

Uit: Maria van den Muijsenbergh & Eldine Oosterberg (red) Persoonsgerichte zorg voor iedereen, Prelum Utrecht 2022

6 Armoede en financiële stress

Maria van den Muijsenbergh

Kernboodschappen

- Bijna 7% van de huishoudens in Nederland moet rondkomen van een inkomen onder de lage-inkomensgrens, en in sommige wijken heeft een op de vier huishoudens geregistreerde schulden.
- Armoede treft met name vluchtelingen en andere migranten, eenoudergezinnen, gezinnen met een bijstandsuitkering, en alleenstaanden onder de 65 jaar.
- Armoede leidt tot sociale isolatie en slechte gezondheid door chronische stress.
- Voor 10% van de mensen is geldgebrek een reden om niet naar de huisarts te gaan.
- Uit schaamte vertellen veel patiënten niet zelf over hun schulden, maar zij stellen vragen hiernaar wel op prijs. De huisarts en POH hebben goede mogelijkheden om financiële stress te herkennen, te bespreken en hiervoor te verwijzen naar voorzieningen en ondersteuning in het sociale domein.

6.1 Achtergrondinformatie

6.1.1. Prevalentie van armoede en schulden

In Nederland leeft ongeveer 7% van de huishoudens van een inkomen onder de lage-inkomensgrens van het Centraal Bureau voor de Statistiek en bijna de helft van deze huishoudens heeft al meer dan drie jaar zo'n laag inkomen.¹ In 2020 lag die grens voor een alleenstaande op 1100 euro per maand, voor een paar zonder kinderen op 1550 euro en voor een eenoudergezin met twee minderjarige kinderen op 1680 euro.¹ Het Sociaal en Cultureel Planbureau hanteert een iets hogere grens voor armoede: het 'niet-veel-maar-toereikendcriterium'. Dat is gebaseerd op de minimale kosten van wonen, voeding, kleding en verzekeringen, plus nog een klein bedrag voor ontspanning en sociale activiteiten.²

Er is een groot verschil tussen gemeenten met het aantal huishoudens onder de lage-inkomensgrens, variërend van 1,9% in Roozendaal tot 12,8% in Rotterdam. Ook hoog is het percentage in Groningen (12%), Amsterdam (11,9%) en Den Haag (11,7%). In de top tien staan verder uitsluitend gemeenten buiten de Randstad: Arnhem, Heerlen, Enschede, Leeuwarden, Nijmegen en Vaals.

Er zijn meer huishoudens die financiële schulden hebben dan die met een laag inkomen, en ook hierbij is er een groot verschil tussen gemeenten en wijken. Zo heeft in Rotterdam 15,5% van alle huishoudens een schuld, en is dit in de Rotterdamse wijk Charlois bijna een op de vier. De CBS-website <https://dashboards.cbs.nl/v3/SchuldenproblematiekInBeeld/> toont het aantal huishoudens met geregistreerde schuldenproblematiek per gemeente en per wijk. Andere gemeenten met veel huishoudens met schulden zijn: Almere, Lelystad, Groningen, Heerlen en andere grote steden.

Laag inkomen betekent moeilijk rondkomen

Huishoudens met een inkomen onder de lage-inkomensgrens rapporteren vaker financiële problemen dan huishoudens met een hoger inkomen. Ze hebben vaker betalingsachterstanden (9% tegen 2% in 2020) en kunnen zich bepaalde uitgaven veelal niet veroorloven. Zo gaf 10% aan

onvoldoende geld te hebben voor een warme maaltijd met vlees, vis of kip om de dag en bijna zes op de tien hadden niet genoeg geld om regelmatig nieuwe kleren te kopen. Van elke tien lage inkomens zeggen er bijna vier (zeer) moeilijk te kunnen rondkomen. Het aandeel huishoudens met armoederisico dat zei schulden te moeten maken kwam uit op ruim 14% in 2020. Van de huishoudens met een hoger inkomen was dat 2%.¹

6.1.2 Risicogroepen

Met name bij mensen die van de bijstand moeten leven, eenoudergezinnen en alleenstaanden tot 65 jaar komt armoede veelvuldig voor, en dan vooral onder vluchtelingen en migranten uit landen buiten Europa of uit Bulgarije.

Een bijstandsuitkering is echt te weinig om goed rond te komen: bijna 64% van alle huishoudens met zo'n uitkering leeft onder de lage-inkomensgrens.¹ Een derde van de eenoudergezinnen met minderjarige kinderen moet rondkomen van een inkomen onder de lage-inkomensgrens. De AOW beschermt tegen armoede: relatief weinig mensen ouder dan 65 jaar hebben een inkomen onder die grens.

Een inkomen onder de lage-inkomensgrens komt vier keer vaker voor bij mensen met lage opleiding (12,5%) dan bij mensen met een hoge opleiding.

Huishoudens met een migratieachtergrond zijn sterk oververtegenwoordigd in de groep met een risico op armoede. Ruim 20% van de huishoudens met een hoofdkostwinner van niet-Europese of Bulgaarse afkomst had in 2020 een laag inkomen: vier keer zo vaak als in huishoudens met een Nederlandse hoofdkostwinner. Nog ernstiger is de situatie bij vluchtelingen: bijna 40% van de huishoudens waarvan de hoofdkostwinner een vluchtelingenachtergrond heeft, liep risico op armoede in 2020. Dat was bijna zes keer zo vaak als gemiddeld in Nederland. Bij huishoudens met een hoofdkostwinner van Syrische komaf was het armoederisico met 54% het hoogst. Huishoudens met een hoofdkostwinner van Iraanse afkomst liepen van alle vluchtelingenhuishoudens met ruim 27% het minste risico op armoede.¹

6.1.3 Gevolgen van armoede

Het leven in armoede heeft grote negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven, lichamelijke en psychische gezondheid en leidt vaak tot sociale isolatie.

Het negatieve effect van een laag inkomen op de gezondheid blijkt het sterkst uit het verschil in levensverwachting tussen mensen met een inkomen bóven en die ónder de 'lage-inkomensgrens'. Zowel mannen als vrouwen met een laag inkomen leven, gerekend vanaf hun geboorte, ongeveer vier jaar korter en zelfs veertien jaar korter in een als goed ervaren gezondheid dan mannen en vrouwen met een hoger inkomen.³ Dit verschil in levensverwachting wordt bepaald door het vaker, en op jongere leeftijd, voorkomen van diabetes, hart- en vaatziekten, psychische aandoeningen en risicofactoren voor deze ziekten zoals roken en overgewicht. Mensen met een laag inkomen voelen zich ook vaker minder gezond: bijna een op de vier vindt zijn gezondheid niet goed – twee keer zo vaak als mensen boven de lage-inkomensgrens.⁴

Psychische klachten worden gemeld door 22% van de mensen uit de laagste inkomensgroep, vergeleken met 10% uit de hoogste.⁴ Moeders in gezinnen met schulden hebben vaker (13%) een depressie dan wanneer er geen schulden zijn (3%).⁵ Personen met een kans op armoede roken twee keer zo vaak (28%) als mensen boven de lage-inkomensgrens (14%) en hebben vaker overgewicht.⁴

Kinderen van moeders met een laag inkomen worden vaker te vroeg geboren, met een lager geboortegewicht. Dit leidt tot hogere sterfte rond de geboorte, maar ook op oudere leeftijd hebben arme kinderen een grotere kans om te overlijden, onder andere door geweld en ongelukken.⁶ Kinderen in gezinnen met een laag inkomen lijden bovendien vaker aan astma, ADHD en ernstig overgewicht en bewegen te weinig.³

Kinderen tot 18 jaar uit gezinnen met een laag inkomen hebben een minder goede gezondheid dan kinderen uit huishoudens met een inkomen boven de lage-inkomensgrens. Zij ervaren hun gezondheid

twee keer zo vaak als minder goed en hebben vaker een langdurige beperking; obesitas komt in deze groep drie keer vaker voor.

De genoemde verschillen in gezondheid en ziekten zijn duidelijk te verklaren door het voorkomen van chronische stress (zie hoofdstuk 5) en beperkte mogelijkheden voor gezond leven (geen geld voor sportclubs, fruit, ongunstige woonomstandigheden, etc.).

Mensen in armoede of met financiële problemen hebben vaker last van chronische stress. Niet alleen vertellen mensen met een laag inkomen zelf dat zij vaak stress ervaren, het blijkt ook uit metingen van zogenaamde biomarkers, stoffen en lichaamskenmerken die toenemen bij chronische stress. Zo is het cortisolgehalte in het bloed hoger bij mensen met laag inkomen, evenals hun bloeddruk en hartslag.^{7,8} Financiële problemen verhogen dus de kans op chronische ziekten, maar andersom hebben ook mensen met chronische ziekten vaker schulden (4%) dan gezonde mensen (2%). Voor mensen met een chronische ziekte of beperking geldt bovendien dat de kans groter is dat de schuld langer dan een jaar voortduurt.³

Effect armoede op denkvermogen

Uit onderzoek van Mani et al. bleek dat geldgebrek direct leidt tot verminderde cognitieve functies, zoals gemeten met bepaalde IQ-testen (die geschikt waren voor mensen die moeite hebben met lezen en schrijven). Indiase boeren scoorden op deze twee testen vóór de oogst, wanneer zij geldgebrek hadden, maar liefst dertien IQ-punten lager dan na de oogst wanneer die armoede (tijdelijk) opgeheven was. In dit onderzoek was met allerlei andere mogelijke factoren, zoals chronische stress of ondervoeding, rekening gehouden, zodat duidelijk was dat dit effect puur veroorzaakt werd door het lage inkomen. Dit verschil in IQ is even groot als het verschil tussen chronisch alcoholisten en andere mensen, en vergelijkbaar met het effect van een nacht slaapdeprivatie. De verklaring zou zijn dat geldgebrek zoveel gedachten in beslag neemt, dat het cognitieve functioneren afneemt.

Bron: Mani et al., *Poverty Impedes Cognitive Function*⁹

Zorgmijding door geldgebrek

Voor bijna een op de tien Nederlanders zijn kosten een reden om zorg te mijden.¹⁰ Misverstanden over het eigen risico spelen daarbij een rol. De helft van de Nederlanders denkt dat voor een bezoek aan de huisarts kosten in rekening worden gebracht en driekwart denkt dat het eigen risico ook geldt voor kinderen onder de 18 jaar. In 2014 bleek uit een onderzoek onder huisartsen dat bijna de helft van hen wel eens heeft meegemaakt dat een patiënt een verwijzing naar het ziekenhuis vanwege de kosten naast zich neerlegt. Ook maakt 75% van de huisartsen mee dat ze hun patiënten labonderzoek adviseren, maar dat de patiënt zegt: 'Doe maar niet dokter, ik kan het niet betalen'. Bovendien merkt driekwart van de huisartsen dat sommige patiënten hun medicijnen niet afhalen bij de apotheek.¹¹ De hoge premies voor de zorgverzekering zijn voor steeds meer mensen moeilijk op te brengen. Het wrange hierbij is dat de groep die de meeste moeite heeft met premiebetaling juist ook de groep is die een grote behoefte aan zorg heeft. Toch is de zorgverzekering vaak het eerst wat mensen in geldnood niet meer betalen. Het hoge eigen risico en de hoge eigen bijdragen weerhouden mensen ook van het gebruik van medicatie, fysiotherapie en dergelijke. Voor 14% van de deelnemers aan een gezondheidsenquête van de Patiëntenfederatie vormde de eigen bijdrage een belemmering voor een verwijzing of aanvullende zorg en daarom zagen zij daar om financiële redenen vanaf.¹² Bovendien heeft zorg voor de gezondheid meestal geen prioriteit bij mensen met financiële problemen, waardoor artsbezoek vaak wordt uitgesteld.¹³ Van de mensen die vanwege de kosten zorg mijden, vindt overigens 70% achteraf dat ze geen goede beslissing hebben genomen.¹³

'Er zijn kinderen die op hun verjaardag worden thuis gehouden omdat er geen geld is voor een traktatie' (huisarts)

Bron: Reinartz, *Zorgen om zorgkosten bij zorg(vraag) of gewoon kostenbewust? Een beschouwing vanuit patiëntenperspectief*¹²

'Doe maar niet dokter, want ik kan het niet betalen'

Bron: Melchior, column op de site van het tv-programma Radar¹⁴

Arme mensen maken minder gebruik van de preventieve zorg, zoals bevolkingsonderzoeken, gebruiken vaker hun medicatie niet volgens voorschrift en komen vaker te laat of niet op afspraken met hun arts.⁹ Dit heeft zowel te maken met de kosten ervan, als met een kortetermijnfocus, zoals past bij verminderd functioneren van de prefrontale cortex (zie hoofdstuk 5 Chronische stress)

Ondanks deze neiging tot zorgmijding, zijn de totale zorgkosten van mensen met een laag inkomen hoger dan van mensen met een hoger inkomen. Voor mensen onder de lage-inkomensgrens bedroegen die kosten in 2017 2.590 euro per persoon per jaar, en voor mensen met een langdurig laag inkomen zelfs 2.670 euro, vergeleken met 2.160 euro per persoon per jaar voor mensen boven die grens.³ De hogere kosten betreffen vooral de geestelijke gezondheidszorg.³ Mensen met een laag inkomen komen ook relatief vaak bij de huisarts.

Gemeentelijke armoedebestrijding

Binnen gemeenten is er toenemend aandacht voor armoedeproblematiek en schulden. Een integrale schulddienstverlening is van belang, met aandacht voor iemands financiële en psychosociale problemen, gezondheid, verslaving en woon- en gezinssituatie. Dit vraagt om samenwerking tussen gemeentelijke schulddienstverlening, het sociale wijkteam, vrijwilligerswerk, maatschappelijk werk, onderwijs- en taalaanbod, bewegingsaanbod en huisartsenpraktijken.

De interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' wil de gezondheidsbedreiging van kinderen door armoede tegengaan. Hiertoe wordt tijdens het gezondheidsonderzoek door de JGZ bij kinderen uit groep 2 en 7 beoordeeld of problemen samenhangen met geldgebrek in het gezin. Als dit het geval lijkt, vindt een vervolgesprek plaats als ouders daarvoor openstaan. Vervolgens verwijst de JGZ het gezin met een aanbevelingsbrief naar de sociale dienst van de gemeente, die geoordeelde financiële middelen ter beschikking stelt aan het gezin, voor de kinderen.

Bron: <https://www.nji.nl/interventies/armoede-en-gezondheid-van-kinderen>

6.1.4 Rol van de huisarts

Zoals gezegd hebben mensen die in armoede leven een slechtere gezondheid en gebruiken ze vaker medicatie voor angst, spanning of depressie. Tegelijkertijd ervaren zij veel drempels, zowel financieel als emotioneel, bij de toegang tot de juiste zorg. Meestal schamen mensen zich om uit zichzelf over financiële problemen te spreken, maar zouden zij het wel heel fijn vinden als de huisarts van hun financiële situatie op de hoogte is, en daar rekening mee houdt in zijn adviezen.¹⁵ Huisarts en POH kunnen daarom een belangrijke rol spelen door naar iemands inkomen en schulden te vragen, en de patiënt zo nodig te verwijzen naar maatschappelijk werk, een sociaal wijkteam of gemeente voor ondersteuning of schuldsanering.

Het is van belang dat de huisarts zich realiseert welke opvattingen en percepties hij zelf heeft over mensen die in armoede leven. Uit onderzoek onder Belgische huisartsen bleek, dat zij vaak veronderstellingen hadden over mensen in armoede die hun communicatie en advisering beïnvloedden. Zo dachten zij dat arme mensen weinig motivatie hebben om hun situatie te verbeteren, dat zij niet in staat zijn hun huishouden goed te runnen, dat zij lui, zwakbegaafd of sociaal beperkt zijn, en niet in hun gezondheid geïnteresseerd zijn. Huisartsen gebruikten daarom eenvoudiger taal, namen vaker de zorg over dan bij andere patiënten en richtten zich meer op kortetermijnoplossingen.¹⁶ Hoewel deze aanpassingen wellicht vaak terecht zijn (bijv. als het gaat om mensen die moeite hebben met lezen en schrijven), zou de huisarts eerst bij de betreffende patiënt moeten nagaan wat diens mogelijkheden en wensen zijn. De meeste patiënten, ook arme, geven immers aan wel te willen meebeslissen over hun gezondheid. Overigens toonden dezelfde huisartsen veel empathie en trachtten zij op allerlei manieren de arme patiënten in hun praktijk te ondersteunen (bijv. door goedkopere medicatie voor te schrijven).

6.2 In de praktijk

Zoals gezegd kunnen huisarts en POH een belangrijke rol vervullen voor mensen met financiële stress. In sommige praktijken is er zelfs een POH-schulden, of zijn er samenwerkingsprojecten specifiek gericht op mensen met schulden. Maak bijvoorbeeld met een wachtkamerposter duidelijk dat uw patiënten met geldzorgen bij u terecht kunnen.



Figuur 6.2 Poster voor de wachtkamer.

Zoals ook bij andere bronnen van stress geldt, gaat het daarbij in feite om het herkennen, bespreken en vervolgens verwijzen naar gepaste ondersteuning.

Herkennen

Denk aan financiële problemen bij:

- aanwijzingen voor stress (zie hoofdstuk 5);
- mensen met chronische aandoeningen die in het begin van het jaar hun herhaalmedicatie niet aanvragen;
- mensen die niet verwezen willen worden.

Hoewel het meestal niet te zien is dat men weinig geld heeft, zijn er soms signalen van verwaarlozing of chaos (het beste te zien tijdens een huisbezoek), zoals kapotte kleren, kinderen zonder ontbijt op het spreekuur, ongeopende post.

Bespreken

- Neem hiervoor de tijd, zodat u niet meer stress creëert.
- Wees u bewust van schaamte en normaliseer armoede door zinnen als: 'Ik ken veel patiënten die ziek worden omdat ze door geldgebrek veel stress hebben. Is dat bij u ook het geval?'

Verwijzen

Hiervoor is het nodig de sociale kaart en vooral het sociale domein te kennen (zie ook hoofdstuk 18 en 24): wie in de buurt kent de beschikbare gemeentelijke voorzieningen, wie helpt bij financiële problemen. Denk daarbij niet alleen aan professionele organisaties, zoals schuldhulpverlening, maar ook aan vrijwilligersorganisaties zoals van SchuldHulpMaatje (<https://schuldhulpmaatje.nl/>) of de Vincentiusvereniging.

SchuldHulpMaatje

Samen lukt 't, dat is waar wij in geloven bij SchuldHulpMaatje. Zeker als je in de schulden zit, heb je iemand nodig die in je gelooft en je helpt. Zonder te oordelen, maar gewoon met je aan de slag gaat om financieel weer orde op zaken te stellen. Onze maatjes doen dat.

6.3 Achtergrondinformatie en tips voor verdieping

Verdiep u in het leven van mensen in armoede door een van de beleefhuizen te bezoeken, of over het leven in armoede te lezen.

- *Beleefhuis Nijmegen*

Het beleefhuis Nijmegen is opgezet door ervaringsdeskundige en initiatiefneemster Jessica van Hinthem en voorzitter van de Vincentius Vereniging Nijmegen Linda van Aken. Het doel is mensen die (op wat voor een manier dan ook) affiniteit hebben met het thema armoede te laten beleven hoe het is om in armoede te leven. Bij de Vincentius Vereniging Nijmegen draait alles om mensen die leven op, rond of onder de armoedegrens.

Het beleefhuis leert mensen over de uitdagingen en vraagstukken waarmee deze mensen dag in dag uit geconfronteerd worden:

<https://www.beleefhuisnijmegen.nl/over-ons/>



- E-learning 'Financiën in de spreekkamer'. In deze online e-learning leren huisartsen en praktijkondersteuners meer over financiële problemen en de zorgen die hierdoor ontstaan bij patiënten. De doorwerking van financiële problemen in de gezondheid en de gezondheidsbeleving staat centraal. Huisartsen en praktijkondersteuners leren de vaardigheid om hieraan actief aandacht te besteden en mensen adequaat door te verwijzen. Ontwikkeld samen met huisartsen door lectoraat schulden van HU, Zorggroep Almere en Pharos : <https://moodle.schuldenenincasso.nl/>
- Infomateriaal stress en schulden: <https://schuldenenincasso.nl/interventiepakket-patiënten-met-schulden/>
Ook een poster en een filmpje voor in de wachtkamer
- Praatplaat en instructievideo patiënten met schulden, lectoraat Schulden en Incasso, Zorggroep Almere (Praatplaat & instructievideo - schuldenenincasso.nl).
- Armoede, schulden en gezondheid: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/armoede-schulden-en-gezondheid>
- Stuart D. Shuggie Bain. Uitg. Nieuw Amsterdam 2021. Deels autobiografische roman over het leven in armoede van een jongetje in Glasgow.

Literatuur

1. CBS. Armoede en sociale uitsluiting. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2021.
2. Goderis B, Hulst B van, Hoff S. Waar ligt de armoedegrens? Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (<https://digitaal.scp.nl/armoedein kaart2019/waar-ligt-de-armoedegrens/>).
3. CBS. Armoede en sociale uitsluiting. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2018; hoofdstuk 5.3.
4. Vrooman C, Hoff S, Otten F, et al. Armoedesignalement. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
5. Bridges S, Disney R. Debt and depression. *Journal of health economics* 2010;29(3):388-403.
6. Spencer N. Poverty and child health. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2010. p. 290-308
7. Plantinga A, Zeelenberg M, Breugelmans S. De effecten van armoede op voelen, denken en doen. Tilburg: Tilburg University; 2018.
8. Juster R, McEwen B, Lupien S. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010;35:2-16.
9. Mani A, et al. Poverty Impedes Cognitive Function. *Science* 2013;341(6149):976-80.
10. TNS/NIPO. Het eigen risico in de zorg. Amsterdam: TNS/NIPO; 2016.
11. Landelijke Huisartsenvereniging. Ledenenquête naar zorgmijding. Utrecht: LHA; 2014.
12. Reinartz M. Zorgen om zorgkosten bij zorg(vraag) of gewoon kostenbewust? Een beschouwing vanuit patiëntenperspectief. In: Wobbes Th, Muijsenbergh M van den (red). *De Euro in de spreekkamer. Geld speelt wel een rol*. Nijmegen: Valkhof Pers; 2016. p. 32-8.
13. Esch TEM van, et al. Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Utrecht: NIVEL; 2015.
14. Melchior M. 'Doe maar niet dokter, want ik kan het niet betalen'. Column 29 september 2015 (<http://radar.avrotros.nl/columns/detail/doe-maar-niet-dokter-want-ik-kan-het-niet-betalen>).
15. Willems S, Roo L de, Anthierens S, et al. Understanding inequity in the use of medical care: the perspective of people living in poverty. In: Willems S. *The socio-economic gradient in health: a never-ending story?* Proefschrift. Gent: Universiteit Gent; 2005. p. 84-110.
16. Willems S, Swinnen W, Maeseneer J de. The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Family Practice* 2005;22:177-83.