

TSG Tijdschr Gezondheidswet (2022) 100 (Suppl 1):S21–S27  
<https://doi.org/10.1007/s12508-021-00318-7>



## De realiteit van overleven

### Inzichten uit vijftien levensverhalen over bestaansonzekerheid, gezondheid en de verzorgingsstaat

Janna Goijaerts · Robert Vonk · Tim 'S Jongers

Geaccepteerd op: 8 oktober 2021  
 © The Author(s) 2021

**Samenvatting** Welvaart en gezondheid hangen onlosmakelijk met elkaar samen. Beleid om gezondheidsverschillen te verkleinen heeft zich lang gericht op individuele levensstijl, maar de laatste jaren neemt de aandacht voor de invloed van inkomenszekerheid, huisvesting, en de sociale en fysieke leefomgeving op gezondheid weer toe. In dit artikel staan we stil bij de relatie tussen bestaansonzekerheid, gezondheid én de manier waarop de overheid hieraan bijdraagt. De onderzoeksvraag wordt beantwoord door het analyseren van vijftien biografische interviews met mensen in bestaansonzekerheid in drie verschillende levensfasen: jong (18–30 jaar), midden (30–50 jaar), oud (50–70 jaar). De interviews geven een veelzijdig beeld van bestaansonzekerheid. De dynamiek die inherent is aan bestaansonzekerheid zorgt voor onduidelijke grenzen en onduidelijkheid in causale relaties, vooral waar het gezondheid betreft. Als gevolg van bestaansonzekerheid komen mensen in een 'overlevingsmodus' terecht. Hulp vanuit de overheid is vaak slecht toegankelijk vanuit de ervaring van de respondenten. Dit is zorgelijk, omdat juist de overlevingsmodus op de langere termijn meer risico's op gezondheidsproblemen met zich meebrengt. De resultaten van ons onderzoek geven aanleiding tot drie bespiegelingen. Ten eerste is er de noodzaak om breder te denken over gezondheid en preventie. Daarnaast vergt de aanpak

van gezondheidsachterstanden meer proactieve hulp. Tot slot moeten we meer onderscheid durven maken als het gaat om de hulp die wordt aangeboden.

**Trefwoorden** bestaansonzekerheid · sociale determinanten van gezondheid · chronische stress · verzorgingsstaat · overlevingsmodus

**Living in survival mode  
 Insights from fifteen life stories about economic  
 insecurity, health and the welfare state**

**Abstract** Socio-economic status and health are inextricably linked. Policies to reduce health disparities have long focused on individual lifestyles, but recent years saw an increase in attention to the impact of income security, housing and the social and physical environment on health. In this article we reflect on the relationship between economic insecurity, health and government assistance. The research question is answered by analyzing fifteen biographical interviews with people in economic insecurity in three different stages of life: young adults (18–30 years), adults (30–50 years), older adults (50–70 years). The interviews give a versatile picture of economic insecurity. The dynamics inherent to economic insecurity create ambiguity in causal relationships, especially when it comes to health. As a result of economic insecurity, people enter a 'survival mode'. Government assistance is often ill-fitting to the reality in which the respondents find themselves. This is cause for concern, because the 'survival mode' in the longer term carries more risks of health problems. The results of our research give rise to three reflections. Firstly, there is the need for a broader definition of health and prevention which includes the wider determinants of health. In addition, tackling health disadvantages requires more

J. Goijaerts (✉)  
 Departement Public Health en  
 Eerstelijngeneeskunde/LUMC Campus Den Haag, Leids  
 Universitair Medisch Centrum, Den Haag, Nederland  
 Instituut Bestuurskunde, Faculteit Governance and Global  
 Affairs, Leiden Universiteit, Den Haag, Nederland  
[j.m.goijaerts@lumc.nl](mailto:j.m.goijaerts@lumc.nl)

R. Vonk · T. 'S Jongers  
 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, Den Haag,  
 Nederland



outreaching help. Finally, we must dare to tailor help to different risk groups.

**Keywords** Economic insecurity · Social determinants of health · chronic stress · welfare state · survival mode

## Inleiding

‘Ongelijkheid in gezondheid’, zo stelde de Britse arts Marmot in 2010, ‘wordt veroorzaakt door ongelijkheid in de maatschappij – de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en oud worden’ [1]. Ofwel, de wereld waarin we leven bepaalt in grote mate hoe gezond of ongezond we zijn. Marmot was zeker niet de eerste die op deze relatie wees. Al vanaf het moment dat gezondheidsverschillen als thema op de politieke agenda verschenen – aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw – werd er gewezen op de invloed van wat we, in navolging van het beroemde regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead uit 1991, de ‘wider determinants of health’ zijn gaan noemen: werk, inkomen, onderwijs, huisvesting, leefomgeving, sociale netwerken [2]. In de jaren negentig van de vorige eeuw leidde dat in Nederland tot ambitieuze werkagenda’s: gezondheidsverschillen moesten worden aangepakt door een combinatie van individueel gezondheidsbeleid – gericht op het eigen gedrag van mensen – en bredere investeringen in inkomenszekerheid, huisvesting en de leefomgeving van mensen. Dit ‘facetbeleid’ kwam echter niet van de grond [3].

Vanaf het einde van de jaren negentig verschoof de beleidsfocus steeds meer richting het aanpakken van ongezond gedrag, waarbij de nadruk werd gelegd op individuele verantwoordelijkheid [4]. Hiermee verdween de notie dat de maatschappij waarin mensen leven – en daarmee ook de verzorgingsstaat – grote invloed heeft op gezondheid steeds meer naar de achtergrond.

### *Bestaansonzekerheid, gezondheid en de verzorgingsstaat*

De laatste jaren neemt de aandacht voor de invloed van inkomenszekerheid, huisvesting, en de sociale en fysieke leefomgeving op gezondheid weer toe. Dat is niet zo verrassend. Ondanks decennia aan beleid gericht op het verbeteren van de individuele leefstijl, zijn de gezondheidsverschillen niet kleiner geworden [5, 6]. Bovendien neemt ook de maatschappelijke ongelijkheid op veel gebieden eerder toe, dan af. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau leeft in Nederland ongeveer 29% van de bevolking in een situatie waarin onzekerheid een belangrijke plaats inneemt [7]. Het gaat om mensen die tekorten ervaren op zowel persoonlijk, cultureel, economisch als sociaal kapitaal. Meer concreet betekent dit het hebben van een te gering ondersteunend sociaal netwerk, een instabiele

woonsituatie of slechte huisvesting, geen werk of dagbesteding en onvoldoende financiële middelen.

In het onlangs verschenen essay *Gezondheidsverschillen voorbij* roept de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) de overheid en maatschappelijke partijen op om bij preventiebeleid meer aandacht te geven aan de sociale determinanten van gezondheid. Als vervolg op dit essay heeft de RVS in het boek *Gezichten van een onzeker bestaan* vijftien levensverhalen van mensen in bestaansonzekerheid opgetekend [8, 9]. Dit artikel bouwt voort op onderzoek dat voor beide publicaties is gedaan. We staan stil bij de relatie tussen bestaansonzekerheid, gezondheid én de manier waarop hulp vanuit de overheid hieraan bijdraagt of hierop inspeelt.

Chronische stress speelt hierbij een belangrijke rol. Economische bestaansonzekerheid – armoede, werkloosheid en ook de angst voor werkloosheid en de gevolgen daarvan – is een van de belangrijkste oorzaken van chronische stress [10, 11]. Chronische stress is slecht voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Langdurige stress kan leiden tot overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten, een verminderde weerstand, slapeloosheid en depressie. Het zorgt er tevens voor dat mensen moeite hebben met leefstijlveranderingen, plannen, prioriteiten stellen en informatie verwerken. Stress leidt tot impulsief gedrag en minder zelfvertrouwen [10, 12]. Deze groep mensen krijgt bovendien te maken met een complex systeem aan ondersteuningsmaatregelen dat hoge verwachtingen stelt aan hun ‘doenvermogen’. Dit terwijl hun denkvermogen er geen extra druk bij kan hebben [13, 14]. Met dit onderzoek willen wij inzicht geven in de manier waarop deze verschillende facetten (bestaansonzekerheid, gezondheid en hulpverlening) samen komen in de levens van mensen en zo een brug slaan tussen kennis over de sociale determinanten van gezondheid en beleid gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen.

De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van een analyse van vijftien biografische interviews met mensen in bestaansonzekerheid in drie verschillende levensfasen: jong (18–30 jaar), midden (30–50 jaar), oud (50–70 jaar). Alle groepen vallen binnen het ‘arbeidzame leven’, de periode waarin mensen geacht worden voor hun eigen inkomen te zorgen. We kijken naar mensen die zich in verschillende stadia van de levensloop bevinden, omdat gezondheidseffecten van stress en onzekerheid pas na een langere periode intreden [15, 16]. Door mensen in verschillende levensfasen te onderzoeken, kunnen we vergelijken hoe sociale en gezondheidsproblemen zich in verschillende levensfasen uiten en hoe de verzorgingsstaat daarbij aansluit.

## Methode

### Interviewmethode

Het onderzoek betreft een interviewonderzoek met vijftien respondenten. Er is gebruikgemaakt van de biografisch-narratieve interviewmethode [17]. Deze methode stelt respondenten in staat hun eigen levensverhaal te vertellen [18]. Aan het begin van het interview stelt de interviewer maar één vraag, vanuit een biografische invalshoek. Voor dit onderzoek hebben we respondenten gevraagd zich te richten op hun problemen en de hulp die ze daarbij hebben gekregen van publieke instanties: ‘Kun je me iets vertellen over jouw ervaringen met hulp en instellingen van de overheid vanaf het moment dat je je kan herinneren en hoe het zich heeft ontwikkeld tot nu. Neem alle tijd die je nodig hebt, we hebben de tijd. Ik zal eerst alleen luisteren en notities maken en je pas vragen stellen als je helemaal klaar bent.’

De interviewer onderbreekt de respondent niet tot deze klaar is met zijn of haar verhaal. Daarna vraagt de interviewer door op onderwerpen die de respondent heeft aangedragen. Tot slot kan de interviewer ook nog vragen stellen over onderwerpen die nog niet besproken zijn.

De interviews zijn afgenomen in de periode van november 2020 tot en met januari 2021 en duurden gemiddeld 1,5 uur. De interviews vonden plaats bij de respondenten thuis of op een publieke plek (bijvoorbeeld een buurthuis). Zes van de vijftien interviews zijn in overleg met de respondenten afgenomen via videobellen, omdat de coronamaatregelen strenger zijn geworden in de periode waarin de interviews plaatsvonden en sommige respondenten zich daar prettiger bij voelden. Alle interviews, behalve één, zijn afgenomen door dezelfde onderzoeker. Er is met toestemming een audio-opname van de interviews gemaakt.

De interviews zijn woordelijk getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van de software Atlas.TI. Voor de analyse zijn eerst stukken uit de interviews geselecteerd die gaan over bestaansonzekerheid. Deze fragmenten zijn verdeeld over de drie belangrijkste groepen elementen van dit onderzoek: bestaansonzekerheid, gezondheid en hulp vanuit de overheid. Binnen deze drie groepen zijn de citaten open gecodeerd en verder uitgesplitst tot de thema's die worden gepresenteerd in de resultaten. (Het interviewprotocol en de codeboom zijn op te vragen bij de auteurs).

Het onderzoeksprotocol voor dit onderzoek is als niet-WMO plichtig beoordeeld door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie Leiden Den Haag Delft en is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Faculteit Governance and Global Affairs van de Universiteit Leiden.

### Respondenten

De populatie waaruit de respondenten geselecteerd zijn, werd gedefinieerd als iedereen die meerdere jaren in een periode van bestaansonzekerheid heeft geleefd en omwille van die bestaansonzekerheid contact heeft gehad met een of meer arrangementen van de verzorgingsstaat. Binnen deze groep werden voor verschillende leeftijdsgroepen – jong (18–30 jaar), middelbaar (30–50 jaar), oud (50–70 jaar) – elk vijf respondenten geworven. Verder is een selectie gemaakt op basis van diversiteit van de respondenten, met als doel de diversiteit te vergroten op grond van sekse, etniciteit en woonplaats. Diversiteit zorgt ervoor dat we in dit exploratieve onderzoek een zo inclusief mogelijk beeld krijgen van de verschillende uitingen van bestaansonzekerheid. In de selectie zitten ook zeven ervaringsdeskundigen, die zijn opgeleid in het spreken over hun ervaringen en deze inzetten bij zorg- en welzijnsinstanties in Nederland.

## Resultaten

### Bestaansonzekerheid: overleven

Voor vrijwel alle geïnterviewden bestaat bestaansonzekerheid uit het ontbreken van stabiele huisvesting of een toereikend inkomen. Dit gebrek uitte zich bij elke respondent wel op een andere manier. Sommige respondenten zijn dakloos en verslaafd geweest, anderen hebben lang in de jeugdzorg gezeten of hebben lang schulden gehad, weer anderen hopten noodgedwongen van tijdelijk contract naar tijdelijk contract. De rode lijn in alle verhalen is echter onzekerheid over de vraag of je morgen nog wel een dak boven je hoofd hebt of eten kan kopen.

Wanneer deze basisbehoeften wegvallen, heeft dat ingrijpende gevolgen. De respondenten refereerden zelf vaak aan het woord ‘overleven’, om hun toestand aan te duiden. Overleven is een modus waarin het voelt alsof je aan het ‘verdrinken’ bent, waarin je continu ‘aan’ moet staan, en je voortdurend moet verantwoordt. Het is ook een modus waarin het gaat om de korte termijn. Het is op dat moment alleen mogelijk om één stap vooruit te denken.

*‘Het is echt een overlevingsstand geweest, en ik merk ook nog wel dat ik erin zit omdat je continu moet nadenken, continu moet verantwoorden, continu moet bezig zijn met geld, ook van waar gaat het naartoe, waar komt het vandaan.’ (Respondent 15)*

Het overleven zetten de respondenten af tegen situaties van ‘rust’ en een ‘normaal’ leven. Rust komt in een situatie dat je bijvoorbeeld wel weer een huis hebt gevonden, nadat je dat een tijdje niet hebt gehad. Of rust komt als je een tijdje uit een gezinssituatie wordt gehaald waarin mishandeling voorkomt.

Rust komt ook als je in de schuldhulpverlening zit en je niet meer bang hoeft te zijn voor deurwaarders.

Uit de interviews blijkt dat deze episodes van overleven en relatieve rust elkaar afwisselen. Een voorbeeld is respondent 2, iemand die van tijdelijk contract naar tijdelijk contract hopt. De momenten waarop ze inkomen heeft, gebruikt ze om schulden af te lossen. De periodes van stabiliteit worden afgewisseld met momenten waarop ze geen baan en geen eigen huis heeft.

### Gezondheid in verschillende levensfasen

Het ontvallen van basisbehoeften heeft grote gevolgen voor de gezondheid van de respondenten. De mentale gezondheid van mensen in bestaansonzekerheid gaat achteruit. De respondenten hebben het over vermoeidheid, twijfel, apathie of ontwijkend gedrag. Ze zijn bang om met hun problemen geconfronteerd te worden. Zo komt het ook dat ze beslissingen nemen die op de lange termijn niet voordelig zijn, zoals het negeren van de post. Tegelijkertijd werden sommige respondenten juist in de overlevingsmodus heel creatief, door bijvoorbeeld op een goedkope manier zelf eten of cadeautjes te maken, of te douchen in een openbaar zwembad. Als het niet meer lukt om de knop om te zetten en door te blijven gaan, kan de mentale gezondheid verslechteren en uitmonden in zwaardere mentale problemen, zoals een depressie of verslaving.

*'Dus ik ging verder zoeken en elke keer was ik snel uitbehandeld, maar ik was echt zo gedraineerd en moe van het strijden tegen de overheidsinstellingen en m'n leven. (...) terwijl ik gewoon omdat ik juist niet goed werd behandeld steeds depressiever werd en ook suïcidaal, dus ik was echt verafgezakt qua mentale staat, zeg maar, ik kon niks meer.'* (Respondent 15)

Veel respondenten gaven aan dat de stress van bestaansonzekerheid ook lichamelijke gevolgen had. Dat kan beginnen met slapeloze nachten en een ander eetpatroon. Ze kregen migraine, vielen af of kwamen juist aan. Bij de respondenten die al decennia in bestaansonzekerheid leven zijn er ernstigere gevolgen te zien, zoals hoge bloeddruk en ernstige hartproblemen. Waar de jongere respondenten vaak klachten noemden als stress, slapeloosheid of gewichtsverlies of juist aankomen, waren de gezondheidsklachten bij de oudere respondenten veel serieuzer van aard, zoals hart- en vaatziekten. Hier zien we dat bestaansonzekerheid niet direct, maar op langere termijn, en zeker bij oudere mensen, leidt tot ernstige gezondheidsproblemen.

*'Slapeloosheid begint toe te nemen, want je bent elke dag aan het piekeren van wat eten we morgen, wat doen we morgen, of komt die aan de deur of die aan de deur. (...) Je komt absoluut niet tot*

*rust, je valt af tegen de 10 [kilo] (...), je gaat zenuwachtiger worden. En dan krijg je natuurlijk ook als je stress hebt, ja een maagzweer. Blijft ook niet uit. Ja de mate waarin je jezelf druk maakt, ja, daar komt van alles bij, dan heb je weer een hartinfarctje, dan heb je weer een paar dagen plat of (...) als je dan een keer goed de griep hebt en je ziet dat er niks in huis is, ja, dan ga je met griep toch maar weer werken, met gevolg dat je weer longontsteking oploopt. (...) want je luistert op zo'n moment totaal niet meer naar je eigen lichaam.'* (Respondent 7)

De interviews laten ook zien dat in iedere levensloop het verband tussen bestaansonzekerheid en gezondheid anders is. Wat voor sommige respondenten een gevolg was van bestaansonzekerheid, zoals de ervaring van slapeloosheid, stress of zelfs hartfalen, was voor andere respondenten gezondheid juist de oorzaak. Bij die laatste groep begon bestaansonzekerheid bijvoorbeeld met een gebroken knie gevolgd door verslechterde mobiliteit.

Bestaansonzekerheid beïnvloedt de gezondheid van de respondenten anders afhankelijk van de levensfase waarin ze zitten. Hierbij speelt zowel leeftijd, als de lengte van de periode van overleven in bestaansonzekerheid een belangrijke rol. Respondent 13 zit in de jonge leeftijdscategorie. Na een periode van stress en slapeloosheid door schulden heeft hij geen blijvende gezondheidsproblemen overgehouden en ervaart hij, nu de schuldproblemen zijn opgelost, rust. Zo zien we bij de meeste jonge respondenten de minst heftige gezondheidsproblemen. Jongeren die snel weer uit bestaansonzekerheid komen, ondervinden relatief milde gezondheidsgevolgen.

Daartegenover staat dat mensen die in bestaansonzekerheid worden geboren of er langer in blijven hangen, wel grote gezondheidsgevolgen ondervinden, hoe oud of jong ze ook zijn. Dit zien we bijvoorbeeld bij respondent 15 (jong), 11 (midden), 10 (midden) en 8 (oud). Bij deze groep observeren we mentale en fysieke gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek, overgewicht en burn-out. De gezondheidsproblemen zijn, volgens verwachting, het ergst bij de respondenten op middelbare en oudere leeftijd. Ook als bestaansonzekerheid pas op latere leeftijd ontstaat, kan deze sneller ernstige gezondheidsgevolgen hebben dan bij jongere mensen. Dit zien we bijvoorbeeld bij respondent 1, 7 en 14, die allemaal op latere leeftijd pas in de schulden kwamen en in dezelfde levensfase al te maken kregen met ernstige gezondheidsklachten. Dit laat zien hoe belangrijk het is dat de toegankelijkheid van hulp optimaal is, om juist ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen.

### Toegankelijkheid van hulp

De relatie tussen bestaansonzekerheid, gezondheid en hulp van de overheid analyseren we vanuit het perspectief van de respondenten. Ze ervaren geen duidelijk verschil tussen hulp gegeven door gemeenten of de nationale overheid of door publieke of semipublieke instanties. Sterker nog, de respondenten geven aan verdwaald te zijn geraakt in de wereld van de hulpverlening. Welke overheidsinstantie of semipublieke organisatie uiteindelijk waarvoor verantwoordelijk is, doet voor hen niet zo ter zake, zolang zij met hun hulpvraag ergens terecht kunnen waar deze adequaat gedresseerd wordt.

Wat uit de interviews blijkt is dat toegang tot hulp vaak een breder probleem is dan alleen financiële toegankelijkheid. Niet de reële toegankelijkheid, maar de ervaren toegankelijkheid is het grootste probleem. Respondenten geven aan dat ze soms niet wisten dat ze hulp konden krijgen of waar ze om hulp konden vragen. Daarnaast geven ze aan tussen wal en schip te vallen. Een hoog inkomen én hoge schulden kunnen bijvoorbeeld betekenen dat je geen recht hebt op toeslagen, waardoor je netto-inkomen ver onder het bestaansminimum zakt.

*‘Als ik gewoon wist wat mijn rechten waren dat ik gewoon bijvoorbeeld in de WW kon zitten, (...) dat ik gewoon wel werkzoekende was. Maar had ik toch wel een inkomen bijvoorbeeld, nooit geweten dat de WW-uitkering bestaat.’ (Respondent 5)*

Hulp kan ook afhangen van het netwerk dat mensen hebben of van sleutelfiguren die ze in hun leven tegenkomen. Dit zijn vaak hulpverleners die net een stap verder gaan en de persoon intensief helpt, ook als dat eigenlijk niet mag of verwacht wordt.

Deze sleutelfiguren hadden bovendien een vertrouwensband met de respondenten, die zich gerespecteerd en serieus genomen voelden. Dit contrasteert met de vernedering die veel respondenten ervoeren in hun ontmoetingen met instituties. Bij de hulpvraag komen ook kwetsbaarheid en schaamte kijken. Zo omschreef één respondent (15) het als het gevoel met de ‘billen bloot’ te moeten. Dat gevoel van kwetsbaarheid vormt ook een bron van wantrouwen, bijvoorbeeld als respondenten niet werden geloofd of werden uitgelachen. Er is wederzijds wantrouwen: vanuit de hulpverlenende instantie die wil controleren of regels wel worden nageleefd, en vanuit de respondenten die zich gestigmatiseerd voelen – eenmaal een dubbeltje, altijd een dubbeltje.

*‘Dus ik heb toen de sociale dienst opgebeld en toen heb ik gezegd: luister dit en dat is het geval en ik wil het weer proberen, want ik was inderdaad ontheven van sollicitatieplicht vanwege de ja, alles wat er gebeurd was en degene die ik aan de andere kant van de lijn zat die zei gewoon maar*

*nou mevrouw luister, dat gaat natuurlijk niet gebeuren, want u zit in de bak afgeschreven. Ik zo, pardon?’ (Respondent 8)*

Respondenten geven aan dat de (ervaren) toegankelijkheid van hulp slechter wordt, wanneer ze niet weten waar ze met hun hulpvraag terecht kunnen, of als ze tussen de mazen van de regels vallen, of als ze geen beroep kunnen doen op hun netwerk. Daarbij komt vaak een verregaande terughoudendheid met vragen om hulp door eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening. Dit is zorgelijk, omdat juist de overlevingsmodus op de langere termijn meer risico's op gezondheidsproblemen met zich meebrengt.

### Beschouwing en conclusie

De vijftien interviews geven een veelzijdig beeld van bestaansonzekerheid. Onder de respondenten bevinden zich mensen die lange tijd geen enkel inkomen hadden of leefden met hoge schulden, tot mensen die een redelijk stabiel maar ontoereikend inkomen hadden om van te leven. Deze verscheidenheid zien we ook terug in de huisvesting – daar lopen de ervaringen uiteen van dakloosheid of een bestaan als bankhopper tot vaak (moeten) verhuizen.

In de interviews zien we bovendien een duidelijke relatie tussen bestaansonzekerheid, chronische stress en gezondheidsproblemen. Dit sluit goed aan bij recente onderzoeken naar bestaansonzekerheid, *life events* (zoals een scheiding of ongeval) en het ontstaan van somatische of psychische aandoeningen [10–12]. Wat echter uit de interviews ook blijkt, is dat de stress van het ‘overleven’ er ook voor zorgt dat er weinig ruimte is om iets aan die gezondheidsproblemen te doen, bijvoorbeeld omdat andere problemen (inkomen, huisvesting) voorrang hebben: ‘Je luistert op zo'n moment totaal niet meer naar je eigen lichaam’, zoals een van de respondenten het krachtig samenvatte.

De resultaten van ons onderzoek geven aanleiding tot drie bespiegelingen. Ten eerste is er de noodzaak van breder denken als het gaat om gezondheid en preventie. Daarnaast vergt de aanpak van gezondheidsachterstanden meer proactieve hulpverlening. Tot slot moeten we meer onderscheid durven maken als het gaat om de hulp die wordt aangeboden.

### Breder denken

Ondanks de vele verschillende vormen die bestaansonzekerheid in het leven van de individuele respondenten kon aannemen, lijken de gevolgen verrassend veel op elkaar. Het woord ‘overleven’ komt in de interviews vaak terug. Respondenten geven aan in een bepaalde mindset te komen – een overlevingsmodus waarbij het vooral draait om het oplossen van en leven met acute inkomens- of huisvestingsproblemen. Er is weinig ruimte voor andere zaken, zoals het ver-

zamen en wegen van informatie of het onderhouden van contacten. Ook het langetermijnperspectief raakt grotendeels uit beeld. Dit beeld sluit goed aan bij de kennis die de afgelopen decennia is opgedaan over het effect van acute en chronische stress op de zelfredzaamheid van mensen [13, 14, 19].

Ruimte voor gezondheid ontstaat pas als de mindset van overleven wordt doorbroken. Herstel begint bij rust. En het brengen van rust in een leven in bestaansonzekerheid vergt niet alleen een nauwere samenwerking tussen zorgprofessionals, overheden en maatschappelijke partners als woningbouwcorporaties en werkgevers, maar ook een bredere manier van denken en doen. Heel concreet, de behandeling van een depressie of een ongezonde leefstijl kan in sommige gevallen dus beginnen met het zoeken naar huisvesting, het aanvragen van schuldhulpverlening of het vinden van werk. Dat vraagt om andere vormen van verwijzen en samenwerken buiten de klassieke grenzen van de zorg en preventie. Aan de andere kant vergt dit ook bij andere partijen een besef dat gezondheid niet alleen iets van zorgprofessionals is. Huisvesting, werk en ondersteuning, en de sociale en fysieke leefomgeving hebben een bijzonder grote impact op de gezondheid van mensen. Dat betekent dat de (volks)gezondheid ook een verantwoordelijkheid is van woningbouwcorporaties, werkgevers en gemeenten. Ook zij zijn aan zet, en daar zouden zorgprofessionals ze ook op moeten kunnen aanspreken. Maar zorgprofessionals kunnen dit niet alleen. Hulp en ondersteuning die rekening houden met specifieke behoeften van mensen in hun specifieke context, kunnen niet zonder een beleidsparadigma waarbij de mens en diens omgeving in samenhang worden gezien. Dit gebeurt ook steeds meer. Veel gemeenten, GGD'en en eerstelijnszorgverleners experimenteren bijvoorbeeld al met instrumenten, zoals positieve gezondheid en het 4-Domeinenmodel, en beleidsperspectieven, zoals 'Health in all Policies' [20].

### *Proactieve hulpverlening*

We hebben gezien dat de bestaande hulp voor de groep respondenten vaak niet goed toegankelijk is. Voor hen blijken schaamte, onwetendheid over én slechte ervaringen met bestaande hulp- en ondersteuningsarrangementen vaak net zulke grote drempels te vormen voor het zoeken naar hulp als financiële barrières. Tegelijkertijd geven de respondenten aan dat juist hulpverleners die net een stap verder gaan dan de voorschriften en investeren in een vertrouwensband de sleutel vormen tot een blijvende verandering. We hebben gezien dat bij een kwetsbare groep vertrouwen van groot belang is voor de hulpverlening. Dat pleit ervoor om juist bij deze groep mensen hulp actiever en laagdrempeliger aan te bieden, waarbij ook minder vertrouwd wordt op de zelfredzaamheid van mensen. Ook binnen de huidige grenzen van hulp en ondersteuningsarrangementen kan er veel, maar vaak

wordt er pas hulp geboden als iemand aan de bel trekt. Deze bevindingen sluiten goed aan bij eerder onderzoek naar de rol van vertrouwen in zorgrelaties en het effect daarvan op (gezondheids)uitkomsten [21, 22]. Werken aan vertrouwen, betekent ook anders werken. Een huisbezoek – zo leert de ervaring die inmiddels is opgebouwd met het outreachend welzijnswerk – levert in dat geval soms meer relevante informatie op dan een gesprek in de spreekkamer [23]. Maar er kan ook op andere manieren aan proactieve 'hulp' worden gedaan. Er kan bijvoorbeeld veel gewonnen worden met voorlichting en onderwijs: waarom leren we kinderen niet een paar basisbeginselen van de verzorgingsstaat?

### *Onderscheid maken*

Niet iedereen heeft behoefte aan dezelfde hulp. De observatie dat jonge mensen die ook weer uit bestaansonzekerheid komen relatief minder gezondheidsklachten hebben, en oudere mensen of mensen die hun leven lang in bestaansonzekerheid leven ernstigere gezondheidsklachten hebben, zou ervoor pleiten dat hulp voor jonge mensen erop is toegespitst dat zij niet in bestaansonzekerheid blijven hangen, en voor oudere mensen dat zij er niet inkomen. Bij jongeren kan wellicht worden volstaan met een langdurige, maar lichte vorm van zorg en ondersteuning: een 'vinger-aan-de-pols'-beleid. Bij ouderen zijn vaak langdurige en intensievere zorg en hulp noodzakelijk.

### *Conclusie*

Bestaanszekerheid en gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De manier waarop die in de levens van individuen met elkaar verbonden zijn is echter divers en complex. Om de (ervaren) toegankelijkheid van hulp in de Nederlandse verzorgingsstaat te verbeteren zal deze beter moeten aansluiten bij de realiteit van 'overleven'.

**Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

### *Literatuur*

1. Marmot M, Atkinson T, Bell J, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot review; strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010.

2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
3. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomisch gezondheidsverschillen. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2018.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer gezond leven 2004–2007; ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2003.
5. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociol Health Illn.* 2014;36(2):213–25.
6. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med.* 2012;75(4):761–9.
7. Sociaal en Cultureel Planbureau. Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2014.
8. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2020.
9. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Gezichten van een onzeker bestaan. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2021.
10. American Psychological Association. Work, stress, and health & socioeconomic status. APA. 2010. <https://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/work-stress-health>. Geraadpleegd op: 23 apr 2021.
11. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag. Een verkenning op basis van group model building. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020.
12. Shern DL, Blanch AK, Steverman SM. Toxic stress, behavioral health, and the next major era in public health. *Am J Orthopsychiatry.* 2016;86(2):109–23.
13. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2017.
14. Mullainathan S, Shafir E. Scarcity: why having too little means so much. New York City: Henry Holt and Company; 2013.
15. Doom JR, Mason SM, Suglia SH, et al. Pathways between childhood/adolescent adversity, adolescent socioeconomic status, and long-term cardiovascular disease risk in young adulthood. *Soc Sci Med.* 2017;188:166–75.
16. Colman I, Jones PB, Kuh D, et al. Early development, stress and depression across the life course: pathways to depression in a national British birth cohort. *Psychol Med.* 2014;44(13):2845–54.
17. Wengraf T. Qualitative research interviewing: biographic narrative and semi-structured methods. London: SAGE; 2001.
18. Rosenthal G. Biographical research. In: Seale C, Gobo G, Gubrium JF, et al., redactie. *Qualitative research practice.* London: SAGE; 2004. pag. 49–65.
19. Haushofer J, Fehr E. On the psychology of poverty. *Science.* 2014;344(6186):862–7.
20. World Health Organization. Health in all Policies (HiAP) framework for country action. World Health Organization. 2014. [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf). Geraadpleegd op: 3 sep 2021.
21. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q.* 2001;79(4):613–39.
22. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, et al. Trust in the health care professional and health outcome: a meta-analysis. *PLoS ONE.* 2017;12(2):e170988.
23. Doorn L van, Huber MA, Kemmeren C, et al. Outreachend werkt! Utrecht: Movisie; 2013.