



**Schulden zijn  
on gezond**

# GELDZORGEN IN DE HUISARTSEN PRAKTIJK

Over het belang van vroegsignalering en verwijzing



# Geldzorgen in de huisartsenpraktijk

Over het belang van vroegsignalering en verwijzing

**December 2020**

Nadja Jungmann  
Annemarieke van der Veer  
Vivian den Hartogh  
Maud Dolsma



Lectoraat Schulden en Incasso, Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool  
Utrecht

*Bezoekadres:*  
Padualaan 101  
3584 CH Utrecht

*Postadres:*  
Postbus 85397  
3508 AJ Utrecht

*Telefoon:* 088 – 481 92 22  
*E-mail:* [ksi@hu.nl](mailto:ksi@hu.nl)

*Dit project is uitgevoerd door het lectoraat Schulden en Incasso van Hogeschool Utrecht en Zorggroep Almere. Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, heeft advies gegeven bij de ontwikkeling van het interventiepakket. Dit project is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.*

## Inhoudsopgave

Voorwoord	6	
Samenvatting	7	
Inleiding	10	
<b>1</b>	<b>Schulden hebben een grote impact op gezondheid</b>	<b>12</b>
1.1	Veel huishoudens worstelen met financiële problemen	12
1.2	Schulden werken op verschillende manieren door op gezondheid	13
1.3	Bejegening door de huisarts speelt ook een rol	15
1.4	Slotbeschouwing	16
<b>2</b>	<b>Patiënten, huisartsen en POH'ers in Almere aan het woord</b>	<b>17</b>
2.1	Patiënten: de impact van schulden en de rol van de huisarts	18
2.2	Huisartsen en POH'ers: geldzorgen in de praktijk	21
<b>3</b>	<b>Het interventiepakket</b>	<b>29</b>
3.1	De wensen van huisartsen en patiënten	29
3.2	Beschrijving interventiepakket	32
3.3	Inzichten uit de pilot	37
<b>4</b>	<b>Doorwerking en landelijke implementatie</b>	<b>44</b>
4.1	Webinar Financiën in de spreekkamer	44
4.2	Nieuwsbrief, artikelen en presentaties	44
4.3	Er is meer nodig om de aandacht vast te houden	45
4.4	Een doorkijkje naar de toekomst	46
<b>5</b>	<b>Conclusies</b>	<b>48</b>
Bijlage 1: Verantwoording	51	
Bijlage 2: Downloadlinks	52	
Bijlage 3: Reacties in de webinar	53	
Bijlage 4: Programma van het webinar	55	
Bijlage 5: Literatuurlijst	56	

*De huisartsenzorg kan een  
wezenlijke rol spelen bij het slaan  
van een brug tussen schulden en  
gezondheid*

---

## Voorwoord

De schuldenproblematiek in Nederland is groot. En alom leeft de verwachting dat door de coronacrisis de schuldenproblematiek gaat toenemen (De Jonge, 2020). Tegelijkertijd staat de gezondheidszorg onder druk. De perioden van lockdown en grote aantallen IC-patiënten vragen het uiterste van huisartsen en medische professionals in ziekenhuizen. Daarbij wordt in perioden van oplopende coronabesmettingen met man en macht geprobeerd om de reguliere zorg doorgang te laten vinden. Desondanks is afschaling al meerdere keren aan de orde geweest.

De context van oplopende schuldenproblematiek en de gezondheidszorg die onder druk staat brengt twee werelden samen die meer met elkaar van doen hebben dan op het eerste gezicht wellicht wordt gedacht. Voor veel mensen met (grote) geldzorgen geldt, dat de aanhoudende stress doorwerkt op hun psychisch en fysiek welbevinden. Chronische geldstress maakt ziek. Mensen die leven in armoede en schulden zoeken als zij medische klachten ontwikkelen door de geldstress vaak als eerste de huisarts op. Voor de artsen geldt, dat zij zich enerzijds heel goed bewust zijn van het feit dat schulden klachten veroorzaken, terwijl zij anderzijds niet altijd even alert zijn op de vraag of een specifieke situatie wortelt in financiële problemen. Daarbij ontbreekt het hun ook vaak aan mogelijkheden om patiënten adequaat te verwijzen.

Het project *Financiën in de spreekkamer* is opgestart voordat corona uitbrak. Tussen juni 2018 en november 2020 hebben Zorggroep Almere en het lectoraat Schulden en Incasso van Hogeschool Utrecht samengewerkt aan de ontwikkeling van een interventiepakket. Het doel van het pakket is huisartsen en praktijkondersteuners te helpen om alerter te zijn op geldzorgen, er vaker over in gesprek te gaan en patiënten adequaat door te verwijzen. Bij de afsluiting van het project is het belang om aandacht te hebben voor geldzorgen in de huisartsenpraktijk alleen maar toegenomen. De economische doorwerking van corona lijkt haast onvermijdelijk te gaan bijdragen aan meer huishoudens met (grote) schulden. Dit betekent niet alleen een toename van persoonlijk leed, maar ook een toename van mensen die een huisarts gaan opzoeken voor klachten die geworteld zijn in schulden. Juist in een periode waarin de gezondheidszorg onder een druk staat die haast groter is dan zij aankan, is het cruciaal dat mensen die ziek zijn door geldzorgen zo snel mogelijk ondersteuning krijgen bij hun financiële problemen. Door in de huisartsenpraktijken te voorzien in vroegsignalering van schuldenproblematiek, kunnen artsen er actief aan bijdragen dat mensen sneller aan de slag gaan met de ziekmakende financiële problematiek en dat de (extra) belasting van de gezondheidszorg door geldzorgen tot een minimum wordt beperkt.

In voorliggend rapport is uitgewerkt wat het project heeft opgeleverd. Er wordt kort beschreven hoe geldzorgen doorwerken op gezondheid en wat patiënten, huisartsen, assistenten en praktijkondersteuners, die ten behoeve van dit project zijn geïnterviewd, daarover zeggen. Aanmerkelijk uitgebreider wordt beschreven welke wensen huisartsen bij aanvang van het project hadden omtrent ondersteuning om de vroegsignalerende rol in te vullen en hoe die wensen vertaald zijn in het interventiepakket. Het project is gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en krijgt in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een mooi vervolg. Het interventiepakket wordt opgenomen in de landelijke publiekscampagne *Kom jij eruit?*, gericht op het activeren van mensen met schulden om hulp te zoeken. Ook wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om de in het kader van het project ontwikkelde e-learning te accrediteren. Wij hopen met het project een bijdrage te hebben geleverd aan het versterken van de vroegsignalerende rol van de huisarts bij schulden. Gezien de hiervoor genoemde vervolgstappen lijkt dat doel gerealiseerd. We hopen dat huisartsen hun weg vinden in de ingewikkelde klus om de vroegsignalering van schuldenproblematiek een vaste plek te geven in hun praktijk en dat adequate verwijzing naar (professionele) (schuld)hulpverlening de standaard wordt.

Vera Kampschoër, Annemarieke van der Veer & Nadja Jungmann

## Samenvatting

Het project *Financiën in de spreekkamer* heeft als doel om een brug te slaan tussen de huisartsenzorg en de aanpak van schulden. In deze samenvatting wordt om te beginnen toegelicht wat het interventiepakket *Patiënten met schulden* inhoudt. Vervolgens is per projectfase weergegeven wat de belangrijkste opbrengsten en inzichten waren en hoe deze zijn meegenomen in de vervolgstappen.

### Het interventiepakket *Patiënten met schulden*

De huisartsenzorg is in het project *Financiën in de spreekkamer* voorzien van het interventiepakket *Patiënten met schulden*. Daarmee kunnen huisartsen en praktijkondersteuners (POH'ers)<sup>1</sup>, met zeer beperkte inspanningen, financiële problematiek eerder signaleren en patiënten vaker en adequater doorverwijzen. Dat kan bijdragen aan het terugdringen van situaties waarin aanhoudende financiële problematiek tot uiting komt in gezondheidsproblemen en/of doorwerkt in de gezondheidsbeleving.

#### Het interventiepakket *Patiënten met schulden* bestaat uit:

- Een beknopte **leidraad** en een verdiepende **e-learning** met informatie voor huisartsen en POH'ers. Deze bieden basiskennis over signaleren en verwijzen bij schulden en concrete gesprekstips.
- Een **poster** en **animatie** voor in de wachtkamer, en een **praatplaat** en **verwijskaart** voor in de spreekkamer. Deze voorzien huisartsenpraktijken in materiaal voor patiënten. De producten nodigen de patiënt uit met de huisarts over hun financiële problemen te praten en geven uitleg over de doorwerking van schulden op de gezondheid(sbeleving).
- Een **factsheet** en **app** voor digitale contacten en een **filmpje met een ervaringsdeskundige** voor op de website. Deze producten zijn opgeleverd om te voorzien in de behoeften die ontstonden tijdens de coronacrisis, toen het bezoeken van de praktijk niet meer mogelijk was.
- De **handreiking *Samenwerken bij schulden***. Deze voorziet huisartsen en POH'ers in inspirerende voorbeelden van en aandachtspunten bij het verwijzen naar schuldhulpverlening. Hierin zijn bijvoorbeeld tips opgenomen over het bespreken van schuldenproblematiek in reguliere overlegvormen in de praktijk.
- Een **toelichting** voor andere zorgverleners over hoe zij het interventiepakket kunnen inzetten.

Het interventiepakket is drie maanden getest in een pilot. Voor de pilot is een laagdrempelig systeem ingericht voor verwijzen en terugkoppelen. Huisartsen en POH'ers van de deelnemende gezondheidscentra van Zorggroep Almere konden patiënten met geldzorgen snel en adequaat via een e-mailadres verwijzen naar een team van De Schoor, de maatschappelijke organisatie die de intakegesprekken met patiënten met schulden verzorgt en bijdraagt aan schuldstabilisatie.

Uit de evaluatie van de pilot blijkt dat het interventiepakket heeft bijgedragen aan:

- Het vergroten van de kennis over de impact van financiële problematiek op gezondheidsproblemen en –beleving.
- Het vergroten van het bewustzijn bij huisartsen en POH'ers over de manieren waarop financiële problematiek bij patiënten doorwerkt op gezondheidsproblemen en –beleving en daarvan afgeleid hun vaardigheid om er actief aandacht aan te besteden en mensen adequaat door te verwijzen.
- Het verbeteren van de kwaliteit van de verwijzingen die huisartsen en POH'ers geven aan patiënten met financiële problematiek.

<sup>1</sup> Met praktijkondersteuners huisartsenzorg wordt zowel POH-GGZ als POH-somatiek bedoeld.

## Opbrengsten project per fase

De ontwikkeling en verspreiding van het interventiepakket is uitgevoerd in drie stappen:

1. Exploratie: inventariseren problematiek en verkenning van behoeften bij huisartsen en patiënten
2. Interventieontwikkeling: ontwikkelen materiaal en bevorderen draagvlak
3. Implementatie: monitoring toepasbaarheid en landelijke uitrol interventiepakket

### Fase 1: exploratie

Het pakket is ontwikkeld op basis van een verkenning van de behoeften. Daartoe zijn interviews gehouden met huisartsen, POH'ers en patiënten. Deze hebben in beeld gebracht waar de behoeften liggen, en ook op welke manieren huisartsen en patiënten in gesprek komen over schulden, hoe vaak huisartsen ervan afweten en wat mogelijkheden en belemmeringen zijn om schulden in de huisartsenpraktijk aan de orde te stellen.

De inzichten uit de exploratiefase zijn hieronder puntsgewijs weergegeven:

- patiënten kaarten schuldenproblematiek niet snel zelf aan;
- huisartsen herkennen dat schulden doorwerken op gezondheid;
- huisartsen hebben niet goed in beeld hoe groot de schuldenproblematiek onder hun patiënten is;
- schulden komen op verschillende manieren ter sprake;
- door schulden te bespreken worden patiënten verder geholpen;
- huisartsen ervaren de nodige belemmeringen om over schulden in gesprek te gaan.

De behoeften van huisartsen, POH'ers en patiënten bij het signaleren, bespreken en verwijzen van patiënten met geldzorgen, sluiten voor een groot deel goed op elkaar aan, zie onderstaande tabel.

Tabel 1 Behoeften huisartsen, POH'ers en patiënten bij het signaleren, bespreken en verwijzen

Behoeften huisartsen en POH'ers	Behoeften patiënten
Materiaal en ondersteuning bij het vroegtijdig signaleren van schulden	Uitnodiging om schulden bespreekbaar te maken met de huisarts
Een tijdsarme wijze van bespreken van schulden in de spreekkamer: gesprekstips en materiaal voor patiënten	Uitleg van de huisarts over de doorwerking van schulden op de gezondheid(sbeleving)
Kennis en materiaal om snel en adequaat te verwijzen	Een warme verwijzing door de huisarts naar concrete hulp bij hun schulden
Afspraken met schuldhulpverlening: een systeem van verwijzen, terugkoppelen en vergoeden	
Ondersteuning bij zelfzorg en leefstijl	

### Fase 2: interventieontwikkeling

De belangrijkste inzichten en behoeften zijn vertaald in drie doelen bij het interventiepakket:

1. Het moet goed inpasbaar zijn in de huisartsenzorg. Daarmee wordt bedoeld dat het gebruik ervan een niet te groot beslag legt op de tijd en ruimte van huisartsen.
2. Het dient patiënten te bieden wat zij nodig hebben om schaamte en andere belemmeringen te doorbreken.
3. Het beoogt informatie en concrete tips te geven over hoe huisartsen omtrent schuldenproblematiek een samenwerking kunnen organiseren met het sociaal domein, die zoveel mogelijk aansluit op het systeem van verwijzen dat huisartsen doorgaans toepassen.

Deze doelen zijn behaald:

- Huisartsen hebben met het pakket handvatten gekregen om snel en adequaat te kunnen signaleren, bespreekbaar te maken en te verwijzen bij schuldenproblematiek.
- Patiënten worden door producten in de wachtkamer en de spreekkamer bewust gemaakt van de verbinding tussen geldzorgen en gezondheid en gestimuleerd om financiële problemen te melden bij de huisarts.
- In de handreiking *Samenwerken bij schulden* zijn zes inspirerende voorbeelden beschreven, en er zijn aandachtspunten rond samenwerken en verwijzen opgenomen.



Bij de ontwikkeling van het interventiepakket is, naast de wensen en behoeften van de betrokkenen, ook rekening gehouden met vijf andere aspecten die van belang zijn bij een goed bruikbare verwijssamenwerking: de begrijpelijkheid van de boodschap voor laaggeletterden, de bijdrage aan gedragsverandering, de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en de toepasbaarheid van het pakket tijdens de coronacrisis. Tot slot heeft de feedback van de vertegenwoordigers van huisartsen, de LHV en het NHG, aan de verbetering van het interventiepakket bijgedragen.

### *Fase 3: Implementatie*

Het interventiepakket is drie maanden getest door huisartsen en praktijkondersteuners van Zorggroep Almere. De belangrijkste inzichten uit de evaluatie van deze pilot zijn:

- Het project heeft huisartsen bewuster gemaakt. Het consult ging niet vaak over geldzorgen.
- Het proactief vragen naar en bespreken van geldzorgen maakt geldzorgen zichtbaar. Daar waar de gesprekken wel tot stand komen, leveren deze veel op: aandacht en steun, verwijzingen naar (professionele) schuldhulpverlening en meedenken over alternatieven.
- Het interventiepakket biedt bruikbare handvatten. De beperkte ervaringen met de e-learning wijzen erop dat deze kan bijdragen aan kennis. De poster en animatie helpen de patiënt bewust te worden.
- Huisartsen, beroepskrachten schuldhulpverlening en patiënten zijn positief over de samenwerking. Die heeft veel opgeleverd.
- Er is meer nodig om de werkwijze te borgen.

De landelijke uitrol van het interventiepakket heeft plaatsgevonden via een afsluitend webinar dat door meer dan honderd huisartsen, praktijkondersteuners en andere zorg- en welzijnsprofessionals is gevolgd. Daarnaast hebben artikelen, nieuwsbrieven en presentaties op congressen en webinars van andere stakeholders aan de verspreiding van deze inzichten bijgedragen. Het interventiepakket is onderwerp van doorontwikkeling in de gemeente Arnhem in het project *Eerder uit de schulden*.

Al tijdens het project is gestart met het bevorderen van het draagvlak voor de huisartsenpraktijk als vindplaats van mensen met schulden. De urgentie hiervan is opgepakt door meerdere partijen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een subsidie verstrekt om dit project een vervolg te geven. Het draagvlak wordt verder vergroot door middel van leernetwerken en de doorontwikkeling van het interventiepakket, als onderdeel van de campagne *Kom jij eruit?*

## Inleiding

Bijna één op de tien huishoudens heeft geregistreerde problematische schulden en een vergelijkbaar deel heeft te maken met lichte betalingsachterstanden. Huishoudens met problematische schulden staan dagelijks voor grote uitdagingen en hebben vaak geen uitzicht op een snelle oplossing. Ze blijven doorgaans lang met deze problemen rondlopen voordat ze om hulp vragen. Een deel van de mensen met schulden zal gezondheidsklachten ontwikkelen. Rugpijn, hoofdpijn, slapeloosheid, depressies en angststoornissen kunnen stevig geworteld zijn in de schulden. In die tijd, die soms jaren kan duren, bezoeken zij meestal wel de huisarts. De doorwerking van geldzorgen op gezondheid is bij huisartsen goed bekend. Er is echter nog veel winst te behalen door patiënten de vraag te stellen of er sprake is van geldzorgen. Hoe eerder financiële problemen aan het licht komen, hoe beter. De gemiddelde schuld op het moment dat mensen de stap naar hulpverlening hebben gezet is namelijk 43 duizend euro. De sanering van de schulden is dan nog de enige mogelijkheid om een nieuwe start te kunnen maken.

De visie op de rol van de huisarts en praktijkondersteuner is nadrukkelijk die van signaleren, bespreekbaar maken en snel en adequaat verwijzen. Juist omdat de huisarts misschien de enige vertrouwenspersoon is die mensen zien in de periode waarin zij worstelen met hun schulden, is de huisartsenpraktijk een belangrijke vindplaats van mensen met schulden. Die vindplaats is er niet alleen in achterstandswijken. Iedereen kan in een (problematische) schuldsituatie terechtkomen. De verwachting is dat door de uitbraak van COVID-19 bijvoorbeeld ook meer ondernemers en hoger opgeleiden door de economische crisis hard worden geraakt. In dat licht is alertheid altijd van belang.

### Leeswijzer

Schulden hebben een grote impact op het mentale en fysieke welzijn van mensen, evenals op hun leefstijl. In hoofdstuk 1 wordt een inleiding op de relatie tussen schulden, chronische (geld)stress en gezondheidsklachten gegeven aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Hoofdstuk 2 verhaalt over wat er in de praktijk gebeurt: patiënten met schulden komen naar de huisartsenpraktijk en dan? Hier komt in beeld hoe huisartsen/POH'ers en patiënten in gesprek komen over schulden, hoe vaak huisartsen/POH'ers ervan afweten en wat mogelijkheden en belemmeringen zijn om schulden in de huisartsenpraktijk aan de orde te stellen. In hoofdstuk 3 wordt het interventiepakket gepresenteerd en is aangegeven op welke manier de producten aansluiten bij de wensen en behoeften de gebruikers. In dit project is ten tijde van de ontwikkeling van het interventiepakket gewerkt aan de landelijke implementatie ervan. De wijze waarop dat is gebeurd, is opgenomen in hoofdstuk 4. De conclusies staan in hoofdstuk 5.

# *De impact van schulden op gezondheid*

---

## 1 Schulden hebben een grote impact op gezondheid

Huisartsen zijn onderdeel van de eerstelijnszorg in ons zorgstelsel en proberen de klachten waarmee mensen zich melden te duiden in de brede context van de persoon (NHG, 2011; LHV/NHG, 2013).

Schuldenproblematiek kan tot die context behoren. Daarmee komt ook de chronische stress in beeld die vaak gepaard gaat met geldzorgen. Zeker als de financiële problemen groot zijn, staan mensen ermee op en gaan ze ermee naar bed. Aanhoudende (geld)stress kan stevig doorwerken op ons functioneren. Bij veel mensen veroorzaakt chronische (geld)stress fysieke klachten. Ook ervaren mensen vaak dat ze mentaal in de knel zitten, bij de dag gaan leven en meer moeite krijgen om de problemen waarmee zij worstelen op te lossen (Jungmann, Wesdorp & Madern, 2020). In de afgelopen jaren is er behoorlijk wat onderzoek gedaan naar de samenhang tussen geldzorgen en gezondheid. Deze onderzoeken zijn vaak cross-sectioneel. Dit betekent dat er wel een samenhang wordt aangetoond tussen financiële problemen en gezondheidsklachten, maar geen oorzakelijk verband (Van den Heijkant e.a., 2018; Münster e.a., 2013). Het is ook maar de vraag of er wel één oorzakelijk verband is. Er zijn patronen waarin geldzorgen tot klachten kunnen leiden, maar omgekeerd kunnen klachten, onder meer via het verlies van inkomen, ook tot schulden leiden. Zo wijzen bepaalde studies in de richting dat schulden tot gezondheidsproblemen leiden (Blomgren, Maunula & Hiilamo, 2016; Bridges & Disney, 2010; Brown, 2005). In een longitudinale studie in Finland zijn bijvoorbeeld 37.000 personen die al meer dan 15 jaar ernstige schulden hadden vergeleken met een controlegroep van 48.778 mensen zonder ernstige schulden. In de groep met schulden kregen de personen die gevolgd werden bijvoorbeeld vaker een psychose en ze ontwikkelden vaker diabetes (Blomgren, Maunula & Hiilamo, 2016). Tegelijkertijd zijn er ook studies die de andere kant op wijzen. Zie bijvoorbeeld de studie die uitwijst dat mensen die worden opgenomen vanwege een poging tot suicide na ontslag uit de kliniek een grotere kans hebben om in de schulden te komen en in een daaraan gerelateerde faillissementsprocedure (Kidger e.a., 2011).

In dit hoofdstuk wordt kort de omvang van de schuldenproblematiek geschetst en in grote lijnen wat er bekend is over de samenhang tussen geldzorgen en gezondheid. De belangrijkste conclusie luidt dat er sterke aanwijzingen zijn dat geldzorgen doorwerken in zowel fysieke als mentale klachten en dat mensen met financiële problemen er gemiddeld genomen ook een ongezondere leefstijl op na houden. Kortom, dat het voor huisartsen vanuit de duiding van de patiënt in diens brede context van belang is om oog te hebben voor de mogelijkheid dat geldzorgen de klachten veroorzaken. Voordat de relaties tussen gezondheid en geldproblemen worden uitgewerkt, wordt hier eerst nog kort beschreven hoe groot de groep is die worstelt met financiële problemen.

### 1.1 Veel huishoudens worstelen met financiële problemen

Het aantal huishoudens dat worstelt met geldzorgen is groot. Bijna één op de tien huishoudens heeft geregistreerde problematische schulden (CBS, 2020). Daarnaast heeft nog eens een vergelijkbaar percentage te maken met lichte betalingsachterstanden (Crijnen & Schonewille, 2019). Bijna één op de vijf huishoudens heeft dus te maken met geldzorgen. Daarbij toont onderzoek aan dat schulden, zeker als deze problematisch zijn, vaak een hardnekkig karakter hebben. Voor de groep huishoudens die zich op 1 januari 2018 in een geregistreerde problematische schuldsituatie bevond, geldt dat de helft op 1 januari 2015 ook al in die situatie verkeerde (CBS, 2020). Zij hebben dus niet alleen te maken met grote problematiek, maar ook met problematiek die lang aanhoudt.

Schuldenproblematiek is niet gelijk verdeeld over Nederland. Er zijn grote regionale verschillen. In algemene zin is het percentage huishoudens met geregistreerde problematische schulden in steden gemiddeld hoger dan in niet-stedelijke gemeenten (CBS, 2020). Daarnaast zijn er ook wel groepen aan te wijzen die relatief vaker worstelen met ernstige geldzorgen. Zo hebben mensen met een geregistreerde problematische schuldsituatie relatief vaker een huur- dan een koopwoning. Ze zijn relatief vaker alleenstaand en hebben relatief vaker recent een negatieve financiële gebeurtenis meegemaakt, zoals een scheiding of werkloosheid (CBS, 2020). Naast demografische groepen laat onderzoek zien dat mensen met bepaalde kwetsbaarheden ook een verhoogd risico hebben op financiële problemen of zelfs problematische schulden. Zo hebben mensen die laaggeletterd

zijn een bovengemiddelde kans om financiële problemen te hebben (Keizer, 2018; Madern, Jungmann & Van Geuns, 2016). Dit geldt ook voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (Dam e.a., 2019). Het SCP verwacht in aanvulling op bovenstaande groepen dat er door corona nieuwe groepen in problemen gaan komen. Zij wijst in dat kader onder meer naar mensen met een flexibel arbeidscontract. Onderzoek van het Nibud laat bijvoorbeeld zien dat in de eerste maanden na de uitbraak van corona ruim veertig procent van de zelfstandigen en ZZP'ers al inkomen had ingeleverd (Bosch, Houtsman & Van Horsen, 2020).

Het risico van het aanwijzen van groepen is dat bijvoorbeeld huisartsen met name alert zijn bij patiënten die tot een risicogroep behoren. Iedereen kan in een (problematische) schuldsituatie terecht komen. Dus in dat licht is alertheid altijd van belang.

## 1.2 Schulden werken op verschillende manieren door op gezondheid

In de afgelopen jaren zijn er diverse onderzoeken gepubliceerd waarin wordt beschreven wat de relatie is tussen schulden en gezondheidsproblemen. Naast losse onderzoeken zijn er ook enkele systematische reviews. Zo vergeleek een onderzoeksgroep uit Finland in 2014 voor het eerste een set van 33 onderzoeken (Turunen & Hiilamo, 2014). Op basis van de vergelijking trekt de onderzoeksgroep de conclusie dat er een relatie is tussen schulden en gezondheidsproblemen. Deze conclusie was eerder ook al wel getrokken. Zo constateerde Lenton in 2008 al dat schulden zowel een wissel trekken op onze fysieke als onze mentale gezondheid (Lenton, 2008). Het gegeven dat er sprake is van samenhang tussen schulden en gezondheidsklachten geeft nog geen richting aan. De onderzoeken richten zich vaak direct op de gezondheidsklachten (rugpijn, depressie, obesitas), maar ook wel op afgeleiden van medische klachten. Zo beschrijven Chou en collega's dat mensen die werkloos raken (en daardoor dus ook zorgen krijgen) gemiddeld genomen meer geld (gaan) uitgeven aan pijnstillers (Chou, 2016). Kortom, er zijn directe en meer indirecte aanwijzingen dat schulden negatief uitwerken op gezondheid.

Dat er een samenhang is tussen schulden en gezondheidsproblemen valt ook af te leiden uit onderzoeken naar de kenmerken van mensen die een beroep doen op schuldhulpverlening. Uit zowel Duits als Nederlands onderzoek blijkt dat mensen die een beroep doen op professionele hulp bij het oplossen van de schulden relatief veel gezondheidsproblemen hebben. In de Duitse studie bleek bijna tachtig procent van de mensen die gebruik maakt van schuldhulpverlening minstens één gezondheidsprobleem te hebben (Münster e.a., 2013). Dit is een aanmerkelijk hoger percentage dan onder de gemiddelde Duitse bevolking. In de groep met financiële problemen had 40 procent last van psychische problemen, 39 procent had rug- of gewrichtsproblemen, 25 procent rapporteerde een hoge bloeddruk, 23 procent had een ziekte aan de luchtwegen en 21 procent had buikklachten. Daarnaast noemde 14 procent een schildklieraandoening, 13 procent een verslaving en 4 procent kanker (Münster e.a., 2013). Het Nederlandse onderzoek richtte zich op oorzaken waardoor schuldsituaties onoplosbaar zijn. De cijfers uit dat onderzoek zijn niet zomaar te vergelijken met het Duitse onderzoek en leveren minder inzichten op. Wel bleek ook in dat onderzoek dat gebruikers van schuldhulpverlening relatief vaak gezondheidsklachten hebben (Jungmann e.a., 2014).

In de onderzoeken naar de samenhang tussen schulden en gezondheidsproblemen wordt vaak onderscheid gemaakt tussen een samenhang met mentale of fysieke problemen of de samenhang tussen schulden en leefstijl. In de volgende paragrafen worden deze drie samenhangen afzonderlijk beschreven. Er is nog te weinig onderzoek om onderbouwd te kunnen zeggen hoe vaak er een combinatie is van twee of drie van deze categorieën. Zo merkten Drentea en Lavrakas in 2000 al op dat schulden zich als eerste wreken op onze mentale gezondheid. Zij vragen zich dan ook af of er in het onderzoek naar de samenhang tussen schulden en gezondheid relatief veel aandacht is voor de mentale doorwerking omdat deze het eerste zichtbaar is (waarmee dus niet gezegd is dat deze steviger is) (Drentea & Lavrakas, 2000).

### 1.2.1 Mentaal welzijn

Veel studies wijzen op de impact van schulden op ons mentale welzijn. Onderzoekers die zich bezighouden met de vraag of en hoe schulden doorwerken op gezondheid, zijn vaak zoekend hoe armoede en schulden zich tot elkaar verhouden. Want naast onderzoeken naar schulden, blijkt ook uit diverse onderzoeken dat armoede negatief doorwerkt op ons mentale welzijn. Onderzoeken waarin aandacht wordt besteed aan de vraag of

schulden een zelfstandige rol spelen, lijken die vraag bevestigend te beantwoorden. Zo beschrijft Jenkins (2008) dat schulden een belangrijke verklaring vormen bij de constatering dat mensen met een laag inkomen vaker problemen rapporteren in hun mentale welzijn. Er is een verband tussen armoede en verminderd mentaal welzijn, maar schulden lijken daar nog weer een zelfstandige en eigen rol in te spelen.

Wie door de studies naar de verbanden tussen schulden en mentaal welzijn bladert, komt soms overlap en soms aanvullende informatie tegen. Zo blijkt uit de beschikbare onderzoeken onder meer dat:

- Schulden eraan bij dragen dat het zelfrespect van mensen onderuitgaat en dat mensen een pessimistischer kijk op het leven ontwikkelen. Deze zaken werken door op gevoelens van depressie, angst en vijandigheid (Bridges & Disney, 2010; Fitch e.a., 2007; Hintikka, 1998). Meer algemeen wijst onderzoek uit dat mensen met schulden gemiddeld meer piekeren (Drentea & Lavrakas, 2000).
- Mensen met schulden hebben een vier keer zo grote kans op een angststoornis, een drievoudige kans op een paniekstoornis en een dubbele kans op een obsessieve angststoornis (Meltzer e.a., 2013).
- In verschillende studies wordt gewezen op samenhang tussen schulden en depressies of aan depressie gerelateerde problemen zoals angst en boosheid (Meltzer e.a., 2013; Bridges & Disney, 2010).

Er zijn ook onderzoeken die aandacht vragen voor verbanden tussen financiële problemen en suïcide. Zo beschrijft Wang dat grote financiële problemen relatief vaker dan psychologische aandoeningen kunnen doorwerken in suïcidaliteit (Wang e.a., 2012). Deze samenhang is onder meer terig te zien in de ontwikkeling van het aantal mensen dat suïcide pleegt in de nasleep van een economische crisis. Zo nam het percentage mensen dat in de kredietcrisis die in 2008 startte naar 2014 met ruim een derde toe (Aleman & Denys, 2014).

In de beschikbare onderzoeken wordt ook wel aandacht gevraagd voor de langdurige doorwerking van schulden. In paragraaf 1.1 is al geconstateerd dat ernstige schuldenproblematiek vaak een langdurig probleem is. Onderzoek van Bridges & Disney (2010) laat in dit kader zien dat onder mensen die op het moment van onderzoek géén financiële zorgen of schulden hebben, maar die in het verleden wel hebben gehad, relatief vaker met een depressie worstelen, dan mensen zonder schuldverleden (6 versus 2 procent).

### 1.2.2 Fysiek welzijn

Er zijn ook studies die wijzen op de samenhang tussen schulden en fysieke problemen. Voor veel patiënten geldt dat ze zelf nog wel een link leggen tussen hun geldzorgen en hun mentale welzijn. Dat schulden ook de oorzaak kunnen zijn van fysieke klachten, realiseren mensen met schulden zich vaak minder snel. Toch kan chronische stress (veroorzaakt door bijvoorbeeld schulden) wel degelijk stevig doorwerken op ons fysieke welzijn. Voorbeelden hiervan zijn (Karsten, 2018; Blomgren, Maunula & Hiilamo, 2016; Ochsmann e.a., 2009; Münster e.a., 2009):

- hoge of lage rugpijn door langdurige spierspanning;
- een verminderde werking van het immuunsysteem (en dus vatbaarder voor onder meer virussen);
- verhoogde bloeddruk;
- slaapproblemen;
- diabetes.

Er is ook de nodige literatuur waarin wordt gewezen op samenhang tussen schulden, stress en hart- en vaatziekten. Deze literatuur laat ook zien dat het eigenlijk een ondoenlijke zoektocht is om allerlei directe verbanden aan te wijzen. Zo wijst de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie erop dat roken, hoge bloeddruk of overgewicht grotere risicofactoren zijn voor ons hart dan stress. En tegelijkertijd kan chronische stress op zijn beurt ook direct doorwerken op onze bloeddruk of op onze neiging om (meer) te roken (Rijnsoever e.a., 2012). In dit hoofdstuk wordt onderscheid gemaakt tussen mentale en fysieke klachten en leefstijl. Deze indeling helpt ons bij het signaleren van schulden als veroorzaker van gezondheidsklachten. Tegelijkertijd is het van belang om in het achterhoofd te houden dat de doorwerking waarschijnlijk vaak maar in ieder geval mogelijk gestalte krijgt op meerdere domeinen.

### 1.2.3 Leefstijl

Zeker in het Westen nemen we een steeds ongezondere leefstijl aan. Dit is een algemene trend. Zo neemt het percentage kinderen en volwassenen met overgewicht al jaren toe en had in 2019 de helft van de Nederlandse volwassenen overgewicht. Bij een op de zes is sprake van obesitas (VWS, 2020). Overgewicht is dus een breed voorkomend verschijnsel. Tegelijkertijd wijst bijvoorbeeld Duits onderzoek ook uit dat mensen met schulden relatief vaker overgewicht hebben dan de groep zonder. Ditzelfde geldt voor obesitas (Münster e.a., 2009). Kortom, naast mentale en fysieke doorwerkingen lijken er ook relaties te zijn tussen ongezonde leefstijl en schulden, waarbij de ongezonde leefstijl weer kan doorwerken op het ontstaan van fysieke klachten. Ook hier speelt de complexiteit die aan het eind van de vorige paragraaf is beschreven. Wie zich verdiept in de literatuur over samenhangen tussen schulden en gezondheidsproblemen, komt tot de conclusie dat er weinig directe causale verbanden zijn, maar dat er wel een kluwen aan indirecte verbanden is die allemaal dezelfde kant op wijzen: schulden zijn slecht voor onze gezondheid.

Naast overgewicht (Averett and Smith, 2014) wordt er in de literatuur ook aandacht besteed aan andere ongezonde kenmerken van onze leefstijl. Voorbeelden daarvan zijn:

- Mensen met schulden gaan bijvoorbeeld meer roken naarmate hun schuldenlast toeneemt (Münster, 2013; Rijnsoever e.a., 2012).
- Mensen met een lagere opleiding en schulden eten ongezonder dan mensen met een lagere opleiding zonder schulden (Rijnsoever e.a., 2012). Verschillen in gezondheid tussen mensen met schulden en mensen zonder schulden zijn er ook in de groep met een hoge sociaaleconomische standaard, maar deze verschillen zijn minder groot dan bij de mensen met een lage sociaaleconomische standaard.
- Mensen met schulden hebben een grotere neiging om meer alcohol te drinken (Wardle e.a., 2012; Grafova, 2007).

### 1.3 Bejegening door de huisarts speelt ook een rol

Het project *Financiën in de spreekkamer* richt zich op de impact van schulden op gezondheid. De centrale aanname die aan het project ten grondslag ligt, luidt dat schulden bijdragen aan het ontwikkelen van gezondheidsklachten. Huisartsen bemensen de eerstelijnszorg en dus is het van belang dat zij aandacht besteden aan de mogelijkheid dat mentale of fysieke klachten wortelen in geldzorgen. Ook bij gesprekken over leefstijl is het van belang dat artsen alert zijn dat verbeteringen daarin vaak ingewikkelder zijn als mensen worstelen met financiële problemen. In dit kader valt de bejegening van mensen met geldzorgen door huisartsen op het eerste gezicht buiten de scope van het project. Toch wordt hier kort aandacht besteed aan het belang van bejegening bij financiële problemen.

Al wat ouder onderzoek onder Belgische huisartsen wijst bijvoorbeeld uit dat huisartsen in contact met mensen die in armoede leven (en daaraan gerelateerd ook vaak schulden hebben) vaak beelden hebben die hun bejegening sturen (Willems, Swinnen & Maeseneer, 2005). Om deze groep tegemoet te komen, zijn huisartsen geneigd om hun manier van bejegenen aan te passen. Zo gaan ze vaak eenvoudiger zinnen gebruiken, nemen ze patiënten vaker zaken uit handen en richten ze zich meer op kortetermijnoplossingen. Deze aanpassingen wortelen in de veronderstelling dat arme mensen vaak weinig motivatie hebben om hun situatie te verbeteren en weinig geïnteresseerd zijn in hun gezondheid. De artsen toonden in de spreekkamer veel empathie en zochten naar concrete manieren om de arme groep te ondersteunen (bijvoorbeeld goedkopere medicijnen voor te schrijven).

Een recentere Britse studie laat wederom zien dat artsen in hun bejegening van mensen die economisch gedepriveerd zijn een combinatie kiezen van empathie en paternalisme (Casanova e.a., 2015). De perceptie die artsen hebben van mensen met geldzorgen draagt eraan bij dat zij altruïstisch gedrag vertonen en vaak zoeken naar creatieve oplossingen. Daarbij zoeken zij ook naar mogelijkheden om bij te dragen aan het verlichten van de financiële situatie. Tegelijkertijd geeft dit onderzoek ook een waarschuwing die aanhaakt op de bevindingen in het Belgische onderzoek. Negatieve percepties van mensen met financiële problemen kunnen er ten onrechte aan bijdragen dat artsen minder hoge verwachtingen hebben van hun patiënten in termen van inzet om de problemen aan te pakken.

## 1.4 Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk is geprobeerd om een beeld te schetsen van de manier waarop schulden kunnen doorwerken op gezondheid. Er is daarbij onderscheid gemaakt tussen mentale en fysieke gezondheid en leefstijl. Voor alle drie deze gebieden geldt dat onderzoek aanwijzingen biedt dat schulden bijdragen aan het ontstaan van klachten of ongezonde patronen. De splitsing in mentale en fysieke klachten en ongezonde leefstijl helpt zoals eerder opgemerkt bij het actief signaleren van schulden als mogelijke veroorzaker van gezondheidsklachten. Tegelijkertijd geeft de indeling onbedoeld ook een vereenvoudiging van de werkelijkheid. In de paragraaf over fysieke klachten is in dat kader al opgemerkt dat bijvoorbeeld stress kan doorwerken in een hoge bloeddruk en dat een hoge bloeddruk de kans op hart- en vaatziekten vergroot. Naast deze indirecte doorwerkingen zijn er nog wel meer. Zo laat onderzoek zien dat mensen met een stevig geloof in eigen kunnen en een stevig geloof dat ze ingewikkelde situaties aan kunnen minder last hebben van de impact van geldzorgen op hun mentale welzijn (Selenko, 2011).

Kortom, het is van belang dat er in de huisartsenpraktijk aandacht is voor de doorwerking van schulden op gezondheid(sbeleving). Met daarbij het besef dat de doorwerking zelden lineair is en dus nadrukkelijk de alertheid van de huisarts vraagt.



## 2 Patiënten, huisartsen en POH'ers in Almere aan het woord

Ten behoeve van de ontwikkeling van het interventiepakket zijn in de verkenningsfase interviews gehouden met patiënten, huisartsen, assistenten en POH'ers. Deze interviews hadden als doel om hiaten op te vullen in de literatuur. Zo is er dankzij de interviews meer zicht gekomen op de manieren waarop huisartsen/POH'ers en patiënten in gesprek komen over schulden, hoe vaak huisartsen/POH'ers ervan afweten en wat mogelijkheden en belemmeringen zijn om schulden in de huisartsenpraktijk aan de orde te stellen. In deze inleiding worden de belangrijkste inzichten die uit de interviews zijn gekomen en die een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het interventiepakket kort toegelicht. Na deze toelichting is in paragraaf 2.1 en 2.2 uitgewerkt wat de interviews verder hebben opgeleverd.

### *Inzicht 1: patiënten kaarten schuldenproblematiek niet snel zelf aan*

Veel patiënten vinden het lastig om in gesprek te gaan over hun schulden. Schaamte speelt vaak een rol en patiënten verwachten vaak niet dat de huisarts een professional is waar je ook tegen kan zeggen dat je grote financiële zorgen hebt. Veel patiënten realiseren zich niet dat chronische geldstress doorwerkt op hun gezondheid en dat schulden in dat licht eigenlijk juist een heel logisch gespreksonderwerp zijn in de spreekkamer. Patiënten brengen hun schulden dus niet zo vaak zelf expliciet aan de orde. Alleen als het water ze echt aan de lippen staat en ze daardoor geen geld hebben om naar de specialist te gaan of zelfs een urgentieverklaring wensen om een afsluiting van water of energie te voorkomen.

### *Inzicht 2: huisartsen herkennen dat schulden doorwerken op gezondheid*

De geïnterviewde huisartsen, assistenten en POH'ers herkennen allemaal dat schuldenproblematiek een stevige wissel kan trekken op gezondheid. Zij onderschrijven in dat licht dat er voor hen een rol is weggelegd om te signaleren, te bespreken en te verwijzen.

### *Inzicht 3: huisartsen hebben niet goed in beeld hoe groot de schuldenproblematiek is*

Op de vraag bij welk deel van de patiënten er schulden spelen, geven huisartsen heel verschillende antwoorden. Dat is enerzijds logisch, omdat onderzoek ook laat zien dat er forse verschillen zitten per wijk en een huisarts altijd een afgebakend verzorgingsgebied heeft. Tegelijkertijd viel in de interviews op dat huisartsen die werken in hetzelfde gezondheidscentrum toch ook heel verschillende antwoorden geven. Die verschillen duiden erop dat er niet vanzelfsprekend een gedeeld beeld is en zij ook niet allemaal gelijk kunnen hebben.

### *Inzicht 4: schulden komen op verschillende manieren ter sprake*

In de spreekkamer bij de huisarts komen geldzorgen doorgaans op twee manieren aan de orde: via impliciete signalen van patiënten of via expliciete vragen van de huisarts. Minder vaak komen geldzorgen in beeld via afwijkende patronen (zoals een opeens oplopende bloeddruk) of via verwijzingen van ketenpartners.

### *Inzicht 5: door schulden te bespreken worden patiënten verder geholpen*

Het gegeven dat een gesprek over geldzorgen in de huisartsenpraktijk niet zonder meer tot stand komt, betekent niet dat huisartsen, assistenten en POH'ers patiënten weinig kunnen bieden. Daar waar de gesprekken wel tot stand komen, leveren deze veel op. De drie belangrijkste opbrengsten die de geïnterviewden beschrijven zijn: aandacht en steun, verwijzingen naar (professionele) schuldhulpverlening en meedenken over alternatieven.

### *Inzicht 6: huisartsen ervaren de nodige belemmeringen om over schulden in gesprek te gaan*

Dat huisartsen en POH'ers financiële problemen niet structureel bespreken en patiënten verwijzen, schrijven de geïnterviewde huisartsen en POH'ers toe aan vijf belemmeringen: handelingsverlegenheid, gebrek aan tijd, de patiënt niet goed kennen, niet goed weten waarnaartoe te verwijzen en een focus van de patiënt op gezondheid.

## 2.1 Patiënten: de impact van schulden en de rol van de huisarts

Om in beeld te brengen welke doorwerkingen cliënten ervaren van schulden op hun gezondheid(sbeleving) zijn er twintig patiënten geïnterviewd. De respondenten hebben schulden die variëren van een paar honderd euro tot meer dan 60 duizend euro. De patiënten die zijn geïnterviewd verkeren in allerlei omstandigheden. Sommige hebben schuldhulpverlening of staan onder beschermingsbewind, anderen hebben geen enkele hulp bij de geldzorgen. Daarbij zijn er ook grote verschillen in de persoonlijke situatie. Er zijn mensen geïnterviewd die alleenstaand zijn of deel uitmaken van een gezin, maar ook iemand die bij het Leger des Heils in de dak- en thuislozenopvang woont. Er is dus op al deze factoren een brede spreiding. De belangrijkste boodschap die in de interviews doorklinkt, is dat geldzorgen stevig kunnen doorwerken op gezondheid(sbeleving) en dat patiënten niet snel over hun geldzorgen zullen beginnen, maar wel graag willen dat de huisarts dat doet.

### 2.1.1 Patiënten komen door allerlei omstandigheden in financiële problemen

Financiële problemen kunnen op allerlei manieren ontstaan. In de literatuur wordt wel onderscheid gemaakt tussen overlevingsschulden, compensatieschulden, aanpassingsschulden, overbestedingsschulden en bureaucratische schulden (Jungmann & Madern, 2017). Ook in de huisartsenpraktijk is zichtbaar dat geldzorgen allerlei oorzaken kunnen hebben. Zo zijn er patiënten die gezondheidsproblemen kregen en daardoor in de geldzorgen terecht kwamen. Bij andere patiënten was de volgorde juist andersom. Zij kregen financiële problemen door bijvoorbeeld werkloosheid en hadden daar zoveel zorgen over dat ze door het continu activeren van het stress-systeem gezondheidsproblemen kregen.

*‘In 2017 ben ik getrouwd en kort daarna heeft mijn man twee maanden aaneengesloten in het ziekenhuis gelegen vanwege gezondheidsproblemen. De incasso’s begonnen toen op te stapelen en toen begon de kern van het probleem. Daarvoor hadden we nooit problemen. De zes maanden van intensief ziek zijn hebben ons kapot gemaakt. Ik moest incassokosten betalen, Belastingdienst, boetes enzovoort. Dus toen hebben we ook nog tienduizend euro van zijn zus geleend om dingen af te betalen. Nu staat er nog zeker een bedrag van acht- of negenduizend euro open.’*

### 2.1.2 De geldzorgen werken op verschillende manieren door

Van de twintig geïnterviewde patiënten geven er zeventien aan dat de geldzorgen heel stevig doorwerken op hun functioneren en gezondheid(sbeleving). De belangrijkste doorwerkingen die zij rapporteren zijn doorwerking in vage klachten, in psychisch welbevinden, in het (niet) opvolgen van de behandeling, in de frequentie waarmee de huisarts wordt bezocht en in de zelfregulatie. Deze doorwerkingen worden hieronder kort toegelicht.

#### **Doorwerking in vage klachten**

De geïnterviewde patiënten vertellen dat ze allerlei klachten hebben die ze zelf toeschrijven aan hun schulden of in samenhang daarmee verklaren. De meest genoemde klachten zijn slapeloze nachten vanwege de zorgen, spierpijn en nek- en rugklachten. Patiënten vertellen ook dat ze door de stress gewicht verliezen.

*‘Wat ik ook merk is dat ik niets meer kan hebben. Elke keer als er een buikgriep heerst dan krijg ik die meteen.’*

*‘Ik had een tijdje heel erg buikpijn, dat was niet normaal. Toen hebben ze onderzoeken gedaan. Ik had krampen, ik dacht dat is niet goed. Ik had pijn. Ik heb allemaal echo’s gehad, maar er was niks aan de hand, dat is gewoon pure stress wat ik allemaal heb’*

#### **Doorwerking in psychisch welbevinden**

Patiënten vertellen dat hun geldzorgen stevig doorwerken op hun psychisch welbevinden. Ze beschrijven dat ze, gerelateerd aan de financiële problemen, veel stress ervaren, dat ze zich down voelen, depressieve gevoelens hebben en zich warrig voelen.

*'Ik ben niet meer de persoon die ik was. Ik stond vol in het leven, kon overal tegen, dat is verleden tijd. Dat ben ik kwijt. Ik ben absoluut somberder geworden.'*

*'Je weet af en toe niet waar je het zoeken moet. Slecht slapen en piekeren. En dan krijg je ook gezondheidsproblemen, snel ziek. Je weerstand wordt slecht. Het werkt allemaal door.'*

*'Ik kon gewoon niet helder nadenken. Ik wist niet hoe ik voor m'n kinderen moest zorgen, je vergeet de helft van die dingen. Het blijft maar rondtobben in je hoofd: dit moet je nog betalen, dat moet je nog betalen. Alleen dat denk je. Tot nu toe slaap ik heel slecht, volgens mij slaap ik maar drie uur op een dag.'*

Patiënten beschrijven ook dat ze zich eenzaam voelen door de schulden. Ze hebben bijvoorbeeld niet genoeg geld om vrienden die verder weg wonen te bezoeken of ze merken dat ze door de zorgen überhaupt niet meer in beweging komen.

*'Het werkt allemaal door bij mij. Dat ik dagen heb waarop ik alleen maar blijf zitten. Dat ik heel somber ben, heel chagrijnig. Dat je ook je pijnen daardoor extra voelt. Ja, dat versterkt elkaar.'*

#### **Doorwerking in opvolging van de behandeling**

Een medische behandeling kan geld kosten. Op een directe wijze omdat je het eigen risico moet aanspreken, of eerder indirect omdat je reiskosten moet maken. Er zijn ook patiënten die vertellen dat ze adviezen van de huisarts niet opvolgen omdat ze niet weten hoe ze die kosten kunnen dragen.

*'Die incassobureaus die sturen steeds weer brieven, ze bellen en mailen. Dan wordt de druk weer opgevoerd. Je kan ook zo weinig doen, dus je raakt vanzelf geïsoleerder, je wil anderen ook niet met je problemen opzadelen. Ben nu wel op het punt dat ik ook mijn medicatie niet afhaal omdat ik die niet kan betalen.'*

#### **Doorwerking in frequentie van het huisartsbezoek**

Diverse patiënten geven aan dat de geldzorgen eraan bijdragen dat ze vaker naar de huisarts gaan. Ze vertrouwen de huisarts en de drempel voor een afspraak is laag.

*'Ik ga om elk wissewasje naar de huisarts. En die geeft continu aan dat het stress is. Die zegt: ga rusten.'*

Een huisarts heeft ook een vertrouwensfunctie. Een afspraak is snel gemaakt. Ze ervaren klachten die voortkomen uit de geldstress en bezoeken de huisarts daardoor ook vaker.

*'Ik stap er dan zelf naartoe om ff m'n verhaal te doen. Die mevrouw kan er ook niets aan veranderen, maar dan kan je af en toe even je eitje kwijt. Is toch een vertrouwenspersoon.'*

#### **Doorwerking in zelfregulatie**

De patiënten vertellen ook dat de aanhoudende geldzorgen doorwerken op hun zelfregulatie. Het lukt hun bijvoorbeeld niet om te doen wat wel nodig is. Denk bijvoorbeeld aan het openen van de post.

*'Vroeger was ik een fervent sporter, nou dat doe ik al lang niet meer, in de laatste plaats omdat ik het geld er niet voor heb, maar vooral omdat ik er de energie niet voor heb.'*

*'Op een gegeven moment heb je geen zin in de mensen en activiteiten. Ik moet mezelf weer met hulp van God toch wel helpen om het huis uit te gaan, om op zondag naar de kerk te gaan en te geloven dat het toch wel goedkomt. Dat is niet altijd makkelijk, er lijkt geen eind aan te komen.'*

### 2.1.3 De meeste patiënten wensen dat huisartsen alert zijn

Op de vraag of patiënten wensen dat de huisarts alert is op geldzorgen, geven achttien van de twintig respondenten een positief antwoord. Zij zien echt een rol voor de huisarts weggelegd. Tegelijkertijd geven twee respondenten aan dat zij geldzorgen een privévraagstuk vinden.

*‘Ik wil dat niet met de huisarts bespreken, ik wil dat beperkt in een klein kringetje houden. Anders zou ik het zelf wel via de gemeente of maatschappelijk werk vragen of die me kunnen helpen.’*

De respondenten die nadrukkelijk een rol voor de huisarts weggelegd zien, geven daar twee argumenten voor: een huisarts is voor veel mensen een vertrouwenspersoon en als je financiële zorgen hebt is het fijn als daarmee rekening wordt gehouden, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van medicijnen of bij verwijzingen.

#### **Vertrouwensband**

Het meest genoemde argument is dat mensen met hun huisarts vaak een vertrouwensband hebben. Ze zeggen dat ze liever vragen krijgen van een huisarts dan van iemand van bijvoorbeeld de gemeente die ze nog nooit hebben ontmoet. Tegelijkertijd benadrukken ze daarbij wel dat je de betreffende huisarts dan natuurlijk wel goed moet kennen.

*‘Ik zou het prima vinden als huisartsen dat zouden doen hoor, als je een goede band hebt. Als je een beetje losse band hebt met de huisarts, een keer per jaar komt, dan gaat hij niet naar je financiële toestand vragen natuurlijk, dat snap ik ook wel.’*

#### **Rekening houden met draagkracht patiënt**

Een argument dat patiënten wat minder vaak noemen is dat ze het fijn zouden vinden als de huisarts rekening houdt met hun draagkracht bij het voorschrijven van medicijnen of het geven van verwijzingen. Als de geldzorgen groot zijn, dan kan dat voor patiënten een reden zijn om medicijnen niet bij de apotheek op te halen of een verwijzing niet op te volgen. Als de huisarts alert is op geldzorgen en deze bespreekt, kan hij of zij er in de behandeling ook meer rekening mee houden.

*‘Het is fijn als de huisarts rekening houdt met je financiële situatie, bijvoorbeeld door bij het uitschrijven van medicijnen rekening te houden met de bijbetaling en anders een alternatief voor te schrijven.’*

### 2.1.4 Huisartsen bespreken (signalen van) geldzorgen lang niet altijd

Het gegeven dat de meeste patiënten graag zouden zien dat huisartsen actief informeren of er geldzorgen spelen, betekent niet dat alle huisartsen daar invulling aan geven.

*‘Ik denk wel als die signalen er zijn dat ze daar wel wat accurater op kunnen reageren. Want, ik gaf niet aan ‘ik heb een groot financieel probleem’, dat hang je niet aan de grote klok. Maar heel voorzichtig zeg je daar af en toe iets van, en dat moet eigenlijk een dokter al merken en daarop inspelen.’*

*‘Mijn huisarts interesseert het helemaal niets. Die vraagt nooit verder.’*

In de interviews geven de patiënten aan dat het systeem van tien minuten voor een consult belemmerend kan werken. Ze hebben het gevoel dat je een medische vraag per tien minuten moet stellen. Geldzorgen passen dan niet goed in de planning.

*‘Je kunt maar een ding tegelijk bespreken, af en toe mag je er twee tegelijk, dan krijg je 20 minuten gesprek. Als je daar dan nog iets anders bij hebt dan mag je daar niet over praten.’*

## 2.2 Huisartsen en POH'ers: geldzorgen in de praktijk

Ten behoeve van dit onderzoek zijn in de verkenningfase tweeëntwintig huisartsen, zestien POH'ers en één assistent geïnterviewd. Ze komen allemaal financiële problemen tegen in de praktijk. Alleen de jonge huisarts in opleiding is ze (nog) niet expliciet tegengekomen. Hoe vaak ze geldzorgen tegenkomen, hangt in hoge mate samen met de wijk waarin ze werken. De antwoorden variëren van tien procent tot ruim de helft. Daarbij zeiden enkele huisartsen tijdens het interview dat ze zich door erover te praten begonnen af te vragen of ze wel alert genoeg zijn. Zij formuleerden in het interview de veronderstelling dat ze misschien wel vaker signalen missen dan ze dachten. De interviews richtten zich niet op verschillen in benadering tussen huisartsen en POH'ers. Er is wel gekeken of er bij bepaalde antwoorden duidelijke verschillen waren in benadering. Deze zijn niet geconstateerd.

### 2.2.1 Huisartsen herkennen dat geldzorgen doorwerken op gezondheid

De huisartsen en POH'ers constateren allemaal dat geldzorgen heel stevig kunnen doorwerken op gezondheid(sbeleving). Ze constateren dat geldzorgen een oorzaak kunnen zijn van vage klachten en kunnen doorwerken op het psychisch welbevinden, in de opvolging van behandeling en op de frequentie van het bezoek aan de huisarts. Ook constateren zij dat geldzorgen kunnen doorwerken op de zelfregulatie van de patiënt en diens uiterlijke verzorging. De zes doorwerkingen die de huisartsen in de interviews noemen zijn hieronder kort beschreven.

#### **Doorwerking in vage klachten**

Patiënten met geldzorgen rapporteren volgens de huisartsen vaak vage klachten. Denk in dit kader aan zaken zoals hoofdpijn, maagpijn, slecht slapen, klachten aan het bewegingsapparaat, spanning in de spieren en rug- en nekpijn. De patiënten hebben er veel last van. De echte oorzaak is vaak niet te vinden en behandelingen slaan nauwelijks aan.

*'Slecht slapen, stressklachten, psychische problemen, veelheid aan slecht verklaarbare klachten. Medisch gezien kan je er niet veel mee.'*

#### **Doorwerking in psychisch welbevinden**

Geldzorgen kunnen heel stevig doorwerken op ons psychisch welbevinden. De huisartsen rapporteren dat zij bij patiënten vaak zien dat die last hebben van veel stress, spanningsklachten en depressieve klachten. Ook constateren zij dat er wel patiënten zijn die (mede) door de schulden flinke spanningen in de relatie ervaren. Het ene probleem veroorzaakt dan het volgende probleem. Afhankelijk van wat iemand mankeert, kunnen de zorgen over de schulden groter zijn dan over de gezondheid.

*'Een diabeet vindt zijn waarde minder belangrijk dan zijn schulden'.*

#### **Doorwerking in opvolging behandeling**

Een huisarts heeft een poortwachtersfunctie. Als de arts denkt dat er behandeling nodig is, dan schrijft hij of zij medicijnen voor of verwijst mensen. De huisartsen constateren dat patiënten met geldzorgen niet vanzelfsprekend het behandeladvies opvolgen. Ze halen de voorgeschreven medicijnen lang niet altijd op bij de apotheek of gaan bijvoorbeeld niet naar het ziekenhuis. Die keuze hangt samen met het eigen risico. Waarbij de huisartsen ook wel zien dat mensen onderverzekerd zijn of hun eigen risico enorm hebben opgehoogd. Die twee zaken kunnen extra belemmeringen vormen. Ook constateren de huisartsen dat mensen met financiële problemen de neiging hebben om zaken zoals bloed afnemen uit te stellen.

*'Ze halen hun medicijnen niet op, volgen de voorschriften niet op en eten goedkoop.'*

Dat patiënten niet vanzelfsprekend hun medicijnen ophalen of naar de fysiotherapeut of naar de specialist gaan, werkt ook door in de duur van het klachtenpatroon. Het merendeel van de huisartsen denkt dat schulden de behandeling vaak vertragen en mensen daardoor langer doorlopen met behandelbare klachten dan nodig is.

*'Mensen met plasklachten kiezen er bijvoorbeeld voor om geen urinekweek te doen vanwege het eigen risico. Zonder die uitslag kan ik niet goed verder.'*

*'Er is een jongen die ik vorig jaar al heb gesproken over zijn financiën. Nu heeft hij gebeld voor maagklachten. Ik heb gevraagd of hij wil langskomen, hij heeft waarschijnlijk al maandenlang last van zijn maag.'*

*'Soms indiceer je fysiotherapie of een sportschool en dan geven patiënten aan dit niet te kunnen betalen. Of ze geven het niet aan en als je hen weer terugziet, hebben ze een smoesje waarom het niet meer nodig was. Vaak gaat het 'ineens veel beter'.'*

*'Als er geen geld is, dan verwijst ik ze maar naar YouTube voor fysiofilmpjes. Geen idee of ze ermee aan de slag gaan.'*

De huisartsen/POH'ers vertellen met enige moedeloosheid over de groep die onderzocht moet worden maar daar vanwege de kosten van afziet. De meesten vertellen dat ze deze groep met warmte hulp bieden maar dat ze geen echte oplossing kunnen bieden. Aandacht, pappen en nathouden, is de inzet terwijl de patiënten doorworstelen met hun geldzorgen.

#### **Doorwerking in frequentie van het huisartsbezoek**

Naast het niet opvolgen van adviezen om medicijnen te nemen of een specialist te gaan zien, constateren de huisartsen/POH'ers ook dat mensen met geldzorgen de neiging hebben om juist wel vaker naar de huisarts te gaan. Van de twintig geïnterviewde huisartsen zeggen er veertien dat (zij denken dat) mensen met schulden vaker op consult komen. Een derde is daarbij wat zoekend, terwijl eveneens ongeveer een derde er heel sterk van overtuigd is. Het ligt in de rede dat de verschillen zijn toe te schrijven aan een mix van natuurlijke aandacht voor schulden bij de individuele huisarts, de mate waarin de huisarts geneigd is om breder te kijken dan de medische vraag waar iemand mee komt en de wijk waar iemand werkt. Op de vraag hoeveel vaker ze mensen met schulden zien ten opzichte van andere groepen mensen, geven de artsen wisselend antwoord. Gemiddeld komen patiënten een à twee keer per jaar bij een huisarts. De artsen die zeggen dat (ze denken dat) mensen met schulden vaker op consult komen, schatten de hogere frequentie in op gemiddeld zeker het driedubbele (dus zeker zes keer per jaar). Met daarbij de aantekening dat er natuurlijk grote verschillen zijn onder patiënten. De meeste huisartsen denken dat er onder hun patiënten ook wel mensen zijn die ze zeker een keer per maand zien vanwege klachten die gerelateerd zijn aan de geldzorgen.

*'Ik zie deze patiënten minstens een keer per maand. Ik denk dat ik ze zelfs nog wel vaker zie.'*

Een hoge bezoekfrequentie is een belasting voor de praktijk. Tegelijkertijd verlaagt een hoge bezoekfrequentie voor veel huisartsen ook de drempel om op enig moment expliciet naar de financiële situatie te vragen. Een aantal artsen vertelt dat een deel van de patiënten met geldzorgen niet alleen komt voor hun klachten. Ze komen ook wel om hun verhaal ergens kwijt te kunnen.

*'Wij zijn laagdrempelig. Ze zijn ook wel onzeker en komen gewoon even hun ei kwijtraken over de schulden en de gevolgen daarvan.'*

#### **Doorwerking in de zelfregulatie**

Aanhoudende geldzorgen werken ook door in de mate waarin mensen hun gedrag kunnen reguleren. De huisartsen vertellen dat zij bij deze groep vaak mensen tegenkomen met een kort lontje, maar ook dat de draagkracht van mensen heel klein wordt.

*'Mensen komen voor de kleinste dingen, eigenlijk omdat alles ze te veel is.'*

### **Doorwerking in (uiterlijke) verzorging**

Een aantal huisartsen/POH'ers constateert dat mensen met financiële problemen relatief vaak ook een slechtere (uiterlijke) verzorging hebben. Ze eten lang niet altijd gezond en er is vaak geen geld om te gaan sporten of andere zaken te doen om de gezondheid te ondersteunen.

*'Patiënten met schulden zien er vaak onverzorgd uit: vettig haar, viezig, ruiken niet fris, hebben onverzorgde tanden.'*

De artsen/POH'ers geven aan dat de doorwerking van de schulden op de hierboven beschreven zaken in hoge mate samenhangt met twee zaken: de omvang van de financiële problematiek en de vraag of er een oplossing in zicht is. Bij hoge schulden of situaties waarin er nog geen oplossing is, werken de geldzorgen steviger door dan bij lage schulden of situaties waarin er bijvoorbeeld een schuldregeling is getroffen.

*'Is het nog niet geregeld, dan is de impact groter. Hebben ze het geregeld dan is het anders.'*

Naast een hele stevige herkenning dat geldzorgen negatief doorwerken op gezondheid, geven de huisartsen ook aan dat zij vermoeden dat klachten van mensen met schulden gemiddeld langer aanhouden.

*'Ja, Niet de genezing, maar de randvoorwaarden om zo optimaal aan je herstel te werken. In hun geval duurt het een aantal weken langer omdat ze op zichzelf aangewezen zijn.'*

*'Herstel duurt langer als je er niet consequent aan werkt. Als je niet frequent naar de fysiotherapeut gaat, dan houden de klachten ook langer aan.'*

Op de vraag bij welk deel van de patiënten er schulden spelen, geven huisartsen/POH'ers heel verschillende antwoorden. Dat is enerzijds logisch, omdat onderzoek ook laat zien dat er forse verschillen zitten per wijk en een huisarts altijd een afgebakend verzorgingsgebied heeft. Anderzijds viel in de interviews op dat huisartsen die werken in hetzelfde gezondheidscentrum toch ook heel verschillende antwoorden geven. Die verschillen duiden erop dat er niet vanzelfsprekend een gedeeld beeld is en zij ook niet allemaal gelijk kunnen hebben.

### **2.2.2 Geldzorgen komen op verschillende manieren ter sprake**

In de praktijk komen geldzorgen op verschillende manieren aan de orde. Soms heel expliciet en soms terloops of schoorvoetend. De zorgen komen zowel aan de balie als in de spreekkamer aan de orde. Zo vertelde de geïnterviewde assistente dat ze zeker twee keer per maand iemand aan de balie krijgt die vraagt om een gezondheidsverklaring van de huisarts om een afsluiting van energie of water te voorkomen<sup>2</sup>. Ook ziet ze met regelmaat patiënten die de prikpil niet periodiek halen, maar deze pas weer halen als er weer geld is, of patiënten die aan de balie komen vragen wat ze moeten doen omdat ze de voorgeschreven medicijnen niet kunnen betalen.

In de spreekkamer bij de huisarts/POH'er komen geldzorgen doorgaans op twee manieren aan de orde: via impliciete signalen van patiënten of via expliciete vragen van de huisarts/POH'er. Minder vaak komen geldzorgen in beeld via afwijkende patronen of via verwijzingen van ketenpartners.

#### **Impliciete signalen van patiënten**

Huisartsen/POH'ers komen financiële problemen vaak op het spoor doordat patiënten een hint geven. Het komt relatief niet vaak voor dat patiënten de schulden zelf agenderen.

*'Het is een zeldzaamheid dat mensen er specifiek voor komen en hun hulpvraag dus de schulden is.'*

<sup>2</sup> Als er een water- of energiebedrijf voornemens is om af te sluiten, dan kan de afsluiting voorkomen worden door een medische verklaring te overleggen. De huisarts moet dan verklaren dat de afsluiting onoverkomelijke gezondheidsrisico's met zich meebrengt.

Vaak komen geldzorgen in beeld door hints. Patiënten vragen bij een voorstel om medicijnen te slikken of een specialist te bezoeken bijvoorbeeld direct wat de kosten zijn. Wel geven een aantal huisartsen aan dat ze indirect schuldenproblematiek aan de orde stellen.

*‘Wat we standaard uitvragen is of patiënten stressklachten hebben en of patiënten zich ergens zorgen over maken. Patiënten antwoorden vaak ‘nee’, terwijl dan bijvoorbeeld later blijkt dat zij zich wel zorgen maken. Dus we vragen standaard naar een symptoom van schuldenproblematiek, maar we vragen niet rechtstreeks naar schulden.’*

Als een huisarts vooral aandacht besteed aan de doorwerking van geldzorgen via indirecte vragen of via hints, bestaat natuurlijk ook de kans dat geldzorgen niet in beeld komen.

*‘Het is geen vast gesprek in mijn consult. Ik denk dat ik een klein deel in beeld heb, maar dat het wel groter is.’*

*‘Ja, van de helft weet ik het niet, en kom ik het achteraf wel te weten door het wijkteam.’*

### **Expliciete vragen van de huisarts**

Geldzorgen komen ook in beeld doordat huisartsen/POH'ers ernaar vragen. Een deel van de huisartsen doet dit standaard en een deel alleen als ze het gevoel hebben dat er mogelijk meer speelt. De vraag volgt dan dus niet een hint van de patiënt, maar komt echt bij de huisarts/POH'er vandaan.

*‘Ik vraag er echt naar. Ik vraag eerst of er financiële problemen zijn. Het antwoord is dan vaak ‘ja’. Daarna vraag ik specifiek of er schulden zijn, dan antwoorden de patiënten meestal met een ‘ja’. Mensen vinden vaak dat ze geen financiële problemen hebben als er schulden zijn waarbij er een betalingsregeling loopt. Als er een betalingsregeling is, dan ziet men dat niet als schulden die een probleem geven. Ik vraag er vooral naar als er vage klachten zijn en er niets lichamelijks aan de hand lijkt te zijn of als patiënten zelf al duidelijk aangeven dat het betalen van zorg een probleem is. Als eenmaal bekend is dat er schulden spelen, dan zet dat heel veel in perspectief.’*

De interviews zijn uitgevoerd als onderdeel van een onderzoek hoe een interventiepakket voor huisartsen eruit zou kunnen zien. Het uitvoeren van het onderzoek heeft ook een zelfstandig effect bij sommige huisartsen. Zo vertelt een van de huisartsen het volgende:

*‘Ik ben wel echt door dit onderzoek ernaar gaan vragen. Vooral als ik zie dat de zorgvraag toeneemt bij vage klachten.’*

### **In beeld via afwijkende patronen**

Huisartsen/POH'ers vertellen dat zij bij een kleine groep patiënten de geldzorgen in beeld krijgen via afwijkende patronen. Een bloeddruk die opeens omhoogschiet bij twee opeenvolgende metingen. Op de vraag of de patiënt zelf een idee heeft hoe dit komt, worden geldzorgen ook wel genoemd.

### **Verwijzingen van ketenpartners**

Het komt af en toe voor dat ketenpartners de huisarts inseinen over financiële problemen. Als er een signaal komt, dan komt dat vaak via de wijkverpleging. Ook zijn er wel artsen/POH'ers die overleg hebben met wijkteams en van hen signalen krijgen dat er bij een bepaalde patiënt grote financiële problemen spelen. Dergelijke verwijzingen komen maar weinig voor.

## **2.2.3 Er zijn vijf belangrijke belemmeringen om in gesprek te gaan**

De huisartsen zijn bevroegd op de mate waarin ze het tot hun opdracht rekenen om aandacht te besteden aan schuldenproblematiek. De geïnterviewde huisartsen zijn eensgezind van mening dat zij een rol hebben bij het signaleren van geldzorgen (die doorwerken op de gezondheid). Ook zien zij een rol voor hun beroepsgroep weggelegd om te verwijzen.



*'Het is een taak van huisartsen om ernaar te vragen. Vervolgens moet het duidelijk zijn wat er mogelijk is. Een huisarts kan het probleem niet voor je oplossen. De huisarts kan wel doorverwijzen. Het zou zo mooi zijn als de zorg meer naar de welzijnskant toegaat en er in gezamenlijkheid patiënten juist worden doorverwezen. Huisartsen zouden moeten signaleren dat er geldproblemen zijn en dan doorverwijzen naar de juiste instantie.'*

Dat huisartsen financiële problemen niet structureel bespreken en patiënten verwijzen, schrijven de geïnterviewde huisartsen toe aan vijf belemmeringen: handelingsverlegenheid, gebrek aan tijd, de patiënt niet goed kennen, niet goed weten waarnaartoe te verwijzen en een focus van de patiënt op gezondheid.

#### **Handelingsverlegenheid door bewustzijn over schaamte**

Op het hebben van schulden rust nog altijd een taboe. Veel mensen schamen zich voor hun schulden en vinden het in dat licht moeilijk om erover te praten. Huisartsen, assistenten en POH'ers zijn zich bewust van het gegeven dat veel patiënten zich schamen. Dit stelt hen voor een dilemma. Enerzijds zien zij het belang van dat patiënten zich welkom voelen; praten over zaken waar schaamte speelt kan hier een wissel op trekken. Anderzijds zien zij ook het belang van het gesprek over geldzorgen. Het dubbele gevoel brengt bij een deel van de geïnterviewden een bepaalde handelingsverlegenheid. Ze gaan minder vaak in gesprek over de geldzorgen dan ze eigenlijk zouden willen.

*'Dit onderwerp zit toch heel erg in de taboesfeer en daar vraag je niet direct naar.'*

*'Zit niet altijd in mijn systeem om ernaar te vragen, maar ook uit het niet durven vragen of respect dat mensen daar zelf schaamte voor hebben.'*

#### **Gebrek aan tijd**

Een tweede belemmering wordt gevormd door de structuur van de huisartsenzorg. In de meeste consulten wordt gewerkt met consulten van tien minuten. Binnen dat tijdsbestek is het vaak al een hele opgave om een patiënt welkom te heten, te vragen wat er is, het antwoord te bespreken en weer afscheid te nemen. In deze context betekent het vragen naar geldzorgen, bijna per definitie dat het consult uitloopt. De meeste artsen geven tijdsdruk dan ook expliciet aan als belemmering om mogelijke geldzorgen in beeld te krijgen.

*'Komt iemand met rugklachten, dan kijk je als eerste naar de rug. Pas als de klachten niet door iets lichamelijks wordt veroorzaakt, ga je verder kijken. Mensen komen vaak terug, met veel verschillende klachten. Het valt en staat bij het zien van een patroon. Eigenlijk zou je dan moeten doorvragen, wat is hier aan de hand? Het systeem zou een signaal moeten geven dat mensen vaak komen. Zodra je ziet dat er patronen zijn, kan je hier ook het gesprek over voeren. Het nadeel is dat je met veel parttime werkende huisartsen je patiënten niet altijd zelf ziet. Dus in dat geval is een systeem dat patronen signaleert erg ondersteunend.'*

#### **De patiënt niet (goed) kennen**

De mate waarin patiënt en huisarts elkaar kennen, kan enorm verschillen. Soms kennen huisarts en patiënt elkaar al lang en hebben ze het nodige meegemaakt. In andere gevallen kennen ze elkaar niet of nauwelijks. Huisartsen geven aan dat, naast de zelf ervaren handelingsverlegenheid omdat veel patiënten zich schamen en de tijdsdruk van de korte consulten, het nauwelijks kennen van een patiënt ook een belemmering kan zijn.

*'Soms vraag je niet in het begin naar de schulden maar wacht je tot er een vertrouwensband is en kom je er in een later gesprek op terug.'*

#### **Geen verwijscontact**

Een vierde belemmering die de respondenten noemen is dat er niet altijd een verwijscontact is. Sommige praktijken hebben nauwe banden met bijvoorbeeld een wijkteam. Zij kunnen mensen warm doorverwijzen. Bij andere praktijken is niet bekend waarnaar mensen verwezen kunnen worden. In die context leeft vaak de vraag wat een verwijzing eigenlijk oplevert.

*‘Soms is het ook de overweging of je een behandelperspectief kan bieden. Voegt het bespreken van de schulden iets toe voor de patiënt? Kan je de patiënt dan ook echt daarmee helpen?’*

### **Focus van de patiënt op gezondheid**

Een vierde belemmering om in gesprek te gaan zit bij de patiënt zelf. Voor veel patiënten geldt om te beginnen dat zij geldzorgen vaak niet direct koppelen aan de ervaren klachten. Ze realiseren zich niet dat geldzorgen (doorgaans via de band van chronische stress) zo stevig kunnen doorwerken op gezondheid(sbeleving). Daarnaast lijken veel patiënten (ten onrechte) het idee te hebben dat de huisarts er is om te praten over klachten en niet over geldzorgen. Het gevolg van deze twee zaken is dat patiënten doorgaans niet zo snel uit zichzelf beginnen over geldzorgen. Voor hen is de huisarts niet een voor de hand liggende gesprekspartner. Ze geven daardoor lang niet altijd een hint, terwijl de huisarts dankzij een hint wel sneller op het spoor van de geldzorgen kan komen.

### **2.2.4 In een gesprek hebben huisartsen, assistenten en POH’ers wel veel te bieden**

Het gegeven dat een gesprek over geldzorgen in de huisartsenpraktijk niet zonder meer tot stand komt, betekent niet dat huisartsen, assistenten en POH’ers patiënten weinig kunnen bieden. Daar waar de gesprekken wel tot stand komen, leveren deze veel op. De drie belangrijkste opbrengsten die de geïnterviewde beschrijven, zijn: aandacht, verwijzen en meedenken over alternatieven.

### **Aandacht is belangrijk**

Geldzorgen kunnen mensen eenzaam maken. Zoals hierboven al genoemd rust er in Nederland nog altijd een behoorlijk taboe op het hebben van geldzorgen. Schaamte maakt dat er best veel patiënten zijn waarbij buiten de huisarts, assistent of POH’er er niemand anders is die weet dat ze worstelen met geldzorgen. Het gegeven dat er aandacht is voor de geldzorgen, dat mensen hun verhaal kwijt kunnen, lost noch de financiële problemen, noch de gezondheidsklachten op. Toch leeft het beeld bij de huisartsen, assistenten en POH’ers die in gesprek gaan over geldzorgen, dat de aandacht op zichzelf al een steun in de rug geeft aan de patiënt. Steun die er soms aan kan bijdragen dat ze op enig moment de stap naar (professionele) hulp bij hun geldzorgen (durven te) zetten.

### **Verwijzen**

Een tweede belangrijke concrete actie waar vanuit de huisartsenpraktijk in wordt voorzien is mensen verwijzen naar wijkteams, schuldhulpverlening en, als mensen erg veel spanning ervaren, naar een psycholoog.

*‘Ik zou wel warmer willen verwijzen en vooral ook een terugkoppeling krijgen. Van het wijkteam hoor je niets. Ze willen wel terug rapporteren als er een verwijzing is maar in de praktijk horen we niets.’*

Een verwijzing volgt in principe altijd op een gesprek met de patiënt. Enkele huisartsen/POH’ers vertellen dat zij, als zij zich echt zorgen maken over een patiënt, ook wel proactief het wijkteam opzoeken. Of ze stellen een patiënt voor om een gesprek te voeren waar iemand van het wijkteam bij is. Daarmee kan worden voorzien in een warme overdracht.

De huisartsen geven ook wel verwijzingen of verklaringen aan patiënten om bij andere partijen iets aan de schuldenproblematiek te doen. Zo geven zij incidenteel ook wel urgentieverklaringen of verwijzingen naar een psychiater, in de hoop dat er een PGB kan worden aangevraagd.

Voor mensen met lichte financiële problemen is er de afgelopen jaren steeds meer online ondersteuning gekomen. Denk bijvoorbeeld aan sites zoals [www.zelfjeschuldenregelen.nl](http://www.zelfjeschuldenregelen.nl), [www.fikks.nl](http://www.fikks.nl) of [www.geldfit.nl](http://www.geldfit.nl). Ook is er inmiddels een gratis telefoonnummer 0800 – 8115. Bij de huisartsen, assistent en POH’ers zijn dit soort laagdrempelige eerste ondersteuning bij geldzorgen nauwelijks bekend. Van de twintig geïnterviewde huisartsen, assistenten en POH’ers zijn er twee die hiermee bekend zijn.

De belangrijkste boodschap die de geïnterviewden geven ten aanzien van verwijzen is dat ze waar mogelijk en relevant verwijzen, maar dat er zeker geen standaard is. Bij een substantieel deel van de respondenten leeft er een behoefte aan meer informatie en materiaal. Welke behoeften er leven is uitgewerkt in hoofdstuk 3.

### **Meedenken over alternatieven**

Een derde belangrijke rol die de huisartsen, assistenten en POH'ers op zich nemen is meedenken over alternatieven. Ze verkennen bijvoorbeeld met patiënten welke goedkopere alternatieven er zijn voor medicijnen, een fysiotherapeut of een sportschool. Ook zoeken ze wel naar mogelijkheden om mensen op een andere manier te helpen. Bijvoorbeeld door medicijnen, vanwege het geldgebrek, aan te merken als medische noodzaak of mensen met een iets zwaarder verhaal te verwijzen.

*'Als mensen hun eigen risico al hebben gebruikt, verwijs ik ook wel eens naar een orthopeed. Dan moet ik het verhaal iets zwaarder maken.'*

Om de klachten mogelijk toch wat te verlichten, bieden de meeste huisartsen patiënten ook medische alternatieven en tips. Voorbeelden van alternatieven en tips die de geïnterviewde noemden zijn:

- Ga naar de drogist in plaats van de apotheek, want daar is de paracetamol goedkoper.
- Oefeningen op internet als alternatief voor een sportschool of een uitdraai van oefeningen van [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl).
- Ga veel wandelen, dat kost niets maar kan heel ondersteunend zijn.
- Voor een SOA-test kun je ook naar de GGD.

*'Een enkele keer geef ik ook wel wat verband of een paar pleisters mee.'* (Assistent)

Huisartsen proberen patiënten ook te interesseren in langetermijnoplossingen. Zo zijn er bijvoorbeeld patiënten die om pijnstillers vragen terwijl bijvoorbeeld een orthopeed eigenlijk met een ingreep een medisch probleem moet verhelpen. Te lang gebruik van pijnstillers brengt het risico met zich mee dat de patiënt een verslaving ontwikkelt. Huisartsen en POH'ers proberen dit risico wel ter sprake te brengen. Veel patiënten zijn door de stress zo in beslag genomen dat ze daar weinig oor voor hebben. Ze leven bij de dag en zijn niet bezig met de lange termijn.

*'We denken met ze mee over alternatieven maar eigenlijk hebben ze gewoon behoefte aan een zak met geld.'*

# *Het interventiepakket*

---

## 3 Het interventiepakket

Met het project *Financiën in de spreekkamer* zijn huisartsen (praktijken) voorzien van een interventiepakket. In dit hoofdstuk is beschreven welke wensen huisartsen en patiënten bij aanvang van het project hadden omtrent ondersteuning om de vroegsignalerende rol in te vullen (paragraaf 3.1). Lezers die vooral geïnteresseerd zijn in de samenstelling van het interventiepakket kunnen 3.1 overslaan. In paragraaf 3.2 is weergegeven hoe de wensen vertaald zijn in het interventiepakket. Hier wordt ook toegelicht uit welke producten het pakket bestaat. Om de bruikbaarheid van het interventiepakket te testen, heeft een pilot plaatsgevonden waaraan ruim veertig huisartsen en praktijkondersteuners hebben meegewerkt. De inzichten die met de pilot zijn opgedaan, worden in deze inleiding kort toegelicht, en zijn verder uitgewerkt in paragraaf 3.3. Daar is ook beschreven welke impact de coronacrisis heeft gehad op de pilotfase.

### *Inzicht 1: het consult ging niet vaak over geldzorgen, het project heeft huisartsen bewuster gemaakt*

In twee procent van het totaal aantal consulten tijdens de testperiode is met patiënten over geldzorgen gesproken. Deze patiënten kwamen vaak naar de huisarts: gemiddeld zeven keer in het afgelopen jaar. Het percentage is laag, gezien de kenmerken van de patiëntenpopulatie. De huisartsen overschatten hoe vaak zij financiële problemen aan de orde stellen. Zij zeggen dat veel van hun patiënten kampen met geldstress, en dat ze door het project daarvan nog bewuster zijn geworden.

### *Inzicht 2: het proactief vragen naar en bespreken van geldzorgen maakt geldzorgen zichtbaar*

Meestal namen de huisarts of POH'er het initiatief om naar geldzorgen te informeren. In een ruime meerderheid van die gesprekken bleek dat er ook sprake was van kleinere of grotere financiële problematiek. 20 van de 28 verwijzingen betrof consulten waarbij het gesprek over de geldzorgen tien minuten of langer duurde. Huisartsen en praktijkondersteuners lijken goed aan te voelen dat er iets speelt en hebben voorafgaand aan de verwijzing in veel gevallen de tijd genomen om de zorgen te bespreken. De huisartsen en POH'ers hebben niet altijd gebruik gemaakt van het mailadres dat speciaal voor de verwijzingen is aangemaakt. Zij hebben sommige patiënten direct naar andere partijen verwezen.

### *Inzicht 3: het interventiepakket biedt bruikbare handvatten*

Het interventiepakket vormde in weinig gevallen de aanleiding om het gesprek over geldzorgen te voeren. Het pakket is positief beoordeeld, met de kanttekening dat huisartsen en POH'ers in Almere hebben aangegeven de praatplaat en verwijskaart in hun geval niet per se nodig te hebben om financiële problematiek bespreekbaar te maken. De poster en animatie willen zij blijven gebruiken. De e-learning draagt bij aan het vergroten van kennis over de doorwerking van financiële problematiek op gezondheidsproblemen en de beleving ervan, alsook aan de vaardigheden hier actief aandacht aan te besteden in de spreekkamer en om mensen adequaat door te verwijzen.

### *Inzicht 4: huisartsen, professionals schuldhulpverlening en patiënten positief over samenwerking*

De laagdrempelige verwijzing is alle betrokkenen goed bevallen. Het kostte huisartsen weinig tijd. Patiënten vinden het fijn om hun geldzorgen met de huisarts te bespreken en lijken het vanzelfsprekend te vinden om dat te kunnen doen. Volgens de aanbieders van schuldhulpverlening lijken patiënten de directe verwijzing vanzelfsprekend te vinden. De patiënten voelen zich hierdoor serieus genomen in hun problemen. De aanbieders van schuldhulpverlening zien de voordelen van deze manier van verwijzen en terugkoppelen.

### *Inzicht 5: er is meer nodig om de werkwijze te borgen*

Een pilot is nog niet voldoende om het handelen blijvend te veranderen. Huisartsen die zich hebben ingespannen om patiënten met schulden te herkennen, zeggen dat zij er telkens aan moeten worden herinnerd. Het is nodig de boodschap regelmatig te herhalen.

### 3.1 De wensen van huisartsen en patiënten

Ten behoeve van het project is aan twintig patiënten en aan 39 medewerkers van huisartsenpraktijken (huisartsen, POH'ers en een assistent) gevraagd welke wensen zij hebben ten aanzien van een

interventiepakket. De resultaten van de interviews zijn uitgewerkt in deze paragraaf. Samengevat is er behoefte aan materiaal dat ondersteuning biedt bij het vroegtijdig signaleren van schulden en vervolgens bij snel en adequaat verwijzen. Huisartsen herkennen dat schulden negatief doorwerken op gezondheid(sbeleving), maar hebben ook een aantal belemmeringen die maken dat bespreken en verwijzen niet te veel tijd mogen kosten. Een interventiepakket moet rekening houden met deze twee inzichten.

Hieronder is nog wat uitgebreider uitgewerkt welke wensen de geïnterviewde patiënten, huisartsen, assistenten en POH'ers formuleerden. Het verrast wellicht niet dat de medewerkers uit de huisartsenpraktijken explicieter waren in hun wensen dan de patiënten.

### 3.1.1 De wensen van patiënten

Een eerste belangrijke constatering op basis van de interviews is dat het overgrote deel van de patiënten graag wil dat de huisarts in gesprek gaat over de financiële problemen en de doorwerking op gezondheid. Tegelijkertijd zijn er ook patiënten (twee van de twintig geïnterviewden) die hun geldproblemen absoluut niet met de huisarts willen bespreken. Voor de ontwikkeling van een interventiepakket betekent dit dat het enerzijds uitnodigend moet zijn, maar tegelijkertijd zeker niet dwingend.

Samengevat formuleren de patiënten de volgende wensen voor een interventiepakket:

- Een warme uitnodiging om schulden bespreekbaar te maken met de huisarts (omdat er veel patiënten zijn die bij hun klachten niet aan de schulden denken als veroorzaker en de huisarts niet beschouwen als een logische eerste persoon om over de schulden te beginnen).
- Toelichting van de huisarts hoe schulden kunnen doorwerken op gezondheid(sbeleving). Dit omdat veel patiënten helemaal niet weten dat ze klachten kunnen krijgen door de (stress van de) schulden.
- Huisartsen voorzien in een warme verwijzing naar een plek waar ze concrete hulp bij hun schulden kunnen krijgen.

### 3.1.2 De wensen van huisartsen, assistenten en POH'ers

De geïnterviewde huisartsen, assistenten en POH'ers geven een redelijk uniform beeld van waaraan zij behoefte hebben. Ze vragen vooral om kennis en materiaal om snel en adequaat te verwijzen. Daarbij geven zij aan dat er niet alleen behoefte is aan afspraken met bijvoorbeeld de schuldhulpverlening om warm te verwijzen maar ook behoefte aan ondersteuning om mensen goed voor zichzelf te kunnen laten zorgen. Anders verwoord is het op de langere termijn volgens de geïnterviewden van belang dat de (problematische) schulden worden aangepakt. Op de korte(re) termijn is het vooral van belang dat mensen toegang hebben tot gezond voedsel, mogelijkheden om te bewegen, noodzakelijke medicijnen en bijvoorbeeld vitaminen.

*'Het is erg belangrijk dat je behandelperspectief kan bieden als je het gesprek over schulden aangaat. Alleen het gesprek aangaan zonder dat het mogelijk is om het probleem op te lossen, heeft geen zin.'*

Bij behandelperspectief zien de huisartsen voor de korte termijn zelf wel mogelijkheden. Zij geven mensen bijvoorbeeld adressen op YouTube met fysiofilmpjes of merken vitaminen aan als noodzakelijke medicijnen. Deze korte termijn en ad hoc-oplossingen moeten alleen wel opvolging krijgen. Bij die opvolging is de schuldhulpverlening aan zet en daarom is een warme samenwerking met heldere verwijsafspraken zo belangrijk. Een kanttekening die de geïnterviewden hierbij plaatsen is dat een verwijzing naar bijvoorbeeld de schuldhulpverlening ook wel echt perspectief moet bieden. Ze begrijpen wel dat schuldhulpverlening niet altijd (op korte termijn) een oplossing voor de schulden kan opleveren. Om te verwijzen is het noodzakelijk dat ze erop mogen rekenen dat de schuldhulpverlening wel verlichting biedt. Een verwijzing die tot niets leidt, draagt immers ook een risico in zich, te weten het risico dat patiënten andere verwijzingen niet meer gaan opvolgen of dat huisartsen een volgende keer niet meer verwijzen.

*'Ik had eerder een ervaring waarbij ik mensen die nog geen problematische schulden hadden, maar wel geldzorgen, had verwezen naar het wijkteam en zij terugkwamen met de boodschap dat ze niet geholpen waren en een zeer onprettige ervaring hadden. Dat is dan zo jammer! Een goed*

*samenwerkingsverband met een financiële hulpverlening valt en staat met goede terugkoppeling. Men moet laten weten hoe het is afgelopen.'*

*'Het wijkteam loopt niet goed. Je wilt gewoon namen en nummers. Er is een groot verloop. Ik heb geen idee meer wie goed is. Vroeger was dat beter.'*

Wat concreter verwoord geven de geïnterviewden aan dat zij behoefte hebben aan vijf zaken:

1. Kennis over signalen om over in gesprek te gaan.
2. Kennis waar ze mensen naartoe kunnen verwijzen.
3. Materiaal voor patiënten, zoals een filmpje of materiaal voor in de spreekkamer.
4. Gesprekstips: hoe vergroot je de kans dat patiënten snel eerlijk antwoord geven? Hoe bevrage je oordeelsvrij? Hoe voorkom je dat patiënten een lang verhaal beginnen?
5. Een systeem van verwijzen, terugkoppelen en vergoeden.

Ten aanzien van de vorm uiten de huisartsen de volgende wensen:

#### *Kennis over signalen en verwijzen*

- Standaard gastcolleges organiseren in de huisartsenopleiding
- Aandacht besteden in farmacotherapeutisch overleg
- Overzicht van typische signalen

#### *Materiaal voor patiënten*

- Een A4'tje met mogelijkheden om te verwijzen
- Website specifiek gericht op mensen met schulden en gezondheidsklachten
- Filmpjes
- Materiaal voor in de wachtkamer (poster, flyer, info op beeldscherm). Onderwerp: hoe schulden doorwerken op gezondheid(sbeleving) en welke hulp er voorhanden is
- Informatie in [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) of [www.inforium.nl](http://www.inforium.nl)

#### *Gesprekstips*

- Voorbeeldvragen om te achterhalen of er financiële problemen spelen
- Voorbeeldvragen om in te zetten als mensen antwoorden dat er geen financiële problemen spelen terwijl het vermoeden dat die er wel zijn heel stevig is

#### *Een systeem van verwijzen, terugkoppelen en vergoeden*

De huisartsen zouden naast meer kennis en vaardigheden ook graag met partijen die ondersteuning bieden bij de aanpak van financiële problemen een systeem hebben van verwijzen en terugkoppelen. Er zijn wel allerlei contacten, maar die zijn doorgaans niet structureel geregeld. De meeste huisartsen vertellen dat ze zoekend zijn in het verloop van professionals en organisatorische wijzigingen zoals het opgaan van het maatschappelijk werk in de wijkteams. Tegelijkertijd zijn er binnen die zoektocht al wel allerlei samenwerkingen. Zo zijn er huisartsen die bijvoorbeeld een keer per maand overleg hebben met het wijkteam over kwetsbare mensen in de wijk. Een aantal huisartsen merkt daarbij op dat het enorm zou helpen als er ook een financiële impuls komt op het signaleren en verwijzen. Het signaleren en verwijzen bij financiële problematiek vraagt extra tijd. Die wordt in de huidige uitvoeringspraktijk niet gegeven. Als die er wel komt, dan gaat dat bijdragen aan meer aandacht en snellere verwijzingen, zo denken zij.

*'Ik zou graag zien dat het onderwerp op de kaart wordt gezet. Dit is niet een onderwerp waar iedereen even actief mee bezig is. Soms is er lef nodig om naar schulden te vragen. De routing is niet zo ingewikkeld, je kan de meeste patiënten gewoon naar het wijkteam verwijzen. Je moet erop alert blijven dat mensen zelf dingen blijven doen, ook al zijn de stress en paniek groot. Schulden zijn een belangrijke factor in de problematiek. Je laat echt iets groots liggen als je het gesprek er niet over aangaat. Schulden blijven een taboeonderwerp. Het hoort bij het vak om dit te doorbreken.'*

## 3.2 Beschrijving interventiepakket

In deze paragraaf beschrijven we de doelen van het interventiepakket, de aanvullende voorwaarden die zijn gesteld, en de inhoud van het pakket. Het pakket en de wijze waarop het voldoet aan de wensen van patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners is hier in de inleiding kort samengevat:

- Een beknopte **leidraad** en een verdiepende **e-learning** met informatie voor huisartsen en praktijkondersteuners. Deze bieden basiskennis over signaleren en verwijzen bij schulden en concrete gesprekstips.
- Een **poster** en **animatie** voor in de wachtkamer, en een **praatplaat** en **verwijskaart** voor in de spreekkamer. Deze voorzien huisartsenpraktijken in materiaal voor patiënten. De producten nodigen de patiënt uit met de huisarts over hun financiële problemen te praten en geven uitleg over de doorwerking van schulden op de gezondheid(sbeleving).
- Een **factsheet** en **app** voor digitale contacten en een **filmpje met een ervaringsdeskundige** voor op de website. Deze producten zijn opgeleverd om te voorzien in de behoeften die ontstonden tijdens de coronacrisis, toen het bezoeken van de praktijk niet meer mogelijk was.
- Tijdens de pilot was er een **laagdrempelig systeem voor verwijzen en terugkoppelen**. Daarmee is voorzien in een snelle en adequate manier van verwijzen door huisartsen en praktijkondersteuners van Zorggroep Almere.
- Een **handreiking over samenwerken met het sociaal domein** voorziet huisartsen en praktijkondersteuners in inspirerende voorbeelden van en aandachtspunten bij verwijzen naar schuldhulpverlening. Hierin zijn bijvoorbeeld tips opgenomen over het onder de aandacht brengen van schuldenproblematiek in reguliere overlegvormen in en rond de praktijk.
- Een **toelichting** voor andere zorgverleners over hoe zij het interventiepakket kunnen inzetten.

### 3.2.1 Doelen interventiepakket

Het interventiepakket heeft drie doelen:

1. Het moet in de eerste plaats goed inpasbaar zijn in de huisartsenzorg. Daarmee wordt bedoeld dat het gebruik ervan een niet te groot beslag legt op de tijd en ruimte van huisartsen. Zij krijgen handvatten om snel en adequaat te kunnen signaleren, bespreekbaar maken en verwijzen bij schuldenproblematiek.
2. In de tweede plaats dient het patiënten te bieden wat zij nodig hebben om schaamte en andere belemmeringen te doorbreken. De patiënt wordt bewust gemaakt van de verbinding tussen geldzorgen en gezondheid en gestimuleerd om financiële problemen te melden bij de huisarts.
3. In de derde plaats beoogt het informatie en concrete tips te geven over hoe huisartsen omtrent schuldenproblematiek een samenwerking kunnen organiseren met het sociaal domein. In die samenwerking is van belang dat er aandacht is voor zowel de manier van werken in dat sociaal domein als voor de verwijzstructuur die gebruikelijk is in de huisartsenzorg.

### 3.2.2 Aanvullende voorwaarden bij de ontwikkeling van de interventie

Bij de ontwikkeling van het interventiepakket is, naast de wensen en behoeften van de betrokkenen, ook rekening gehouden met vijf andere aspecten die van belang zijn bij een goed bruikbare methodiek. Deze aspecten vormen aanvullende voorwaarden.

1. De **begrijpelijkheid** van de (boodschap op de) producten voor laaggeletterden. Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, heeft advies gegeven over de vormgeving en de teksten tijdens de ontwikkelingsfase. Ook zijn de producten voor advies voorgelegd aan twee taalambassadeurs. Hun feedback is zoveel mogelijk meegenomen.
2. De **werking van de producten** bij mensen die door de aanhoudende impact van stress vaak minder gemotiveerd zijn om hun geldzorgen kenbaar te maken. Principes uit de gedragsleer zijn ingezet bij de layout van en de boodschap op de producten. Een expert in gedragsbeïnvloeding heeft bijgedragen aan de vormgeving en communicatie die mensen aanzet tot actie.



3. De **betrokkenheid van ervaringsdeskundigen**. Het verhaal van ervaringsdeskundigen kan heel duidelijk maken waar de knelpunten zitten en wat er in hun ogen beter kan. In de e-learning hebben twee mensen die hun schulden hebben opgelost in video's uitleg gegeven over hun ervaringen. Ook heeft een van hen een video-oproep gedaan die patiënten met geldzorgen motiveert om ook hun huisarts daarover te vertellen.
4. De **toepasbaarheid van het pakket tijdens de coronacrisis**. Er is een extra instructie gekomen, alsook materiaal dat digitaal aan patiënten kan worden verstrekt. Ook is er informatie op de website gezet.
5. De **expertise van vertegenwoordigers van huisartsen**. In de ontwikkelfase hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap de gelegenheid gehad om feedback te geven op de concept producten. De adviezen zijn zo veel mogelijk meegenomen.

Met het interventiepakket is in ruime mate voldaan aan de wensen en behoeften van zowel huisartsen en praktijkondersteuners als patiënten. Buiten de scope van het project viel in de eerste plaats de ondersteuning bij zelfzorg om de mentale en fysieke klachten van patiënten te verlichten. Het project was gericht op het slaan van een brug tussen het medische en het sociale domein, niet op enkel het medische domein. Ten tweede viel het aanbieden van gastcolleges in de huisartsenopleiding buiten de scope van het project. De e-learning biedt aanvullende achtergrondinformatie en de mogelijkheid de kennis rondom het thema schulden en gezondheid te verdiepen. Ten slotte is tijdens de pilot geen aanvullende of alternatieve mogelijkheid gecreëerd voor het verlengen van de consulttijd. In de handreiking *Samenwerken bij schulden* zijn enkele financieringsmogelijkheden op een rij gezet.

### 3.2.3 Inhoud interventiepakket

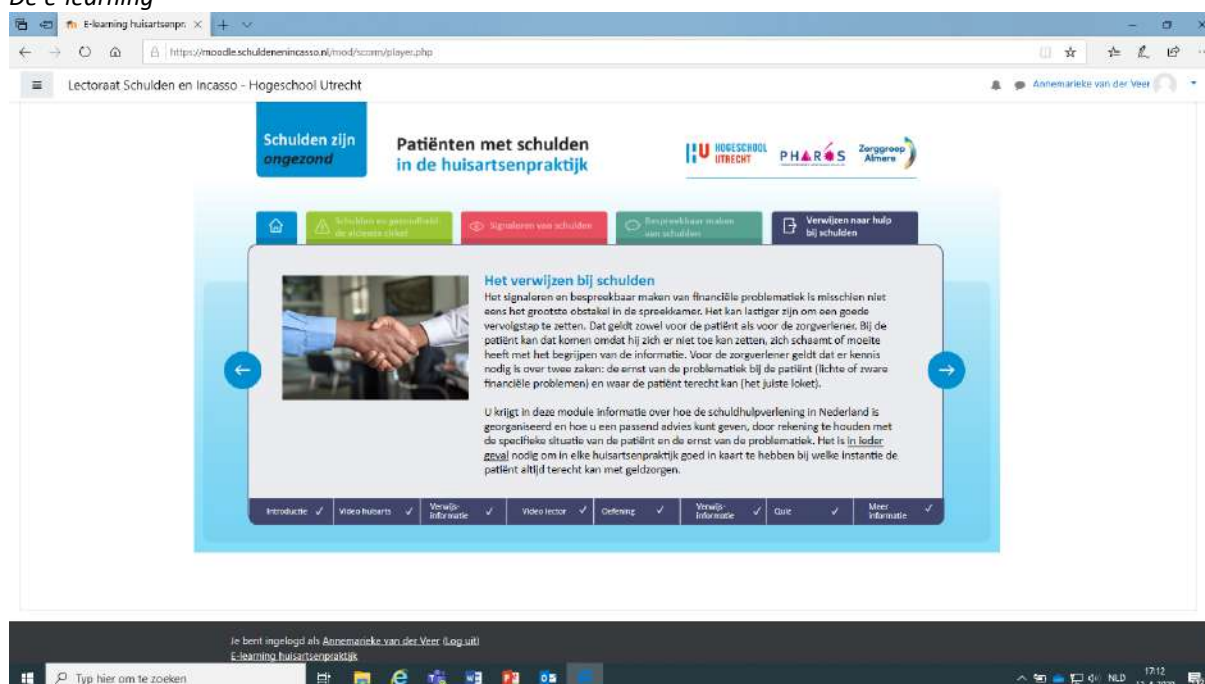
Het pakket is opgebouwd uit meerdere onderdelen die naast elkaar naar behoeven kunnen worden ingezet. De basis wordt gelegd door de leidraad en de e-learning die informatie en concrete tips geven. De fysieke producten zijn bedoeld voor gebruik in de praktijk: in de wachtkamer en de spreekkamer. Daarnaast zijn er producten voor digitale of telefonische contacten ontwikkeld. De laagdrempelige verwijzing was onderdeel van de interventie zoals deze in Almere is getest. Ten slotte biedt de handreiking over samenwerken bij schulden andere huisartsenpraktijken in Nederland tips en inspiratie. Er is een toelichting voor het gebruik van het pakket voor andere zorgverleners.

#### **Toegankelijke basiskennis voor huisartsen en praktijkondersteuners**

De **leidraad** bevat beknopte achtergrondinformatie over hoe huisartsen en praktijkondersteuners patiënten met schulden kunnen helpen. Hierin staan enkele screenende vragen en concrete gesprekstips om eventuele financiële problemen bespreekbaar te maken, een korte toelichting op schuldhelpverlening en tips over hoe in het eigen werkgebied kan worden uitgezocht waar de patiënt terecht kan. Uitgebreide informatie is opgenomen in de e-learning.

In de **e-learning** geven deskundigen uit schuldhelpverlening, een ervaren huisarts en ervaringsdeskundigen advies. In de e-learning leren huisartsen en praktijkondersteuners meer over het verband tussen schulden en gezondheid, het signaleren van schulden, het bespreken van schulden met de patiënt en doorverwijzen naar hulp bij schulden. Aan de hand van video's, oefeningen, theorie en factsheets kunnen medewerkers van de huisartsenpraktijk op een interactieve manier hun kennis over schulden en gezondheid vergroten en toetsen. De e-learning duurt tussen de 45 en 60 minuten en kan in delen worden doorlopen.

## De e-learning



### Het pakket voor in de huisartsenpraktijk

Patiënten worden voorgelicht over de wisselwerking tussen financiële problemen en gezondheidsklachten door een **poster** en een **animatie** in de wachtkamer. Ze leren dat klachten zoals vermoeidheid, hoofdpijn en rugpijn ook kunnen worden veroorzaakt door aanhoudende geldzorgen. Hierdoor worden patiënten bewuster van de mogelijke samenhang. De poster en de animatie vestigen de aandacht op de verbinding tussen geldzorgen en gezondheid en nodigen patiënten uit om er zelf over te beginnen tegen de huisarts of praktijkondersteuner.

Een expliciete uitnodiging in de praktijkruimte om geldzorgen te noemen, kan helpen om te praten over een ongemakkelijk onderwerp zoals geldzorgen. De poster en de animatie helpen schulden uit de taboesfeer te halen door rekening te houden met de weerstand die patiënten kunnen voelen bij het idee om geldzorgen te bespreken in de huisartsenpraktijk. Het erkennen van weerstand is een goede manier om deze weg te nemen. Hierdoor wordt het makkelijker voor mensen om in beweging te komen en nieuw gedrag uit te proberen. De animatie laat de patiënt weten dat het normaal is om niet te willen praten over geldzorgen en dat meer mensen dit zo ervaren. Hiermee wordt eventuele weerstand van de patiënt benoemd en erkend.

Ter ondersteuning tijdens het consult is een **praatplaat** en **verwijskaart** beschikbaar die de route naar schuldhulp inzichtelijk maakt. Met de praatplaat kan de huisarts of praktijkondersteuner de patiënt uitleg geven over de vicieuze cirkel van geldzorgen en gezondheidsklachten. Dit helpt de patiënt te motiveren om hulp te vragen bij financiële problemen. Op de achterkant van de praatplaat is ruimte om samen met de patiënt afspraken en doorverwijzingen te noteren. Hierbij wordt het advies gegeven dat het voor een warme overdracht wenselijk is om al ter plekke een afspraak te maken en de naam van de hulpverlener te geven.



## De praatplaat en verwijskaart



## Het pakket voor telefonische en digitale contacten met de patiënt

Door de coronacrisis zien veel huisartsen hun patiënten niet meer in de spreekkamer. Zij hebben telefonisch of digitaal contact. Bij deze consulten kan de [factsheet](#) worden verstuurd. Voor Zorggroep Almere is de factsheet ondergebracht in de lokale ruimte van het systeem van Inforium.<sup>3</sup> Andere praktijken kunnen de factsheet na een consult rechtstreeks naar de patiënt mailen. Het biedt de patiënt informatie over waar hij of zij terecht kan. De [afbeelding](#) is speciaal gemaakt voor WhatsApp-berichten. De app is bedoeld om patiënten te vertellen dat ze bij hun huisarts terecht kunnen en dat de huisarts kan helpen bij het vinden van hulp bij geldzorgen. Het bericht kan helpen de drempel te verlagen om hulp te vragen. De app kan bijvoorbeeld worden verstuurd wanneer de patiënt bij een digitaal consult heeft verteld dat er geldzorgen zijn of dat er financieel iets speelt. Om patiënten bij het bezoeken van de website van het gezondheidscentrum te attenderen op de mogelijkheid geldzorgen in relatie tot hun gezondheidsklachten te bespreken, is een [filmpje](#) met een ervaringsdeskundige beschikbaar gesteld.

### Hoe ondersteunt de interventie patiënten en professionals?

- Patiënten krijgen voorlichting over het effect van geldzorgen op hun gezondheid door middel van een *poster* en een *animatie*.
- Patiënten worden in de poster en de animatie uitgenodigd hun geldzorgen te delen met professionals. Hierbij wordt gebruik gemaakt van inzichten uit de gedragspsychologie.
- Professionals worden ondersteund met de *e-learning* en de *leidraad* waarin de stappen van signaleren, bespreekbaar maken van schuldenproblematiek en verwijzen precies zijn omschreven.
- Professionals worden extra ondersteund bij het bespreekbaar maken van geldproblemen door middel van de *verwijskaart*, waardoor zij houvast hebben in het gesprek, de patiënt kunnen laten zien wat het effect is van schulden op hun gezondheid en verwijsinformatie kunnen meegeven.

## Een laagdrempelig systeem van verwijzen en terugkoppelen

Via een beveiligd e-mailadres konden huisartsen en praktijkondersteuners patiënten aanmelden bij De Schoor, de maatschappelijke organisatie in Almere die ondersteuning biedt bij schulden. Dat kon door een mailtje te sturen met de naam, het telefoonnummer en de wijk van de patiënt. Vanuit de maatschappelijke organisatie werd er vervolgens binnen hooguit drie dagen contact opgenomen met de patiënt en werd er een kennismakingsgesprek ingepland. Zodra het contact was gelegd, volgde een reply op de aanmeldingsmail aan de verwijzer met een terugkoppeling dat de patiënt in beeld was. Het gemak van deze vorm van verwijzen maakte dat huisartsen en praktijkondersteuners efficiënt konden verwijzen en inzicht hadden in de status.

<sup>3</sup> Veel artsen en andere zorgverleners gebruiken dit systeem om patiënten via e-mail te voorzien van betrouwbare informatie. Inforium bevat een grote set aan informatie over allerlei aandoeningen.

## De handreiking met inspirerende voorbeelden van samenwerking in Nederland

De brug tussen huisartsenpraktijken en het sociaal domein wordt steeds vaker gelegd. Soms nemen gemeenten het initiatief, soms benaderen gezondheidscentra of schuldhulpverlenende organisaties elkaar direct. Ter inspiratie voor huisartsenpraktijken zijn gesprekken met enkele bruggenbouwers gevoerd en beschrijvingen van veelbelovende initiatieven in een handreiking opgenomen. De volgende zes voorbeelden hebben de afgelopen jaren de samenwerking gezocht en de hulp aan patiënten met geldzorgen verbeterd:

1. In de gemeente **Lossler** zijn in alle huisartsenpraktijken consulenten Jeugd en Wmo aanwezig om patiënten met niet-medische problemen te ondersteunen. Omdat ze nauw samenwerken met de inkomensconsulenten bij de gemeente, kunnen ze snel bepalen welke ondersteuning voorrang heeft: bijvoorbeeld niet de gedragsproblematiek van het puberende kind, maar budgetcoaching voor de ouders.
2. Bij **Krachtige basiszorg** hebben de huisartsen korte lijnen met het sociale domein. Vanuit hun praktijk in Utrecht zetten de huisartsen in op maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld door samen te werken met het buurtteam. Door patiënten te bevragen op het lichamelijke, maatschappelijke, geestelijke en sociale domein, komen ook financiële problemen als oorzaak voor (niet-medische) klachten vaak ter sprake.
3. De huisarts is in de pilot **Blauwe Zorg in de wijk in Maastricht** een nadrukkelijke vindplaats voor financiële problematiek, ongeacht of die nu de oorzaak of het gevolg is van de gezondheidsklachten waarvoor de patiënt met de huisarts wil praten. Huisartsen verwijzen naar één vaste contactpersoon bij het wijkteam.
4. De huisartsen van Lijn 2, een gezondheidscentrum in Rotterdam, verwijzen bij een vermoeden van financiële problematiek direct naar de **praktijkondersteuner financiën**, die ook in het gezondheidscentrum kantoor houdt. Wat volgt is een vrijblijvend gesprek in het gezondheidscentrum of bij de mensen thuis.
5. De huisartsenpraktijken die meedoen aan de **Proeftuin Ruwaard in Oss** helpen hun patiënten met financiële problematiek door de patiënt de mogelijkheid te bieden te praten met een sociaal werker van het sociaal team. In dat geval schuift de sociaal werker aan tijdens het spreekuur en zitten ze dus samen met de huisarts en de patiënt in de spreekkamer. Of ze helpen door direct contact met het sociaal wijkteam.
6. De huisartsen in de Rubenshoek in Den Haag praten met hun patiënten over de klachten én de onderliggende problemen. Als er sprake is van geldproblemen, wordt het **zorgpad financiële problemen** gestart. Dat betekent dat patiënten via een 'warme overdracht' in contact worden gebracht met het maatschappelijk werk, dat acht uur per week beschikbaar is in het gezondheidscentrum om patiënten te helpen hun persoonlijke situatie goed in kaart te brengen.



Uit deze beschrijvingen zijn aandachtspunten gedestilleerd die behulpzaam kunnen zijn in de voorbereiding van nauwere samenwerking en bij het overleg met derden, en die van nut kunnen zijn als er eenmaal samenwerkingsafspraken zijn. Ze vormen geen checklist voor het aangaan van een samenwerking, maar geven richting om zo snel mogelijk tot een warme en constructieve samenwerking te komen. Samengevat gaan de aandachtspunten in de eerste plaats om het verkennen van de eigen behoeften en mogelijkheden. Hoe zien de huisartsen en praktijkondersteuners hun eigen rol en welke kennis van de sociale kaart willen zij in huis hebben? Daarna wijzen de aandachtspunten op het leren kennen van de aanbieder van schuldhulpverlening, hun aanbod en de ruimte voor (extra) aanloop, en de wijze waarop patiënten kunnen worden doorverwezen en een terugkoppeling tot stand kan komen. Tot slot is van belang hoe huisartsenpraktijken en schuldhulpverlening tot een duurzame samenwerking komen. Daarbij spelen aandachtspunten als het organiseren van casuïstiekbesprekingen, structurele overlegvormen op managementniveau en financiering.

## Een toelichting voor andere zorgverleners

Voor andere zorgverleners is er een beknopte oplegger met een toelichting voor hoe zij het interventiepakket ook in de eigen dienstverlening kunnen inzetten. Het interventiepakket wordt primair ontwikkeld voor de huisartsenzorg. Kennis over de doorwerking van geldzorgen op gezondheid(sbeleving) en mogelijkheden om te verwijzen zijn echter ook relevant voor andere zorgverleners zoals specialisten, fysiotherapeuten, apothekers en de thuiszorg. Zeker als zij ook werken met het informatiesysteem Inforum.

### 3.3 Inzichten uit de pilot

42 huisartsen en praktijkondersteuners, werkzaam in vijf gezondheidscentra in Almere en Utrecht, hebben gedurende drie maanden in 2020 het interventiepakket getest en hebben op dagbasis geregistreerd<sup>4</sup> met hoeveel patiënten over geldzorgen is gesproken. Na afloop van de testfase is in evaluatiegesprekken en met enquêtes geïnventariseerd hoe zij de pilot hebben ervaren. Het doel hiervan was om antwoord te krijgen in de vraag of bewustwording over de wisselwerking tussen schulden en gezondheid hun werk zou veranderen, hoe het interventiepakket daarbij zou helpen en welke verbeterpunten dit zou opleveren. Daarnaast is met de maatschappelijk werkers van De Schoor en met enkele patiënten geëvalueerd hoe de verwijzingen zijn verlopen en wat dit heeft gebracht. De input uit de evaluatie is in de eindfase van het project verwerkt in de e-learning en het interventiepakket, en zal worden benut bij de landelijke implementatie ervan, via een campagne en een leernetwerk. Een uitgebreide verantwoording over de pilotfase en de evaluatie staat in hoofdstuk 5.

#### 3.3.1 Het consult ging niet vaak over geldzorgen

De huisartsen en praktijkondersteuners hebben samen 5.595 patiënten gezien in de testperiode, gemiddeld 15 per dag.<sup>5</sup> Met 138 patiënten hebben zij over geldzaken gesproken, twee procent van het totaal aantal consulten. Dat aandeel is laag, gezien het aantal deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners (ruim veertig). Dat betekent gemiddeld drie patiënten per professional in een periode van drie maanden (en vier patiënten per professional die heeft aangegeven met mensen over geldzorgen te hebben gesproken in die periode). Gezien de patiëntenpopulatie van deze gezondheidscentra, die voor een aanzienlijk deel uit mensen bestaat met sociaal-maatschappelijke problematiek en schulden, waren er meer gesprekken verwacht.

#### Huisartsen overschatten hoe vaak zij financiële problemen aan de orde stellen

Door de dagelijkse registratie viel het sommige huisartsen op hoe weinig ze het onderwerp aansneden, gezien het grote aantal mensen met dit soort problemen die in hun werkgebied wonen. Ze hadden de verwachting dat ze het vaker aan de orde stelden. In het eindgesprek zijn daarvoor vier verklaringen gegeven:

1. De financiële problematiek is al bekend, of er is al bekend dat een patiënt hulp heeft op het gebied van financiën (bijvoorbeeld bewindvoering). In deze gevallen wordt financiële problematiek meestal niet opnieuw door de huisartsen besproken, en als de financiën wel gespreksonderwerp zijn tijdens het consult, dan leidt dat in de situaties waarin de patiënt al hulp heeft minder vaak tot een verwijzing.
2. De beschikbare tijd is een drempel om het onderwerp aan te snijden, vooral als een patiënt met een duidelijke fysieke klacht komt waarop eerst ingegaan moet worden.
3. De verwachting dat er bij veel problemen toch niets aan te doen is. Dit motiveert de huisartsen niet om het ter sprake te brengen.
4. De ervaringen dat er na verwijzing van een patiënt uiteindelijk weinig kan worden gedaan om de situatie te verbeteren.

De weinige keren dat over geldzorgen is gesproken, zijn daarnaast te verklaren door de actualiteit. COVID-19 heeft roet in het eten gegooid, volgens de huisartsen. Dat was op drie vlakken te merken. Ten eerste waren er tijdens de coronacrisis weinig patiënten die naar de praktijk toekwamen. Heel veel patiëntencontacten waren telefonisch en niet

<sup>4</sup> De registraties zijn gedaan in een online webformulier dat ten behoeve van het project is opgesteld. Het betreft geen registraties van ICPC-codes.

<sup>5</sup> Er zijn 382 registraties.

live, waardoor juist een onderwerp als schulden lastig wordt ingebracht, in ieder geval vanuit de zorgverlener. Ten tweede waren de huisartsen extra belast. Er was door de hoge werkdruk weinig tijd om dit onderwerp te bespreken; de aandacht lag op andere zaken. Ten derde heeft de pilot een pauze gehad van drie maanden. Hierdoor is de focus op het project wat weggezakt. In de eindevaluatie geven huisartsen aan dit jammer te vinden.

### Met welke patiënten werd het gesprek over geld gevoerd

119 keer is bijgehouden hoe het gesprek over geldzorgen is verlopen.<sup>6</sup> Uit de verstrekte informatie door de huisartsen en praktijkondersteuners kan het volgende beeld van de patiënten worden opgemaakt: 43 procent is man, 57 procent is vrouw. De gemiddelde leeftijd van de patiënt met (veronderstelde) geldzorgen is 49 jaar, de jongste was 17 en de oudste 81. Deze groep patiënten komt relatief heel vaak voor een consult bij de huisarts of praktijkondersteuner. Gemiddeld was de frequentie van het bezoek in het afgelopen jaar 7 keer. Het hoogste aantal consulten was 25. Bij 29 patiënten was dit 10 keer of vaker.

### 3.3.2 Het proactief vragen naar geldzorgen door de huisarts maakt geldzorgen zichtbaar

In 71 procent van de 119 consulten waarin over geldzorgen werd gesproken, bleek er daadwerkelijk sprake te zijn van geldzorgen. In 32 procent van de consulten nam de patiënt zelf het initiatief om over zijn of haar geldzorgen te praten. In de andere gevallen was dat de huisarts of de praktijkondersteuner. Als de patiënt het initiatief nam om over geldzorgen te praten, was er in 90 procent van de gevallen *volgens de huisarts of POH'* er sprake van geldzorgen. Maar ook als de huisarts of POH'er zelf het initiatief nam, constateerde de huisarts of POH'er dat er nog in 63 procent van deze gesprekken sprake was van kleinere of grotere financiële problematiek.

#### Huisartsen zeggen dat patiënten het niet ongemakkelijk vinden om over geldzorgen te praten

De huisartsen vertelden in het eindgesprek dat patiënten zelf bijna nooit het initiatief nemen op dit onderwerp: de huisartsen moeten echt luisteren naar de signalen die worden afgegeven. Als ze het dan aanroeren, vinden mensen het meestal niet moeilijk of beschamend om erop te antwoorden. Ook waren de patiënten niet verbaasd dat dit onderwerp door de huisarts werd ingebracht. Patiënten komen meestal ook niet zelf terug op het onderwerp, dat moet de hulpverlener dan doen.

Volgens tien huisartsen en POH'ers die de afsluitende enquête hebben ingevuld, hebben hun patiënten het aansnijden van het onderwerp doorgaans als prettig ervaren, of ze stonden er neutraal tegenover. De meeste patiënten spraken er open over en sommigen rapporteerden ook opluchting bij de patiënt. Eén huisarts nam soms wat terughoudendheid in het bespreken ervan waar. Een ander vond dat de patiënten meedenkend waren. Tijdens de herstart van de gesprekken na de eerste coronagolf hadden de gesprekken vaak een psychosociale inhoud, volgens één huisarts. Twee huisartsen zeggen dat de patiënt het goed vond dat zij hun een verwijzing voorstelden. Eén zegt dat de reacties wisselend waren. Volgens één huisarts en twee praktijkondersteuners was de verwijzing vaak niet nodig, omdat patiënten al in beeld waren bij schuldhulpverlening.

#### *Patiënten vonden het gesprek van belang*

Twee van de vier patiënten met wie na de pilot is gesproken over de verwijzing, noemden het gesprek met de huisarts van doorslaggevend belang. Eén patiënt heeft daar geen mening over, en de andere patiënt vertelt dat hij, als hij niet met de huisarts in gesprek was gegaan, het waarschijnlijk op een later moment met iemand anders had gedeeld. Drie patiënten vonden het fijn dat ze met de huisarts of praktijkondersteuner hun zorgen hebben kunnen delen. De vierde patiënt ervoer dat hij weinig aandacht kreeg, en dat de huisarts simpelweg gericht was op de verwijzing. Drie patiënten namen zelf het initiatief om over de geldzorgen te beginnen. De

<sup>6</sup> Een aantal registraties ontbreekt (19x). Dit is te verklaren door de ervaren belasting van het registreren. De uitkomsten zijn gebaseerd op de 119 registraties van consulten waarin over geldzorgen is gesproken, die door de huisartsen en POH'ers zijn gedaan.

vierde patiënt vertelde dat de praktijkondersteuner dat deed. Eén van de patiënten had op dat moment al een vorm van schuldhulpverlening.

*“Dat de dokter bereid was om me te ondersteunen bij mijn geldproblemen, dat was echt een welkome verrassing, dat heeft echt geholpen. [...] Ik moest naar het ziekenhuis, maar ik moest met de bus en dan kan je alleen maar pinnen. En ik moest ook nog eten en drinken en ik had nog een week te gaan. Ik zeg tegen de dokter dat wordt moeilijk weet je, maar ik had de situatie onderschat, hij drong daar echt op aan dat ik naar het ziekenhuis ging. Ik zei ja laat maar dan, ik heb geen geld om te gaan, jammer dan. Maar hij was een heel betrokken arts en hij zei weet je wat dan betaal ik het voor je, want jij moet naar het ziekenhuis. En toen zei hij ik zal ook contact opnemen met de schuldhulpverlening om het over je financiële situatie te hebben. Zodoende ben ik in contact gekomen met De Schoor.”*

### 3.3.3 De gesprekken die langer duurden, leidden vaker tot een verwijzing

De duur van het gesprek over geld was gemiddeld 8 minuten, variërend van 1 tot 30 minuten.<sup>7</sup> In 23 van de 119 consulten was dit 15 minuten of meer. Uit de registraties valt op te maken dat de gesprekken die langer duurden, ook vaker tot een verwijzing hebben geleid: 20 van de 28 verwijzingen betrof consulten waarbij het gesprek over de geldzorgen 10 minuten of langer duurde.

In bijna een kwart van de gevallen waarin de huisarts of POH'er met de patiënt over geldzorgen sprak (24 procent, 28x) is de patiënt verwezen naar een partij die daarbij kan ondersteunen. Ruim de helft (17x) is direct verwezen naar De Schoor, de aanbieder van maatschappelijke ondersteuning bij schulden in Almere. Opvallend is dat niet altijd (meteen) gebruik is gemaakt van het aanmeldadres dat voor de pilot was aangemaakt. Dat kan deels worden verklaard doordat de huisarts eerst een gesprek met de POH-GGZ heeft voorgesteld en de patiënt daarnaar is verwezen. Dat is vier keer gebeurd. Maar ook hebben huisartsen of POH'ers zeven patiënten direct verwezen naar andere externe partijen: één keer naar Humanitas, vijf keer naar het sociaal wijk- of buurtteam, en één keer naar een vrijwilligersadministratie.

#### Mogelijke verklaringen voor het geringe aantal verwijzingen

76 procent van de patiënten met wie over geldzorgen is gesproken, is dus niet doorverwezen. De redenen die de huisartsen en POH'ers hiervoor gaven, waren: de patiënt had al hulp en was daar tevreden mee (30 procent). De doorverwijzing is niet aangeboden (5 procent, het gaat om 4 gevallen). De verwijzing is wel aangeboden, maar de patiënt wilde het niet (19 procent): *'Patiënt heeft geen goede ervaring met het wijkteam.'* In 41 gevallen was er sprake van een andere verklaring (46 procent). Het vaakst schat de huisarts of POH'er in dat het niet nodig is, dat er (nog) geen sprake is van financiële problematiek, of dat er alleen sprake is van dreigende financiële problematiek (20x).

*'Overspannen, denkt aan minder uren werken, gevolgen minder werken op financiën, kan dragen met man, maar krap. Preventieve voorlichting, nu eerst andere levensgebieden aanpakken, (overspannenheid), indien patiënt daadwerkelijk minder wil gaan werken t.z.t. mogelijk verwijzen.'*

*'Echtgenote was bij het gesprek aanwezig en gaf aan dat ze nog 60.000 euro spaargeld hebben. Dhr. maakt zich zorgen omdat hij werkeloos is en nog een jaar WW zal ontvangen en daarna anderhalf jaar niet. Hij maakt zich daar veel zorgen over in tegenstelling tot echtgenote.'*

*'Heeft nu rechtszaak aangespannen tegen schuldeiser; uitspraak komt op korte termijn. Afgesproken dat als de uitspraak in haar nadeel is, ze terug met mij contact opneemt.'*

Daarnaast hebben huisartsen en POH'ers enkele keren aangegeven dat de patiënt het zelf oplost, of al hulp heeft (zonder daarbij te weten of de patiënt daar tevreden over is), dat de patiënt aangaf het zelf niet nodig te

<sup>7</sup> Er is niet gevraagd naar de totale duur van het consult.

vinden, of dat zij daar in een later consult op terugkomen, het blijven monitoren, of nog bezig zijn met inventariseren.

*'Mw. gaat eerst de info bespreken met haar moeder en zal zich zelf melden.'*

*'Overspannen, denkt aan minder uren werken, gevolgen minder werken op financiën, kan dragen met man, maar krap. Preventieve voorlichting, nu eerst andere levensgebieden aanpakken, (overspannenheid), indien patiënt daadwerkelijk minder wil gaan werken t.z.t. mogelijk verwijzen.'*

In sommige toelichtingen die door de huisartsen en POH'ers zijn gegeven op de redenen waarom patiënten niet zijn doorverwezen, zijn signalen op te merken van situaties waarvan men zich kan afvragen of het niet beter was geweest om wel een verwijzing te doen. Naar schatting is dat in 15 procent van de gevallen waarin niet is doorverwezen (veertien patiënten). Er was sprake van de volgende situaties en signalen: de doorverwijzing is niet aangeboden, er was volgens de huisarts of POH'er alleen dreigende financiële problematiek, maar nog geen schulden (bijvoorbeeld als gevolg van de coronacrisis), of de focus lag ergens anders tijdens het gesprek, bijvoorbeeld de ervaren spanning rond dreigend ontslag.

In de evaluevaluatie is door de huisartsen gezegd dat veel mensen pas hulp willen als er al echt flinke problemen zijn. Bij dreigende of beginnende problemen willen mensen het meestal eerst nog zelf proberen op te lossen. De huisartsen hebben niet de indruk dat het gelukt is om hiermee echt een andere (lichtere) doelgroep verwezen te krijgen. Men vindt het ook geen huisartsentaak om uit te vragen hoe erg de problemen zijn, dus als mensen aangeven (nog) geen hulp te willen, vragen ze niet door. De ervaring is dat het bespreekbaar maken vaak al stressverlagend werkt.

*Het is te vroeg om iets over de afname van geldzorgen te zeggen*

Twee van de vier patiënten die na afloop hebben verteld over hun ervaringen, zeiden zich beter te voelen nu ze in contact zijn (geweest) met De Schoor, omdat ze goed zijn geholpen. Twee patiënten kunnen dat nog niet inschatten.

#### **Wat de maatwerkers rapporteren over de reacties van cliënten**

Cliënten gaven aan dat ze het fijn vonden door de huisarts meteen naar de maatwerkers te worden toe geleid. De huisarts mailde meestal op de dag dat de patiënt op het spreekuur geweest was en zij belden binnen een dag op. Daar waren cliënten wel verrast over. Mensen waardeerden over het algemeen deze korte lijn. Door deze snelheid van handelen voelden de cliënten zich serieus genomen en door de terugkoppeling weten de huisartsen ook wat er gebeurt. De cliënten gaan er zelfs soms van uit dat er een dergelijke samenwerking is. Het wordt als normaal en essentieel beschouwd.

### **3.3.4 Interventiepakket is een middel**

Het interventiepakket heeft ogenschijnlijk niet veel aan bijgedragen aan het bespreekbaar maken. 7 procent van de patiënten noemde uit zichzelf de poster in de wachtkamer.<sup>8</sup> In 7 procent van de consulten is gebruik gemaakt van de praatplaat.<sup>9</sup>

*Patiënten die de poster hebben gezien, vinden die uitnodigend*

Twee van de vier geïnterviewde patiënten hebben de poster in de wachtkamer zien hangen en hebben gezegd dat de poster uitnodigt om de geldzorgen met de huisarts te bespreken.

<sup>8</sup> De animatie was te zien in één van de gezondheidscentra en is daarom verder niet meegenomen in de uitkomsten.

<sup>9</sup> De instructie bij het interventiepakket lijkt in ieder geval voldoende helder te zijn, zo blijkt uit de reacties van de huisartsen in de enquête na de testfase.



*'Heel veel mensen schamen zich en [de poster] verkleint de drempel om het toch erover te hebben met de huisarts. Dat je ziet dat er daar ook een mogelijkheid is om wat aan het probleem te doen.'*

#### **Huisartsen in Almere hebben praatplaat niet ingezet, willen de poster en animatie behouden**

In het eindgesprek gaven huisartsen aan dat ze het gewend zijn om geldzorgen met patiënten te bespreken en dat dit door de interventie niet moeilijker of makkelijker is geworden. Het was volgens hen bijvoorbeeld niet nodig om de praatplaat en verwijfskaart te gebruiken. Ze hebben het regelmatig over de doorwerking van (geld)stress op de gezondheid en geven aan dat hun patiënten de uitleg begrijpen. Bijvoorbeeld bij *life events* als ontslag of langdurige ziekte zijn de huisartsen gewend om breed uit te vragen en dan komen geldzorgen soms ook ter sprake. Ze vinden het niet moeilijk om het onderwerp schulden aan te roeren en hebben daarom gemeend de praatplaat niet nodig te hebben. De praatplaat werd toch vooral gezien als een hulpmiddel om het gesprek erover te beginnen. Geen van de huisartsen heeft de praatplaat als uitleg- en naleesdocument mee naar huis gegeven.

De posters en de animatie zijn gebruikt, maar er is volgens de huisartsen geen enkele patiënt die dit als ingang heeft genomen om het onderwerp financiële problemen met de huisarts of POH'er te bespreken. Als de hulpverlener ernaar vroeg, wisten patiënten soms wel van de poster of animatie. De boodschap 'schulden maken ziek' vindt men wel sterk en zou gebruikt moeten blijven worden. Men wil de poster en animatie dan ook graag behouden.

Vier van de elf huisartsen en POH'ers die de enquête hebben ingevuld, vonden het interventiepakket desondanks bruikbaar voor zichzelf. Eén vond van niet, en de andere zes hebben hierover geen duidelijke mening. Vijf van de elf huisartsen en POH'ers vonden het daarnaast aansprekend voor patiënten, één vond van niet en de anderen hadden hierover geen duidelijke mening. Eén huisarts vond de poster in de wachtkamer handig.

### **3.3.5 E-learning biedt bruikbare handvatten**

41 mensen hebben de e-learning gevolgd ten tijde van publiceren van deze rapportage. Gedurende de pilot is deelnemers gevraagd een online enquête in te vullen over de e-learning. Vijf zorgverleners hebben dat gedaan. Dit aantal is te laag om algemene uitspraken te kunnen doen over de ervaren kwaliteit van de e-learning. Er wordt daarom een beknopt beeld gegeven van de ervaringen van deze deelnemers en de door hen opgegeven verbeterpunten.

(Vrijwel) alle deelnemers vinden dat de e-learning bijdraagt aan het vergroten van kennis over de doorwerking van financiële problematiek op gezondheidsproblemen en de beleving ervan, alsook aan de vaardigheden hier actief aandacht aan te besteden in de spreekkamer en om mensen adequaat door te verwijzen. De helft van de geënquêteerde huisartsen van Zorggroep Almere die de e-learning hebben gedaan, vinden dat ze meer handvatten hebben gekregen. De helft van de deelnemers vindt de e-learning een *eye opener*. Alle zorgverleners vinden de kennis en vaardigheden uit de e-learning toepasbaar in de praktijk.

De vijf blokken die samen de module vormen, zijn beoordeeld met rapportcijfers. Het gemiddelde oordeel per blok is achtereenvolgens: introductie 7; probleemverkenning 7; schulden signaleren 8; schulden bespreken 7; en doorverwijzen 7. Vrijwel alle zorgverleners vinden de informatie compleet. De e-learning biedt filmpjes van ervaren huisartsen en professionals in de schuldhulpverlening en van ervaringsdeskundigen. Over de hoeveelheid filmpjes en over de moeilijkheidsgraad van de quizvragen wordt verschillend gedacht. Wel vinden alle deelnemers dat de filmpjes met deskundigen relevante informatie toevoegen en dat de interactieve werkvormen leuk zijn. Het merendeel vindt daarnaast dat de tekst qua deskundigheid aansluit bij de eigen verwachtingen. De e-learning is ten slotte snel te doorlopen.

### 3.3.6 Huisartsen zijn zich door het project bewuster geworden

Twee van de elf huisartsen en praktijkondersteuners die na afloop van de testfase de enquête hebben ingevuld, zeggen dat zij met meer patiënten dan voor de testfase over geldzorgen hebben gesproken. De anderen zeggen dat dit niet is veranderd. Vier van de elf vinden het gemakkelijker geworden het gesprek over geld te voeren. De anderen ervaren geen verschil. Dat het gemakkelijker werd, kwam door de duidelijke plek waarnaar kon worden verwezen. Eén praktijkondersteuner geeft ook aan dat dit kwam doordat hij of zij niet met lege handen stond: er kon daadwerkelijk hulp worden geboden. Een huisarts en een praktijkondersteuner noemen ook de (extra) bewustwording als reden waarom ze eerder vragen stelden over de financiën.

Het project heeft iets meer bewustwording en alertheid gecreëerd dat bijvoorbeeld vage lichamelijke klachten financiële stress als oorzaak kunnen hebben en de huisartsen vinden dat dit eigenlijk wel altijd besproken hoort te worden. Huisartsen en praktijkondersteuners gaven aan dat zeker nog meer winst behaald kan worden bij de mensen die dreigende problemen hebben op financieel gebied maar nog geen schulden. Het nog actiever vragen naar zorgen over geld kan deze mensen meer in beeld brengen. Ook geven ze aan dat zij in het dossier dit soort zorgen willen registreren, zodat een volgende hulpverlener ervan afweet, het ter sprake kan brengen op een zorgvuldige manier, en een volgend signaal eerder kan oppakken.

### 3.3.7 Huisartsen en maatwerkers positief over de samenwerking

De huisartsen zijn enthousiast over de laagdrempelige verwijzing en de samenwerking met de maatwerkers. Zij vertellen via patiënten terug te hebben gehoord dat er snel contact is gelegd door de maatwerkers. De terugkoppeling is goed gegaan: in alle gevallen is teruggekoppeld dat het contact tot stand is gekomen. Wát vervolgens is gebeurd, hadden de huisartsen soms uitgebreider willen weten. Ze willen ook leren welke oplossingen er voorhanden zijn, en geven aan dat dit stimulerend kan werken voor volgende doorverwijzingen. Deze wijze van aanmelden (de maatwerker zoekt contact in plaats van dat de patiënt zich ergens moet aanmelden) wordt als succesfactor gezien. De huisartsen zeggen dat veel mensen anders nooit zouden aankomen bij de hulpverlening.

De huisartsen willen het mailadres waarmee kan worden aangemeld graag behouden: het kost weinig moeite en werkt heel goed. Een goed alternatief is het aanbieden van hulpverlening onder één dak. Voor het project waren in sommige gezondheidscentra maatwerkers aanwezig. Deze rechtstreekse route werd ook gewaardeerd. De maatwerkers hebben bij de huisartsen aangegeven de wens te hebben om daarna weer van hen te horen hoe het verder gaat met de patiënten. Dat vinden de huisartsen te ver gaan, omdat het (te) veel tijd kost. Ze vinden het goed om ambassadeurs in het centrum te ontvangen, bijvoorbeeld door maatwerkers aan te laten sluiten bij teamoverleggen. Deze professionals kunnen helpen om de boodschap regelmatig onder de aandacht te brengen en de huisartsen en praktijkondersteuners alert te houden. Dat is volgens hen echt nodig, zelfs in hun praktijken, waar geldzorgen geen uitzondering vormen.

Drie maatwerkers van De Schoor hebben na afronding van de testfase hun ervaringen gedeeld tijdens een online groeps gesprek. De maatwerkers hebben allen een achtergrond als maatschappelijk werker en hebben in hun werk een focus op financiën. Ze zien de voordelen van de rechtstreekse verwijzing door huisartsen. De maatwerkers geven aan dat zij mensen sneller kunnen helpen wanneer huisartsen alert zijn op het effect van welzijnsproblemen op gezondheid en cliënten doelgericht verwijzen. Ze kunnen aansluiten bij wat voor de cliënt het meest urgent is. Soms is dat een relatieprobleem waar eerst aandacht naartoe moet, voordat op het gebied van financiën stabilisatie kan worden gebracht. De huisartsen hebben deze brede intake op alle leefdomeinen niet specifiek benoemd als voordeel.

De maatwerkers noemen de directe verwijzing de zijinstroom, omdat deze afwijkt van de route die binnen Almere is afgesproken. Normaal gesproken is Plangroep het loket voor mensen met financiële zorgen. Voor De Schoor behoren collegiale consultatie en zijinstroom tot het standaard aanbod. De hoeveelheid van zijinstromers is tot op heden beperkt gebleven. Door het geringe aantal verwijzingen is de workload ook tijdens de pilot niet echt gestegen. De maatwerkers geven aan dat daar wel rekening mee moet worden gehouden als het project wordt gecontinueerd. Ze hebben het behoorlijk druk met de reguliere workload. Als verwijzing via

de huisartsen erbij komt en het aantal verwijzingen oploopt, is het belangrijk dat vooraf goed te organiseren en afspraken te maken met de netwerkpartners en gemeente Almere. Zo kan de dienstverlening op peil blijven. Eén van de maatwerkers vertelde de indruk te hebben dat de verwezen patiënten via deze route sneller in beeld zijn gekomen.

Het aanmelden via de mail is volgens de maatwerkers goed gegaan. De maatwerkers hadden soms wat meer informatie gewild over de situatie, maar meestal kon de cliënt zelf duidelijk maken wat er aan de hand was. Er is door de maatwerkers altijd aan de huisartsen teruggekoppeld als het contact was opgepakt en/of werd afgesloten. De cliënten vonden het vanzelfsprekend dat maatwerkers de huisarts of POH'er informeerden; iedereen gaf daar toestemming voor. De maatwerkers willen dat de samenwerking nog verder wordt uitgebouwd, zodat zij zo nodig met de huisarts kunnen overleggen. Dat is volgens hen wenselijk als er sprake is van een samenloop van welzijnsklachten, gezondheidsklachten en financiële problematiek. Het is voor een goede advisering nuttig om weet te hebben van een lichte verstandelijke beperking, een verslaving, psychiatrie en dergelijke.

## 4 Doorwerking en landelijke implementatie

In dit hoofdstuk is opgenomen welke activiteiten zijn verricht om ook buiten de deelnemende gezondheidscentra aandacht te vragen voor het belang van vroegsignalering en verwijzing bij schulden in de huisartsenpraktijk. Ook is beschreven wat er nog meer nodig is om de werkwijze te borgen (paragraaf 4.3), en welke stappen daartoe inmiddels al zijn gezet (paragraaf 4.4).

### 4.1 Webinar Financiën in de spreekkamer

Het project is afgesloten met een webinar op 12 november 2020. Het webinar was geaccrediteerd voor huisartsen en praktijkondersteuners. Zij konden voor deelname twee PE-punten krijgen. De bijeenkomst is financieel mogelijk gemaakt door het Achterstands Ondersteunings Fonds voor huisartsen.

Het is bijgewoond door ruim honderd huisartsen, praktijkondersteuners en andere professionals uit de eerste- en tweedelijnszorg en uit het sociaal domein. Het interventiepakket is tijdens de webinar ook onder de aandacht gekomen bij andere disciplines binnen de zorg. Er zijn veel positieve reacties gekomen op het webinar. In bijlage 3 zijn de reacties weergegeven op de vraag: 'Wat is het belangrijkste inzicht dat deze conferentie u heeft gebracht?'

Het webinar was opgebouwd uit enkele informatieve blokken, waarin ruimte was voor uitwisseling en het stellen van vragen. Lector Schulden en Incasso Nadja Jungmann gaf uitleg over het systeem van schuldhulpverlening in Nederland en enkele actuele ontwikkelingen op dit gebied. Daarnaast is door bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale EerstelijnsZorg en huisarts Maria van den Muijsenbergh toegelicht op welke manieren chronische stress als gevolg van financiële problemen doorwerken op de gezondheid en op de belemmeringen in het verbeteren daarvan in de huisartsenpraktijk. Een ervaringsdeskundige legde uit hoe belangrijk hij het vindt dat huisartsen aandacht hebben voor geldzorgen. In twee deelsessies is ingegaan op de pilot in gemeente Almere en op een integrale werkwijze die aandacht besteedt aan schuldenproblematiek, Krachtige Basiszorg. Het programma werd afgesloten met een presentatie van het ministerie van VWS.<sup>10</sup> Het volledige programma is te vinden in bijlage 4.

### 4.2 Nieuwsbrief, artikelen en presentaties

Tijdens het project is vijf keer een nieuwsbrief verspreid onder alle deelnemende gezondheidscentra, partners en geïnteresseerden. Het bereik was ongeveer 140 personen. Daarnaast is vanaf de aanvang van het project informatie beschikbaar gemaakt op de websites van Zorggroep Almere en het lectoraat Schulden en Incasso.

Om het project en de interventie onder de aandacht te brengen, zijn door de projectgroep artikelen geschreven en zijn diverse websites en (online) magazines benaderd. Daarbij is het contact gelegd met

The image shows a registration page for a webinar titled "Financiën in de spreekkamer". At the top, there is a logo for "ela" (Krachtige Basiszorg) and the text "Krachtige punten voor de zorg in Amstelanden Almere". Below this is a diagram showing a person with a plus sign and a person with a minus sign, representing financial health. The text "WEBINAR 'Financiën in de spreekkamer'" is prominently displayed. Three bullet points list the topics: "Gezondheid en schuldenproblematiek, de vicieuze cirkel", "Hoe belangrijk het is om daarover te praten met de huisarts: een persoonlijke ervaring", and "Samenwerken aan het oplossen van schulden: hoe doe je dat?". The date and time are "Donderdag 12 november 2020 van 18:00 - 20:00 uur". It mentions accreditation for 2 PE points for GPs and practice support workers. A yellow button says "Direct inschrijven kan hier!". At the bottom, it says "Financiën in de spreekkamer is een project van:".

<sup>10</sup> Door technische problemen heeft dit niet tijdens het webinar plaats kunnen vinden. Er is een filmpje van de presentatie gemaakt die later aan de deelnemers is toegezonden.

tijdschriften en media die zich richten op eerstelijns zorgverleners én op beroepskrachten in het sociaal domein.

De publicaties van de projectgroep zijn verschenen in het *Tijdschrift voor Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen*, *TvPO* en in het *Tijdschrift Schuldsanering*:

- Dolsma, M., Van der Veer, A., en Jungmann, N. (2020 – under review). Ziek van de geldzorgen. In: *Tijdschrift voor Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen*.
- Jungmann, N., Van der Veer, A., Den Hartogh, V., en Dolsma, M. (2020.) Geldzorgen, stress en gezondheid: een momentum. In: *Tijdschrift voor schuldhulpverlening en wettelijke schuldsanering*, nr. 2, juni 2020.

Er zijn artikelen verschenen over project in het magazine *Arts & Auto* en op de website *Zorgenz*. Daarnaast heeft Omroep Flevoland een radio-interview gehouden met Zorggroep Almere.

Over het project is op twee momenten gepresenteerd:

- Tijdens de kenniskring van Schulden en Incasso op 16 april 2020. Bij de kenniskring zijn onderzoekers en docenten aangesloten die zich interesseren voor (onderzoek naar) schuldenproblematiek in de breedste zin van het woord.
- Tijdens de GezondIn-studiedag op 3 december 2020, in de workshop *Samen impact maken bij schulden*.

Het project zal nog worden gepresenteerd tijdens de startbijeenkomst van het initiatief 'praktijkondersteuner financiën' van het Gezondheidscentrum Lijn2 in de wijk Feyenoord, naar verwachting in het voorjaar van 2021.

### 4.3 Er is meer nodig om de aandacht vast te houden

Uit de pilot in Almere blijkt dat er vier dingen zijn die de huisartsen en maatwerkers na de pilotfase willen behouden of meer willen gaan doen:

- Het verwijzen via de e-mail en de terugkoppeling hierop. Dit werkt efficiënt en biedt inzicht.
- Het blijvend onder de aandacht brengen van het onderwerp om de huisartsen scherp te houden. Er is in de pilot weinig gesproken over geldzorgen, minder dan zij zelf hadden verwacht. Het stimuleren van het actief blijven vragen naar geldzorgen is wenselijk, óók als iemand al hulp krijgt, óók als iemand denkt het nog zelf te kunnen oplossen. Het is nodig de boodschap regelmatig te herhalen.
- De poster en de animatie voor in de wachtkamer om de boodschap 'schulden maken ziek' uit te dragen. Dit kan patiënten helpen hun problemen kenbaar te maken.
- Dossiervorming over financiële problematiek. Het is efficiënt als (parttime) medewerkers in de praktijk bij het raadplegen van een dossier kunnen zien dat de patiënt kampt met schulden.

Naast de pilot in gezondheidscentra in Almere en Utrecht, is het interventiepakket aan verschillende partijen voorgelegd voor feedback: het Expertisecentrum Gezondheidsverschillen Pharos, LHV en NHG, en een ergotherapeut. Daarnaast hebben de gesprekken met de vertegenwoordigers van de zes initiatieven die zijn opgenomen in de handreiking informatie opgeleverd. De input uit al deze gesprekken en feedback geeft een beeld over wat er nodig is om de aandacht op het bespreekbaar maken van schulden in de huisartsenpraktijk vast te houden en de samenwerking te borgen.

Hier is samengevat wat voor een duurzame borging van de werkwijze nodig is en hoe het interventiepakket kan worden doorontwikkeld.

- De wensen tot bijstelling van het interventiepakket zijn beperkt. Het wordt belangrijk gevonden dat de e-learning wordt geaccrediteerd. Dit kan ertoe leiden dat meer huisartsen en praktijkondersteuners deze zullen volgen. Daarnaast is de wens gedeeld om filmpjes in de e-learning op te nemen waarin de gesprekstechnieken zichtbaar zijn gemaakt en waarmee de cursisten deze kunnen oefenen.
- Trainingen en nascholingen voor groepen huisartsen. De structuur is daarvoor aanwezig: er zijn toetsgroepen en FTO's (farmacotherapeutisch overleg). Hier kunnen onderwerpen als het bespreekbaar maken van geldzorgen worden ingebracht.

- Goede afspraken over verwijzen en terugkoppelen. Huisartsen willen een directe link met de schuldhulporganisatie die hun werk uit handen neemt. Ze willen terug horen dat patiënten worden geholpen en de verwijzing waarderen. Ze willen leren van de werkwijze: inzicht in wanneer het zin heeft om patiënten te verwijzen en zo ja, waar de patiënt mee is geholpen. Het gaat kortgezegd om én een goed systeem met terugkoppeling, én warme contacten tussen praktijk en opvangende organisatie, én het vertrouwen in een warme en deskundige ontvangst van de patiënt.
- Een proactieve houding vanuit gemeenten. Schuldhulpverleners kunnen aanbieden om bij overlegvormen aan te schuiven en voorlichting te geven over de organisatie van schuldhulpverlening in de gemeente en het brede palet van schuldhulpverlening. Daarnaast kunnen gemeenten schuldhulpverleners instrueren bij hun cliënten door te vragen bij lichamelijke en mentale klachten, en hen erop te wijzen hun huisarts te vertellen over hun geldzorgen.
- Een financiële impuls zou helpen de werkwijze te bestendigen. Het signaleren en verwijzen bij financiële problematiek vraagt extra tijd.

#### 4.4 Een doorkijkje naar de toekomst

Het ministerie van VWS en het ministerie van SZW werken al geruime tijd samen rond het thema schulden en gezondheid in de Brede schuldenaanpak. Daarnaast groeide de aandacht voor dit thema ook zichtbaar bij gemeenten. Enkele gemeenten hebben dit thema bijvoorbeeld nadrukkelijk opgenomen in hun nieuwe Volksgezondheidsnota's. Gemeente Arnhem gaat het interventiepakket testen als onderdeel van het project *Eerder uit de schulden*. Expertisecentrum Pharos zal dit traject begeleiden.

Vanuit het programma *Schulden en Gezondheid* van het ministerie van VWS is belangstelling getoond voor de doorontwikkeling van het interventiepakket en het verder leren van samenwerkingsvormen. Het VWS-programma kijkt integraal naar vraagstukken en dossiers rond dit thema. Met name het interventiepakket, maar ook de voorbeelden van samenwerking tussen huisartsen en het sociaal domein zijn relevant voor het programma. In de laatste kamerbrief over het programma *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* is deze domeinoverstijgende samenwerking als een belangrijk onderwerp neergezet.

Het ministerie van VWS heeft het lectoraat Schulden en Incasso een vervolgopdracht gegeven. Hierin wordt het accreditatietraject voor de e-learning gestart. Het lectoraat zal daarnaast meedenken en ondersteunen bij de campagne *Kom jij eruit?* Ook zal een leernetwerk worden gestart waar organisaties die zorg en schuldhulp proberen te verbinden een keer per twee maanden met elkaar in contact worden gebracht. Dit gebeurt door online leersessies, het verder uitwerken van voorbeelden en het verspreiden van geleerde lessen. Tijdens een aantal grote bijeenkomsten zal dit onderwerp breed onder de aandacht worden gebracht.

# *Conclusies*

---

## 5 Conclusies

Door groeiende wetenschappelijke bewijsvorming over de relatie tussen schulden en gezondheid wordt steeds meer bekend over de impact die geldzorgen kunnen hebben op gezondheid en leefstijl. Daarentegen is nog heel weinig onderzoek gedaan naar wat er in de spreekkamer van de huisarts gebeurt. Dankzij de gesprekken met huisartsen, POH'ers en patiënten als onderdeel van dit project is daarop meer zicht gekomen. Dit is van groot belang, want de relatie tussen chronische (geld)stress en gezondheid mag dan vaak worden herkend, als dat in de spreekkamer niet tot uiting komt, kan financiële problematiek lang doorwerken op gezondheid(sbeleving).

In dit project is kennis opgebouwd over de verwachtingspatronen van huisartsen, de rollen die zij voor zichzelf zien, over wat er in de praktijk gebeurt in de spreekkamer en over de aandachtspunten die huisartsen daarin zien. De belangrijkste conclusies die getrokken kunnen worden zijn:

1. Huisartsen constateren dat grote geldzorgen negatief doorwerken op gezondheid(sbeleving). Mensen krijgen door de aanhoudende geldstress allerlei klachten. De beperkte financiële middelen die zij tot hun beschikking hebben, maken dat zij niet vanzelfsprekend de behandeladviezen opvolgen. Het gevolg is dat klachten ontstaan of onnodig lang aanhouden.
2. Huisartsen zijn heel helder over hun rol bij financiële problemen: signaleren en verwijzen. Zij zijn zich tijdens dit project bewuster geworden van de impact die zij kunnen hebben op de levens van patiënten met schulden en op de noodzaak alert te zijn op signalen.
3. Huisartsen kunnen nog wel ondersteuning gebruiken. Dat huisartsen financiële problemen niet structureel bespreken en patiënten verwijzen, schrijven zij toe aan vijf belemmeringen: handelingsverlegenheid, gebrek aan tijd, de patiënt niet goed kennen, niet goed weten waarnaartoe te verwijzen en een focus van de patiënt op gezondheid. Ze hebben behoefte aan vijf zaken: meer kennis over signalen om op aan te slaan, meer kennis waar ze mensen naartoe kunnen verwijzen, materiaal voor patiënten, gesprekstips en een systeem van verwijzen, terugkoppelen en vergoeden.
4. Patiënten zullen niet snel over hun geldzorgen beginnen, maar willen wel graag dat de huisarts dat doet. Het proactief vragen naar geldzorgen door de huisarts maakt financiële problemen snel en beter zichtbaar.
5. Het interventiepakket is daarbij een bruikbaar middel. Het succes van het gesprek hangt echter zeker niet af van de inzet van het pakket.

De huisartsen van Zorggroep Almere uit de pilot hebben met elkaar gemeen dat ze zich inspinnen voor mensen met geldzorgen. Ze hebben oog voor de problematiek in hun wijken en zien de samenhang tussen allerlei maatschappelijke problemen, waaronder schulden, en de gezondheid dagelijks in hun praktijk. Ze zullen ook na de pilot een vindplaats van mensen met schulden blijven. De huisartsen van Zorggroep Almere noemen vier dingen die ze na de pilotfase willen behouden of meer willen gaan doen:

- Het verwijzen via de e-mail en de terugkoppeling hierop verwerken in hun regieopdracht. Dit werkt efficiënt en biedt inzicht.
- Het actief openen van het gesprek met patiënten bij klachten die mogelijk veroorzaakt worden door geldzorgen. In de pilot zijn geldzorgen minder aan de orde gekomen dan huisartsen vooraf hadden verwacht. De huisartsen willen elkaar scherp houden op het belang geldzorgen ook actief te bespreken met patiënten.
- De poster en de animatie voor in de wachtkamer om de boodschap 'schulden maken ziek' uit te dragen. Dit kan patiënten helpen hun problemen kenbaar te maken.
- Dossiervorming over financiële problematiek. Het is efficiënt als (parttime) medewerkers of waarnemende huisartsen in de praktijk bij het raadplegen van een dossier kunnen zien dat de patiënt kampt met schulden.

Om goed te kunnen signaleren en verwijzen, is er nog een brug te slaan. Met het vervolg van het project is daarmee een start gemaakt. Er zijn drie zaken waaraan aandacht moet worden geschonken: herhaling van de boodschap alert te zijn op geldzorgen; goede afspraken met en betrokkenheid van plaatselijke aanbieders van schuldhulpverlening en de gemeente; en voldoende tijd om de rol te verkennen en in te vullen:



### *Herhaling van de boodschap alert te zijn op geldzorgen*

Huisartsen zijn zich heel goed bewust van het feit dat schulden klachten veroorzaken. Deze kennis leidt alleen niet vanzelfsprekend tot permanente alertheid en/of voldoende vertrouwen om geldzorgen aan de orde te stellen. Veel huisartsen onderschrijven het belang om alerter te zijn op de vraag of een specifieke situatie wortelt in financiële problemen. In andere huisartsenpraktijken is de boodschap gericht aan huisartsen om alert te zijn op geldzorgen wellicht nog nieuw. De landelijke publiekscampagne *Kom jij eruit?* is onlangs verbreed tot het stimuleren van de huisartsenpraktijk als vindplaats van schuldenproblematiek. De campagne is gericht op het activeren van mensen met schulden om hulp te zoeken. Daarnaast wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om de in het kader van het project ontwikkelde e-learning te accrediteren. Huisartsen en praktijkondersteuners moet zich jaarlijks bijscholen. Het accrediteren van de e-learning maakt het volgen ervan laagdrempeliger. Tot slot zou het helpen als huisartsen en praktijkondersteuners via de bestaande structuren en kanalen die zij regelmatig raadplegen informatie over dit thema krijgen. Mogelijkheden daartoe zijn toetsgroepen en FTO's (farmacotherapeutisch overleg). Hier kunnen onderwerpen als het bespreekbaar maken van geldzorgen worden ingebracht.

### *Goede afspraken met en betrokkenheid van aanbieders van schuldhulpverlening en de gemeente*

Een vraag die huisartsen zullen hebben, is hoe zij omtrent schuldenproblematiek een samenwerking met het sociaal domein kunnen organiseren die zowel aansluit op de manier van werken in dat domein als op de verwijzingsstructuur die ten grondslag ligt aan de huisartsenzorg. Huisartsen willen namelijk een directe link met de schuldhulporganisatie die hun werk uit handen neemt. Daarvoor zijn goede afspraken over verwijzen en terugkoppelen nodig. In de terugkoppeling is het van belang dat huisartsen te weten komen dat patiënten zijn gezien. Eventueel kan aandacht worden besteed aan hoe zij verder worden geholpen en hoe zij de verwijzing waarderen. Huisartsen willen leren van de werkwijze: wanneer het zin heeft om patiënten te verwijzen en als dat gebeurt, waarmee de patiënt is geholpen. Daarnaast is een proactieve houding vanuit de gemeente nodig. Schuldhulpverleners kunnen aanbieden om bij overlegvormen aan te schuiven en voorlichting te geven over de organisatie van schuldhulpverlening in de gemeente en het brede palet van schuldhulpverlening. Ook kunnen gemeenten schuldhulpverleners instrueren bij hun cliënten door te vragen bij lichamelijke en mentale klachten en hen erop te wijzen hun huisarts te vertellen over hun geldzorgen. Het gaat kortgezegd om én een goed systeem met terugkoppeling, én warme contacten tussen praktijk en opvangende organisatie, én het vertrouwen in een warme en deskundige ontvangst van de patiënt.

### *Voldoende tijd om de rol te verkennen en in te vullen*

Het bespreekbaar maken van schulden en het zorgen voor een warme verwijzing vraagt tijd die een huisarts meestal niet heeft. Er zijn in Nederland verschillende mogelijkheden voor ondersteuning bij het aanbieden van integrale hulpverlening en het samenwerken met andere eerstelijnszorgaanbieders en het sociale domein. Diverse veelbelovende initiatieven zijn van start gegaan. De verwachting is dat deze initiatieven op termijn gaan bijdragen aan verlichting van de druk op de huisartsenpraktijk. Zorgverzekeraars hebben een grote rol in het financieren van deze samenwerkingsvormen en het geven van advies. Door deze initiatieven langduriger te ondersteunen kan worden nagegaan welke impact een duurzame werkwijze rondom patiënten met schulden kan hebben, op zowel de gezondheid(sbeleving) van de patiënt als op de huisartsenpraktijk.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Verantwoording

De ontwikkeling en verspreiding van het interventiepakket geldzorgen is uitgevoerd in drie stappen:

1. Exploratie: inventariseren problematiek en verkenning van behoeften
2. Interventieontwikkeling: ontwikkelen materiaal en bevorderen draagvlak
3. Implementatie: monitoring toepasbaarheid en landelijke uitrol interventiepakket

[Exploratie](#) is beschreven in hoofdstuk 1 en 2 en paragraaf 3.1. De [interventieontwikkeling](#) is beschreven in hoofdstuk 3 en 4. De [implementatie](#) is toegelicht in paragraaf 3.3 en hoofdstuk 4.

### **Exploratiefase**

Door interviews met twintig patiënten en 39 huisartsen, praktijkondersteuners en een patiënt is meer zicht gekomen op de ervaringen en behoeften van huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten over het bespreken van geldzorgen in de huisartsenpraktijk en de verwijzing die daarop kan volgen. Gedurende het project hebben we nog met vier huisartsen en hun vertegenwoordigers (LHV en NHG) gesproken. Ook deze gesprekken hebben bijgedragen aan de stapeling van kennis.

### **Implementatie: pilotfase**

Aan de testfase hebben vier gezondheidscentra in Almere en één centrum in Utrecht deelgenomen. Meer dan veertig huisartsen en praktijkondersteuners hebben aan de testfase meegewerkt; een groot deel daarvan heeft daadwerkelijk één of meerdere keren met patiënten over geldzorgen gesproken.

De instructie aan de huisartsen en praktijkondersteuners was om tijdens de pilotfase dagelijks te registreren hoeveel patiënten ze hebben gezien en hoe vaak financiële problemen daarbij aan de orde kwamen. Indien met een patiënt is gesproken over zijn of haar financiële problematiek, is hun gevraagd nog een aanvullende vragenlijst in te vullen over hoe het gesprek is verlopen. Huisartsen en praktijkondersteuners vonden het lastig om de registraties dagelijks bij te houden, omdat het een extra belasting met zich meebracht, zeker vanaf maart tijdens de eerste golf van COVID-19. De pilotfase heeft daarom tijdelijk stilgelegen vanwege de pandemie.

Voor de verwijzingen die tot stand kwamen bij de gezondheidscentra in Almere zijn afspraken gemaakt met de aanbieder van maatschappelijk werk en schuldhulpverlening De Schoor. Er is een e-mailadres aangemaakt waar de huisartsen en praktijkondersteuners direct patiënten konden aanmelden voor een kennismakingsgesprek en er zijn afspraken gemaakt over de opvolging van de aanmeldingen. In de praktijk in Utrecht was dit niet het geval en is per casus door de huisarts zelf beoordeeld naar welke instantie doorverwezen kon worden.

### **Implementatie: evaluatie**

De pilot is na afronding geëvalueerd door middel van een online enquête en in video-overleggen met huisartsen en met medewerkers van De Schoor. Telefonisch zijn ervaringen ingewonnen bij enkele patiënten. In de gesprekken is ingegaan op hoe zij het gesprek met de huisarts of praktijkondersteuner over hun geldzorgen hebben ervaren, wie het initiatief nam tot het gesprek, of zij de poster in de wachtkamer hebben opgemerkt, en hoe de verwijzing en intake is verlopen. Ook tussentijds zijn ervaringen opgehaald tijdens reguliere centrumoverleggen bij gezondheidscentra met huisartsen en POH'ers.

De e-learning is geëvalueerd door middel van een vragenlijst die alle gebruikers hebben kunnen invullen. Deze is na de pilotfase gesloten. Zes mensen hebben de enquête ingevuld: drie huisartsen, één POH-GGZ, een beleidsmedewerker volksgezondheid en een praktijkhouder ergotherapie.

## Bijlage 2: Downloadlinks

In dit rapport is op verschillende plekken verwezen naar producten en publicaties die als onderdeel van het project zijn verschenen. Hier is opgesomd waar deze te downloaden zijn:

### Interventiepakket

<https://schuldenenincasso.nl/interventiepakket-patienten-met-schulden/>

### E-learning

<https://schuldenenincasso.nl/e-learning-patienten-met-schulden-in-de-huisartsenpraktijk/>

### Handreiking Samenwerken bij schulden

[https://schuldenenincasso.nl/interventiepakket-patienten-met-schulden/samenwerken-bij-schulden\\_zes-inspirerende-voorbeelden/](https://schuldenenincasso.nl/interventiepakket-patienten-met-schulden/samenwerken-bij-schulden_zes-inspirerende-voorbeelden/)

### Projectinformatie

<https://schuldenenincasso.nl/project/lopend/huisartsenpraktijk/>

### Artikel Geldzorgen, stress en gezondheid: een momentum, tijdschrift Schuldsanering, juni 2020, nr. 2

<https://schuldenenincasso.nl/geldzorgen-stress-en-gezondheid-een-momentum/>

## Bijlage 3: Reacties in de webinar

Reacties op de vraag 'wat is het belangrijkste inzicht dat u heeft gekregen door deze webinar?'

Financiën en gezondheid zijn de meest essentiële factoren in het leven. Des te meer reden om dat dichterbij elkaar te brengen.

Dat er korte lijnen zijn binnen Almere en hopelijk blijft het mailadres. En ben blij met de informatie die je van de site kan halen met de posters

niet kunnen, niet willen, niet lukken. Benadrukken wat wel goed gaat om het zelfvertrouwen te vergroten. Daarnaast krachtige basiszorg, interessant project, JGZ ook betrekken?

als niet huisarts, hoe moeilijk het voor huisartsen is om tijd te maken en een uitdagend onderwerp bespreekbaar te maken

Dat er tools zijn om geldproblemen bij patiënten uit te vragen en er een e-mail is voor overdracht. Heb compassie, doe niet ingewikkeld over schulden en neem tijd voor in een keer goed.

Noodzaak financiële situatie bespreken tijdens het spreekuur

voor mij als huisarts in Almere om te zien hoe goede samenwerking kan zijn tussen huisarts en het sociale domein. Hopelijk blijft het email adres geldzorgen@deschoor.nl bestaan!

Beter zicht op effect geldzorgen op iemands gezondheid

POH GGZ Belang van altijd aan de orde stellen van financiën bij intake

Belang van warme overdracht

Gelijk doorverwijzen naar gemeentehuis

informatie, weten waar je mogelijkheden kunt vinden. Stress bij mens, sociale kaart. Snel en gericht handelen is cruciaal om bij mensen die weinig overzicht hebben iets te kunnen bewerkstelligen

Huisartsen en schuldhulpverlening moeten blijven samenwerken

De algemene inzicht fat financiën in de spreekkamer mogen worden besproken.

duidelijke afspraken met sociaal domein, tijd in stoppen

Verband tussen financiële problematiek en chronische stress. Belang van psycho-educatie.

Hoe belangrijk het is mensen te helpen eventueel doorverwijzen naar de gemeente of instanties die kunnen helpen voor schulden

De ervaringen van Farly, de invloed van financiële problemen op je gezondheid

Dat er al heel veel bestaat. Hoe krijgen we dit allemaal in beeld. Belang van de interactieve sociale kaart.

Inspiratie om geldzorgen met patiënten te bespreken en belang van warme overdracht

Inspiratie. Veel informatie. Praktische tips

Belangrijk goede sociale kaart en korte lijnen

Dat financiële problemen zo groot effect op de gezondheid hebben

Het samenwerken met de hulpverleners dus goede sociale kaart en korte lijnen. Patiënt staat centraal in het web

Er valt nog veel te winnen in de verbinding gezondheid en welzijn. Ga zo door!

De gemeente zorgt voor de begeleiding bij schulden. Neem de tijd om schuld problematiek bespreekbaar te maken

## Bijlage 4: Programma van het webinar

Donderdag 12 november 2020 van 18.00-20.00 uur

18.00 Welkom en uitleg programma door avondvoorzitter Nadja Jungmann

18.05 Korte kennisquiz

18.15 Gezondheid en schuldenproblematiek: de vicieuze cirkel

Spreker Maria van den Muijsenbergh

Geldzorgen kunnen tot chronische stress leiden, de leefstijl beïnvloeden en daarop volgend het psychisch welbevinden en de fysieke gezondheid. Patiënten met financiële problemen zijn daarnaast minder vaak dan anderen therapietrouw, mijden vaker zorg en kunnen minder goed omgaan met (chronische) ziekten vanwege hun zorgen. De verklaring voor een ongezondere leefstijl lijkt onder meer te zijn dat schulden een wissel trekken op de mate waarin mensen in staat zijn hun gedrag te sturen (zelfregulatie). In deze presentatie gaat Maria in op deze wisselwerking tussen schulden en gezondheid.

18.30 Hoe belangrijk het is om daarover te praten met de huisarts: een persoonlijke ervaring

Een interview met ervaringsdeskundige Farley door Nadja Jungmann

Inmiddels gaat het goed met Farley, hij helpt nu als trajectbegeleider anderen met hun geldzorgen. Maar hij weet ook zelf hoe het is om in de schulden te zitten. Hij voelde zich in die tijd niet goed, had onder meer psychische klachten en flinke rugklachten en sprak daarover met zijn huisarts. Hij werd eerst verwezen naar een psycholoog en vervolgens naar een chiropractor. Die zorg hielp niet. Farley en de artsen zagen het verband tussen zijn gezondheidsklachten en geldproblemen niet. Farley bleef lang rondlopen met zijn schulden.

18.45 Simultane sessies in 'breakout rooms'

Deelsessie 1 – Huisarts Rebecca Houtman vertelt over het signaleren en bespreekbaar maken van schuldenproblematiek

Rebecca Houtman is huisarts in de Utrechtse wijk Ondiep. Ze maakt financiële problemen bespreekbaar en werkt vanuit de principes van Krachtige Basiszorg. Samenwerken met professionals uit het sociaal domein is een van de succesfactoren in die aanpak. In haar praktijk komen veel patiënten met schulden en ze kan deze groep patiënten met de wijkaanpak passende ondersteuning bieden.

Deelsessie 2 – Een medewerker van Welzijnsorganisatie De Schoor en een huisarts van Zorggroep Almere vertellen over hun samenwerking

Aan de hand van een recente casus zullen een maatwerker ondersteuning Schuldstabilisatie van De Schoor en een huisarts van Zorggroep Almere vertellen over de ervaringen met de samenwerking in de pilot *Financiën in de spreekkamer*. Ze gaan in op hoe ze er bij aanvang tegenaan keken, hoe het signaleren en bespreken in de praktijk ging, hoe er werd doorverwezen naar de maatwerkers op welke manier er is teruggekoppeld. Ten slotte gaan ze in op hoe ze terugkijken op de pilot.

19.10 Samenwerken aan het oplossen van schulden: hoe doe je dat?

Spreker Nadja Jungmann

In deze presentatie licht Nadja Jungmann toe wat de ontwikkeling is van schuldenproblematiek in Nederland, wat de impact is van geldstress, en welke mogelijkheden er zijn om stress-sensitief te werken, en hoe schuldhulpverlening is georganiseerd.

19.25 De rol van de overheid bij vroege signalering van financiële problemen

Spreker Steven Oppenheim, senior beleidsmedewerker ministerie van VWS

19.40 Poll

19.55 Afsluiting

Bij alle programmaonderdelen is er ruimte voor interactie, live en via de chat.

## Bijlage 5: Literatuurlijst

- Aleman, A. & Denys, D. (2014). A roadmap for suicide research and prevention. *Nature*, vol 509, pp 421-423.
- Averett, S., and Smith, J. (2014). Financial hardship and obesity. *Economics and Human Biology*, 15, 201-212.
- Bosch, J., Houtsman, N., & Horssen, C. van (2020) *Coronabaro-meter. De financiële gevolgen van de coronacrisis voor werkenden*. Utrecht: Nibud.
- Blomgren, J., Maunula, N. & Hiilamo, H. (2016) Over-indebtedness and chronic disease: a linked register-based study of Finnish men and women during 1995–2010. *Int J Public Health* 61, 535–544.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-015-0778-4>
- Brown, S., Taylor, K., and Wheatley-Price, S. (2005). Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology*, 26(5), 642–63.
- Bridges, S. and Disney, R. (2010). Debt and depression. *Journal of Health Economics*, 29(3), 388–403.
- Casanovaa, L., Ringab,V., Bloye, G., Falcoff,H., & Rigalb, L., (2015) Factors associated with GPs' knowledge of their patients' socio-economic circumstances: a multilevel analysis. In: *Family Practice*, 2015, Vol. 32, No. 6, 652–658.
- CBS (2020). *Schuldenproblematiek in beeld. Huishoudens met geregistreerde problematische schulden 2015-2018*. Den Haag: CBS.
- Chou, E.T., Parmar, B.L., Galinsky, A.D. (2016) Economic insecurity increases physical pain. In: *Psychol Sci*. 2016 Apr;27(4):443-54.
- Dam, R. van , Jungmann, N., Geuns, R., van & Hartogh, V. den (2019). Mensen met een Licht Verstandelijke Beperking en schulden: herkennen en begeleiden: Onderzoeken naar schuldenproblematiek en LVB. *Tijdschrift voor Schuldsanering*, 2018 (4), 19-22.
- Drentea, P., and Lavrakas, P. (2000). Over the limit: the association among health, race and debt. *Social Science and Medicine*, 50, 517–29.
- Fitch, C., Chaplin, R., Trend, C. and Collard, S. (2007). Debt and mental health: the role of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 194–20.
- Grafova, I. (2007). Your money or your life: managing money, managing health. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(2), 285–303.
- Heijkant, van den, G., Koenen, N., Verhagen, a., Bindels, P. (2020) Kromliggen doet pijn. De rol van de huisarts bij financiële zorgen van patiënten. In: *Huisarts en wetenschap*. Juli 2018.
- Hintikka J, Kontula O, Saarinen P, Tanskanen A, Koskela K, Viinamäki H: Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98(6):493–49.
- Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, Fryers T, Weich S, Singleton N, Meltzer H: Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008, 38(10):1485–1493.



Jonge, A. de, (2020). Wees voorbereid op schuldengolf, waarschuwt NVVK. Geraadpleegd op 22 juli 2020 van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/wees-voorbereid-op-schuldengolf-waarschuwt-nvvk.13947500.lynkx>.

Jungmann, N., Lems, E., Vogelpoel, F., Beek, van, G., Wesdorp, P. (2014) *Onoplosbare schuldsituaties*. Utrecht; Hogeschool Utrecht.

Jungmann, N. & Madern, T. (2017) *Basisboek aanpak schulden*. Groningen: Noordhoff.

Jungmann, N., Wesdorp, L., & Madern, T. (2020). *Stress-sensitief werken in het sociaal domein. Theoretische inzichten en praktische handvatten voor hulp- en dienstverleners*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghem.

Karsten, C., (2018) Stresstypen herkennen en stress en burn-out behandelen. *Phisios* nr 3.

Kawachi, I., Adler, N., and Dow, W. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 56-68.

Keizer, M. (2018). *Lezen is niet begrijpen. Onderzoek naar leesvaardigheid onder mensen met financiële problemen*. Groningen: Universiteit Groningen.

Kidger J, Gunnell D, Jarvik JG, Overstreet KA, Hollingworth W: The association between bankruptcy and hospital-presenting attempted suicide: a record linkage study. *Suicide Life Threat Behav* 2011, 41(6):676–684.

Lenton P, Mosley P: Debt and Health. In: *Sheffield Economic Research Paper Series* No. 2008004. Sheffield: The University of Sheffield; 2008:1–22.

LHV/NHG (2013) *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022*. Utrecht: LHV/NHG.

Madern, T., Jungmann, N., & Geuns, R. van (2016). *Over de relatie tussen lees- en rekenvaardigheden en financiële problemen*. Den Haag: Stichting Lezen & Schrijven.

Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R. (2013). The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 1, February 2013, Pages 108–113, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks021>

Muijsenbergh, van de. M., (2018) *Verschil moet er zijn!* Nijmegen: Radboud Universiteit (inaugurele rede).

Münster, E., Zier, U., Rüger, H. & Letzel, S. (2013). *Over-indebtedness, health and social network*.

Münster E, Rüger H, Ochsmann E, Alsmann C, Letzel S: Überschuldung und Gesundheit. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 2007, 42(12):628–634.

NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) (2011). *NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde - generalistisch, persoonsgericht en continu*. Utrecht: NHG.

Ochsmann, E, B., Rueger, H., Letzel, S., Drexler, H. & Münster, E. (2009). Over- indebtedness and its association with the prevalence of back pain. In: *BMC Public Health*, 9. Pp 451. Biomed Central.

Rijnsoever, van, M.P., Tromp, E., Waterlander, W.E., Schütz F.M., & Steenhuis, I.H.M. (2012). Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89 (1). Pp 43. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap.

SCP (2020). *Maatschappelijke gevolgen van corona. Verwachte gevolgen van corona voor scholing, werk en armoede*. Den Haag: SCP.

Selenko E, Batinic B: (2011) Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Soc Sci Med* 2011, 73(12):1725–1732.

Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014) Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health* 2014;14:489.

VWS (2020) cijfers overgewicht volwassenen. Geraadpleegd: 31 oktober 2020 via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-volwassenen>.

Wang, Y., Sareen, J., Afifi, T.O., Bolton, S.L., and Johnson, E.A. (2012). Recent stressful life events and suicide attempt. *Psychiatric Annals*, 42(3), 101-108.

Wardle, J., Chida, Y., Gibson, E. L., Whitaker, K. L., and Steptoe, A. (2012). Stress and Adiposity: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Obesity*, 19(4), 771-778.

Willems S.J., Swinnen, W. & Maeseneer, de J.M. (2005) The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Family Practice*; 22: 177–183.