OR "Social Determinants of Health"[Title/Abstract] OR "Education"[MeSH Terms:noexp] OR "Educational Status"[MeSH Terms] OR "education"[Title/Abstract] OR "economic status"[Title/Abstract] OR "poverty"[Title/Abstract] OR "disadvantaged"[Title/Abstract] OR "deprivation"[Title/Abstract] OR "discriminat"[Title/Abstract] OR "disparit"[Title/Abstract] OR "social gradient"[Title/Abstract] OR "marginali"[Title/Abstract] OR (("wealth"[Title/Abstract] OR "income"[Title/Abstract]) AND ("inequalit"[Title/Abstract] OR "equalit"[Title/Abstract])) OR "redistribution"[Title/Abstract] OR "Built Environment"[MeSH Terms:noexp] OR "Population Density"[MeSH Terms:noexp] OR "built environment"[Title/Abstract] OR "Population Density"[Title/Abstract] OR "blue space"[Title/Abstract] OR "green space"[Title/Abstract] OR "noise pollution"[Title/Abstract] OR "pollution"[Title/Abstract] OR "polluted"[Title/Abstract] OR "Homeless Persons"[MeSH Terms:noexp]

Scopus

- 1 TITLE-ABS-KEY ("Social Determinants of Health" OR "Social Determinants of Health" OR "Education" OR "Educational Status" OR "education*" OR "economic status" OR "poverty" OR "disadvantaged" OR "deprivation" OR "discriminat*" OR "disparit*" OR "social gradient*" OR "marginali*" OR (("wealth*" OR "income*") AND "inequalit*" OR "equalit*") OR "redistribution*" OR "Built Environment" OR "Population Density" OR "Built environment*" OR "population density" OR "blue space*" OR "green space*" OR "Noise pollution*" OR "pollution*" OR "polluted*" OR "Homeless Persons") AND PUBYEAR > 2009
- 2 TITLE-ABS-KEY (("Public Policy" OR "Government Regulation" OR "Government Programs" OR "Taxes") OR ("Social Policy" OR "social policies*" OR "legislation*" OR "legal*" OR "Tax" OR "Social Welfare" OR "retrenchment*" OR "poverty alleviation polic*")) AND PUBYEAR > 2009
- 3 TITLE-ABS-KEY ("Family Leave" OR "Child Day Care Centers" OR "Nurseries, Hospital" OR (("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR "child care benefit*" OR "child support*") AND PUBYEAR > 2009
- 4 TITLE-ABS-KEY ("Employment" OR "Insurance" OR "Insurance, Disability" OR "Public Assistance" OR "Social Welfare" OR "Social Security" OR "active labor market polic*" OR "active labour market polic*" OR "alms" OR "dole" OR "flexicurity" OR "jobles*" OR "minimum wage*" OR "labor market program*" OR "labour market program*" OR "labor union*" OR "labour union*" OR "workles*" OR "unemploy*" OR "welfare to work" OR "disability insurance*" OR "social insurance*" OR "Public Assistance" OR "income support" OR "social program*" OR "social benefit*" OR "social security" OR (("precarious") AND ("employment*" OR "job" OR "work")) OR (("food" OR "old age" OR "Disabilit*" OR "Disabled") AND ("allowance*" OR "assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "pension*" OR "program*" OR "support*"))) AND PUBYEAR > 2009
- 5 TITLE-ABS-KEY ((("Education" OR "school*" OR "tuition*" OR "Education*") AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*"))) AND PUBYEAR > 2009
- 6 TITLE-ABS-KEY ("Housing" OR "Public Housing" OR ("housing" AND ("act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "public" OR "quality" OR "regulation*" OR "social" OR "subsid*"] OR "voucher*")) OR (("home owner*" OR "homeowner*" OR "home-owner*" OR "homebuyer*" OR "home buyer*" OR "home-buyer*" OR "mortgage*") AND ("grant*" OR "subsid*" OR "assistance*" OR "voucher*" OR "eviction")) OR ("rent*" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR ("homeles*"] AND ("prevent*" OR "service*" OR "strateg*"))) AND PUBYEAR > 2009
- 7 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
- 8 TITLE-ABS-KEY ("Mental Disorders" OR "Mental Health" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "Depressive Disorder, Major" OR "Dysthymic Disorder" OR "Mood Disorders" OR "Anxiety" OR "Anxiety Disorders" OR "Stress, Psychological" OR "Psychological Trauma" OR "mental disorder*" OR "mental health" OR "mental wellbeing" OR "mental well-being" OR "depress*" OR "dysthymi*" OR "anxiet*" OR "Mood disorder*" OR "psychological stress*" OR "distress") AND PUBYEAR > 2009

- 9 TITLE-ABS-KEY ("panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "longitudinal" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "quasi-experiment*" OR "systematic review" OR "meta-analys*") AND PUBYEAR > 2009
- 1 #1 AND #7 AND #8 AND #9
LIMIT TO ENGLISH

Web of Science

- 1 TS=("Social Determinants of Health" OR "Social Determinants of Health" OR "Education" OR "Educational Status" OR "education*" OR "economic status" OR "poverty" OR "disadvantaged" OR "deprivation" OR "discriminat*" OR "disparit*" OR "social gradient*" OR "marginali*" OR ("wealth*" OR "income*") AND ("inequalit*" OR "equalit*")) OR "redistribution*" OR "Built Environment" OR "Population Density" OR "built environment*" OR "Population Density" OR "blue space*" OR "green space*" OR "noise pollution*" OR "pollution*" OR "polluted*" OR "Homeless Persons")
- 2 TS=(("Public Policy" OR "Government Regulation" OR "Government Programs" OR "Taxes") OR ("Social Policy" OR "social policies*" OR "legislation*" OR "legal*" OR "Tax" OR "Social Welfare" OR "retrenchment*" OR "poverty alleviation polic*"))
- 3 TS=("Family Leave" OR "Child Day Care Centers" OR "Nurseries, Hospital" OR ("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR "child care benefit*" OR "child support*")
- 4 TS=("Employment" OR "Insurance" OR "Insurance, Disability" OR "Public Assistance" OR "Social Welfare" OR "Social Security" OR "active labor market polic*" OR "active labour market polic*" OR "alms" OR "dole" OR "flexicurity" OR "jobles*" OR "minimum wage*" OR "labor market program*" OR "labour market program*" OR "labor union*" OR "labour union*" OR "workles*" OR "unemploy*" OR "welfare to work" OR "disability insurance*" OR "social insurance*" OR "Public Assistance" OR "income support" OR "social program*" OR "social benefit*" OR "social security" OR ("precarious") AND ("employment*" OR "job" OR "work")) OR ("food" OR "old age" OR "Disabilit*" OR "Disabled") AND ("allowance*" OR "assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "pension*" OR "program*" OR "support*"))
- 5 TS=((("Education" OR "school*" OR "tuition*" OR "Education*") AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*"))
- 6 TS=("Housing" OR "Public Housing" OR ("housing" AND ("act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "public" OR "quality" OR "regulation*" OR "social" OR "subsid*" OR "voucher*")) OR ("home owner*" OR "homeowner*" OR "home-owner*" OR "homebuyer*" OR "home buyer*" OR "home-buyer*" OR "mortgage*") AND ("grant*" OR "subsid*" OR "assistance*" OR "voucher*" OR "eviction")) OR ("rent" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR ("homeles*" AND ("prevent*" OR "service*" OR "strateg*"))
- 7 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
- 8 TS=("Mental Disorders" OR "Mental Health" OR "Depression" OR "Depressive Disorder" OR "Depressive Disorder, Major" OR "Dythymic Disorder" OR "Mood Disorders" OR "Anxiety" OR "Anxiety Disorders" OR "Stress, Psychological" OR "Psychological Trauma" OR "mental disorder*" OR "mental health" OR "mental wellbeing" OR "mental well-being" OR "depress*" OR "dysthymi*" OR "anxiet*" OR "Mood disorder*" OR "psychological stress*" OR "distress")
- 9 TS=("panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "longitudinal" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "quasi-experiment*" OR "systematic review" OR "meta-analys*")
- 10 (((#1) AND #7) AND #8) AND #9 and English (Languages)

Bijlage A

Gemeenschappelijke sociale determinanten van mentale gezondheid en problematisch middelengebruik: een verkenning

Auteurs

Jeroen van Baar, Nina Bos, Desirée Spronk & Laura Shields-Zeeman

Met medewerking van (in alfabetische volgorde):

Felix Bolinski, Ninette van Hasselt, Martha de Jonge, Margriet van Laar & Faith Thompson

Inhoudsopgave

Inleiding	A-2
Inkomen	A-6
Huisvesting	A-9
Sociale inclusie	A-11
Discussie	A-13
Referenties	A-16
Zoekopdrachten wetenschappelijke databases	A-20

Inleiding

In de *Kennissynthese sociale determinanten van mentale gezondheid* (hierna *Kennissynthese*) beschreven we hoe sociaaleconomische verschillen in mentale gezondheid kunnen ontstaan als gevolg van leefomstandigheden zoals inkomen en huisvesting. Er zijn aanwijzingen dat deze sociaaleconomische determinanten ook een rol spelen bij problematisch middelengebruik. Zo blijkt dat de negatieve gezondheidseffecten van middelengebruik over het algemeen vaker voorkomen bij mensen in lagere dan in hogere sociaaleconomische posities ¹⁻³.

Problematisch middelengebruik en psychische problematiek zijn bovendien sterk gerelateerd. Stoornissen in middelengebruik komen vaak samen voor met andere psychiatrische aandoeningen (ook wel dubbele diagnose genoemd ⁴) en sociaaleconomische verschillen in problematisch middelengebruik en mentale gezondheid kunnen elkaar versterken ⁵. Het is dus aannemelijk dat de sociale determinanten die bepalend zijn voor mentale gezondheidssuitkomsten ook een rol kunnen spelen bij het ontstaan van problematisch middelengebruik, en andersom.

Daarom schreven wij het voorliggende document: een bijlage bij de *Kennissynthese* waarin we een eerste verkenning doen naar de effecten van sociale determinanten van mentale gezondheid op problematisch middelengebruik. Dit document vormt een korte schets van dit thema gezien vanuit het perspectief van onderzoek naar mentale gezondheid, en dient als opmaat tot het uitdiepen van de sociale determinanten van problematisch middelengebruik in volgende studies.

Doel en scope

Ons doel is om te verkennen in welke mate enkele sociale determinanten van mentale gezondheid ook relevant zijn voor problematisch middelengebruik. Hiertoe vergelijken we onze inzichten uit de *Kennissynthese* met een korte rondgang langs grijze literatuur, overzichtsstudies en primaire literatuur over middelengebruik. We brengen een zeer beperkte scope aan door ons uitsluitend te richten op drie specifieke sociale determinanten die voor mentale gezondheid cruciaal zijn gebleken in de *Kennissynthese*: **inkomen**, **huisvesting** en **sociale inclusie**. Het doel is dan ook niet om volledig te zijn, maar om een eerste verkenning op te leveren die aanknopingspunten biedt voor vervolgonderzoek. De volgende onderzoeksvraag was leidend in het schrijven van deze verkenning:

Hoe hangen inkomen, huisvesting en sociale inclusie samen met problematisch middelengebruik?

Wij zijn ons ervan bewust dat veel van de andere factoren die belangrijk zijn bij het ontstaan en in stand houden van problematisch middelengebruik met deze scope buiten beschouwing worden gelaten. Denk bijvoorbeeld aan factoren die liggen in omgeving, marketing (bij alcohol), wetgeving en opvoedingsvaardigheden van ouders. Meer informatie over deze determinanten is te vinden in rapporten en factsheets van het Trimbosinstituut en andere kennisinstellingen, alsmede in de standaarden van bijvoorbeeld de EMCDDA en de UNODC ^{2,6-11}.

Deze verkenning is net als de genoemde *Kennissynthese* uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De rapportage is bedoeld voor beleidsmakers en gezondheidsprofessionals op het snijvlak van mentale gezondheid en middelengebruik.

Methode

In deze verkenning starten we elk hoofdstuk over een sociale determinant – inkomen, huisvesting en sociale inclusie – met een samenvatting van de bevindingen in de *Kennissynthese* over het verband tussen deze sociale determinant en uitkomsten op het gebied van mentale gezondheid. Vervolgens doorzoeken we **grijze literatuur** en **enkele overzichtsstudies** op aanwijzingen dat deze determinant ook verband houdt met problematisch middelengebruik. Daarna gebruiken we **primaire literatuur** (onderzoeksartikelen die gebruik maken van originele data) om inzicht te verkrijgen in de mogelijke onderliggende **mechanismen** waarmee deze determinant samenhangt met problematiek in middelengebruik en comorbiditeit met psychiatrische klachten.

Deze laatste stap voeren we uit door wetenschappelijke artikelen bij elkaar te brengen uit twee verzamelingen: 1) de artikelen uit de *Kennissynthese* en 2) de artikelen verkregen door de zoekopdracht uit de *Kennissynthese* te herhalen in drie wetenschappelijke databases, maar ditmaal met termen gericht op middelengebruik in plaats van mentale gezondheid (zie *Zoekopdrachten wetenschappelijke databases*). Voor alle primaire literatuur geldt dat we ons hebben beperkt tot artikelen uit 2010 of later over onderzoeksdata uit hooginkomenslanden¹². We gebruiken met name longitudinaal onderzoek (waarin uitkomsten herhaaldelijk gemeten zijn), omdat dit type onderzoek meer inzicht kan bieden in zulke mechanismen dan crosssectioneel onderzoek. Soms zijn quasi-experimentele studies beschikbaar, die nog betrouwbaarder zijn als methode om oorzakelijke verbanden aan te tonen op het gebied van sociale determinanten (zie *Kennissynthese*).

Door de focus op internationale literatuur beschrijven we soms vormen van middelengebruik die in het Nederland van nu zeer beperkt voorkomen, zoals het injecteren van heroïne. Buitenlandse studies hiernaar kunnen desondanks relevante denkrichtingen opleveren, omdat de psychosociale mechanismen die ten grondslag liggen aan zulk middelengebruik mogelijk informatief zijn voor het begrijpen van middelengebruik in de Nederlandse context. Aan de andere kant erkennen we dat we met deze eerste verkenning nog een grote hoeveelheid kennis uit Nederlands onderzoek en praktijk buiten beschouwing laten, en zien we onze studie als aanzet tot nadere inventarisatie van deze kennis.

Definities

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

In Nederland bestaan gezondheidsverschillen waar onder andere sociaaleconomische factoren aan ten grondslag liggen. Mensen met een relatief laag opleidingsniveau en laag inkomen leven bijvoorbeeld korter en minder lang in goede gezondheid dan mensen met een hogere opleidingsniveau^{13,14}. Deze ongelijkheid is ongewenst en schadelijk en nemen naar verwachting de komende jaren alleen maar toe¹⁵. Er is daarom een sterke oproep om deze terug te dringen^{14,16,17}.

Sociale determinanten

Sociale determinanten kunnen bijdragen aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Sociale determinanten zijn niet-medische factoren die invloed hebben op de gezondheid van een persoon¹⁸⁻²³. Ze omvatten de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, werken, leven en ouder worden, zoals opleiding, baanzekerheid en de omgeving waarin men woont. Ook gaat het om een bredere set aan systemen, structuren en normen die het dagelijks leven gedurende de levensloop beïnvloeden. Denk aan economisch beleid en systemen, agenda's voor ontwikkeling,

sociale normen en beleid en politieke systemen. Omdat sociale determinanten de kans op gezondheid beïnvloeden, behoren ze tot de risico- en beschermende factoren voor gezondheid (maar niet alle risico- en beschermende factoren zijn sociale determinanten).

Zoals beschreven in de *Kennisynthese* zijn er in de afgelopen decennia meerdere conceptuele modellen ontstaan waarmee de sociale determinanten van gezondheid in kaart kunnen worden gebracht (zie bv. ^{19,24,25}). Elk van deze modellen benadrukt dat de verschillende niveaus of groeperingen van sociale determinanten elkaar beïnvloeden en niet los van elkaar gezien kunnen worden. Hoewel we de drie sociale determinanten armoede, huisvesting en sociale uitsluiting hier apart behandelen, merken we dus op dat ze in werkelijkheid continu met elkaar in interactie zijn en samen bepalend kunnen zijn van mentale gezondheid en problematisch middelengebruik, afhankelijk van de context.

Problematisch middelengebruik

De term problematisch middelengebruik kent geen uniforme en overeengekomen definitie. In dit rapport houden we de definitie uit de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)-standaard voor problematisch alcoholgebruik aan ²⁶. Bij problematisch gebruik is er sprake van een gebruikspatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen en kan iemand zijn bestaande problemen niet goed aanpakken. Hoeveel iemand gebruikt is niet van belang.

Wanneer iemand voldoet aan de criteria uit de DSM-V, spreekt men van een stoornis in gebruik van een middel (ook wel verslaving). Bij een stoornis in gebruik is er ook sprake van problematisch gebruik. Maar andersom hoeft er bij problematisch middelengebruik (nog) geen sprake te zijn van een stoornis in gebruik. Omdat veel mensen zich niet herkennen in termen zoals 'stoornis in gebruik' en 'verslaving', deze niet altijd van toepassing zijn, en deze beladen zijn vanwege stigma, lijkt de term problematisch gebruik steeds vaker de voorkeur te hebben. In lijn met deze ontwikkeling spreken we in deze verkenning dan ook over problematisch gebruik. Maar daar waar van toepassing zullen we ook spreken over stoornis in gebruik, omdat deze uitkomstmaat vaker gebruikt wordt in de klinische praktijk en onderzoeksliteratuur.

Comorbiditeit tussen problematiek in middelengebruik en mentale gezondheid

Deze verkenning gaat over sociale determinanten van mentale gezondheid die ook bepalend zijn voor problematisch middelengebruik. De samenhang tussen mentale gezondheid en middelengebruik kan zich uiten als een dubbele diagnose, wat betekent dat er sprake is van een stoornis in middelengebruik in combinatie met een andere psychiatrische stoornis ^{27,28}. Zulke comorbiditeit komt zeer vaak voor: voor bipolaire stoornissen en schizofrenie is de schatting dat tot 50% van mensen een dubbele diagnose heeft ^{29,30}. In Nederland hebben 20% tot 50% van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-cliënten ook verslavingsproblemen ⁴ en heeft 15% van de volwassenen (18-64 jaar) met een depressieve stoornis ook een middelstoornis ³¹. Hiermee hebben mensen met psychiatrische problematiek vaker een stoornis in middelengebruik dan de algemene volwassen bevolking, waar de 12-maanden-prevalentie rond de 5,6% ligt ¹.

Bij comorbiditeit is het mogelijk dat psychiatrische problematiek leidt tot het gebruik van middelen om met de psychische klachten om te kunnen gaan ^{28,32,33}. Andersom kan middelengebruik leiden tot de ontwikkeling van psychiatrische problematiek ^{34,35}. Zowel acuut (direct onder invloed) als op

de lange termijn kunnen alcohol en andere drugs de werking en de structuur van het brein negatief beïnvloeden, met psychische klachten tot gevolg. Tot slot zijn er gemeenschappelijke risicofactoren voor mentale gezondheid en problematisch middelengebruik. De literatuur die in dit document wordt besproken gaat voornamelijk over deze derde bron van samenhang, omdat we de effecten beschrijven van enkele sociale determinanten van mentale gezondheid op problematisch middelengebruik.

Inkomen

Inkomen, mentale gezondheid en problematisch middelengebruik

We verkennen allereerst de samenhang van inkomen met problematiek in middelengebruik en mentale gezondheid. In de *Kennissynthese sociale determinanten van mentale gezondheid* viel op dat een laag inkomen een van de duidelijkste sociale determinanten van verminderde mentale gezondheid is. Financiële problemen leiden namelijk tot stress en ontnemen ons de psychologische hulpbronnen die nodig zijn om te kunnen omgaan met die stress, zoals zingeving en het gevoel van regie over het eigen leven. Uit longitudinale en quasi-experimentele studies bleek dan ook dat economische achteruitgang doorgaans leidt tot een toename van psychische klachten, en dat een verhoging van inkomen via bijvoorbeeld toeslagen of een basisinkomen de mentale gezondheid vergroot.

Hoe verhoudt dit zich tot wetenschappelijke inzichten over inkomen als determinant van problematisch middelengebruik? De relatie tussen inkomen en problematisch middelengebruik niet eenduidig. Hoewel in Nederland mensen met een lager inkomen vaker een stoornis in het middelengebruik hebben (11,6% in de laagste inkomensgroep versus 3,3% in de hoogste ¹⁾), blijkt bijvoorbeeld in onderzoek naar alcohol dat rijkere mensen juist vaker problematisch drinken (bv. aan bingedrinken doen ^{10,11)}). Volgens een overzichtsstudie van Kvillemo en collega's ³⁶ hangt een hoge sociaaleconomische status samen met excessief middelengebruik onder jongere mensen doordat zij druk voelen om te voldoen aan hoge eisen, vanwege de afwezigheid van familie en omdat middelengebruik meer genormaliseerd is bij economische geprivilegieerde mensen. Internationaal onderzoek suggereert dat armere mensen desondanks meer schade ondervinden van alcoholgebruik (de zogenaamde *alcohol-harm paradox* ^{3,37,38)}), maar dit geldt voor Nederland niet altijd ^{10,37}. Daarnaast bestaan hoogrisicogroepen voor problematisch middelengebruik zowel aan de bovenkant van de inkomensverdeling (bv. cocaïnegebruik in de advocatuur ⁷⁾) als aan de onderkant ervan (bv. cannabisgebruik bij mensen met financiële problemen ⁸⁾). De relatie tussen inkomen en problematisch middelengebruik is dus complex en verschilt mogelijk per middel, doelgroep en land.

Artikelen uit de *Kennissynthese* en onze nieuwe rondgang langs primaire literatuur zijn doorzocht op mechanismen van het effect van inkomen op problematisch middelengebruik. Hier troffen we slechts vier artikelen aan die het effect van meer inkomen *an sich* onderzochten: het grootste deel van het onderzoek waar inkomen in voorkwam onderzocht veranderingen in inkomen *als gevolg van* andere sociaaleconomische omstandigheden zoals baanverlies (hierover verderop meer). De artikelen over inkomen troffen allen geen verband aan tussen een plotselinge verandering van inkomen bij mensen met moeite met rondkomen en het problematisch gebruik van middelen. Zo bleek in de Verenigde Staten dat, na verhoging van een belastingteruggave voor werkende gezinnen met een laag inkomen, dat de leden van deze gezinnen daarna niet vaker of minder vaak dronken ³⁹⁻⁴¹. In Nederland bleek uit een longitudinale analyse van data uit NEMESIS-2, het bevolkingsonderzoek naar psychiatrische aandoeningen, dat mensen die hun huishoudinkomen zien dalen daarna weliswaar vaker depressief zijn, maar niet vaker of minder vaak een stoornis in middelengebruik ontwikkelen ⁴². Er is in onze rondgang dus geen bewijs aangetroffen dat inkomen een *direct* effect heeft op problematisch middelengebruik, zoals dat bij mentale gezondheid wel het geval was.

Hoe is dit te verklaren? Ten eerste is het mogelijk dat inkomen vooral invloed heeft op het *beginnen met* problematisch middelengebruik ^{2,43}, en heeft het dus weinig effect als iemand die *al gebruikt* meer of minder te besteden krijgt. Ten tweede is het mogelijk dat inkomen vooral een *indirect* effect heeft op problematisch middelengebruik. In onze eerste rondgang door de literatuur troffen wij namelijk drie mechanismen aan waarmee inkomen een indirecte rol speelt in het ontstaan of in stand houden van problematisch middelengebruik. Deze mechanismen zijn complex en afhankelijk van de unieke context van het individu. Ze hebben soms tegengestelde effecten, wat kan verklaren dat het verband tussen inkomen en problematisch middelengebruik kan verschillen tussen individuen en contexten. Desondanks bieden ze aanknopingspunten voor het tegengaan van inkomen als risico- of onderhoudende factor bij problematisch middelengebruik en psychische klachten. De drie aangetroffen mechanismen worden hieronder verder besproken.

Mechanisme 1: inkomen als onderdeel van sociaaleconomische positie

In de grijze literatuur en academische overzichtsstudies benadrukken onderzoekers dat een laag inkomen slechts één onderdeel is van een bredere clustering van sociale problematiek die samenhangt met problematisch gebruik van sommige middelen ^{2,8,9,33,44-46}. Andere factoren in deze clustering zijn bijvoorbeeld werkloosheid, dak- en thuisloosheid, gebroken gezinnen, ongezonde leefstijl, onveiligheid en psychiatrische klachten. Meerdere van deze factoren samen bepalen de sociaaleconomische status (SES) van een individu. Groepen mensen met een lage SES komen meer in aanraking met risicofactoren zoals drugsgebruik en -handel in de buurt, en hebben minder mogelijkheden om met deze risicofactoren om te gaan ^{44,47}. Uit die combinatie van toenemende risicofactoren en afnemende beschermende factoren ontstaat een hoger risico op problematisch gebruik. Dit kan verklaren waarom armoede weliswaar statistisch samenhangt met problematisch middelengebruik, maar dat een verandering in inkomen niet direct een verandering in problematisch middelengebruik tot gevolg heeft.

Hoewel een laag inkomen alleen dus niet zomaar problematisch middelengebruik veroorzaakt, kan verlies van inkomen door bijvoorbeeld werkloosheid wel aanleiding zijn voor de algehele verslechtering van de sociaaleconomische status van een individu of groep, met meer middelengebruik tot gevolg. Dat bleek bijvoorbeeld in de jaren '80 in het Verenigd Koninkrijk. Door het toenemende gebruik van zeecontainers in het internationale vervoer van goederen gingen banen verloren in de havensteden van het VK. Men zag hierna een drastische toename ontstaan van problematisch drugsgebruik in gebieden die hierdoor het hardst waren geraakt ⁴⁴. Een soortgelijk effect is meermaals waargenomen tussen werkloosheid en problematisch alcoholgebruik: onder mensen van middelbare leeftijd in 11 Europese landen ⁴⁸, onder jongvolwassenen in de stad Seattle ⁴⁹ en in de Verenigde Staten in het algemeen ^{50,51}. Volgens onderzoekers is hier van belang dat een verandering in inkomen kan leiden tot veranderingen in sociaaleconomische leefomstandigheden ^{47,52} of tot het verlies van status en psychologische hulpbronnen, zoals eigenwaarde en zelfvertrouwen. Dat maakt het uiteindelijk moeilijker om om te gaan met andere risicofactoren in de sociale en fysieke omgeving ⁴⁴.

Ook opgroeien in een huishouden met een laag inkomen kan een risicofactor zijn voor problematisch middelengebruik ³³. Zo bleek dat jongvolwassenen (21 jaar) die in een laaginkomensgezin in Zweden waren opgegroeid, vaker een stoornis in het middelengebruik hadden ⁵³. In Australië werd bij deze

groep vaker een comorbide psychiatrische aandoening en stoornis in middelengebruik aangetroffen⁵⁴.

Mechanisme 2: laag inkomen als bron van stress

Alcohol en andere psychoactieve middelen gebruikt kunnen worden om stress of psychisch lijden te verlichten^{32,33,47}. Dit wijst op een mogelijk mechanisme waarin een laag inkomen en moeite met rondkomen leiden tot psychisch lijden en daarmee tot problematisch middelengebruik^{11,47}. Wilkinson⁵⁵ beschrijft hoe gemeenschappen die geraakt worden door economische problemen en werkloosheid ook vaak leven met meer psychologische en emotionele schade door stress, sociale uitsluiting en een gebrek aan keuzes en vrijheid in het leven. In deze gemeenschappen kan het problematisch gebruik van psychoactieve middelen worden geïnterpreteerd als manier om dit psychisch lijden minder te voelen⁴⁴. Zo vonden onderzoekers in Canada en de VS dat het gebruik van harddrugs deel uit kan maken van een clustering van problematiek tussen laag en wisselend inkomen, werkdruk en psychische klachten bij drie groepen mensen die zwaar en onzeker werk verrichten, zoals horecamedewerkers⁴⁵. De literatuur over de economische recessie van 2008 stelt dat een toename in drugsgebruik kan ontstaan door meer beschikbaarheid van middelen, meer stress door werk of het verlies van een stabiel inkomen en de sociale situatie⁵⁶. Daarnaast wordt gesteld dat groepen mensen die met kwetsbaarheden leven disproportioneel stress kunnen ervaren door baanverlies of psychische problemen, wat problematisch alcoholgebruik kan veroorzaken⁵⁷. Onderzoekers uit Nederland vonden na de economische crisis in 2008 dat mannen problematisch alcohol dronken als een vorm van zelfmedicatie om te kunnen omgaan met de stress van het verliezen van hun baan⁵⁸. Dit mechanisme is mogelijk verantwoordelijk voor een deel van de statistische samenhang tussen psychiatrische aandoeningen en problematisch middelengebruik, zeker wanneer mensen met een psychiatrische aandoening of stress door armoede niet beschikken over alternatieve copingstrategieën.

Mechanisme 3: inkomen als begrenzing van bestedingsruimte

Het inkomen bepaalt de grenzen van het budget dat men kan besteden aan het kopen van middelen^{11,47}. Hierdoor kan het voorkomen dat verlies van werk en inkomen leiden tot *minder* problematisch middelengebruik. Dit is voorgekomen in de context van alcoholgebruik na ontslagen in Duitse fabrieken: hier gingen ontslagen medewerkers juist minder drinken⁵⁹. En in Australië daalde risicovol drankgebruik als een kostwinner zijn of haar baan verloor of moeite had te betalen voor huisvesting⁶⁰. Omgekeerd is rijkdom geassocieerd met eenvoudige beschikbaarheid van middelen^{7,36}. Een mogelijke interpretatie van deze cijfers is dat men in het geval van plotselinge moeite met rondkomen er in eerste instantie voor kiest om minder aan alcohol of andere middelen uit te geven om genoeg geld over te houden voor eerste levensbehoeften, zoals huisvesting. Een kanttekening hierbij is dat het budget dat overblijft voor het kopen van ondersteuning bij psychische klachten of bij stoppen met middelengebruik ook afneemt, waardoor middelengebruik langer in stand kan blijven. Daarnaast kan lang aanhoudende armoede door werkloosheid leiden tot psychische klachten, die op den duur een risicofactor vormen voor problematisch middelengebruik (zie *Mechanisme 2*).

Huisvesting

Huisvesting, mentale gezondheid en problematisch middelengebruik

In de *Kennissynthese* kwam de fysieke leefomgeving (huis en wijk) ook naar voren als een bepalende factor voor mentale gezondheid en psychische klachten. Hier bleek dat stabiliteit en kwaliteit van huisvesting en veiligheid in de wijk goed zijn voor de mentale gezondheid omdat ze zorgen voor o.a. betere slaap, minder stress en minder onveilige momenten in het dagelijks leven. De geïnccludeerde longitudinale en quasi-experimentele studies rapporteerden echter geen uitkomsten over middelengebruik. Uit de grijze literatuur en overzichtsstudies kwamen wel enkele mogelijke mechanismen naar voren waarmee huisvesting een rol zou kunnen spelen in het vormgeven van (problematisch) middelengebruik. Deze mechanismen worden hieronder behandeld. Andere belangrijke factoren in de fysieke en bebouwde omgeving zijn bijvoorbeeld de beschikbaarheid van middelen in slijterijen en blootstelling aan reclame ⁶¹, maar deze onderwerpen vallen buiten de scope van deze verkenning. Merk op dat de oorzakelijke verbanden tussen huisvesting en problematisch middelengebruik meerdere kanten op kunnen lopen, omdat middelengebruik ook een voorloper kan zijn van dakloosheid ⁶⁷.

Mechanisme 1: slechte huisvesting als katalysator voor sociaaleconomische risicofactoren

Huisvesting hangt samen met andere sociale determinanten zoals inkomen. Theoretici benadrukken dan ook, net als bij inkomen, dat huisvesting deel uitmaakt van een cluster van sociaaleconomische omstandigheden die samen medeverantwoordelijk zijn voor (problematisch) middelengebruik. Hierbinnen kan huisvesting echter wel gezien worden als een katalysator voor ongelijke gezondheidsuitkomsten ^{62,63}. De manier waarop de huizenmarkt werkt zorgt er namelijk voor dat de meest gedepriveerde mensen (zij die urgent huisvesting nodig hebben en ook al relatief vaker middelen gebruiken) samen in dezelfde leefomgeving belanden. In zo'n omgeving kunnen sociale netwerken ontstaan waar drugs (en in sommige gevallen ook alcohol) makkelijker beschikbaar zijn en middelengebruik normaler is. Zo kan het lijken dat de fysieke leefomgeving een oorzaak kan zijn van problematisch middelengebruik, maar fungeert de omgeving in feite als een plaats waar bestaande risicofactoren zoals gebruik in de sociale omgeving tot uiting komen ^{2,44}.

Mechanisme 2: instabiele huisvesting als bron van stress

Naast de katalyserende werking kan huisvesting ook een direct effect hebben op problematisch middelengebruik. Zogenaemde "housing stress" (een verzamelnaam voor verschillende vormen van dak- en thuisloosheid) zorgt volgens een overzichtsstudie voor een toename van problematisch middelengebruik, vooral waar het alcohol betreft ⁶⁴. Carnemolla en Skinner (2021) vonden in hun overzichtsstudie dat stabiele huisvesting samengaat met een betere mentale gezondheid en minder dagelijks gebruik van harddrugs. Een review over huisuitzetting tijdens de economische recessie in US (2007-2009) liet zien dat deze economische terugval gepaard ging met slechtere mentale gezondheid en meer alcoholafhankelijkheid ⁶⁵.

Een Amerikaanse bekende interventie om dakloosheid en de bijkomende gevolgen tegen te gaan, die inmiddels ook in Nederland en andere landen wordt ingezet, is *Housing First*. Dit initiatief richt zich op daklozen met psychiatrische stoornissen en/of problematisch middelengebruik door hen allereerst een dak boven hun hoofd te bieden en vervolgens een intensief traject van ambulante begeleiding te starten. Een overzichtsstudie van trials met Housing First ⁶⁶ laat zien dat deze

interventie doorgaans een verbetering in mentale gezondheid oplevert en soms ook een afname van problematisch alcoholgebruik.

Waardoor is een programma als Housing First zo effectief? Onze verkenning wees op enkele mogelijke verklaringen. Stabiele huisvesting en een betere kwaliteit van leven voor daklozen hebben mogelijk effect door grotere veiligheid, vertrouwdheid met leefomstandigheden en ervaren controle over het leven. Iemand die dakloos is ervaart vaker onzekerheid en gebrek aan controle, waar sommigen op reageren door middelengebruik als copingstrategie in te zetten ⁶⁷. Een dak boven het hoofd kan deze motivatie om te gebruiken dus terugdringen. Prentice en Scutella (2020) merken op basis van een studie in Australië echter op dat sociale huisvesting weliswaar een belangrijk vangnet is tegen dakloosheid, maar op de korte termijn niet direct leidt tot vermindering in het gebruik van illegale middelen ⁶⁸. Mogelijk levert ad hoc huisvesting nog niet genoeg stabiliteit op om problematisch middelengebruik terug te dringen en komt men in sociale huisvesting in aanraking met drugsgebruik. Daarnaast is het mogelijk dat gedepriveerde mensen via sociale huisvesting in eenzelfde omgeving terecht komen die middelengebruik in stand houdt (zie mechanisme 1). Housing First *an sich* is dan ook niet *de* oplossing om dakloosheid en de gezondheidseffecten daarvan tegen te gaan, maar zou onderdeel moeten zijn van een geïntegreerde strategie omtrent dakloosheid waar ook andere preventieve en curatieve diensten deel van uitmaken ⁶⁹.

Mechanisme 3: huisvesting als vormgever van de sociale omgeving

Het sociale karakter van middelengebruik betekent dat de sociale omgeving, dus ook mensen in de buurt, belangrijk zijn voor ontstaan van problematiek ^{2,33}. Huisvesting speelt hierin een cruciale rol, hoewel de precieze mechanismen in onze eerste verkenning nog niet duidelijk werden. Enkele longitudinale studies in de VS lieten zien dat jonge, zwarte Amerikanen die in een buurt wonen met veel vandalisme, leegstand en criminaliteit een hoger risico hebben om langdurig cannabis te gebruiken ⁷⁰, terwijl jongeren in een buurt met veel positieve sociale activiteit (bv. groepjes buiten spelende kinderen en toezicht door ouders op straat) juist vaker minder gaan gebruiken wanneer ze ouder worden ⁷¹. Verbeteringen in een wijk zoals het opknappen van leegstaande panden gingen in Baltimore (VS) gepaard met een afname in het gebruik van drugs die worden geïnjecteerd ⁷². De sociale leefomgeving laat mogelijk ook sporen na in de ontwikkeling van middelengebruik over de levensloop. Klinisch gediagnosticeerde stoornissen in middelengebruik kwamen in de stad Seattle vaker voor (met zowel alcohol als cannabis) bij mensen die waren opgegroeid in instabiele buurten ⁷³. Jongvolwassenen (18-23j) in Seattle werden twee jaar lang gevolgd en elke maand bevraagd over hun alcoholgebruik, terwijl ze door de stad verhuisden en opgroeiden. Het bleek dat ze vaker dronken en consequenties daarvan ervoeren in periodes dat ze in armere wijken woonden ⁷⁴. Tot slot is de sociale omgeving in de buurt ook relevant voor middelengebruik bij ouderen (50+) in de VS: hier werd waargenomen dat deze groep meer bingedrinkt maar minder psychosociale klachten ervaart in wijken waar zij sterke sociale binding met de buurt heeft ^{75,76}.

Sociale inclusie

Sociale inclusie kan gedefinieerd worden als het proces waarmee een persoon deelneemt aan de samenleving met gelijke mogelijkheden, ongeacht zijn of haar achtergrond ^{77,78}. Hier tegenover staat sociale uitsluiting, wat inhoudt dat iemand of bepaalde groepen niet of minder kunnen participeren in economische, politieke en sociale elementen uit het leven ⁷⁹. In de literatuur over dit onderwerp spreekt men van onder andere *social exclusion*, *discrimination*, *minoritization*, *sexism*, *racism* en *marginalization*; al deze termen verwijzen naar een sociale ervaring die gekenmerkt wordt door structureel minder kansen voor participatie in de maatschappij op basis van persoonlijke kenmerken zoals migratieachtergrond, huidskleur of seksuele identiteit.

Sociale inclusie is relevant voor mentale gezondheid en middelengebruik, omdat gewaardeerd worden door anderen een belangrijke psychologische behoefte en motivatie is die dus invloed kan uitoefenen op onze gemoedstoestand en gedrag ⁸⁰. In de *Kennisynthese* kwam dan ook onderzoek naar voren dat de mentale gezondheid (m.n. op het gebied van depressie) verbetert in seksuele minderheidsgroepen wanneer de acceptatie en mogelijkheden tot participatie van deze groepen toenemen (bv. door legalisering van het homohuwelijk). Zulke effecten zijn mogelijk ook van toepassing op problematisch middelengebruik, aangezien dit een manier kan zijn om te gaan met het psychisch lijden dat met uitsluiting samen kan gaan en gebruik van sommige middelen vaker voorkomt bij minderheidsgroepen die met discriminatie te maken krijgen.

Wij hebben de empirische studies over sociale inclusie uit de *Kennisynthese* en onze nieuwe zoekopdracht doorzocht op uitkomsten op het gebied van problematisch middelengebruik. De enige relevante studies waren enkele artikelen over het effect van wetgeving die het homohuwelijk toestaat op de gezondheid van seksuele minderheidsgroepen. Hier bleek dat lesbische vrouwen die na het goedkeuren van deze wetgeving geïnterviewd waren in het kader van het onderzoek minder vaak negatieve voorvallen met alcohol (zoals met drank op aan het verkeer deelnemen) rapporteerden dan vrouwen die geïnterviewd waren vóór de wetgeving. Dit effect hield echter niet lang stand ⁸¹. Een andere studie liet aanwijzingen zien (echter zonder de juiste statistische toets) dat DSM-IV-stoornissen in het gebruik van alcohol en drugs sterker toenamen onder homo- en biseksuelen in staten waar het homohuwelijk werd verboden dan onder hetero's in dezelfde staten ⁸². Er is dus enig direct bewijs dat uitsluiting problematisch middelengebruik in de hand kan werken, maar het bewijs is schaars en van matige kwaliteit.

In de grijze literatuur over middelengebruik wordt sociale uitsluiting wel regelmatig genoemd als risicofactor voor problematisch gebruik ^{2,3,9}. Hieronder worden drie mechanismen besproken die uit onze rondgang langs de literatuur naar voren kwamen.

Mechanisme 1: sociale uitsluiting als bron van stress

Jongvolwassenen die opgroeien in gemarginaliseerde groepen krijgen soms niet dezelfde kansen en hulpbronnen als hun leeftijdgenoten in andere bevolkingsgroepen. Onderzoekers stellen dat jongvolwassenen hierop kunnen reageren door zich terug te trekken in middelengebruik ^{44,83,84}. Middelengebruik is dan een vorm van coping die in sommige gevallen leidt tot problematisch gebruik. In de volwassenheid is coping door alcohol en drugs onder gemarginaliseerde groepen ook relevant, maar dan voor het omgaan met de langdurige stress die ontstaat door sociale uitsluiting

^{3,85}. Deze langdurige stress, ook wel *allostatic load* genoemd, komt voort uit het samenkomen van uitsluiting op het gebied van bijvoorbeeld werk, inkomen, en huisvesting ⁸⁶. Hier ontstaat een interactie tussen sociale inclusie en andere sociale determinanten, bijvoorbeeld doordat een hoog inkomen iemand in staat stelt beter om te gaan met sociale uitsluiting ³. En dit is een punt waar problematisch middelengebruik en mentale gezondheid samenkomen, omdat hoge allostatic load ook wordt geassocieerd met angst en depressie ⁸⁷.

Mechanisme 2: uitsluiting als katalysator van andere sociale determinanten

Sociale uitsluiting kan ook leiden tot achterstand op andere sociale determinanten van problematisch middelengebruik ³. Zo kan discriminatie leiden tot slechtere kansen op de arbeidsmarkt en daardoor een hogere kans op moeite met rondkomen, en tot slechtere kansen op de huizenmarkt en daardoor een hogere kans op wonen in een wijk met veel sociale problematiek ³³. Etnische minderheidsgroepen hebben dan ook vaak te maken met een hogere mate van werkloosheid, lagere opleidingsniveaus en laaggeletterdheid ⁴⁴. Risicofactoren als laaggeletterdheid en verminderde toegang tot zorg zijn niet alleen van toepassing op gemarginaliseerde groepen, maar worden wel versterkt door sociale uitsluiting en komen vaker voor bij gemarginaliseerde groepen ⁸⁸. Bevolkingsgroepen die uitsluiting meemaken hebben ook vaker te kampen met criminaliteit en het dealen van drugs in de wijk, wat kan leiden tot zowel betrokkenheid bij drugshandel als gebruik ^{44,84,89}. Tot slot kunnen gemarginaliseerde groepen jongeren het gevoel hebben er niet bij te horen en zich vervelen doordat er in hun omgeving weinig aanbod is van activiteiten; drugsgebruik kan dan dienst doen als invulling van deze verveling ⁸⁴.

Mechanisme 3: uitsluiting als gevolg van problematisch middelengebruik

Tot slot is een belangrijke observatie dat problematisch middelengebruik ook weer kan leiden tot uitsluiting, omdat mensen met een middelenprobleem worden gestigmatiseerd ^{3,33,90,91}. In de meeste culturen is het gebruik van alcohol en drugs sterk gemoraliseerd, bijvoorbeeld door drugsgebruik te associëren met een verlies van controle over het eigen gedrag ⁹¹, en krijgen mensen die de gangbare normen overschrijven geconfronteerd met stigma en uitsluiting ^{92,93}. Via zelfstigma verliezen gebruikers psychologische hulpbronnen zoals eigenwaarde en het gevoel van controle over het eigen leven ⁹³, wat tot slechtere uitkomsten op het gebied van mentale gezondheid leidt ^{94,95}. Al deze gevolgen van uitsluiting naar aanleiding van middelengebruik kunnen problematisch middelengebruik ook weer in de hand werken (zie mechanismen 1 en 2 hierboven). Het hebben van psychiatrische klachten is ook gestigmatiseerd, en middelengebruik kan leiden tot discriminatie in het ontvangen van zorg voor psychische klachten ³. Op deze manieren werkt sociale uitsluiting als aanjager van sociaaleconomische verschillen in middelengebruik, en raken gebruikers dieper verstrikt in een sociaaleconomische positie die met middelen- en psychiatrische problematiek gepaard gaat.

Discussie

Dit verkennende rapport is een bijlage bij de *Kennisynthese sociale determinanten van mentale gezondheid*. Er is ingegaan op hoe drie sociale determinanten van mentale gezondheid (inkomen, huisvesting en sociale inclusie) problematisch middelengebruik zouden kunnen beïnvloeden. Bij alle drie de sociale determinanten werden verschillende mogelijke mechanismen besproken.

Beperkingen van deze verkenning

Deze verkenning is slechts een eerste aanzet tot het in kaart brengen van de sociale determinanten van problematisch middelengebruik en mogelijke mechanismen, en kent een aantal belangrijke beperkingen. Zo is een beperkte hoeveelheid literatuur doorzocht op basis van de *Kennisynthese* en een hiervan afgeleide zoekopdracht. In veel artikelen uit de *Kennisynthese* is middelengebruik niet als uitkomstmaat opgenomen, waardoor deze artikelen niet direct relevant waren voor de *Verkenning*. Daarnaast is de keuze gemaakt om slechts op drie sociale determinanten te focussen. Hierdoor kunnen er geen uitspraken gedaan worden over een aantal andere belangrijke sociale determinanten zoals opleidingsniveau, opvoeding, beschikbaarheid van middelen in de omgeving, migratie enzovoort. Er is dus nog veel meer literatuur te bespreken, evenals inzichten vanuit de praktijk en vanuit onderzoek dat zich in het bijzonder op de Nederlandse context richt. Tot slot ontbreekt informatie over specifieke doelgroepen (bv. jongeren, migranten etc.) en middelen. Met al deze kanttekeningen in het achterhoofd zien wij het huidige document dan ook vooral als opmaat naar vervolgonderzoek naar de gedeelde sociale determinanten van mentale (on)gezondheid en problematisch middelengebruik.

Samenvatting van de bevindingen

Vanwege de beperkte scope van deze verkenning is het nog niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken over de sociale determinanten van problematisch middelengebruik. Wel zijn enkele indirecte effecten en mogelijke mechanismen van inkomen, huisvesting en sociale inclusie geïdentificeerd. Uit deze eerste inventarisatie komen drie inhoudelijke inzichten naar voren, die elk oproepen tot nader onderzoek.

Ten eerste maken inkomen, huisvesting en sociale inclusie deel uit van een clustering van sociaaleconomische factoren die kan bijdragen aan problematisch gebruik van alcohol en drugs. De determinanten hebben wederzijdse invloed op elkaar en hebben mogelijk verschillende effecten per context, doelgroep en middel. Zo ontstaat een beeld van “complexe ongelijkheid” in problematisch middelengebruik, waarbij verschillende sociale determinanten elkaar mogelijk versterken, tegenwerken of juist in stand houden ^{96,97}.

Ten tweede is het een terugkerend inzicht in de literatuur dat achterstand op inkomen, huisvesting en sociale inclusie kan leiden tot een hogere mentale belasting van het individu in de vorm van bijvoorbeeld stress. Het gebruik van middelen kan een manier zijn om met deze belasting om te gaan. Dit mechanisme wordt door onderzoekers in verband gebracht met de comorbiditeit tussen problematisch middelengebruik en psychische klachten, maar dit is zeker niet het enige mechanisme dat aan deze comorbiditeit ten grondslag kan liggen.

Ten derde kan een achterstand op de drie sociale determinanten ook een vermindering van draagkracht en regie over het eigen leven tot gevolg hebben. Men beschikt dan over minder psychologische veerkracht, sociale steun en financiële hulpbronnen, waardoor men minder mogelijkheden heeft om middelengebruik onder controle te houden.

Bovenal wijst onze rondgang langs de literatuur erop dat aandacht voor de sociale determinanten van problematisch middelengebruik – en de samenhang met mentale gezondheid – belangrijk is en kansen op kan leveren voor toekomstig onderzoek en beleid. Traditioneel is er in onderzoek naar middelengebruik veel aandacht voor andere determinanten dan hier besproken zijn, zoals opvoeding en beschikbaarheid van middelen in de omgeving. Deze verkenning laat zien dat de drie besproken determinanten, die gelden als krachtige sociale determinanten van mentale gezondheid (zie *Kennissynthese*), ook relevant kunnen zijn voor middelengebruik. Daarmee wordt ook duidelijk dat kruisbestuiving tussen de onderzoeksvelden van mentale gezondheid en middelengebruik nieuwe kansen biedt.

Denkrichtingen voor onderzoek, praktijk en beleid

In deze verkenning hebben we een poging gedaan om drie sociale determinanten onafhankelijk van elkaar te analyseren. De consensus in de literatuur is echter dat deze factoren sterk met elkaar samenhangen en deel uitmaken van een clustering van sociale problematiek waar problematisch middelengebruik ook onderdeel van kan zijn. Dit inzicht is van belang voor de onderzoekswereld, maar ook voor praktijk en beleid. Het is door deze samenhang van factoren namelijk onwaarschijnlijk dat problematisch middelengebruik verholpen kan worden door het aanpakken van één specifieke sociale determinant. In plaats daarvan is integraal beleid nodig dat een gezond dagelijks leven mogelijk maakt en problemen in de sociale omgeving aanpakt door in te zetten op verschillende fasen in de levensloop (al voor de geboorte) en op verschillende leefomgevingen. Een voorbeeld hiervan is de zogenaamde “whole-school approach” voor preventie van middelengebruik bij jongeren ⁹⁸, die in Nederland onder meer tot uiting komt in de integrale programma's *Helder op School* en *Gezonde School* die zich richten op leerlingen, leeftijdgenoten, ouders en docenten.

Om een integrale aanpak mogelijk te maken zou het als eerste stap nuttig zijn om een grondige inventarisatie van lokale en landelijke initiatieven aan te leggen die ingrijpen op de sociale determinanten van problematisch middelengebruik. Hierbij kan het nuttig zijn te kijken naar eventuele verschillen in aard, werkzaamheid en implementatiestrategie van a) interventies die een sociale determinant direct aanpakken versus b) interventies die weliswaar doelgroepen identificeren op basis van sociale determinanten zoals inkomensniveau, maar inhoudelijk gezien niet direct acteren op de sociale determinant zelf en in plaats daarvan een individuele interventie aanbieden. Daarnaast achten wij het kansrijk om internationaal onderzoek naar de sociale determinanten van problematisch middelengebruik te herhalen en actualiseren in de Nederlandse context, omdat de effecten van sociale determinanten doorgaans contextafhankelijk zijn. Tot slot verdient de comorbiditeit tussen middelengebruik en mentale gezondheid meer directe aandacht. Zoals we ook in deze verkenning zien komt comorbiditeit veel voor en is er een overlap in sociale determinanten. Dit biedt kansen voor een aanpak die leidt tot verbetering van comorbiditeit. We merken echter dat in zowel onderzoeks-, behandel- en beleidsvelden mentale gezondheid en problematisch middelengebruik afzonderlijk worden benaderd. We hebben te maken met verzuiling van het werkveld, waardoor de hulp, ondersteuning en behandeling gericht op mensen met comorbiditeit

aan kwaliteit inboet. We bepleiten dan ook een verbeterde samenwerking tussen deze velden en geloven dat dit de gezondheid van mensen met comorbiditeit ten goede komt.

Referenties

1. de Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaer, S. [Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to 2009. Results from NEMESIS-2]. *Tijdschr. Psychiatr.* **54**, 27–38 (2012).
2. EMCDDA. *European Prevention Curriculum*. (2019).
3. Loring, B. Alcohol and inequities. *World Heal. Organ.* iv–23 (2014).
4. LEDD. Algemene informatie. *Landelijk expertise- en implementatiecentrum dubbele diagnose* (2022).
5. Smith, K. & Foster, J. *Alcohol, Health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. A summary of the available evidence*. (2014).
6. UNODC. *International standards on drug use prevention - second updated edition. United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization* (2018).
7. Spronk, D., Van Gelder, N., Nabben, T. & De Jonge, M. *Cocaine: wie gebruikt het en waarom? Trimbos Institute: Netherlands Institute of Mental Health and Addiction* (2020).
8. Möhle, M., Van Der Pol, P., Van Goor, M. & Goossens, F. Strategische Verkenning Cannabispreventie Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik door jongeren te voorkomen. 1–128 (2018).
9. Snoek, A., Wits, E., Van der Stel, J. & Van de Mheen, D. *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en intervisiematrix*. (2010).
10. Schouten, F., Mujcic, A., Tuithof, M., Monshouwer, K. & Voogt, C. *Factsheet Alcohol-harm paradox in Nederland*. (2022).
11. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Impactvolle Determinanten: Problematisch alcoholgebruik [factsheet]*. (2021).
12. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>.
13. Pharos. *Factsheet Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen*. (2019).
14. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Een eerlijke kans op gezond leven*. (2021).
15. Health Holland. Kennis- en Innovatieagenda 2020–2023 voor Gezondheid & Zorg. (2019).
16. Rijksoverheid. Kamerbrief over Verkenning Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/10/15/kamerbrief-over-verkenning-nationaal-preventieakkoord-mentale-gezondheidreactie-op-motie#:~:text=hier%3A+Home+Documenten-,Kamerbrief+over+Verkenning+Nationaal+Preventieakkoord+Mentale+Gezondh> (2021).
17. Broeders, D. W. J., Das, H. D., Jennissen, R. P. W., Tiemeijer, W. L. & De Visser, M. Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. *WRR-Policy Br.* 746 (2018).
18. World Health Organization. Social Determinants of Health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
19. Simon, E., Bögels, S. M. & Voncken, J. M. Efficacy of Child-Focused and Parent-Focused Interventions in a Child Anxiety Prevention Study. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **40**, 204–219 (2011).
20. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* **365**, 1099–1104 (2005).
21. Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D. R. The social determinants of health: Coming of age. *Annu. Rev. Public Health* **32**, 381–398 (2011).
22. Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. & Alvarez, K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr. Psychiatry Rep.* **20**, (2018).
23. Shields-zeeman, L., van Bon-Martens, M. & Smit, F. *Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering*. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1913-samenwerken-aan-een-mentaal-gezonde-samenleving/> (2021).
24. WHO-Europe. *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. (2010).
25. Bronfenbrenner, U. Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychol.* **32**, 513–530 (1977).
26. Boomsma, L. *et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (M10)*. (2021).
27. GGZ standaarden. 13. Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen. <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/addendum-stoornissen-in-middelengebruik-in-combinatie-met-andere-psychiatrische-aandoeningen>.
28. National Institute on Drug Abuse. Why is there comorbidity between substance use disorders and mental illnesses? <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/why-there-comorbidity-between-substance-use-disorders-mental-illnesses> (2020).
29. Dixon, L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr. Res.*

- 35, 593-100 (1999).
30. Mueser, K. T. *et al.* Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia: Demographic and Clinical Correlates. *Schizophr. Bull.* **16**, (1990).
31. Nuijen, J. Zicht op depressie: de aandoening , preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. 168 (2017).
32. Conger, J. J. Alcoholism: theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Q. J. Stud. Alcohol* **17**, 296–305 (1956).
33. Jones, L. & Sumnall, H. *Understanding the relationship between poverty and alcohol misuse.* (2016).
34. Brook, J. S., Cohen, P. & Brook, D. W. Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **37**, 322–330 (1998).
35. Moore, T. H. M. *et al.* Cannabis use and risk of psychotic or aff ective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* **370**, 319–328 (2007).
36. Kvillemo, P. *et al.* How to prevent alcohol and illicit drug use among students in affluent areas: a qualitative study on motivation and attitudes towards prevention. *Subst. Abus. Treat. Prev. Policy* **16**, 1–13 (2021).
37. Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S. & Gmel, G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concered action 'Gender, culture and alcohol problems: A multi-national study'. *Alcohol Alcohol.* **41**, 26–36 (2006).
38. Burton, R. & Marsden, J. The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies An evidence review. 241 (2016).
39. Collin, D. F. *et al.* Short-term effects of the earned income tax credit on mental health and health behaviors. *Prev. Med. (Baltim).* **139**, 106223 (2020).
40. Shields-Zeeman, L., Collin, D. F., Batra, A. & Hamad, R. How does income affect mental health and health behaviours? A quasi-experimental study of the earned income tax credit. *J. Epidemiol. Community Health* **75**, 929–935 (2021).
41. Rehkopf, D. H., Strully, K. W. & Dow, W. H. The short-term impacts of Earned Income Tax Credit disbursement on health. *Int. J. Epidemiol.* **43**, 1884–1894 (2014).
42. Barbaglia, M. G., Ten Have, M., Dorsselaer, S., Alonso, J. & de Graaf, R. Negative socioeconomic changes and mental disorders: A longitudinal study. *J. Epidemiol. Community Health* **69**, 55–62 (2015).
43. Van der Pol, P. *et al.* Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug Alcohol Depend.* **133**, 352–359 (2013).
44. Shaw, A., Egan, J. & Gillespie, M. Drugs and poverty: A literature review. A report produced by the Scottish Drugs Forum. (2007).
45. McCarthy, B., Carter, A., Jansson, M., Benoit, C. & Finnigan, R. Poverty, Material Hardship, and Mental Health among Workers in Three Front-Line Service Occupations. *J. Poverty* **22**, 334–354 (2018).
46. Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol. Rev.* **26**, 36–52 (2004).
47. Nagelhout, G. E. *et al.* How economic recessions and unemployment affect illegal drug use: A systematic realist literature review. *Int. J. Drug Policy* **44**, 69–83 (2017).
48. Bosque-Prous, M. *et al.* Job loss, unemployment and the incidence of hazardous drinking during the late 2000s recession in Europe among adults aged 50-64 years. *PLoS One* **10**, 1–13 (2015).
49. Lee, J. O. *et al.* Unemployment and substance use problems among young adults: Does childhood low socioeconomic status exacerbate the effect? *Soc. Sci. Med.* **143**, 36–44 (2015).
50. Dávalos, M. E., Fang, H. & French, M. T. Easing the pain of an economic downturn: Macroeconomic conditions and excessive alcohol consumption. *Health Econ.* **21**, 1318–1335 (2012).
51. Popovici, I. & French, M. T. Does Unemployment Lead to Greater Alcohol Consumption? *Ind. Relat. (Berkeley)*. **52**, (2013).
52. Cerda, M., Johnson-Lawrence, V. D. & Galea, S. Lifetime income patterns and alcohol consumption: Investigating the association between long- and short-term income trajectories and drinking. *Soc. Sci. Med.* **73**, 1178–1185 (2011).
53. Gauffin, K., Hemmingsson, T. & Hjern, A. The effect of childhood socioeconomic position on alcohol-related disorders later in life: a Swedish national cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* **67**, 932–938 (2013).
54. Salom, C. L., Williams, G. M., Najman, J. M. & Alati, R. Does early socio-economic disadvantage predict comorbid alcohol and mental health disorders? *Drug Alcohol Depend.* **142**, 146–153 (2014).
55. Wilkinson, R. G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality.* (Routledge, 1996).
56. Bruguera, P. *et al.* How does economic recession affect substance use? A reality check with clients of drug treatment centres. *J. Ment. Health Policy Econ.* **21**, 11–16 (2018).
57. Dom, G. *et al.* The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European

- Union. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **13**, 1–11 (2016).
58. de Goeij, M. C. M., Bruggink, J. W., Otten, F. & Kunst, A. E. Harmful drinking after job loss: a stronger association during the post-2008 economic crisis? *Int. J. Public Health* **62**, 563–572 (2017).
 59. Kaiser, M., Bauer, J. M. & Sousa-Poza, A. Does unemployment lead to a less healthy lifestyle? *Appl. Econ. Lett.* **24**, 815–819 (2017).
 60. Bentley, R., Baker, E., Martino, E., Li, Y. & Mason, K. Alcohol and tobacco consumption: What is the role of economic security? *Addiction* **116**, 1882–1891 (2021).
 61. Trimbos-instituut. Risicofactoren alcoholgebruik: persoonsgebonden factoren en omgevingsfactoren. *Expertisecentrum Alcohol* (2019).
 62. Dunn, J. R. & Hayes, M. V. Social inequality, population health, and housing: A study of two Vancouver neighborhoods. *Soc. Sci. Med.* **51**, 563–587 (2000).
 63. Dunn, J. R. Housing and inequalities in health: A study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *J. Epidemiol. Community Health* **56**, 671–681 (2002).
 64. Austin, A. E. *et al.* Associations of housing stress with later substance use outcomes: A systematic review. *Addict. Behav.* **123**, 107076 (2021).
 65. Tsai, A. C. Home foreclosure, health, and mental health: A systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLoS One* **10**, 1–21 (2015).
 66. Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V & Thomson, H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J. Epidemiol. Community Health* **73**, 379–387 (2019).
 67. Bessant, J. *et al.* Heroin Users, Housing, and Social Participation: Attacking Social Exclusion Through Better Housing. **4**, (2003).
 68. Prentice, D. & Scutella, R. What are the impacts of living in social housing? New evidence from Australia. *Hous. Stud.* **35**, 612–647 (2020).
 69. Pleace, N. *Using Housing First in integrated homelessness strategies: a review of the evidence.* University of York (2018).
 70. Furr-Holden, C. D. M. *et al.* Neighborhood environment and marijuana use in urban young adults. *Prev. Sci.* **16**, 268–278 (2015).
 71. Reboussin, B. A. *et al.* The impact of the urban neighborhood environment on marijuana trajectories during emerging adulthood. *Prev. Sci.* **20**, 270–279 (2019).
 72. Linton, S. L., Jennings, J. M., Latkin, C. A., Kirk, G. D. & Mehta, S. H. The association between neighborhood residential rehabilitation and injection drug use in Baltimore, Maryland, 2000–2011. *Health Place* **28**, 142–149 (2014).
 73. Lee, J. O. *et al.* Childhood neighborhood context and adult substance use problems: the role of socio-economic status at the age of 30 years. *Public Health* **165**, 58–66 (2018).
 74. Rhew, I. C., Duckworth, J. C., Hurvitz, P. M. & Lee, C. M. Within- and between-person associations of neighborhood poverty with alcohol use and consequences: A monthly study of young adults. *Drug Alcohol Depend.* **212**, (2020).
 75. Kim, E. S., Chen, Y., Kawachi, I. & VanderWeele, T. J. Perceived neighborhood social cohesion and subsequent health and well-being in older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Health Place* **66**, (2020).
 76. Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F. & Schulenberg, J. E. Socioeconomic status and substance use among young adults: A comparison across constructs and drugs. *J. Stud. Alcohol Drugs* **73**, 772–782 (2012).
 77. The World Bank. Social Inclusion. <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion#1>.
 78. United Nations. Social Inclusion. <https://www.un.org/development/desa/socialperspectiveondevelopment/issues/social-integration.html>.
 79. United Nations. *Leaving no one behind: the imperative of inclusive development.* <https://www.un.org/esa/socdev/rwss/2016/full-report.pdf> (2016).
 80. Baumeister, R. F. & Leary, M. R. The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychol. Bull.* **117**, 497–529 (1995).
 81. Everett, B. G., Hatzenbuehler, M. L. & Hughes, T. L. The impact of civil union legislation on minority stress, depression, and hazardous drinking in a diverse sample of sexual-minority women: A quasi-natural experiment. *Soc. Sci. Med.* **169**, 180–190 (2016).
 82. Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M. & Hasin, D. S. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *Am. J. Public Health* **100**, 452–459 (2010).
 83. Vanheusden, K. *et al.* Patterns of association between alcohol consumption and internalizing and externalizing

- problems in young adults. *J. Stud. Alcohol Drugs* **69**, 49–57 (2008).
84. Bashford, J., Buffin, J. & Patel, K. *The Department of Health's Black and Minority Ethnic Drug Misuse Needs assessment Project. Report 2: The Findings*. (2003) doi:10.1177/0264550513493822.
 85. Meyer, I. H. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol. Bull.* **129**, 674–697 (2003).
 86. Upchurch, D. M. *et al.* A longitudinal investigation of race, socioeconomic status, and psychosocial mediators of allostatic load in midlife women: Findings from the study of women's health across the nation. *Psychosom. Med.* **77**, 402–412 (2015).
 87. McEwen, B. S. Mood disorders and allostatic load. *Biol. Psychiatry* **54**, 200–207 (2003).
 88. Reid, G., Aitken, C., Beyer, L. & Crofts, N. Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs Educ. Prev. Policy* **8**, 358–374 (2001).
 89. Weerman, F. *Jeugdbendes en problematische - jeugdgroepen in Nederland en Europa*. (2018).
 90. Todd, J. *et al.* Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **39**, 581–587 (2004).
 91. van Erp, N. & van der Meulen, A. *Factsheet Stigma en Verslaving*. (2017).
 92. Room, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.* **24**, 143–155 (2005).
 93. Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L. & Amari, E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *ADDICTION* **107**, 39–50 (2012).
 94. Fiori, F., Rinesi, F., Spizzichino, D. & Di Giorgio, G. Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Soc. Sci. Med.* **153**, 90–98 (2016).
 95. Janzen, B. & Hellsten, L. ann M. Does the psychosocial quality of unpaid family work contribute to educational disparities in mental health among employed partnered mothers? *Int. Arch. Occup. Environ. Health* **91**, 633–641 (2018).
 96. van de Werfhorst, H. & van Hest, E. Veelkoppige ongelijkheid vergt veelkoppige aanpak. *Sociale Vraagstukken* (2019).
 97. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. (2020).
 98. WHO. *Making every school a health-promoting school – Global standards and indicators*. 28 maart 2022 (2021).

Zoekopdrachten wetenschappelijke databases

PsycINFO

#	Search string
	Social determinants of health
1	DE "Education" OR DE "Drug Education" OR DE "Economic Disadvantage" OR DE "Economic Inequality" OR DE "Economic Security" OR DE "Poverty" OR DE "Poverty Areas" OR DE "Discrimination" OR DE "Social Discrimination" OR DE "Marginalization" OR DE "Marginalized Groups" OR DE "Racism" OR DE "Income (Economic)" OR DE "Homeless" OR DE "Homeless Mentally Ill" OR TI("Social Determinants of Health" OR ("Education*" OR "School" OR "Tuition" AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*")) OR "Economic status" OR "Economic Inequalit*" OR "Economic Securit*" OR "Poverty" OR "Discriminat*" OR "Marginali*" OR "Income" OR "Homeles*" OR "Disadvantaged" OR "Depriv*" OR "Disparit*" OR "social gradient*" OR (("wealth*" OR "income*") AND "inequalit*" OR "equalit*" OR ("Racism")) OR AB("Social Determinants of Health" OR ("Education*" OR "School" OR "Tuition" AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*")) OR "Economic status" OR "Economic Inequalit*" OR "Economic Securit*" OR "Poverty" OR "Discriminat*" OR "Marginali*" OR "Income" OR "Homeles*" OR "Disadvantaged" OR "Depriv*" OR "Disparit*" OR "social gradient*" OR (("wealth*" OR "income*") AND "inequalit*" OR "equalit*" OR ("Racism"))
	Policy/government interventions
2	DE "Government Policy Making" OR DE "Government Agencies" OR DE "legislation, drug" OR DE "Drug Legalization" OR DE "Drug Laws" OR DE "Marijuana Laws" OR DE "Marijuana Legalization" OR DE "Substance Use Prevention" OR TI("Public Policy" OR "Government Regulation" OR "Government Agencies" OR "Government Policy Making" OR "Government Programs" OR "Taxes" OR "Social Policy" OR "Social policies*" OR "legislation*" OR "legal*" OR "laws*" OR "Social Welfare" OR "retrenchment*" OR (("substance*" OR "drug*") AND "prevention")) OR AB("Public Policy" OR "Government Regulation" OR "Government Agencies" OR "Government Policy Making" OR "Government Programs" OR "Taxes" OR "Social Policy" OR "Social policies*" OR "legislation*" OR "legal*" OR "laws*" OR "Social Welfare" OR "retrenchment*" OR (("substance*" OR "drug*") AND "prevention")) OR TI("Family Leave" OR (("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR AB("Family Leave" OR (("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR DE "Employment Status" OR DE "Insurance" OR DE "Social Security" OR DE "Unemployment" OR TI("Insurance" OR "Social Security" OR "alms" OR "dole" OR "flexicurity" OR "jobles*" OR "minimum wage*" OR "workles*" OR "unemploy*" OR "welfare to work" OR "disability insurance*" OR "social insurance*" OR "Public Assistance" OR "income support" OR "social program*" OR "social benefit*" OR ("precarious" AND ("employment*" OR "job" OR "work*")) OR (("food" OR "Disabilit*" OR "Disabled") AND ("allowance*" OR "assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "program*" OR "support*")) OR AB("Insurance" OR "Social Security" OR "alms" OR "dole" OR "flexicurity" OR "jobles*" OR "minimum wage*" OR "workles*" OR "unemploy*" OR "welfare to work" OR "disability insurance*" OR "social insurance*" OR "Public Assistance" OR "income support" OR "social program*" OR "social benefit*" OR ("precarious" AND ("employment*" OR "job" OR "work*")) OR (("food" OR "Disabilit*" OR "Disabled") AND ("allowance*" OR "assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "program*" OR "support*")) OR DE "Housing" OR DE "Halfway Houses" OR DE "Substance Abuse Treatment Centers" OR DE "Substance Abuse and Addiction Measures" OR DE "Alcohol Treatment" OR DE "Substance Use Treatment" OR TI(("Hous*" AND ("halfway" OR "Public" OR "act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "quality" OR "regulation*" OR "social" OR "subsid*" OR "voucher*")) OR ("rent*" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR (("treatment*" OR "addict*") AND ("centre*" OR "center*")) OR "rehab*") OR AB(("Hous*" AND ("halfway" OR "Public" OR "act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "quality" OR "regulation*" OR "social" OR "subsid*" OR "voucher*")) OR ("rent*" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR (("treatment*" OR "addict*") AND ("centre*" OR "center*")) OR "rehab*")
	Outcome/drug
3	DE "Drugs" OR DE "Drug Usage" OR DE "Drug Seeking" OR DE "Drug-Seeking Behavior" OR DE "Drug Addiction"

OR DE "Drug Dependency" OR DE "Drug Overdose" OR DE "Drug Misuse" OR DE "Drug Abuse" OR DE "substance abuse, intravenous" OR DE "substance abuse, oral" OR DE "Prescription Drug Misuse" OR DE "Prescription Drug Overuse" OR DE "Drug Trafficking" OR DE "Drug Users" OR DE "Illicit Drugs" OR DE "Synthetic Drugs" OR DE "Designer Drugs" OR DE "Recreational Drug Use" OR DE "Substance-Related Disorders" OR DE "Substance Use Disorder" OR DE "Alcoholism" OR DE "Alcohol Use Disorder" OR DE "Amphetamine" OR DE "Cannabis" OR DE "Cannabis Use Disorder" OR DE "Marijuana" OR DE "Medical Marijuana" OR DE "Marijuana Smoking" OR DE "Marijuana Abuse" OR DE "Marijuana Usage" OR DE "Cocaine" OR DE "Crack Cocaine" OR DE "Cocaine Smoking" OR DE "Cocaine-Related Disorders" OR DE "Heroin" OR DE "Heroin Addiction" OR DE "Methamphetamine" OR DE "Methaqualone" OR DE "Diazepam" OR DE "Benzodiazepines" OR DE "Illegal Drug Distribution" OR TI(("drug*" OR "substance*" AND ("use" OR "misuse" OR "abuse" OR "dependen*" OR "trafficking" OR "seeking"))) OR ("Alcohol*" OR "amphetamine*" OR "meth" OR "cannabi*" OR "marijuana" OR "marihuana" OR "bhang" OR "ganga" OR "hashish*" OR "hemp" OR "Cocaine*" OR "heroin*" OR "diazepam" OR "Valium" OR "benzo*" OR "Uppers" OR "downers")) OR AB(("drug*" OR "substance*" AND ("use" OR "misuse" OR "abuse" OR "dependen*" OR "trafficking" OR "seeking"))) OR ("Alcohol*" OR "amphetamine*" OR "meth" OR "cannabi*" OR "marijuana" OR "marihuana" OR "bhang" OR "ganga" OR "hashish*" OR "hemp" OR "Cocaine*" OR "heroin*" OR "diazepam" OR "Valium" OR "benzo*" OR "Uppers" OR "downers"))

Research design

- 4 DE "Longitudinal Studies" OR DE "Quasi Experimental Methods" OR DE "Systematic Review" OR DE "Meta Analysis" OR TI("longitudinal*" OR "quasi-experiment*" OR "quasi experiment*" OR "natural experiment*" OR "panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "systematic review*" OR "meta-analys*" OR "meta analys*") OR AB("longitudinal*" OR "quasi-experiment*" OR "quasi experiment*" OR "natural experiment*" OR "panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "systematic review*" OR "meta-analys*" OR "meta analys*")

- 5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Date filter [after 01/01/2010]

PubMed

Search string

Social determinants of health

- 1 "Social Determinants of Health"[Mesh:noexp] OR "Education"[Mesh:noexp] OR "Educational Status"[Mesh:noexp] OR "Health Education"[Mesh:noexp] OR "Healthcare Disparities"[Mesh:noexp] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh:noexp] OR "Poverty"[Mesh:noexp] OR "Poverty Areas"[Mesh:noexp] OR "Social Discrimination"[Mesh:noexp] OR "Racism"[Mesh:noexp] OR "Social Marginalization"[Mesh:noexp] OR "Income"[Mesh:noexp] OR "Homeless Persons"[Mesh:noexp] OR "Social Determinants of Health"[tiab] OR ("Education*" [tiab] OR "School"[tiab] OR "Tuition"[tiab] AND ("assistance"[tiab] OR "benefit*" [tiab] OR "payment*" [tiab] OR "support*" [tiab])) OR "Economic status"[tiab] OR "Economic Inequalit*" [tiab] OR "Economic Securit*" [tiab] OR "Poverty"[tiab] OR "Discriminat*" [tiab] OR "Marginali*" [tiab] OR "Income"[tiab] OR "Homeles*" [tiab] OR "Disadvantaged"[tiab] OR "Depriv*" [tiab] OR "Disparit*" [tiab] OR "social gradient*" [tiab] OR ("wealth*" [tiab] OR "income*" [tiab] AND ("inequalit*" [tiab] OR "equalit*" [tiab])) OR "Racism"[tiab]

Policy/government interventions

- 2 "Public Policy"[Mesh] OR "Government Regulation"[Mesh] OR "Government Programs"[Mesh] OR "Taxes"[Mesh] OR "Legislation, Drug"[Mesh] OR "Family Leave"[Mesh] OR "Employment"[Mesh] OR "Unemployment"[Mesh] OR "Insurance"[Mesh] OR "Social Security"[Mesh] OR "Housing"[Mesh] OR "Public Housing"[Mesh] OR "Halfway Houses"[Mesh] OR "Rehabilitation Centers"[Mesh] OR "Hospitals, Rehabilitation"[Mesh] OR "Substance Abuse Treatment Centers"[Mesh] OR "Public Policy"[tiab] OR "Government Regulation"[tiab] OR "Government Agencies"[tiab] OR "Government Policy Making"[tiab] OR "Government Program*" [tiab] OR "Taxes"[tiab] OR "Social Policy"[tiab] OR "Social policies"[tiab] OR "legislation*" [tiab] OR "legal*" [tiab] OR "laws*" [tiab] OR "Social Welfare"[tiab] OR "retrenchment*" [tiab] OR (("substance*" [tiab] OR "drug*" [tiab]) AND "prevention" [tiab]) OR (("family" [tiab] OR "maternal" [tiab] OR "parental" [tiab] OR "paternal" [tiab] OR "pregnancy" [tiab]) AND

"leave"[tiab] OR "Insurance"[tiab] OR "Social Security"[tiab] OR "alms"[tiab] OR "dole"[tiab] OR "flexicurity"[tiab] OR "jobless"[tiab] OR "minimum wage"[tiab] OR "workless"[tiab] OR "unemploy*"[tiab] OR "welfare to work"[tiab] OR "Public Assistance"[tiab] OR "income support"[tiab] OR "social program*"[tiab] OR "social benefit*"[tiab] OR ("precarious"[tiab] AND ("employment*"[tiab] OR "job"[tiab] OR "work*"[tiab])) OR (("food"[tiab] OR "Disabilit*"[tiab] OR "Disabled"[tiab]) AND ("allowance*"[tiab] OR "assistance"[tiab] OR "benefit*"[tiab] OR "payment*"[tiab] OR "program*"[tiab] OR "support*"[tiab])) OR ("Hous*"[tiab] AND ("halfway"[tiab] OR "Public"[tiab] OR "act"[tiab] OR "affordab*"[tiab] OR "assistance"[tiab] OR "assisted"[tiab] OR "availab*"[tiab] OR "estate*"[tiab] OR "low income"[tiab] OR "quality"[tiab] OR "regulation*"[tiab] OR "social"[tiab] OR "subsid*"[tiab] OR "voucher*"[tiab])) OR ("rent*"[tiab] AND ("assistance"[tiab] OR "control*"[tiab] OR "subsid*"[tiab])) OR ("treatment*"[tiab] OR "addict*"[tiab] AND ("centre*"[tiab] OR "center*"[tiab])) OR "rehab*"[tiab]

Outcome/drug

- 3 "Behind-the-Counter Drugs"[Mesh] OR "Prescription Drugs"[Mesh] OR "Designer Drugs"[Mesh] OR "Illicit Drugs"[Mesh] OR "Nonprescription Drugs"[Mesh] OR "Synthetic Drugs"[Mesh] OR "Drug Misuse"[Mesh] OR "Prescription Drug Misuse"[Mesh] OR "Prescription Drug Overuse"[Mesh] OR "Drug-Seeking Behavior"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Drug Overdose"[Mesh] OR "Substance Abuse, Intravenous"[Mesh] OR "Substance Abuse, Oral"[Mesh] OR "Drug Trafficking"[Mesh] OR "Drug Users"[Mesh] OR "Recreational Drug Use"[Mesh] OR "Alcoholism"[Mesh] OR "Amphetamine"[Mesh] OR "Amphetamines"[Mesh] OR "Amphetamine-Related Disorders"[Mesh] OR "Cannabis"[Mesh] OR "Marijuana Abuse"[Mesh] OR "Medical Marijuana"[Mesh] OR "Marijuana Smoking"[Mesh] OR "Marijuana Use"[Mesh] OR "Cocaine"[Mesh] OR "Cocaine-Related Disorders"[Mesh] OR "Crack Cocaine"[Mesh] OR "Cocaine Smoking"[Mesh] OR "Heroin"[Mesh] OR "Heroin Dependence"[Mesh] OR "Methamphetamine"[Mesh] OR "Methaqualone"[Mesh] OR "Diazepam"[Mesh] OR "Benzodiazepines"[Mesh] OR "addiction"[tiab] OR ("drug*"[tiab] OR "substance*"[tiab] AND ("use"[tiab] OR "misuse"[tiab] OR "abuse"[tiab] OR "trafficking"[tiab] OR "dependen*"[tiab] OR "seeking"[tiab])) OR "Alcohol*"[tiab] OR "amphetamine*"[tiab] OR "methamphetamine*"[tiab] OR "methaqualone*"[tiab] OR "meth"[tiab] OR "cannabi*"[tiab] OR "marijuana"[tiab] OR "marihuana"[tiab] OR "bhang"[tiab] OR "ganga"[tiab] OR "hashish*"[tiab] OR "hemp"[tiab] OR "Cocaine*"[tiab] OR "heroin*"[tiab] OR "diazepam"[tiab] OR "Valium"[tiab] OR "benzo*"[tiab] OR "Uppers"[tiab] OR "downers"[tiab]

Research design

- 4 "Longitudinal Studies"[Mesh] OR "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "longitudinal*"[tiab] OR "quasi-experiment*"[tiab] OR "quasi experiment*"[tiab] OR "natural experiment*"[tiab] OR "panel*"[tiab] OR "instrumental variable*"[tiab] OR "difference-in-difference"[tiab] OR "policy intervention*"[tiab] OR "policy evaluation*"[tiab] OR "realist evaluation*"[tiab] OR "systematic review*"[tiab] OR "meta-analys*"[tiab] OR "meta analys*"[tiab]

5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

6 Date filter [after 01/01/2010]

Web of Science

For all: index date 2010-01-01 to 2021-12-06

- 1 TS=("Social Determinants of Health" OR "Education*" OR (("Education*" OR "School" OR "Tuition") AND ("assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "support*")) OR "socioeconomic factor*" OR "socio-economic factor*" OR "economic status" OR "poverty" OR "disadvantaged" OR "depriv*" OR "discriminat*" OR "racism" OR "Homeles*" OR "disparit*" OR "social gradient*" OR "marginali*" OR (("wealth*" OR "income*" OR "economic") AND ("inequalit*" OR "equalit*" OR "security*" OR "redistribution*"))))
- 2 TS=("Public Policy" OR "Public Policies" OR "Public Assistance" OR "Government policy" OR "Government policies" OR "Government Regulation*" OR "Government Program*" OR "poverty alleviation policy" OR "poverty alleviation policies" OR "Taxes" OR "Tax" OR "Employment" OR "Unemployment" OR "alms" OR "dole" OR "flexicurity" OR "jobles*" OR "minimum wage*" OR "workles*" OR "welfare to work" OR "income support" OR "retrenchment*" OR "rehab*" OR "social insurance*" OR ("social*" AND ("policy*" OR "policies" OR "welfare*" OR "securit*" OR "program*" OR "benefit*")) OR (("drug*" OR "substance*") AND ("legislation" OR "laws" OR "legal*" OR "prevention*")) OR (("family" OR "maternal" OR "parental" OR "paternal" OR "pregnancy") AND "leave") OR ("Hous*" AND ("halfway" OR "Public" OR "act" OR "affordab*" OR "assistance" OR "assisted" OR "availab*" OR "estate*" OR "low income" OR "quality" OR "regulation*" OR "social*" OR "subsid*" OR "voucher*")) OR ("rent*" AND ("assistance" OR "control*" OR "subsid*")) OR (("treatment*" OR "addict*" OR "Substance*") AND ("centre*" OR "center*")) OR (("food" OR "Disabilit*" OR "Disabled") AND ("allowance*" OR "assistance" OR "benefit*" OR "payment*" OR "program*" OR "support*")))
- 3 TS=("Behind-the-Counter drug*" OR "Prescription drug*" OR "Designer drug*" OR "Illicit drug*" OR "Illegal drug*" OR "Nonprescription drug*" OR "Synthetic drug*" OR "Drug Misuse" OR "Drug Overuse" OR "Drug Abuse" OR "Drug Overdose" OR "Drug Trafficking" OR "Drug Use*" OR "Drug dependence" OR "Drug addict*" OR "Substance Misuse" OR "Substance Overuse" OR "Substance Abuse" OR "Substance Overdose" OR "Substance Use*" OR "Substance dependence" OR "Substance addict*" OR "Substance-Related Disorders" OR "Substance Related Disorders" OR "Alcohol*" OR "Amphetamine*" OR "Cannabi*" OR "Marijuana*" OR "marihuana" OR "bhang" OR "ganga" OR "hashish*" OR "hemp" OR "Cocaine*" OR "Heroin*" OR "Methamphetamine*" OR "Diazepam" OR "Benzo*" OR "Valium" OR "Uppers" OR "downers")
- 4 TS=("panel*" OR "instrumental variable*" OR "natural experiment*" OR "longitudinal" OR "difference-in-difference" OR "policy intervention*" OR "policy evaluation*" OR "realist evaluation*" OR "quasi-experiment*" OR "systematic review" OR "meta-analys*")

#1 AND #2 AND #3 AND #4 and English (Languages)

