

Armoede en gezondheid

INLEIDING

‘Met elf andere suikerpatiënten zat Ed van Dijk twee jaar geleden in een kamer van het Leids Universitair Medisch Centrum. Ze luisterden naar een voeding-expert die tips gaf voor een gezondere leefstijl. Toen Van Dijk de coach aanhoorde over het belang van verantwoorde voeding, van fruit en groente, stak hij zijn hand op. “Gezond eten is gemakkelijker gezegd dan gedaan”, zei hij. “Ik loop bij de Voedselbank.”¹ Dit probleem geldt niet alleen voor Ed van Dijk maar voor alle armen in Nederland. Ongezonde voeding is vaak veel goedkoper en sneller voorhanden dan gezonde voeding.

‘Als je maar gezond bent’ zegt men vaak wanneer iemand materiële tegenslag heeft. Maar gezond leven is niet makkelijk als je arm bent. Sterker nog, armoede zelf is een belangrijke ziekmakende factor. Bovendien hebben zieke mensen meer kans op armoede, doordat zij niet kunnen werken en vaak hogere kosten hebben voor levensonderhoud (vervoer, diëten, verzorging). Dit geldt over de hele wereld, en ook in een sociale welvaartsstaat als Nederland. Hoe kan dit? Wat is de relatie tussen armoede, financiële problemen en gezondheid? Welke oorzaken liggen aan deze relatie ten grondslag? Zou de gezondheidszorg aandacht kunnen en moeten schenken aan armoede? In deze bijdrage komen deze vragen aan de orde.

WIE ZIJN ER ARM IN NEDERLAND?

In Nederland leeft ongeveer zes tot tien procent van de huishoudens onder de lage-inkomensgrens van het Centraal Bureau voor de Statistiek.² Deze grens is afgeleid van het bijstandsniveau voor een alleenstaande in 1979 en wordt jaarlijks aangepast voor de prijsontwikkeling. In 2016, het jaar waarop de gegevens in het meest recente rapport van het CBS gebaseerd zijn, lag de grens voor een alleenstaande op 1.030 euro per maand. Voor een paar zonder kinderen was het grensbedrag 1.410 euro, voor een paar met twee minderjarige kinderen 1.940 euro en voor een eenoudergezin met twee minderjarige kinderen 1.560 euro. Bij een inkomen onder de lage-inkomensgrens spreekt het CBS van een huishouden met een laag inkomen of van een huishouden met kans op armoede.³

Het Sociaal en Cultureel Planbureau hanteert een iets hogere grens: het 'niet-veel-maar-toereikend-criterium'. Dat is gebaseerd op de minimale kosten van wonen, voeding, kleding en verzekeringen, plus nog een klein bedrag voor ontspanning en sociale activiteiten, zoals berekend door het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud). Daarnaast kent het SCP een basisbehoeftebudget dat de minimale uitgaven omvat van een zelfstandig huishouden aan onvermijdbare, basale zaken als voedsel, kleding en wonen, verzekeringen. In 2017 kwam het basisbehoeftebudget voor een alleenwonende uit op 1.039 euro per maand en het niet-veel-maar-toereikend budget op 1.135 euro per maand.⁴

Door de aantrekkende economie daalde de armoede na 2013 flink. De laatste beschikbare cijfers komen uit 2016. In dit jaar bedroeg het aantal armen volgens het niet-veel-maar-toereikend criterium iets meer dan 980.000 (6%) en volgens het basisbehoeftecriterium 660.000 (4%).⁵ Het moeilijkste hebben mensen het die langdurig, meerdere jaren in armoede leven. In de periode 2010-2015 waren er volgens het niet-veel-maar-toereikend criterium 605.000

langdurig armen. Zij vormden 64% van de totale arme groep en 4,1% van de totale Nederlandse bevolking.⁶

Met name bijstandsontvangers, eenoudergezinnen, alleenstaanden tot 65 jaar en migranten van buiten Europa leven vaak in armoede. Minderjarigen maken ruim een kwart (28%) van de groep langdurig armen uit. Dit aandeel is ruim anderhalf maal zo groot als het aandeel kinderen en jongeren in de totale bevolking (17%). Van alle arme volwassenen in 2016 (iets meer dan 700.000 personen volgens het niet-veel-maar-toereikend criterium) was bijna de helft van buitenlandse afkomst (48%).⁷ Vluchtelingen uit Syrië en Eritrea die inmiddels de asielpprocedure hebben doorlopen en een verblijfsvergunning hebben ontvangen lopen de hoogste armoederisico's. Ruim driekwart van de Syrische statushouders moest in 2016 van een laag inkomen rondkomen, onder de (kleine) groep huishoudens van Eritrese afkomst lag het aandeel met 83% nog een stuk hoger.⁸

Een aanmerkelijk grotere groep van bijna twintig procent heeft risicovolle of problematische schulden (1,4 miljoen huishoudens),⁹ en meer dan de helft van de huishoudens die schuldhulpverlening nodig hebben, lukt het niet om hun weg naar deze voorziening te vinden.¹⁰

DE INVLOED VAN ARMOEDE OP GEZONDHEID

In studies naar de effecten van armoede op gezondheid wordt armoede soms subjectief gedefinieerd als de kloof tussen iemands behoeften en de middelen deze te vervullen¹¹ of objectief als een inkomen beneden een bepaalde grens, zoals in Nederland het CBS en het SCP doen (zie hierboven). Welke definitie men ook kiest, steeds blijkt dat de gezondheid slechter is naarmate het inkomen van mensen lager is. Deze verschillen bestaan tussen rijke en arme landen, en tussen bevolkingsgroepen binnen deze landen.

Het negatieve effect van een laag inkomen op de gezondheid blijkt het sterkst uit het verschil in levensver-

wachting tussen mensen met een inkomen *boven* en *onder* de lage-inkomensgrens. Mannen in Nederland met een inkomen onder die grens hebben een levensverwachting van 76 jaar, vergeleken met 81 jaar voor mannen boven die grens, en bij vrouwen is het verschil nog groter.¹² Het verschil is nog groter als we kijken naar de levensverwachting in goede gezondheid. Volgens het CBS leven mannen met een laag inkomen, gerekend vanaf hun geboorte, ongeveer zestien jaar korter in een als goed ervaren gezondheid dan mannen met een hoger inkomen (respectievelijk 51 en 66 jaar).¹³ Dit verschil in levensverwachting wordt bepaald door het vaker, en op jongere leeftijd, voorkomen van suikerziekte, hart-vaatziekten, psychische aandoeningen en risicofactoren voor deze ziekten zoals roken en overgewicht. Deze verschillen in gezondheid samenhangend met inkomen of opleiding worden sociaal-economische gezondheidsverschillen genoemd. Hieronder schets ik daar enkele voorbeelden van. Later in deze bijdrage bespreek ik de oorzaken van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen.

VOORBEELDEN VAN DE EFFECTEN VAN ARMOEDE OP DE GEZONDHEID

Het negatieve effect op gezondheid begint al bij de geboorte. Arme kinderen 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.¹⁴ Kinderen in gezinnen met een laag inkomen lijden bovendien vaker aan astma, ADHD en ernstig overgewicht en bewegen te weinig.¹⁵

Meer dan een derde van de mensen beneden de inkomensgrens ervaart hun gezondheid als niet goed. Psychische klachten worden gemeld door 22% van de mensen uit de laagste inkomensgroep, vergeleken met tien procent uit de hoogste. Moeders in gezinnen met schulden hebben

vaker (13%) een depressie dan wanneer er geen schulden spelen (3%).¹⁶

Financiële problemen leiden vaak tot een ongezondere leefstijl. Ernstig overgewicht komt bij personen onder de lage-inkomensgrens vaker voor (16%, en zelfs bij 25% van de mensen met problematische schulden¹⁷) dan bij inkomens daarboven (11%).¹⁸ Van de mensen met een lagere opleiding zonder risicovolle schuld eet 69% te weinig fruit. Onder de groep met een lagere opleiding mét een risicovolle schuld is dit 85%. Overigens bleek ook dat de laatstgenoemde groep slechter ontbeet (34% tegenover 14% onder de mensen met een lage opleiding zonder een schuld). Verschillen in gezond eetgedrag tussen mensen met schulden en mensen zonder schulden zijn er ook in de groep met een hogere opleiding, maar deze verschillen zijn minder groot dan bij de mensen met een lage opleiding.¹⁹

Het percentage rokers is onder de groep mensen met een laag inkomen driemaal hoger dan onder mensen boven de lage-inkomensgrens.²⁰

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 blijft voortduren.²¹

INVLOED VAN ARMOEDE OP ZORGGEBRUIK

Voor bijna één op de tien Nederlanders zijn kosten een reden om zorg te mijden.²² 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 achttien jaar. In 2014 bleek uit een onderzoek onder huisartsen dat bijna de helft van hen weleens heeft meegemaakt dat een patiënt een verwijzing naar het ziekenhuis naast zich neerlegt vanwege de

kosten. 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.²³

De hoge premies van de zorgverzekering zijn voor steeds meer mensen moeilijk op te brengen. Het wrange hierbij is dat de groep die het meeste moeite heeft met premiebetaling juist ook de groep is die een grote behoefte aan zorg heeft. Maar toch is de zorgverzekering vaak het eerste dat 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 NCPF vormde de eigen bijdrage een belemmering voor een verwijzing of aanvullende zorg en daarom zagen zij daar om financiële redenen vanaf.²⁴ Bovendien is zorg voor de gezondheid meestal niet de eerste prioriteit bij mensen met financiële problemen, waardoor artsbezoek vaak wordt uitgesteld.²⁵ Zeventig procent van de mensen die vanwege de kosten zorg mijden, vindt overigens achteraf dat ze geen goede beslissing hebben genomen.²⁶

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.²⁷ Dit heeft zowel te maken met de kosten hiervan, als met een kortetermijnfocus, zoals hieronder wordt toegelicht.

Ondanks deze neiging tot zorgmijding, zijn de totale zorgkosten van mensen met een laag inkomen hoger dan van rijkere 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.²⁸ De hogere kosten betreffen vooral de geestelijke gezondheidszorg.²⁹

DE OORZAKEN VAN SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen

Hoe komt het dat mensen met een laag inkomen een slechtere gezondheid hebben? Uiteraard ligt daar een combinatie van elkaar beïnvloedende factoren aan ten grondslag die per persoon verschilt. Maar bijna altijd is er sprake van langdurige blootstelling aan ongezonde omstandigheden in combinatie met (en vaak leidend tot) een tekortschietend vermogen om optimaal voor hun gezondheid te zorgen, ofwel beperkte gezondheidsvaardigheden. Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om gezondheidsgerelateerde informatie te vergaren, te begrijpen en toe te passen om zo weloverwogen keuzes en beslissingen te nemen over de gezondheid.³⁰ Deze vaardigheden zijn vanzelfsprekend lastiger voor mensen die niet goed kunnen lezen en schrijven, of het gezondheidszorgsysteem in een land niet kennen zoals laaggeletterden of migranten. Maar ook door stress, bijvoorbeeld door een opeenstapeling van (financiële) problemen kan het (tijdelijk) moeilijk zijn om goed voor de eigen gezondheid te zorgen.

Die ongezonde omstandigheden kunnen een ongezonde leefstijl betreffen, maar ook sociale omgevingsfactoren zoals de blootstelling aan fijnstof, aan geweld, gebrek aan groen, slechte huisvesting en dergelijke. Het verschil tussen mensen met een hoge en lage maatschappelijke status, tussen armen en rijken, verdwijnt niet wanneer een riskante leefstijl zoals roken wordt verdisconteerd; er is dus meer aan de hand. Het blijkt dat chronische tegenslag, zoals armoede, leidt tot chronische stress die direct schadelijke effecten heeft op immunologische en hormonale functies en daardoor uiteindelijk leidt tot ziekte, vroegtijdige veroudering en overlijden.³¹

Chronische stress

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 een laag inkomen, evenals hun bloeddruk en hartslag.³² Chronische stress leidt tot overproductie van bepaalde hormonen die een nadelig effect hebben op de bloedvaten, het immuunsysteem en de suikerstofwisseling, waardoor eerder hart-vaatziekten en suikerziekte ontstaan.³³

Behalve tot een direct nadelig effect op de gezondheid, leidt chronische stress ook tot een beperkt vermogen om langetermijndoelen te stellen. Dit laatste draagt weer bij aan de geringe motivatie voor en deelname aan leefstijlbevorderende activiteiten.³⁴ In het algemeen maakt stress het moeilijker om goede beslissingen te nemen.³⁵ Als mensen gestresst zijn vertonen ze bijvoorbeeld meer gewoontegedrag en minder doelgericht gedrag, denken ze minder goed na over verschillende opties, en hebben ze meer moeite om met feedback over genomen beslissingen om te gaan. Ook is stress gerelateerd aan meer depressieve gevoelens (vooral voor mensen die weinig controle en sociale steun ervaren), wat ook tot negatief gedrag kan leiden. Stress verstoort de werking van de hippocampus en prefrontale cortex – delen van de hersenen die verband houden met de hoeveelheid werkgeheugen.³⁶

Stress leidt dus tot een slechte gezondheid en een focus op kortetermijnnuitkomsten. Zo ontstaat vaak een vicieuze cirkel: door die slechtere gezondheid hebben mensen meer moeite met het vinden van werk, en bovendien zullen mensen die zich richten op de korte termijn eerder ongunstige leningen aangaan zodat de financiële problemen toenemen. Hierdoor ontstaat weer meer stress, nog

meer gezondheidsproblemen, enzovoort. Armoede heeft dus negatieve gevolgen die vervolgens armoede in stand houden.³⁷

Verminderde zelfregulatie en cognitief functioneren

Naast chronische stress speelt er meer. Zo blijkt armoede het gedrag en cognitief functioneren van mensen negatief te beïnvloeden, hetgeen kan bijdragen aan ongezonde keuzes.³⁸ Mensen gaan meer bij de dag leven, nemen minder doordachte beslissingen en geven de belangen van vandaag voorrang boven een groter langetermijnbelang.³⁹ Dit verklaart dat, zoals we hierboven zagen, mensen soms niet hun chronische medicatie ophalen bij de apotheek als ze daarvoor hun eigen risico moeten aanspreken, terwijl ze daardoor uiteindelijk natuurlijk zieker kunnen worden en voor nog hogere zorgkosten komen te staan.

En uit onderzoek van Mani e.a. bleek dat geldgebrek direct leidt tot verminderde cognitieve functies, zoals gemeten met bepaalde IQ-testen (die geschikt waren voor mensen die beperkt kunnen lezen en schrijven).⁴⁰ 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.

SOCIALE RECHTVAARDIGHEID

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat armoede en geldzorgen een belangrijke oorzaak zijn van gezondheidsproblemen en van de grote sociaal-economische gezondheidsverschillen in ons land. Deze verschillen zijn onacceptabel vanuit het oogpunt van sociale rechtvaardigheid. Sociale rechtvaardigheid heeft betrekking op de relatie tussen het individu en de maatschappij, de manier waarop sociale instituties fundamentele rechten en plichten verdelen en de verdeling bepalen van maatschappelijke baten.⁴¹ Sociale rechtvaardigheid betekent dat iedereen toegang heeft tot dingen die ze nodig hebben zoals vrijheid, veiligheid, onderwijs en voedselzekerheid. Sociale rechtvaardigheid wordt in de gezondheidszorg vertaald naar *equity* en is een belangrijk concept in het denken over gezondheidsverschillen. Equity in gezondheid en gezondheidszorg wil zeggen dat de gezondheidsuitkomst zodanig is dat er geen systematische verschillen zijn tussen bevolkingsgroepen met verschillende sociaal-economische achtergronden. Toegang tot gezondheidszorg en tot de voorwaarden voor een goede gezondheid worden als een mensenrecht beschouwd. In artikel 25 van de Universele verklaring van de Rechten van de Mens (1948) wordt dit als volgt weergegeven:

Enieder heeft recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waarbij inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil. (UN)

Hoewel een rechtvaardigere inkomenspolitiek de reikwijdte van de gezondheidszorg te buiten gaat, kunnen maatschap-

pelijke organisaties en zorgverleners in de gezondheidszorg wel degelijk iets doen om de negatieve effecten van armoede op de gezondheid te verminderen.

In de eerste plaats kan men in het persoonlijk contact met patiënten aandacht besteden aan hun financiële situatie en de mogelijkheden voor ondersteuning zoals schuldhulpverlening. Ook mensen die zich schamen om uit zichzelf over financiële problemen te spreken, zouden het fijn vinden als de huisarts van hun financiële situatie op de hoogte is en daar rekening mee houdt in zijn adviezen.⁴² Wetende dat armoede vaak leidt tot een negatief zelfbeeld en schaamte, kan een positief bemoedigende, open houding helpen om over geldzorgen te spreken, en om zelfvertrouwen te vergroten. Dit laatste helpt onder andere om te kunnen stoppen met roken.

Heldere en eenvoudige communicatie is nodig van professionals en organisaties, omdat mensen met een laag inkomen relatief vaak laagopgeleid zijn, en zoals gezegd door de armoede minder goed cognitief functioneren. Door samenwerking tussen hulpverleners uit de gezondheidszorg met maatschappelijk werk en de schuldhulpverlening is veel winst te behalen: het vergroten van financiële vaardigheden leidt tot een betere waardering van de eigen gezondheid en vermindert de kans op angsten of depressie.

Aandacht voor eenvoud staat ook centraal in de adviezen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om schulden te voorkomen. Ten eerste noemt de Raad het vereenvoudigen van ingewikkelde systemen en regels van de overheid die vooral de escalatie van kleine schulden – onbedoeld – in de hand werken (*technisch ontzorgen*). Het toeslagensysteem afschaffen en gegevens van mensen eerder en beter koppelen zijn goede oplossingen. Het tweede advies betreft het ondersteunen van mensen bij hun financiële huishouding (*sociaal ontzorgen*). Mensen moeten eenvoudiger en sneller toegang krijgen tot hulp bij financiële problemen. Bijvoorbeeld door het taboe op financiële problemen te doorbreken of door laagdrempel-

lige voorzieningen te creëren waar mensen terecht kunnen met financiële vragen.⁴³ Op verschillende plaatsen in het land, bijvoorbeeld in Almere, Hengelo, Kampen en Assen, zijn gemeenten actief, soms samen met eerstelijnszorgverleners, om in een vroeg stadium mensen met financiële problemen te herkennen en te ondersteunen.⁴⁴ Het bleek namelijk dat financiële problemen de belangrijkste reden vormen voor burgers om bij het sociaal wijkteam aan te kloppen.⁴⁵ Door samen te werken met mensen uit de doelgroep zelf, als ervaringsdeskundigen, lukt het het beste om aan te sluiten bij hun mogelijkheden, zorgen en wensen.⁴⁶

SLOT

Geld maakt tot op zekere hoogte gelukkig en gezond. Gelukkige en gezonde mensen leven langer en kosten de maatschappij minder. Maar dit is niet de belangrijkste reden om armoede en de nadelige gevolgen hiervan te bestrijden. Ten principale gaat het om sociale rechtvaardigheid en solidariteit met de kwetsbaren in de samenleving. Mijn persoonlijke drijfveer is de overtuiging dat elke mens van waarde is, gelijke kansen verdient en dat alle mensen fundamenteel gelijk zijn.⁴⁷ Dat wij allen samen de verantwoordelijkheid hebben voor een goede samenleving, waarin we elk ons steentje naar vermogen bijdragen. Dat we opkomen voor mensen die dat zelf niet kunnen – de arme, de zieke, de vreemdeling, de gevangene – en solidair zijn vanuit wederzijdse betrokkenheid en erkenning,⁴⁸ zoals ook verankerd ligt in de kernwaarden van de katholieke sociale leer.⁴⁹

NOTEN

- 1 J. Bolle en I. Vriesema, Als het geldgebrek je niet nekt, dan wel de stress, *NRC*, 14 juni (2018).
- 2 CBS, *Armoede en sociale uitsluiting 2018*. Den Haag: CBS 2018, hoofdstuk 5.3.

- 3 Ibidem.
- 4 Zie <https://digitaal.scp.nl/armoedein kaart2018/waar-licht-de-armoedegrens/>.
- 5 Zie <https://digitaal.scp.nl/armoedein kaart2018/de-omvang-van-armoede/>.
- 6 Zie <https://digitaal.scp.nl/armoedein kaart2018/hoeveel-mensen-zijn-langdurig-arm/>.
- 7 Zie <https://digitaal.scp.nl/armoedein kaart2018/>.
- 8 Sociaal Cultureel Planbureau, *Armoede in Kaart 2018*. Den Haag: SCP 2018.
- 9 F. Westhof, L.S. De Ruig en A. Kerckhaert, *Huishoudens in de rode cijfers 2015. Over schulden van Nederlandse huishoudens en preventiemogelijkheden*. Zoetermeer: Panteia 2015.
- 10 Nationale Ombudsman, *Burgerperspectief op schuldhulpverlening*. Den Haag: Nationale Ombudsman 2016.
- 11 A. Mani e.a., Poverty Impedes Cognitive Function, *Science* 341.6149 (2013), 976-980.
- 12 CBS, *Armoede en sociale uitsluiting*, 89.
- 13 Ibidem, 90.
- 14 N. Spencer, Poverty and child health, in: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2010, 290-308.
- 15 CBS, *Armoede en sociale uitsluiting*, 95.
- 16 S. Bridges en R. Disney, Debt and depression, *Journal of health economics* 29.3 (2010), 388-403.
- 17 Ibidem.
- 18 CBS, *Armoede en sociale uitsluiting*.
- 19 M.P. Rijnsoever e.a., Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 89.1 (2012), 43-50.
- 20 CBS, *Armoede en sociale uitsluiting*, 87.
- 21 N. Balmer e.a., Worried Sick: The Experience of Debt Problems and their Relationship with Health, Illness and Disability, *Social Policy and Society* 5.1 (2006), 39-51.
- 22 TNS, *Het eigen risico in de zorg*. Amsterdam: TNS 2016.

- 23 Landelijke Huisartsenvereniging, *Ledenenquête naar zorgmijding*. Utrecht: LHA 2014.
- 24 M. Reinartz, Zorgen om zorgkosten bij zorg(vraag) of gewoon kostenbewust? Een beschouwing vanuit patiëntenperspectief, in: Th. Wobbes en M. van den Muijsenbergh (red.), *De euro in de spreekkamer. Geld speelt wel een rol*. Nijmegen: Valkhof Pers 2016, 32-38.
- 25 S. Willems e.a., Understanding inequity in the use of medical care: the perspective of people living in poverty, in: S. Willems, *The socio-economic gradient in health: a never-ending story?* [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent 2005, 84-110.
- 26 T.E.M van Esch e.a., *Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: NIVEL Utrecht 2015.
- 27 Mani e.a., Poverty Impedes Cognitive Function.
- 28 CBS, *Armoede en sociale uitsluiting*, 91.
- 29 Ibidem, 93.
- 30 J. Rademakers, *Kennisynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL 2014.
- 31 B. McEwen, Protective and damaging effects of stress mediators, *New England Journal of Medicine* 338.3 (1998), 171-9.
- 32 A. Plantinga, M. Zeelenberg en S. Breugelmans, *De effecten van armoede op voelen, denken en doen*. Tilburg University 2018; R. Juster, B. McEwen en S. Lupien, Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35 (2010), 2-16.
- 33 Juster, McEwen en Lupien, Allostatic load biomarkers of chronic stress.
- 34 S. Willems, W. Swinnen en J. De Maeseneer, The GP's perception of poverty: a qualitative study, *Family Practice* 22 (2005), 177-183
- 35 Plantinga, Zeelenberg en Breugelmans, *De effecten van armoede op voelen, denken en doen*.
- 36 Ibidem.

- 37 Ibidem.
- 38 M.A. Beenackers e.a., The role of financial strain and self-control in explaining health behaviours: the GLOBE study, *European Journal of Public Health* 26 suppl.1 (2016), 597-603.
- 39 S. Mullainathan en E. Shafir, *Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Amsterdam: Maven 2013.
- 40 Mani e.a., Poverty Impedes Cognitive Function.
- 41 J. Rawls, *A Theory of Justice. Revised edition*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press 1999, 6.
- 42 Willems en De Maeseneer, The G P's perception of poverty.
- 43 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen*. Den Haag 2017.
- 44 A. Duivenvoorden, L. Sterrenberg en J. Heemskerk, *Inspiratie- en werkboek armoede, schulden en gezondheid*. Platform 31/Pharos 2017.
- 45 Zie <https://www.platform31.nl/wat-we-doen/kennisdossiers/schulden-en-armoede/relevante-dossiers/aanpak-schulden-in-sociale-wijkteams>.
- 46 Duivenvoorden, Sterrenberg en Heemskerk, *Inspiratie- en werkboek armoede, schulden en gezondheid*.
- 47 M. van den Muijsenbergh, *Verschil moet er zijn!*. Inaugurale rede bij de benoeming tot hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg. Radbouduniversiteit/radboudumc Nijmegen 2018.
- 48 R. Termeulen, *Solidarity and justice in Health and Social Care*. Cambridge: Cambridge University Press 2017.
- 49 T. Kaspers, *Proeven van goed samenleven. Inleiding in het katholiek sociaal denken*. Den Bosch: Adveniat en Baarn: VKMO 2012.