

De complexe relatie tussen financieel, fysiek en geestelijk welzijn en wat dit betekent voor de praktijk



Wanneer help je iemand echt?



Wanneer help je iemand echt?

De complexe relatie tussen financieel, fysiek en geestelijk welzijn en wat dit betekent voor de praktijk.

Auteurs

Jonathan Broekhuizen
Roeland van Geuns

Dit rapport is geschreven in opdracht van Nationale Nederlanden (NN) als onderdeel van hun Community Investment Programme NN Future Matters. NN Future Matters heeft als doel om mensen in gebieden waar NN werkzaam is in hun kracht te zetten en hun financiële redzaamheid te ondersteunen. De focus ligt op financiële educatie en empowerment, het creëren van economische kansen voor jonge mensen en het ondersteunen van huishoudens in financieel moeilijke omstandigheden.

Het manuscript is geredigeerd door Marieke Buijs, in het Nederlands vertaald door Louise Koopman en opgemaakt door Ontwerpbureau Suggestie & Illusie.

Datum

2022

©2022 Hogeschool van Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Amsterdam.



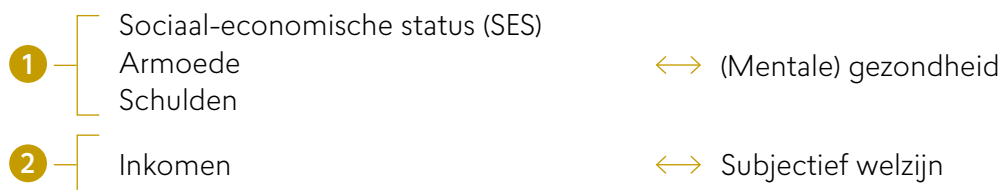
1. Introductie

Geïndustrialiseerde landen hebben de afgelopen anderhalve eeuw grote stappen gezet in de verbetering van volksgezondheid. In Nederland steeg de levensverwachting elk decennium met drie jaar.¹ En het merendeel van die extra jaren wordt in goede gezondheid doorgebracht. Maar niet iedereen heeft van deze vooruitgang geprofiteerd. Mensen met een lagere sociaal-economische achtergrond blijven achter, en het gat tussen hen en de rest van de maatschappij is de afgelopen jaren steeds groter geworden.² Ruim een kwart van Nederlandse huishoudens leeft in bestaansonzekerheid.

Veel van deze landen hebben een levendige burgermaatschappij en er is vaak een overvloed aan maatschappelijke initiatieven om mensen die niet mee komen te helpen. Maar hoewel deze initiatieven een teken van sociale solidariteit zijn, blijken ze niet altijd even effectief in het helpen van mensen.³ Vaak ontbreekt het geld om problemen op een structurele manier aan te pakken. Initiatieven richten zich vaak op een specifiek aspect van het probleem dat voor hen behapbaar is, zonder aandacht te besteden aan zaken die nauw gerelateerd zijn. Denk bijvoorbeeld aan een initiatief dat sollicitatietraining biedt, waar blijkt dat deelnemers moeite hebben zich te concentreren vanwege financiële zorgen of depressieve gevoelens, waardoor de training minder effectief is. Het stelt de organisatie voor een dilemma: moet het initiatief zich eerst richten op het wegnemen van financiële zorgen? Dit roept een grotere vraag op: waar moeten maatschappelijke initiatieven zich precies op richten om mensen structureel te helpen? Of anders gezegd: Wanneer help je iemand écht?

De laatste jaren groeit het bewustzijn onder wetenschappers en het brede publiek over hoe innig financiën, gezondheid en welzijn met elkaar verstrengeld zijn. Je kunt problemen van mensen vaak niet reduceren tot een aantal sub-problemen die je onafhankelijk van elkaar kunt oplossen, vanuit de gedachte dat alle oplossingen bij elkaar opgeteld het totaalprobleem verhelpen.⁴ Uit onderzoek weten we inmiddels steeds meer over hoe problemen met elkaar in verband staan. Beleidsmakers en uitvoerende beroepskrachten en vrijwilligers die de complexe relatie tussen financiële, fysieke en mentale factoren begrijpen, bevinden zich in de unieke positie om deze inzichten te vertalen naar hun initiatieven.

Dit rapport biedt een overzicht van academische en grijze literatuur, en de lessen die we hieruit kunnen trekken. Er zijn twee soorten relaties die het meest onderzocht zijn. Deze zullen we in dit verslag verder uitdiepen:



In de appendix onderbouwen we onze methodologie en de studies waar dit rapport zich op heeft gebaseerd. De belangrijkste uitkomsten kunnen samengevat worden in zeven lessen, die tevens de opbouw van dit rapport weergeven.



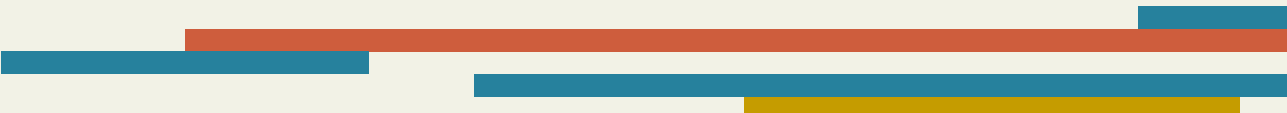
De belangrijkste lessen

1 **Gezondheid, en dan vooral psychische gezondheid, wordt sterk beïnvloed door iemands sociaal-economische status (SES).** Mensen met een lage SES hebben vaker te maken met depressie en angststoornissen. Ook gaan ze vaker over tot zelfdoding. Ze leven gemiddeld korter door fysieke kwalen als diabetes, obesitas, kanker en hart- en vaatziekten. ►

2 **In een poging de gezondheid van mensen te vergroten door het verbeteren van hun sociaal-economische status, richten beleidsmakers zich vaak op onderwijs en werkgelegenheid; maar een belangrijkere factor is financiële stress.** Bij financiële stress kun je denken aan de zware en chronische stress die samenhangt met problematische schulden. Maar ook de stress bij mensen als ze hun kinderen geen gezonde maaltijd kunnen voorzetten of door het niet kunnen betalen van de huur hen geen veilig onderdak kunnen bieden. Dit zijn zaken die een forse tol eisen van de mentale gezondheid. ►

3 **Beleidsmaker zoeken voortdurend naar de onderliggende oorzaken van het probleem: wat is het belangrijkste om te adresseren?** Een dominante theorie in de vorige eeuw was dat iemands sociaal-economische status de bron is van tal van andere problemen, zoals criminaliteit, echtscheiding, middelengebruik en gezondheidsproblemen. In de afgelopen decennia zijn onderzoekers echter gaan inzien dat de zoektocht naar één onderliggend probleem te simplistisch is, en beleid dat op zulke theorieën is gebouwd op de lange termijn niet effect is. Dit heeft geleid tot een discussie tegen versimpeling en voor het accepteren van complexiteit. Dit heeft tevens geleid tot een zoektocht naar een meer holistische benadering van problemen als armoede en gezondheidsongelijkheid. ►

4 **Bovengenoemde complexiteit heeft geleid tot het identificeren van mechanismen waarin de relatie tussen SES en gezondheid tot uiting komt.** Hoe beter initiatieven zich baseren op deze mechanismen, des te effectiever ze zijn. De relatie tussen SES en gezondheid komt allereerst tot uiting in hoe kinderen opgroeien en hun brein zich ontwikkelt, vooral in de eerste 1.000 dagen. Maar ook hoe de schooltijd van adolescenten en jongeren verloopt en of ze hun leven gedurende deze jaren als deprimerend of hoopvol ervaren. De fysieke context in ogenschouw nemende spelen zaken als huisvesting mee; slechte isolatie en geluidsoverlast beïnvloeden de mentale gezondheid in sterke mate.



De sociale context gaat vooral over zaken discriminatie en uitsluiting. De economische context beïnvloedt welke fasen in iemands leven kritiek zijn voor zijn carrière: de middelbare schooltijd, de overgang van studie naar werk en het vinden van een stageplaats, evenals het verliezen van werk in de jaren vóór de pensioengerechtigde leeftijd. ►

5

Naast onderzoek naar gezondheid is er ook veel onderzoek naar subjectief welzijn: deze literatuur toont aan dat zaken als inkomen voor het welzijn eigenlijk maar een relatief geringe rol spelen vergeleken met niet-financiële zaken. Niet-financiële zaken

gaan met name over de vervulling van menselijke basisbehoeften, zoals persoonlijke groei, zingeving, gezondheid, veiligheid, verbondenheid en identiteit. Toch loopt er van inkomen wel een lijntje naar welzijn, in die zin dat iemands inkomen invloed kan uitoefenen op het verwezenlijken van deze niet-financiële factoren. Anders gezegd, financiën zijn vooral een voorwaardenschepper: een middel om een hoger doel te bereiken. Hierin ligt ook voor een groot deel de meerwaarde van oplossingen als een basisinkomen. Tegelijkertijd kan juist het inzetten op niet-financiële zaken veel kosten-effectiever zijn, zoals het creëren van motivatie of andere psychologische factoren. Echter lijken deze factoren tot nog toe moeilijker beïnvloedbaar dan het beïnvloeden van iemands financiën. ►

6

Eén veelbelovend terrein waarop maatschappelijke initiatieven kunnen inzetten zijn psychologische armoedevallen. Door het concept van de armoedeval begrijpen we dat

mensen geen passieve ontvangers zijn van hulpprogramma's, maar actieve beïnvloeders van hun eigen wereld. Echter, als iemand de vaardigheden en middelen mist om problemen zelf op te lossen, kan dit ertoe leiden dat hij mentaal 'uitschakelt', wat zichzelf kan manifesteren in bijvoorbeeld depressie. Als maatschappelijke initiatieven de vaardigheden en middelen identificeren waarop mensen vastlopen en zich hierop richten, kunnen ze de armoedeval doorbreken. Hoewel de armoedeval nog volop wordt onderzocht, biedt het concept een beginpunt door vragen centraal te stellen als: 'Waardoor komen mensen die we proberen te helpen vast te zitten, en wat voor vaardigheden of middelen hebben ze nodig om uit die situatie te breken?' ►

7

Wat betekenen deze wetenschappelijke inzichten voor de praktijk? Ze suggereren

bovenal dat complexe, multidimensionale problemen niet opgelost kunnen worden door strak-omschreven probleemdefinities en eendimensionale oplossingen. In plaats daarvan bepleiten experts van over de hele wereld een systeembenadering. Dit begint bij het veranderen van de startvraag. Niet 'hoe kunnen we armoede uitroeien', maar 'waarom blijft armoede bestaan?' Dit leidt tot een wezenlijk andere benadering. Aan het eind van dit rapport verkennen we hoe deze benadering eruit zou kunnen zien en welke praktijkvoorbeelden er al voorhanden zijn. ►



2. Wat valt er te leren over de relatie tussen financieel, fysiek en mentaal welzijn?

2.1 Sociaal-economische status (ses) en (mentale) gezondheid

Het idee dat iemands economische situatie de gezondheid beïnvloedt, is al meer dan honderd jaar onderwerp van onderzoek, en we hebben er ondertussen veel over geleerd. Vaak richt dit onderzoek zich op de sociaal-economische status (SES), wat een containerbegrip is voor zaken als inkomen, opleiding, arbeidsstatus en meer. In Nederland heeft ongeveer 29 procent van de bevolking omvangrijke problemen op een of meer van deze sociaal-economische gebieden.⁵ Het is te simpel om te stellen dat financieel welzijn enkel gaat over inkomen, of dat armoede simpelweg een gebrek aan geld is. Het is vaak een samenspel van meerdere zaken die samen bestaansonzekerheid creëren. Hoewel elke situatie uniek is, worstelen huishoudens met een lage SES gemiddeld vaker met een onzekere woonsituatie, het ontbreken van werk of een gestructureerde dagbesteding, gebrek aan scholing en financiële onzekerheid. Er kan sprake zijn van het ontbreken van een netwerk dat steun biedt en een gebrek aan geld om in een basisbestaan te voorzien. Het is lastig om al deze factoren te ontwarren, in de praktijk zijn ze innig met elkaar verstrengeld.

Gezondheid, vooral geestelijke gezondheid, wordt sterk beïnvloed door iemands sociaal-economische status.⁶ Onderzoek toont aan dat de relatie tussen SES en een slechte gezondheid vaker geldt voor geestelijke gezondheid dan voor fysieke gezondheid.⁷ De relatie komt duidelijk terug in verscheidene cijfers: mensen uit armere huishoudens maken vaker gebruik van gezondheidszorg, hebben hogere ziektekosten⁸ en komen vaker in psychiatrische klinieken terecht.⁹ Niet ieders bestaan wordt op dezelfde manier getroffen door slechte persoonlijke economische omstandigheden. De effecten van armoede op psychische problematiek zijn duidelijker zichtbaar bij vrouwen¹⁰ (vooral rondom de geboorte van kinderen¹¹), adolescenten¹² en mensen met chronische ziektes zoals diabetes.¹³

Sociaal-economische status staat in verband met zowel veel voorkomende als specifieke, zeldzamer psychische problematiek. Wereldwijd zijn depressie en angststoornissen de meest voorkomende mentale aandoeningen, en er is een duidelijke relatie tussen deze twee met sociaal-economische status.¹⁴ Zo lijden arme mensen 1,5 tot 3 keer zo vaak aan depressie en angststoornissen dan rijke mensen. Maar een lagere sociaal-economische status hangt ook samen met specifieke, zeldzamer mentale ziektes, zoals psychoses en schizofrenie.¹⁵ Een lage SES is ook gerelateerd aan overlijdenskans.¹⁶ Overlijden ten gevolge van armoede is vaak te wijten aan een slechte gezondheid, maar er bestaat ook een duidelijk verband met zelfdoding. Laatstgenoemde vindt met name vaker plaats in huishoudens met grote schulden.¹⁷

Sociaal-economische status hangt ook samen met de fysieke gezondheid. Mensen met een lage SES gaan vaker dood aan hart- en vaatziekten¹⁸ en kanker¹⁹, hebben zwaardere diabetes²⁰ en lijden vaker aan obesitas.²¹ De levensverwachting van mensen met een lage SES is gemiddeld vijf tot tien jaar lager dan van mensen met een hogere SES, afhankelijk van het land waar ze wonen.²²

Mentale aandoeningen beïnvloeden ook belangrijke cognitieve functies.²³ Mensen met cognitieve beperkingen lopen een groter risico in armoede te vervallen, en onderzoek toont dat armoede direct leidt tot een lagere intelligentie, een verminderd vermogen om te plannen en verstoring van andere belangrijke cognitieve functies. Mentale aandoeningen van ouders kunnen het cognitief vermogen en de schoolcarrière van kinderen beïnvloeden, waardoor mentale aandoeningen en armoede van generatie op generatie worden doorgegeven.²⁴

Als we het breder trekken, zien we dat ook de plek waar iemand woont bepaalt hoe de relatie tussen SES en gezondheid uitwerkt. In armere buurten is bijvoorbeeld vaak meer (lucht)vervuiling en zijn er meer fastfoodketens te vinden.²⁵ Toch blijkt arm zijn en in een arme buurt wonen minder slecht voor iemands mentale gezondheid dan arm zijn in een rijke buurt.²⁶ Al lijkt dit onderzoek ook te tonen dat dit alleen geldt voor arme buurten waar sprake is van een sterke sociale cohesie: buurten waar over het algemeen veel minderheden wonen en waar de bevolking van oudsher een hechte onderlinge band heeft. Sociale cohesie beschermt de psychische gezondheid van arme mensen.

Op landelijk niveau telt iemands financiële situatie zwaarder wanneer het ontbreekt aan een goede gezondheidszorg en een goed-functionerend sociaal vangnet zoals een toeslagen- en pensioenstelsel. Daarnaast komen in landen met grotere inkomensongelijkheid meer angststoornissen en depressie voor, meer schizofrenie en drugsgebruik en is er sprake van een verlaagd algemeen welzijn, ook onder kinderen.²⁷

2.2 Wat is sociaal-economische status eigenlijk?

Sociaal-economische status is eigenlijk een relatief vaag begrip, en het is belangrijk te weten dat er maar een paar factoren in zitten die sterk gerelateerd zijn aan gezondheid. Hoewel onderzoek laat zien dat SES belangrijk is, kan er in de praktijk verwarring bestaan aan welke knoppen je moet draaien om SES gezondheid positief te laten beïnvloeden. Om een overzicht te geven: SES wordt gebruikt voor het beschrijven van objectieve kenmerken zoals inkomen, opleiding en werk, maar ook voor meer subjectieve kenmerken zoals hoe hoog iemand zichzelf plaatst op een imaginaire economische ladder, én hoe uitdagend het leven voor iemand aanvoelt.²⁸

Twee aspecten van SES krijgen in de praktijk het meeste aandacht, inkomen en werkeloosheid, maar allebei bieden ze slechts een beperkte verklaring voor gezondheidsverschillen. Het betekent niet dat ze niet belangrijk zijn. Werk zorgt voor sociale interactie en zingeving in iemands leven en het wegvallen van werk kan grote gevolgen hebben. Uit onderzoek blijkt een relatie tussen werkeloosheid en mentale stoornissen en zelfdoding.²⁹ Ook de hoogte van een inkomen lijkt invloed uit te oefenen op het risico van depressie³⁰ en zelfdoding.³¹ Het probleem is dat zelfs tussen mensen met werk en voldoende inkomen, substantiële gezondheidsverschillen bestaan.³² Er zijn andere indicatoren van SES, zoals opleiding en beroepsklasse, maar ook die vertellen niet het volledige verhaal.

Wat de mentale gezondheid betreft lijkt het belangrijkste aspect van een lage SES financiële stress te zijn, wat interessant genoeg een meer subjectieve kant van SES benadrukt. Financiële stress ontstaat als iemand door zijn financiële situatie niet aan de in zijn ogen belangrijke levensbehoeften kan voldoen.³³ Denk hierbij aan problemen met het betalen van rekeningen, de onmogelijkheid om je kinderen een gezonde maaltijd voor te zetten, kleding te kopen om je waardig te voelen of geen geld te hebben om op vakantie te gaan.³⁴ Ook het niet kunnen betalen van huur om veilig te kunnen wonen³⁶ en het kunnen verwarmen van de woning beïnvloeden de mentale gezondheid in sterke mate.³⁷

Financiële stress lijkt de relatie tussen SES en mentale gezondheid beter te verklaren dan enig ander aspect van SES.³⁸ Mensen die financiële stress ondervinden lopen een groter risico op mentale gezondheidsproblemen³⁰ en stress is wellicht de best voorspellende factor voor zowel lichte als ernstige mentale stoornissen.⁴⁰ Financiële stress is bijvoorbeeld duidelijk in verband gebracht met depressie⁴¹ en zelfverminking.⁴² Uit onderzoek blijkt ook dat het risico op zelfdoding stijgt tijdens een economische crisis waarin veel mensen financiële stress ervaren.⁴³ Onderzoek naar depressie toont inderdaad aan dat financiële stress een sterke voorspeller is dan enig andere maatstaf van sociaal-economische status.⁴⁴

Een specifieke vorm van financiële problematiek die in het bijzonder schadelijk is voor mentale gezondheid zijn problematische schulden, vanwege de zorgen en de ernstige chronische stress die deze met zich meebrengen. Problematische schulden beginnen bij betalingsachterstanden, kunnen zorgen voor een grote terugval in levensomstandigheden⁴⁵ en kunnen vervolgens gepaard gaan met ingrijpende juridische consequenties zoals een uithuisplaatsing.⁴⁶ Wederom zijn de effecten goed onderzocht: mensen die schulden hebben, lijden vaker aan depressie, psychoses en gaan vaker over tot zelfdoding.⁴⁷ Naast de hevigheid van schulden in iemands leven is de schaal van het probleem ook zorgwekkend: in de afgelopen decennia is de gemiddelde schuld per huishouden toegenomen. Verwacht wordt dat het aantal huishoudens met schulden op korte termijn met ongeveer 1 miljoen zal stijgen, en 41 procent van deze nieuwe schulden zullen zonder hulp van buitenaf niet afgelost kunnen worden.⁴⁸ Ook bij schulden speelt het subjectieve aspect een belangrijke rol: zorgen over schulden spelen een grotere rol bij depressie dan de reële omvang van de schuld.⁴⁹ Schulden beïnvloeden ook fysieke gezondheid. Ze laten een relatie zien met langdurige ziekte en handicap, chronische vermoeidheid, rugpijn, morbide obesitas en een slechtere kwaliteit van leven.⁵⁰

In de afgelopen jaren is de aandacht voor problematische schulden sterk gegroeid. Een belangrijke onderbouwing werd niet lang geleden gegeven door een onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB).⁵¹ Men monitorde het jaar waarin mensen met hun ziektekostenverzekering overgingen van privé-verzekeraars naar het CAK, het Centrale Administratie Kantoor waar betalingsachterstanden terecht komen, en vergeleek vervolgens de verandering in de gezondheid van deze mensen met mensen zonder problematische schulden. Wat bleek: zorgkosten van mensen met problematische schulden stegen gemiddeld met zo'n 30 procent.

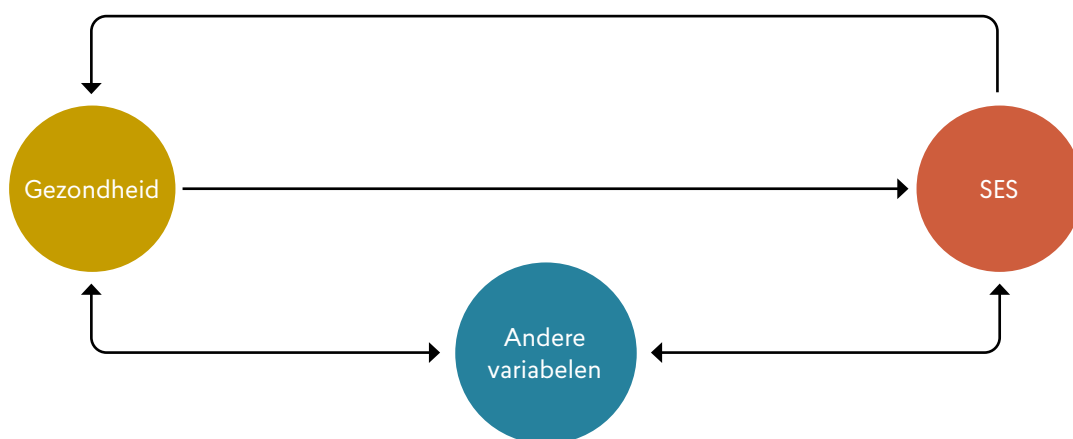
2.3 Waar zit de wortel van het probleem: ses of gezondheid?

Mensen die het financieel moeilijk hebben, hebben het ook mentaal vaak moeilijk, maar waar zit de wortel van het probleem? Onderzoekers noemen dit de oorzakelijke of causale vraag: wat veroorzaakt wat? Die causaliteitsvraag krijgt veel aandacht, omdat een oplossingsrichting kan bieden voor maatschappelijke initiatieven.

Een dominante theorie in de vorige eeuw betoogde dat iemands sociaal-economische status de bron is van veel problemen op tal van andere levensgebieden, zoals criminaliteit, middelengebruik en gezondheidsproblemen.⁵² Deze theorie heeft zijn oorsprong bij onderzoekers die kritiek hadden op de *American Dream*, welke zegt dat iemands leven het gevolg is van zijn persoonlijke inspanningen.⁵³ Onderzoekers ontdekten dat mensen die woonden in sociale woningbouwprojecten niet alleen arm waren in vergelijking met mensen in welvarender buurten, maar daarbij ook nog een hele berg andere problemen hadden, bijvoorbeeld op het gebied van gezondheid, geweld en scholing. Hierdoor ontstond het idee van gentrificatie, in de hoop dat wanneer de buurt economisch een zetje kreeg, ook andere aspecten positief meegenomen zouden worden. Maar in de loop van de tijd werd duidelijk dat gentrificatie een te simpele benadering was en gemengde resultaten opleverde.⁵⁴

In de afgelopen decennia zijn onderzoekers echter gaan inzien dat de zoektocht naar één onderliggend probleem te simplistisch is, en beleid dat op zulke theorieën is gebouwd op de lange-termijn niet effect is. Dit heeft geleid tot een discussie tegen versimpeling en voor het accepteren van complexiteit. Met complex wordt bedoeld dat een relatie zelden eenzijdig is en dat het probleem juist zit in dat factoren elkaar in een houdgreep brengen. Dit past bij wat we in de volksmond soms een 'giftige cocktail' noemen. Belangrijk is ook dat een dergelijke giftige cocktail zich altijd ontwikkelt in een bepaalde fysieke of sociale context. Zonder het begrijpen van deze context komen onderliggende oorzaken niet naar boven. Dergelijke inzichten hebben de zoektocht versterkt naar het identificeren van mechanismen waarin de relatie tussen gezondheid en financiën tot uiting komen.⁵⁵

FIGUUR 1. Afbeelding van de complexe relatie tussen gezondheid en ses

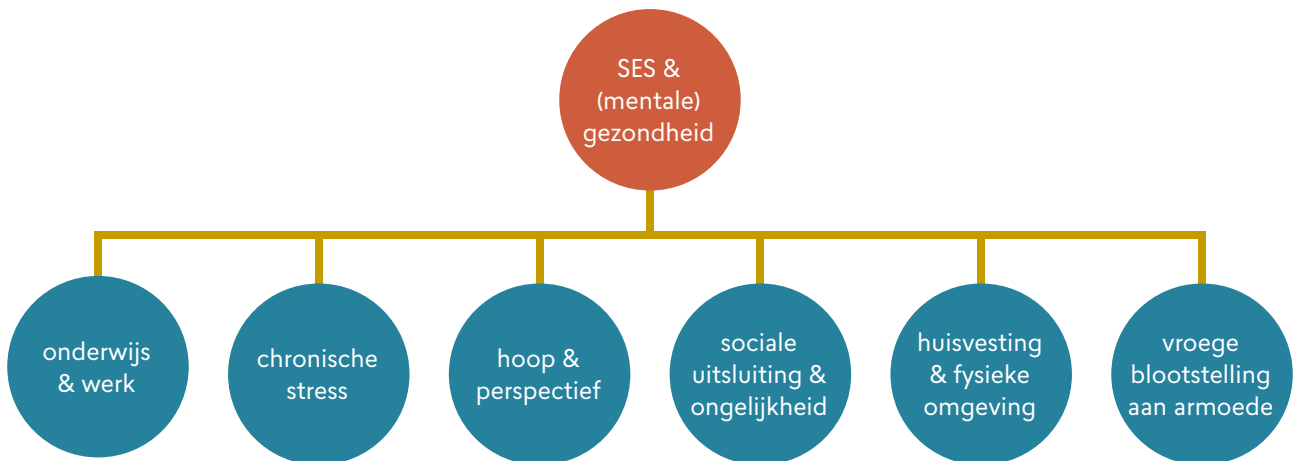


Bron: gebaseerd op Bhattacharya, Hyde & Tu (2013)

2.4 Mechanismen die ses koppelen aan gezondheid

De afgelopen jaren hebben onderzoekers verscheidene belangrijke mechanismen ontdekt die ses en gezondheid met elkaar verbinden. Op basis van de literatuur hebben we er zes geïdentificeerd. Deze mechanismen onderstrepen dat armoede en bestaansonzekerheid meerdere gezichten hebben.

FIGUUR 2. Zes mechanismen die de relatie tussen ses en de (mentale) gezondheid beïnvloeden



Bron: Ridley et al. (2020)

onderwijs
& werk

Iemands leven wordt voor een groot deel gevormd door de mate waarin de persoon in kwestie kan deelnemen aan de maatschappij waarin hij leeft, met vaak lange-termijneffecten als iemand het gaandeweg moeilijk krijgt. Onderzoek in de ontwikkelingspsychologie laat zien dat veelvoorkomende mentale aandoeningen vaak beginnen in de adolescentie en vroege volwassenheid.⁵⁶ Dit valt samen met het voortgezet en hoger onderwijs en de beginjaren van iemands werkzame leven. Dit kan iemands financiële leven negatief beïnvloeden doordat het de schoolcarrière beïnvloedt, de kans op een baan aan het begin van de carrière sterk reduceert en het aanleren van cruciale vaardigheden dwarsboomt.⁵⁷ Doordat depressie gepaard gaat met concentratieproblemen en vermoeidheid werken depressieve mensen onregelmatiger en gemiddeld minder lang.⁵⁸ Onderzoek laat zien dat investeren in de mentale gezondheid van adolescenten en jongvolwassenen veel rendement kan opleveren. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het behandelen van psychische problematiek leidt tot het vinden van werk.⁵⁹

chronische
stress

Als mensen gedurende lange tijd onzekerheid en financiële instabiliteit meemaken, kan dit hun stressregulering beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt dat juist het vooruitzicht van financiële moeilijkheden, niet enkel de financiële situatie op zichzelf, psychische problemen veroorzaakt. Onverwachte brieven over betalingen die te laat zijn of onaangekondigd bezoek van incassobureaus kunnen gigantisch stressvol zijn – soms gelijk aan alsof iemand fysiek wordt aangevallen. Maar het zijn niet enkel plotselinge gebeurtenissen die stressvol zijn. Om steeds maar weer de eindjes aan elkaar te moeten zijn arme gezinnen gedwongen om prioriteiten te stellen en moeilijke beslissingen te maken.⁶⁰ Als deze omstandigheden aanhoudend zijn, begint de stress die deze mensen ervaren geleidelijk aan het

biologisch functioneren van het lichaam te beïnvloeden. Onder normale omstandigheden kan een lichaam na een stressvolle gebeurtenis terugkeren naar een ruststand met een laag stressniveau. Maar mensen die chronische stress ervaren komen niet in zo'n ruststand, en hun lichaam blijft doorgaand stress produceren, resulterend in grote gezondheidsklachten na verloop van tijd.⁶¹ Langdurige blootstelling aan stress kan ook een gevaar zijn voor de mentale gezondheid.⁶² Het geeft zoals gezegd een gevoel constant aangevallen te worden. Bovenstaande laat zien dat het aanpakken van financiële instabiliteit en onzekerheid een dergelijke negatieve spiraal kan doorbreken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het creëren van schuldruist of het verstrekken van simpele verzekeringen. In een onderzoek werd mensen met een laag inkomen in Oregon, Verenigde Staten, gratis een ziektekostenverzekering ter waarde van 750 dollar aangeboden, waarna het aantal mensen dat aan depressie leed in een paar maanden tijd substantieel daalde.⁶³

hoop &
perspectief

Als mensen een gebrek aan perspectief ervaren, en zich dat bewust of onbewust realiseren wanneer ze hun toekomst overdenken, kan dat leiden tot een neerwaartse spiraal. Er is de afgelopen jaren steeds meer aandacht besteed aan het begrijpen van de motivatie en het vermogen van mensen om hun eigen leven vorm te geven. Zelfs als iemand zich in een gunstige situatie bevindt, kan het leven zwaar voelen wanneer de toekomst er somber uitziet.⁶⁴ Dit heeft invloed op de keuzes die mensen maken. Onderzoek toont aan dat veel mensen die in armoede leven reële mogelijkheden hebben om hun leven te verbeteren – bijvoorbeeld door te besparen op energiekosten in huis of een training te volgen die een promotie mogelijk maakt – maar er vaak voor kiezen daar geen gebruik van te maken.⁶⁵ Dat komt door de zogenaamde ‘cognitieve dissonantie’ tussen plannen maken voor de toekomst en vrezen dat die toekomst nooit zal aanbreken.⁶⁶ Deze dissonantie is op zichzelf een bron van voortdurende stress. Om die reden kunnen mensen hun levensdoelen verlagen – hun hoop of aspiraties om iets te bereiken – om de dissonantie op te lossen. Deze hopeloosheid en verlaging van levensdoelen gaat vaak gepaard met depressieve gevoelens.⁶⁷ Terwijl mentaal gezonde mensen geneigd zijn hun eigen optimisme te beschermen door negatieve informatie te negeren⁶⁸, zijn de overtuigingen van depressieve mensen veel pessimistischer.⁶⁹ In situaties waarin mensen geen mogelijkheden zien om hun situatie te verbeteren, kunnen ze ertoe overgaan hun aspiraties en dromen naar beneden bij te stellen om hun wanhoop in te tomen. Daartegenover staat dat mensen meer toekomstgericht kunnen raken als programma's hen helpen een route naar hun doelen te vinden.⁷⁰ Uit onderzoek blijkt dat programma's die trachten hoop en aspiraties een zetje te geven de motivatie en het doelgericht handelen kunnen vergroten.⁷¹

sociale
uitsluiting &
ongelijkheid

Mensen kunnen zich buitengesloten voelen omdat ze zich in de ogen van de ander arm voelen. Sommige onderzoeken suggereren dat de pijn niet zo zeer zit in arm zijn, maar in je arm vóélen. Relatieve armoede gaat om hoe welgesteld je bent in vergelijking met anderen, en dit kan een belangrijke rol spelen bij de relatie tussen armoede en mentale aandoeningen.⁷² Je arm voelen gaat gepaard met gevoelens van schaamte en stigmatisering. In een veelzeggend Noors onderzoek werden belastinggegevens online gezet, waardoor het inkomen van burgers makkelijk opgezocht konden worden.⁷³ Onderzoekers zagen dat deze mogelijkheid om inkomens met elkaar te vergelijken zorgde voor een aanmerkelijk grotere welzijnskloof tussen de

rijken en armen. Sociale uitsluiting van mensen die in armoede leven kan leiden tot isolatie en eenzaamheid⁷⁴, waarvan ook bewezen is dat die sterk gerelateerd zijn aan depressie.⁷⁵

huisvesting
& fysieke
omgeving

Armoede manifesteert zich vaak in iemands fysieke omgeving, zoals de woonomstandigheden. Er kan sprake zijn van schimmel in de woning, slechte isolatie waardoor een huis te koud of te warm is, alsook geluidsoverlast. Laatstgenoemde is gerelateerd aan slaapgebrek, wat op zijn beurt weer gerelateerd is aan mentale aandoeningen.⁷⁶ Extreem hete dagen hebben een negatief effect op zelf-gerapporteerde mentale gezondheid en leiden tot meer zelfverminking en zelfdoding.⁷⁷ Waar en hoe iemand woont kan dus van invloed zijn op de gezondheid. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten bleek dat huishoudens met een laag inkomen die geld kregen om naar een welvarender buurt te verhuizen, daarna minder leden aan depressie en angststoornissen, ondanks het feit dat hun inkomen niet gestegen was.⁷⁸

vroege
blootstelling
aan armoede

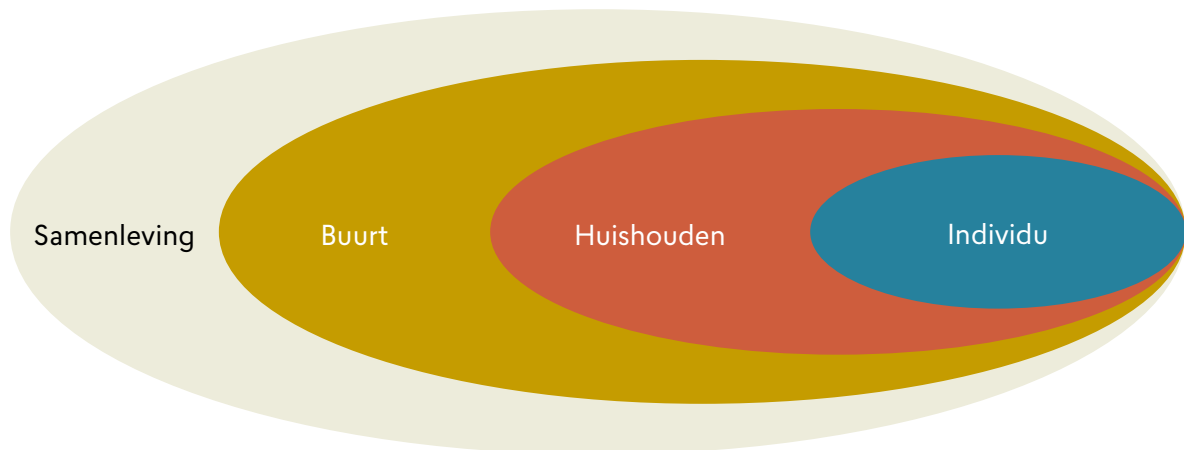
Het op jonge leeftijd blootstaan aan armoede kan op latere leeftijd een bedreiging zijn voor de mentale gezondheid. De invloed van armoede kan al voor iemands geboorte beginnen, als de moeder tijdens de zwangerschap blootstaat aan ondervoeding of stress. Een van de onderzoeken toont aan dat het overlijden van een familielid van de zwangere tijdens de zwangerschap (vergeleken met na de geboorte) een voorspeller is voor depressie en angststoornissen van het kind op latere leeftijd.⁷⁹ Door armoede worden kinderen ook blootgesteld aan acute crisismomenten, zoals honger en ziekte. Met name de eerste 1.000 dagen zijn cruciaal. Doordat de hersenen op jonge leeftijd nog volop in ontwikkeling zijn, kunnen gebeurtenissen blijvende gevolgen hebben op de hersenontwikkeling tot in het volwassen leven.⁸⁰ De conclusie naar aanleiding van deze uitkomsten is dat initiatieven die huishoudens met zwangere vrouwen of jonge kinderen financieel ondersteunen, langdurige effecten op de mentale gezondheid en de economische situatie kunnen hebben.

FIGUUR 3. De relatie tussen SES en gezondheid uit zich over de gehele levenscyclus



Bron: UNICEF (g.d.)

FIGUUR 4. De relatie tussen SES en gezondheid uit zich in verschillende contexten



Bron: Bronfenbrenner (1979)

2.5 Inkomen en subjectief welzijn

Onderzoekers zijn ook al lang geïnteresseerd in de relatie tussen iemands financiële leven en diens welzijn, en inkomen lijkt met name van invloed te zijn op hoe iemand over zichzelf en zijn leven denkt. Welzijn is een breed en enigszins ongrijpbaar concept. Het meeste onderzoek richt zich op subjectief welzijn: wat iemand zelf van zijn leven vindt. Subjectief welzijn gaat zowel over onze emotionele ervaringen: vreugde, stress, verdriet, woede, genegenheid, als over wat we van ons eigen leven vinden, of we vinden dat ons leven zinvol is, de mate waarin we ons op onze plek voelen en ons geaccepteerd voelen in onze identiteit. Ons emotionele leven wordt vooral beïnvloed door zaken als onze gezondheid en of we ons eenzaam of verbonden voelen; de invloed van inkomen is hierop kleiner. Daarentegen speelt inkomen, en ook opleiding en werk, een grotere rol bij wat we van onszelf en ons leven vinden.⁸¹

Maar uit onderzoek blijkt ook dat zaken als inkomen eigenlijk maar een relatief kleine rol spelen, en dat het welzijn van mensen in de loop der jaren best gelijkmatig is. Ons subjectieve welzijn kan schommelen, bijvoorbeeld door iets als het beginnen met een nieuwe baan, verandering van relatie of verlies van een geliefde. Maar mensen hebben ook een enorme mate van veerkracht en aanpassingsvermogen, waardoor ze in de loop der tijd terugveren naar hun 'basisniveau' van welzijn. Een studie onder winnaars van loterijen toonde bijvoorbeeld aan dat, hoewel de winnaars onmiddellijk na hun winst een hoger welzijn hadden, hun welzijn uiteindelijk vergelijkbaar was met dat van voor hun winst.⁸² Een verklaring hiervoor ligt in het feit dat welzijn een grote genetische component heeft, het is voor ongeveer 80 procent erfelijk bepaald.⁸³

De belangrijkste zaken die welzijn beïnvloeden zijn niet-financieel van aard, zoals de vervulling van psychologische basisbehoeften: persoonlijke groei, zingeving, gezondheid, veiligheid, identiteit en het gevoel erbij te horen.⁸⁴ Een van de manieren waarop inkomen van invloed kan zijn op welzijn is via deze factoren, bijvoorbeeld wanneer inkomen van invloed is op iemands sociale status en verbondenheid. Inkomen plaatst iemand op een inkomensladder: en mensen vinden het niet leuk om zich lager op die schaal te bevinden dan anderen in hun omgeving. Onderzoekers verwijzen hiernaar als het 'relatieve inkomen'-model. Wanneer werknemers bijvoorbeeld ontdekken dat hun salaris lager is

dan dat van hun collega's, gaat hun gevoel van welzijn omlaag. Met andere woorden: zoals we eerder al zagen is het buitengewoon schadelijk voor het welzijn als iemand zich arm voelt.⁸⁵ Maar verrassend genoeg lijkt zo'n model voor relatief inkomen vooral één kant op te werken: armer zijn dan anderen maakt ongelukkig, maar rijker zijn maakt niet gelukkiger.⁸⁶

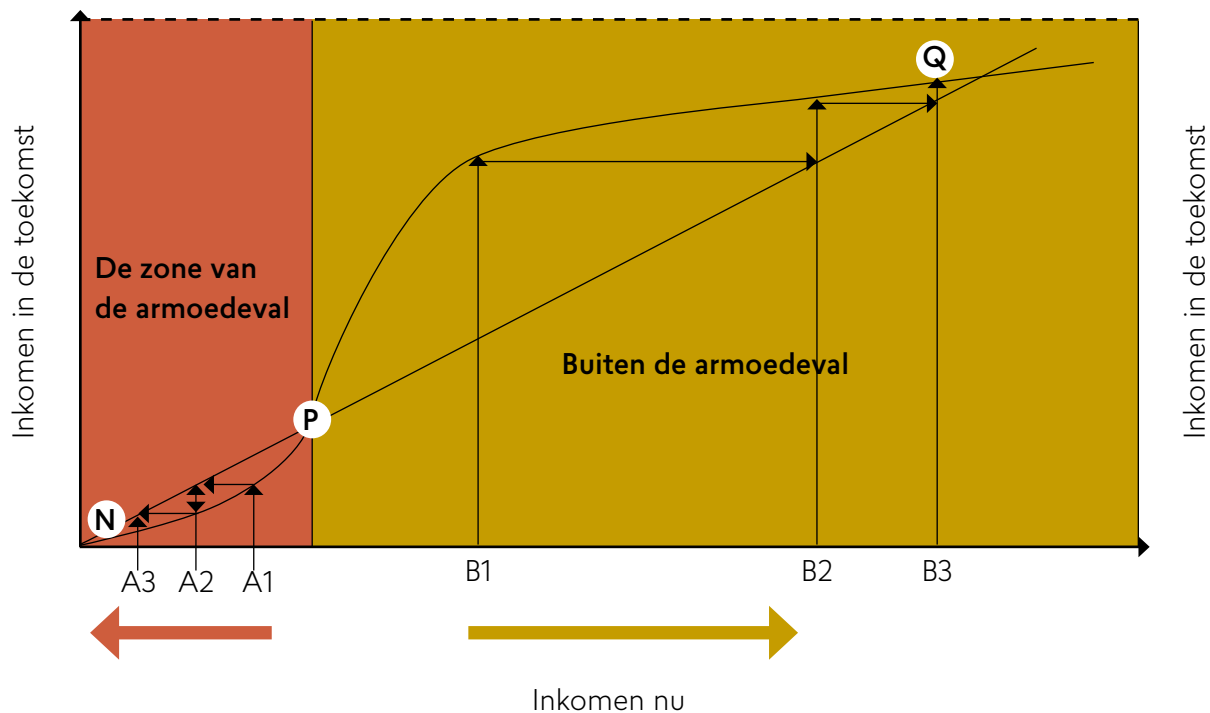
Een van de conclusies die je kunt trekken op basis van de literatuur over welzijn is dat geld een voorwaardenschepper is: een middel tot een bepaald doel. Maar dat kunnen ook andere zaken zijn die in theorie niets kosten: zingeving, identiteit en verbondenheid. Het probleem is dat deze zaken niet zo gemakkelijk door een programma aan een persoon kunnen worden overgedragen als geld. Hoe kan je iemand bijvoorbeeld een gevoel van zingeving geven? Hoe kun je iemand het gevoel geven ergens thuis te horen? Veel sociale programma's die dat wel proberen, bijvoorbeeld door trainingen te geven om het zelfvertrouwen te vergroten, blijken op de lange termijn gemengde of hooguit betrekkelijk kleine resultaten op te leveren. Vooral als het dure programma's zijn kan dat de vraag oproepen of dat geld welbested is. Het is om deze reden dat beleidsmakers en uitvoerders steeds meer sympathie hebben voor het idee van geldoverdrachten zoals een basisinkomen, omdat het mensen op een efficiënte en transparante manier helpt. Dit neemt echter niet weg dat niet-financiële factoren ook rechtstreeks kunnen worden beïnvloed en een krachtig effect op het welzijn kunnen hebben – potentieel krachtiger dan het geven van geld. Dit is waar veel onderzoek momenteel op gericht is, bijvoorbeeld door het bestuderen van armoedevallen.

2.6 De psychologische armoedeval

Een concept waar veel onderzoekers zich nu over buigen is de armoedeval. Om die te begrijpen, is het verhelderend om je de relatie voor te stellen tussen iemands huidige en toekomstige inkomen. Die toekomst kan morgen zijn, volgende maand, of zelfs de volgende generatie. Hoe meer iemand in zijn toekomst kan investeren – door te sparen, door een diploma te halen of een cursus te doen, door nieuwe vaardigheden te leren – des te groter zal het inkomen in de toekomst zijn. Investeren in de toekomst is de voornaamste manier om uit de armoede te komen, of om hoger te komen op de sociaal-economische ladder. Figuur 5 toont de relatie tussen het huidige en toekomstige inkomen. Kijk eerst naar de diagonale lijn: die geeft aan dat het huidige en toekomstige inkomen gelijk zijn. 1500 euro wordt 1500 euro in de toekomst. De armoedeval ligt in de vorm van de curve. Zolang de lijn van de curve zich bóven de diagonale lijn bevindt (B1) zal het inkomen in de toekomst hoger zijn. In de loop van de tijd zal iemand steeds rijker worden, zich bewegend van B1 naar B2 en B3, tot hij een stabiel inkomensniveau bereikt (Q). Dat buiten de zone van de armoedeval ligt. Maar als de lijn van de curve zich ónder de diagonale lijn bevindt, wordt iemand juist steeds armer, zich bewegend van A1 naar A2 tot A3, tot hij belandt bij N. Dit is de zone van de armoedeval.

Wanneer iemand verwacht dat de toekomst niet veel zal brengen, kan hij zijn pogingen staken in die toekomst te investeren. Zo ontstaat een psychologische armoedeval. Zoals we eerder lezen is armoede een voedingsbodemp voor psychische problematiek. En door die problematiek hebben mensen een pessimistischer blik op de wereld en gedragen zich op een manier die ons in armoede gevangen houdt. Met andere woorden, het voornaamste probleem is niet armoede of psychische problematiek an sich. Het is hun relatie die ervoor kan zorgen dat iemand vast komt te zitten. Om die cirkel te doorbreken, moet het verband tussen de twee verbroken worden. Dit kan wanneer iemands inkomen voldoende stijgt om mentaal anders tegen de situatie aan te kijken. Maar als de verandering niet substantieel genoeg is, is hij wellicht niet krachtig genoeg om uit de val te ontsnappen. Het is eveneens te simplistisch om je gewoon maar te richten op het vergroten van iemands zelfvertrouwen wanneer zijn realiteit daar geen enkele steun voor biedt.

FIGUUR 5. De S-vormige curve en de armoedeval



Bron: Banerjee & Duflo (2011)

De psychologische armoedeval helpt ons inzien dat mensen geen passieve ontvangers van hulp zijn, maar gedreven worden door hoop en aspiraties en actief trachten hun leven vorm te geven en te verbeteren.⁸⁷ Maar als het mensen ontbreekt aan vaardigheden en middelen om zichzelf te redden en invloed uit te oefenen op de wereld om hen heen – als ze vastzitten – dan kan dat ertoe leiden dat ze zichzelf ‘uitschakelen’ en zich in plaats daarvan richten op het hier en nu. Dit mechanisme kan dienen als rechtvaardiging om hulp vanbuiten aan te bieden, als iemand het zelf niet meer redt.⁸⁸ ‘Het verklaart ook waarom mensen die in armoede leven niet altijd hetzelfde omgaan met mogelijkheden in hun toekomst te investeren: sommigen hebben hun geloof in die mogelijkheden verloren.’ Voor die tweede groep is een interventie nodig die zorgt voor een ingrijpende verbetering in hun situatie.⁸⁹

De armoedeval kan een goed beginpunt zijn voor maatschappelijke hulpprogramma’s door vragen te stellen als: ‘Waardoor zitten mensen die we willen helpen vast, en wat voor vaardigheden of middelen hebben ze nodig om er zelf uit te kunnen komen?’ Van bijzonder belang zijn psychologische interventies die eraan bijdragen dat mensen hun lot in eigen handen nemen.⁹⁰ Veel onderzoek richt zich op dit moment op wat nodig zou kunnen zijn om zulke situaties open te breken, en we verwachten dat er de komende jaren nieuwe inzichten over zullen komen.



3. Hoe kunnen we de complexe relatie tussen financiën, gezondheid en welzijn aanpakken?

Inzicht in de complexe relatie tussen financiën, gezondheid en welzijn heeft een discussie op gang gebracht tussen onderzoekers, beleidsmakers en uitvoerders over wat dit betekent voor de praktijk. Het laat bijvoorbeeld zien dat armoede meer is dan een gebrek aan geld. Integendeel: financiën, gezondheid en welzijn maken allemaal deel uit van wat mensen arm maakt en houdt. Ineffectieve maatschappelijke programma's zijn vaak het gevolg van het hanteren van een onvolledige definitie van armoede. Als er bijvoorbeeld vanuit wordt gegaan dat er louter sprake is van een inkomens- of uitgavengrens die niet gehaald wordt, kan dat tot gevolg hebben dat de focus van de programma's komt te liggen op het slechts aanbieden van goederen en diensten aan armen, zonder naar de mentale kant van de zaak te kijken, de context waarin iemand leeft of de hoop en aspiraties die hij heeft.

Een stap in de goede richting is dat overheden en organisaties steeds meer gebruik maken van tools zoals *design thinking* om hun programma's te creëren en verbeteren.⁹¹ Hoewel dit niet de plek is om deze tools uitgebreid toe te lichten, kunnen we wel stellen dat *design thinking* helpt andere vragen te stellen. In plaats van 'Hoe kunnen we armoede uitroeien?', resulteert *design thinking* in de vraag 'Waarom blijft armoede bestaan?' De eerste vraag leidt op een natuurlijke en logische manier naar oplossingen als ervoor zorgen dat arme mensen toegang hebben tot overheidsdiensten zoals sociale voorzieningen en werkgelegenheidsprogramma's. Maar zijn deze oplossingen bedoeld om symptomen of oorzaken aan te pakken? Als je een meer fundamentele vraag stelt, krijg je een fundamenteeler antwoord. Om te beginnen zul je dan niet je onderzoek beginnen met het beschrijven van elk facet van het probleem dat je nu voor je ziet – mensen die geen diploma hebben, mensen die geen gebruikmaken van overheidsdiensten, mensen met functioneel analfabetisme, enz. – maar je eerder richten op de oorzaken en omstandigheden waaruit de situatie van dat moment is ontstaan. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat veel mensen overheidsdiensten ingewikkeld, wantrouwend en paternalistisch vinden, en dat zij om die redenen soms zeer gemotiveerd kunnen zijn om er geen hulp te zoeken.⁹² Een belangrijke conclusie die we uit het bovenstaande kunnen trekken is dat maatschappelijke programma's, hoe bescheiden ook, moeten bijdragen aan de transformatie van structuren die mensen arm houden – mentaal, institutioneel, en cultureel.

Een ander inzicht dat uit dit onderzoek naar voren is gekomen, is dat sociaal-economische en gezondheidsverbeteringen meer bepaald zijn door collectieve inspanningen dan door de leefstijlkeuzes van het individu. Tot de jaren '80 van de vorige eeuw waren sociale programma's in veel westerse landen meer collectief en grootschalig georiënteerd.⁹³ Er werden grote sprongen gemaakt op het gebied van gezondheid en levensverwachting toen samenlevingen hun stedelijke hygiëne verbeterden door riolering, afvalverwijdering, sanitaire voorzieningen en de verstrekking van vers drinkwater, en een sociaal vangnet creëerden door middel van welzijnsprogramma's en universele gezondheidszorg. In de jaren tachtig vond een opmerkelijke verschuiving plaats toen maatschappelijke programma's zich meer gingen richten op het individu, zijn kennis en keuzegedrag. Deze programma's komen echter vooral ten goede aan degenen die geen achterstand hebben, en in de afgelopen vier decennia zijn de verschillen op gezondheidsgebied enkel gegroeid, ondanks doelstellingen en inspanningen om het tegendeel te bereiken.

Met deze inzichten in gedachte, pleiten deskundigen steeds vaker voor een systeembenadering. Deze manier van werken wordt soms aangeduid als 'collectieve impact', en wordt door een toenemend aantal experts wereldwijd bepleit.⁹⁴ Een systeembenadering vereist een verscheidenheid aan initiatieven die samenkomen onder de paraplu van een gemeenschappelijke agenda. Deze gezamenlijke agenda bouwt voort op gezamenlijke uitgangspunten en heeft een gezamenlijk doel waar alle initiatieven aan bijdragen. Zo wordt verder gekeken dan alle losse stukjes 'geïsoleerde impact', die in hun totaliteit een warrig en soms zelfs tegenstrijdig effect voortbrengen. Dit betekent niet dat alle initiatieven hetzelfde moeten doen. Integendeel, elk ervan richt zich op een aantal activiteiten waar het goed in is, in samenhang met andere initiatieven, zodat zij elkaar kunnen versterken.

Het volgen van een systeembenadering staat op de meeste plaatsen nog in de kinderschoenen, maar er zijn al wel voorbeelden waar lering uit kan worden getrokken. Op mondiaal niveau bevorderen de Verenigde Naties een gemeenschappelijke agenda via de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG's). Uit onderzoek blijkt dat het overnemen van zo'n internationale agenda de vermindering van armoede wereldwijd heeft versneld.⁹⁵ Op lokaal niveau is deze manier van werken nog nieuw, maar er zijn al enkele voorbeelden. In Rotterdam werd zo'n tien jaar geleden urgentie gevoeld met betrekking tot de toestand van een aantal wijken aan de zuidkant van de stad. Insiders benadrukten het grillige karakter van het geheel aan initiatieven de buurten te verbeteren. Vanuit de gemeente werd een onafhankelijk platform opgericht met de naam Nationaal Programma Rotterdam Zuid (NPRZ).⁹⁶ Het doel van dit platform is om een reeks sociaal-maatschappelijke uitkomsten te verbeteren door hechte samenwerking tussen de vele stakeholders in het publieke, private en burgerdomein, variërend van woningbouwverenigingen en gezondheidsinstellingen tot schoolbesturen en de lokale middenstand. Omdat het programma binnen een bepaald gebied uitgevoerd wordt, vindt samenwerking meer organisch en van onderop plaats. Van cruciaal belang is dat, omdat het programma een relatief lange looptijd heeft (twintig jaar), evaluatie en lering niet pas aan het eind plaatsvinden. Kinderziektes die uitvoerders vaak frustreren, worden geleidelijk gladgestreken en er is gaandeweg een algemene iteratieve verbetering van de uitvoering.

Een systeembenadering kent geen formule, maar het helpt om eenvoudig te beginnen. Kies een bepaald geografisch gebied waar je je op richt, kijk wat de realiteit van het gebied is, en waar verandering moet plaatsvinden. Het verlangen naar verandering fungeert als een oproep tot actie die de betrokken partijen samenbrengt. Samen leggen zij zich vast om aan het gemeenschappelijke doel te werken. Details maken het verschil: Maak je plannen niet te groots, probeer niet alles te controleren en beloon initiatief en experimentatie. Selecteer kwartiermakers en coördinatoren op basis van motivatie, niet op basis van functie of titel. Geef ervaringsdeskundigen een stem en let er tegelijkertijd op dat stakeholders met een krachtige stem, zoals gemeenten, sociale fondsen of grote organisaties, zich meer terughoudend opstellen en gelijkwaardige partners zijn. Dit werpt zijn vruchten af bij het creëren van een sfeer van gezamenlijkheid. En laat je niet uit het veld slaan door meningsverschillen en gedoe bij aanvang. Neem de tijd om dit proces te doorlopen, want dat zal later momentum creëren en de efficiëntie bevorderen. Kijk vervolgens wie het beste is toegerust om wat te doen en evalueer deze stappen collectief. Door voortdurend met elkaar in contact te zijn, wordt elke partij gehoord en binnenboord gehouden. Gaandeweg worden subdoelen geïdentificeerd en taken verduidelijkt. De kracht zit in het leren en aanpassen, altijd met het oog op het overkoepelende doel van waaruit is begonnen.



Eindnoten

- 1 Bussemaker, 'S Jongens, Vonk, Willemsen, & Van der Zwaard (2020)
- 2 SCP (2021)
- 3 Ibrahim & Hulme (2010)
- 4 Gerrits (2012)
- 5 SCP (2021)
- 6 Richardson, Elliot, & Roberts (2013)
- 7 Mangalore, Knapp & Jenkins (2007)
- 8 Roos, Diepstraten, & Douven (2021)
- 9 Koppel & McGuffin (1999)
- 10 Lund et al. (2011)
- 11 Gelaye, Rondon, Araya & Williams (2016).
- 12 Quon & McGrath (2014)
- 13 Leone et al. (2012)
- 14 Ridley et al. (2020); Lorant et al. (2003)
- 15 Harrison et al. (2001)
- 16 Bosma, Schrijver, & Mackenbach (1999); Mackenbach et al. (2008)
- 17 Richardson et al. (2013)
- 18 Lee & Carrington (2008)
- 19 Quaglia, Lillini, Mamo, Ivaldi, & Vercelli (2013)
- 20 Grintsova, Maier, & Mielck (2014)
- 21 El-Sayed, Scarborough, & Galea (2012)
- 22 OECD & EU (2020)
- 23 Mani, Mullainathan, Shafir, & Zhao (2013)
- 24 Ridley et al. (2020)
- 25 Treuhaft & Karpyn (2015)
- 26 Wickrama, Noh, & Bryant (2005)
- 27 Bouffard & Dube (2013); Pickett, James, & Wilkinson (2006)
- 28 Navarro-Carillo, Alonso-Ferres, Moya, & Valor-Segura (2020)
- 29 Almasi et al. (2009); Amoran, Lawoyin, & Oni (2005); Andersen, Thielen, Nygaard, & Diderichsen (2009); Corcoran & Arensman (2011); Viinamäki, Kontula, Niskanen, & Koskela (2000); Qin, Agerbo, & Mortensen (2003)
- 30 Qin et al. (2003)
- 31 Andersen et al. (2009); Wang, Schmitz, & Dewa (2010)
- 32 Richardson et al. (2013)
- 33 Mack & Lansley (1985)
- 34 Frankham, Richardson, & Maguire (2020); Lewis et al. (1998); Lorant et al. (2007); Mirowsky & Ross (1999)
- 35 Butterworth, Olesen, & Leach (2012)
- 36 Mason et al. (2013)
- 37 Butterworth et al. (2009)
- 38 Butterworth et al. (2012)
- 39 Kiely et al. (2015)
- 40 Crosier, Butterworth, & Rodgers (2007)
- 41 Mirowsky & Ross (2001)
- 42 Barnes et al. (2016)
- 43 Branas et al. (2015); Konstantinos & Fountoulakis (2020); Korhonen, Puhakka, & Viren (2016)
- 44 Butterworth et al. (2012)
- 45 Turunen & Hiilamo (2014)
- 46 Münster, Ruger, Ochsmann, Letzel, & Toschke (2009)
- 47 Rchidarson et al. (2013)
- 48 Fd. (2020)

- 49 Reading & Reynolds (2001)
- 50 Richardson et al. (2013)
- 51 Roos, Diepstraten, & Douven (2021)
- 52 Langner & Michael (1963)
- 53 Hollingshead & Redlich (1958)
- 54 Smith et al. (2020)
- 55 Meadows (2008)
- 56 Kessler et al. (2007)
- 57 Patton et al. (2016)
- 58 Mall et al. (2015)
- 59 Lund et al. (2019)
- 60 Ridley et al. (2020)
- 61 Hosper & Van Loenen (2021)
- 62 Staufenbiel, Penninx, Spijker, & Elzinga (2013)
- 63 Finkelstein et al. (2012)
- 64 Pleeing, Burger, & Van Exel (2021)
- 65 Banerjee & Duflo (2007)
- 66 Laajaj (2014); Duflo (2012)
- 67 Nekanda-Trepka, Bishop, & Blackburn (1983)
- 68 Eil & Rao (2011)
- 69 Korn, Sharot, Walter, Heekeren, & Dolan (2014)
- 70 Pleeing & Burger (2020)
- 71 Lybbert & Wydick (2016)
- 72 Ridley et al. (2020)
- 73 Perez-Truglia (2020)
- 74 Walker & Bantebya-Kyomuhendo (2014)
- 75 Cacioppo et al. (2006)
- 76 Harvey (2011)
- 77 Ding, Berry, & O'Brien (2015); Williams, Hill, & Spicer (2016)
- 78 Ludwig et al. (2012)
- 79 Persson, & Rossin-Slater (2018)
- 80 Noble et al. (2015); Blair & Raver (2016)
- 81 Kahneman & Deaton (2010)
- 82 Brickman, Coates, & Janoff-Bulman (1978)
- 83 Lykken & Tellegen (1996)
- 84 Ryan & Deci (2012); Ryan (2009); Aknin, Norton, & Dunn (2009); Sandel (2012)
- 85 Kolbert (2018)
- 86 Kolbert (2018)
- 87 Deci & Ryan (2012)
- 88 Sen (1999)
- 89 Haushofer (2019)
- 90 Haushofer, Mudida, & Shapiro (2020)
- 91 Kirk, Hickel, & Brewer (2015); Schaminée & Dorst (2021)
- 92 Netherlands Scientific Council for Government Policy (2019); Van den Berg et al. (2020)
- 93 Bussemaker et al. (2020)
- 94 Kania & Kramer (2011)
- 95 Asadullah & Savoia (2018)
- 96 Van Spijker & Tops (2021)



Referenties

- Aknin, L. B., Norton, M. I., & Dunn, E. W. (2009). From wealth to well-being? Money matters, but less than people think. *The Journal of positive psychology*, 4(6), 523-527.
- Almasi, K., Belso, N., Kapur, N., Webb, R., Cooper, J., Hadley, S., et al. (2009). Risk factors for suicide in Hungary: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 9, 45.
- Amoran, O. E., Lawoyin, T. O., & Oni, O. O. (2005). Risk factors associated with mental illness in Oyo State, Nigeria: A community based study. *Annals of General Psychiatry*, 4, 19.
- Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 575-581.
- Asaddulah, M. N., & Savoia, A. (2018). Poverty reduction during 1990-2013: Did millennium development goals adoption and state capacity matter? *World Development*, 105, 70-82.
- Banerjee, A., & Duflo, E. (2007). The economic lives of the poor. *Journal of economic perspectives*, 21(1), 141-168.
- Banerjee, A., & Duflo, E. (2011). *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. PublicAffairs.
- Barnes, M. C., Gunnell, D., Davies, R., Hawton, K., Kapur, N., Potokar, J., & Donovan, J. L. (2016). Understanding vulnerability to self-harm in times of economic hardship and austerity: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(2), e010131.
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health economics*. Macmillan International Higher Education.
- Blair, C., & Raver, C. C. (2016). Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. *Academic pediatrics*, 16(3), S30-S36.
- Bosma, H., Schrijvers, C., & Mackenbach, J. P. (1999). Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study. *BMJ*, 319, 1469-1470.
- Bouffard L, Dube M. (2013). Mental income inequality: a “virus” which affects health and happiness. *Sante Ment Que* 2013; 38: 215-33. (in French).
- Branas, C. C., Kastanaki, A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., ... Wiebe, D. J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: A 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 5(1), e005619.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by Nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bussemaker, J., 'S Jongens, T., Vonk, R., Willemsen, C., & Van der Zwaard, W. (2020). Gezondheidsverschillen voorbij - Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Social Science and Medicine*, 69(2), 229–237.
- Butterworth, P., Olesen, S. C., & Leach, L. S. (2012). The role of hardship in the association between socio-economic position and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 364–373.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The health effects of economic decline. *Annual review of public health*, 32, 431-450.
- Corcoran, P., & Arensman, E. (2011). Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *European Journal of Public Health*, 21, 209–214.
- Crosier, T., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 6–13.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416–436). Sage Publications Ltd.
- Ding, N., Berry, H., & O'Brien, L. (2015). The effect of extreme heat on mental health—evidence from Australia. *International Journal of Epidemiology*, 44(supplement 1), i64.
- Duflo, E. (2012). Hope as capability. *Tanner Lectures on Human Values and the Design of the Fight Against Poverty*, 28-52.
- Eil, D., & Rao, J. M. (2011). The good news-bad news effect: asymmetric processing of objective information about yourself. *American Economic Journal: Microeconomics*, 3(2), 114–38.
- Fd. (2020). Aantal huishoudens met schulden groeit mogelijk naar 2.6 miljoen. Accessed on December 1 2021. fd.nl/economie-politiek/1348102/aantal-huishoudens-met-schulden-groeit-mogelijk-naar-2-6-miljoen
- Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., ... & Oregon Health Study Group. (2012). The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year. *The Quarterly journal of economics*, 127(3), 1057-1106.
- Frankham, C., Richardson, T., & Maguire, N. (2020). Psychological factors associated with financial hardship and mental health: a systematic review. *Clinical psychology review*, 77, 101832.

- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982.
- Gerrits, L. (2012). *Punching clouds: An introduction to the complexity of public decision-making*. Litchfield Park, AZ: Emergent Publications.
- Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K., & Kwiecinski, R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case—Control study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 346–350.
- Harvey, A. G. (2011). Sleep and circadian functioning: critical mechanisms in the mood disorders?. *Annual review of clinical psychology*, 7, 297-319.
- Haushofer, J., & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science*, 344(6186), 862-867.
- Haushofer, J. (2019). Is there a Psychological Poverty Trap? Working Paper.
- Haushofer, J., Mudida, R., & Shapiro, J. P. (2020). *The Comparative Impact of Cash Transfers and a Psychotherapy Program on Psychological and Economic Well-being* (No. w28106). National Bureau of Economic Research.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). Social class and mental illness: a community study. *American journal of public health*, 97(10), 1756–1757.
- Hosper, K., & Van Loenen, T. (2021). *Leven met ongezonde stress: Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen*. Utrecht: Pharos.
- Ibrahim, S., & Hulme, D. (2010). Has civil society helped the poor? A review of the roles and contributions of civil society to poverty reduction. *A Review of the Roles and Contributions of Civil Society to Poverty Reduction* (April 16, 2010).
- Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the national academy of sciences*, 107(38), 16489-16493.
- Kania, J., & Kramer, M. (2011). Collective impact. *Stanford Social Innovation Review*, 36-41.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.
- Kiely, K. M., Leach, L. S., Olesen, S. C., & Butterworth, P. (2015). How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 909–918.
- Kirk, M., Hickel, J., & Brewer, J. (2015). Using Design Thinking to Eradicate Poverty Creation. *Stanford Social Innovation Review*.
- Kolbert, E. (2018). The Psychology of Inequality. *The New Yorker*, Edition February 13, 2018.
- Konstantinos, N., & Fountoulakis, K. N. (2020). Suicides in Greece before and during the period of austerity by sex and age group: Relationship to unemployment and economic variables. *Journal of Affective Disorders*, 260, 174–182.
- Korhonen, M., Puhakka, M., & Viren, M. (2016). Economic hardship and suicide mortality in Finland, 1875–2010. *The European Journal of Health Economics*, 17(2), 129–137.

- Korn, C. W., Sharot, T., Walter, H., Heekeren, H. R., & Dolan, R. J. (2014). Depression is related to an absence of optimistically biased belief updating about future life events. *Psychological Medicine*, 44(3), 579-592.
- Koppel, S., & McGuffin, P. (1999). Socio-economic factors that predict psychiatric admissions at a local level. *Psychological Medicine*, 29(5), 1235-1241.
- Laajaj, R. (2014). Closing one's eyes on a gloomy future: psychological causes and economic consequences. Working Paper. Paris: Paris School of Economics.
- Langner, T. S., & Michael, S. T. (1963). Life stress and mental health: II. London: Collier-Macmillan.
- Leone, T., Coast, E., Narayanan, S., & de Graft Aikins, A. (2012). Diabetes and depression comorbidity and socio-economic status in low and middle income countries (LMICs): a mapping of the evidence. *Globalization and health*, 8(1), 1-10.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R., & Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *The Lancet*, 352, 605-609.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-1212.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delière, D., Mackenbach, J., & Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 293-298.
- Ludwig, J., Duncan, G. J., Genetian, L. A., Katz, L. F., Kessler, R. C., Kling, J. R., & Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood effects on the long-term well-being of low-income adults. *Science*, 337(6101), 1505-1510.
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., ... & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The lancet*, 378(9801), 1502-1514.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., ... & Saxena, S. (2018). *Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews*. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369.
- Lund, C., Orkin, K., Witte, M., Davies, T., Haushofer, J., Bass, J., ... & Patel, V. (2019). *The economic effects of mental health interventions in low and middle-income countries*. Working paper.
- Lybbert, T. J., & Wydick, B. (2016). Poverty, Aspirations, and the Economics of Hope. *University of California, Davis Working Paper*.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 86-189.
- Mack, J., & Lansley, S. (1985). *Poor Britain*. London: Allen & Unwin.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.

- Mall, S., Lund, C., Vilagut, G., Alonso, J., Williams, D. R., & Stein, D. J. (2015). Days out of role due to mental and physical illness in the South African stress and health study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(3), 461-468.
- Mangalore, R., Knapp, M., & Jenkins, R. (2007). Income-related inequality in mental health in Britain: the concentration index approach. *Psychological Medicine*, 37(7), 1037-1045.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafrir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *science*, 341(6149), 976-980.
- Mason, K. E., Baker, E., Blakely, T., & Bentley, R. J. (2013). Housing affordability and mental health: Does the relationship differ for renters and home purchasers? *Social Science and Medicine*, 94, 91-97.
- Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer*. Chelsea Green Publishing.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1999). Economic hardship across the life course. *American Sociological Review*, 64, 548-569.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2001). Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of health and social behavior*, 132-150.
- Münster, E., Ruger, H., Ochsmann, E., Letzel, S., & Toschke, A.M. (2009). Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009, 9(286):1-6.
- Van den Berg, W., El Aziz, F., Grot-Pieters, D., Van der Leij, K., & Mulder, M. (2020). *Hindernisbaan zonder finish: Een onderzoek naar knelpunten in de toegang tot de Wet schuldsanering natuurlijke personen*. Nationale Ombudsman.
- Navarro-Carrillo, G., Alonso-Ferres, M., Moya, M., & Valor-Segura, I. (2020). Socioeconomic status and psychological well-being: Revisiting the Role of Subjective Socioeconomic Status. *Frontiers in Psychology*, 11, 1303.
- Nekanda Trepka, C. J. S., Bishop, S., & Blackburn, I. M. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(1), 49-60.
- Netherlands Scientific Council for Government Policy. (2019). *Why Knowing What To Do Is Not Enough: A Realistic Perspective on Self-Reliance*. Springer.
- Noble, K. G., Houston, S. M., Brito, N. H., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J. M., ... & Sowell, E. R. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature neuroscience*, 18(5), 773-778.
- OECD & EU (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
- Patel, V., Burns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. A., & Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1), 76-89.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.

- Perez-Truglia, R. (2020). The Effects of Income Transparency on Well-Being: Evidence from a Natural Experiment. *American Economic Review*, 110 (4): 1019-54.
- Pickett, K. E., James, O. W., & Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(7), 646-647.
- Pleeging, E., & Burger, M. J. (2020). *Hope in Economics*. Historical and Multidisciplinary Perspectives on Hope, 165-178.
- Pleeging, E., Burger, M., & van Exel, J. (2021). The relations between hope and subjective well-being: A literature overview and empirical analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 16(3), 1019-1041.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 765-772.
- Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2014). Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5), 433.
- Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science and Medicine*, 53, 441-453.
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(8), 1148-1162.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522).
- Roos, A. F., Diepstraten, M., & Douven, R. (2021). When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health (No. 428. rdf). CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- Ryan, R. (2009). Self determination theory and well being. *Social Psychology*, 84(822), 848.
- Sandel, M. J. (2012). *What money can't buy: the moral limits of markets*. Macmillan.
- Schaminée, A., & Dorst, K. (2021). *Design thinking binnen de overheid: Effectiever werken aan transitievraagstukken*. TwynstraGudde.
- SCP (2021). *Koersen op de samenleving: Maatschappelijke opgaven en kansrijke oplossingen door de bril van burgers bezien*. Den Haag: The Netherlands Institute for Social Research (SCP).
- Smith, G.S., Breakstone, H., Dean, L.T. et al. (2020) Impacts of Gentrification on Health in the US: a Systematic Review of the Literature. *J Urban Health* 97, 845-856.
- Staufenbiel, S. M., Penninx, B. W., Spijker, A. T., Elzinga, B. M., & van Rossum, E. F. (2013). Hair cortisol, stress exposure, and mental health in humans: a systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1220-1235.
- Tay, L., Zyphur, M., & Batz, C. L. (2018). Income and subjective well-being: Review, synthesis, and future research. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.

- Treuhart, S., & Karpyn, A. (2015). *The grocery gap: Who has access to healthy food and why it matters*. PolicyLink & The Food Trust.
- Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC public health*, 14(1), 1-8.
- Van Spijker, W., & Tops, P. (2021). *Het Verhaal van NPRZ: Het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid en wat anderen daarvan kunnen leren*. Den Haag.
- Viinamäki, J. H., Kontula, O., Niskanen, L., & Koskela. (2000). Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 177–182.
- Walker, R., & Bantebya-Kyomuhendo, G. (2014). *The shame of poverty*. Oxford University Press, USA.
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: The Canadian National Population Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 447–452.
- Wickrama, K. A. S., Noh, S., & Bryant, C. M. (2005). Racial Differences in Adolescent Distress: Differential Effects of the Family and Community for Blacks and Whites. *Journal of Community Psychology*, 33(3), 261–282.
- Williams, M. N., Hill, S. R., & Spicer, J. (2016). Do hotter temperatures increase the incidence of self-harm hospitalisations?. *Psychology, health & medicine*, 21(2), 226-235.



Appendix: Methodologie

Het doel van deze literatuur review is om een actuele samenvatting te geven van het academische onderzoek naar de relatie tussen financieel, fysiek en mentaal welzijn. Afgelopen jaren zijn er een aantal belangrijke samenvattende onderzoeken uitgevoerd – bekend als meta-analytische onderzoeken en systematische overzichten. Dit verslag biedt een overzicht van de uitkomsten, waarbij het put uit deze onderzoeken. We hebben de informatie zoveel mogelijk getrokken. Wij hebben zoveel mogelijk geput uit samenvattende studies van hoge kwaliteit die in de afgelopen vijf jaar in toptijdschriften zijn gepubliceerd. Waar mogelijk hebben wij gebruik gemaakt van empirische studies waarin oorzakelijk verband in plaats van correlatie wordt aangetoond - d.w.z. waarin niet alleen wordt nagegaan of twee dingen naast elkaar bestaan, maar ook of het een voor het ander komt.

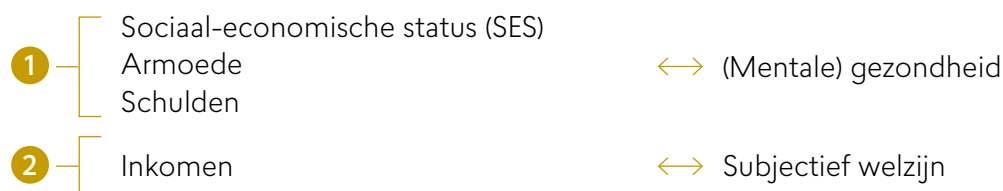
Een systematische review is een ‘onderzoek van onderzoeken’. Het neemt een groot aantal losse studies over een soortgelijk thema en brengt het samen, om te zien welk verhaal er ontstaat. Hier is het nuttig enkele woorden te wijden aan de verschillende soorten studies die worden uitgevoerd. Wij zijn niet de eersten die een review-studie over dit thema uitvoeren. Integendeel, wij hebben het geluk dat er op het ogenblik dat dit rapport werd opgesteld, verschillende review-studies zijn uitgevoerd, waarvan sommige zeer recent. Door uit deze studies te putten, is al veel grondwerk gedaan. Voorts kunnen de studies ruwweg worden ingedeeld in studies waarin wordt gekeken naar verbanden tussen twee variabelen (correlatie) en studies waarin de ene variabele de andere voorspelt of veroorzaakt (causaliteit). De “beste” studies zijn in staat een causaal effect te vinden, bijvoorbeeld door mensen willekeurig toe te wijzen aan een behandelingsgroep en anderen aan een controlegroep. Economisch onderzoek is vaak gericht op het blootleggen van causaliteit. Ten slotte wordt in sommige studies gekeken naar een derde variabele om een verband te helpen verklaren. In deze studies wordt getracht mechanismen bloot te leggen. Psychologisch onderzoek is vaak gericht op het blootleggen van mechanismen. In dit verslag putten wij uit zowel economische als psychologische literatuur.

Dit systematische literatuuronderzoek kende drie fases:

- 1 In kaart brengen van studies
- 2 Analyse en synthese van resultaten van de studies
- 3 Rapportage van de resultaten

De eerste fase bestond uit het vaststellen van zoektermen voor de onderwerpen. De initiële zoekstrategie is beschreven in tabel 1. Hier werden meta-analyse studies en systematische review studies geïdentificeerd die als basis dienden. Deze werden vervolgens aangevuld met relevante individuele empirische studies. Omdat Nederlandse studies ondervertegenwoordigd zijn in meta-analyses, werd tevens nadruk gelegd op het identificeren van relevante individuele studies. Individuele studies werden ook gevonden via een zogenaamde sneeuwbalmethode - door het screenen van referenties van relevante studies.

Dit resulteerde in het opnemen van zo'n 77 onderzoeken. Bovendien waren 10 van deze studies meta-analyses en systematische review studies. De zoektermen die tot de meeste resultaten leidden waren welzijn, (geestelijke) gezondheid, armoede, sociaaleconomische status en inkomen. Ook zijn niet alle relaties onderzocht. Vaak richten onderzoekers zich op bepaalde relaties en proberen ze op elkaar voort te bouwen om ze steeds verder te verhelderen. Als gevolg hiervan zijn met name twee soorten relaties bestudeerd:



Het onderzoek naar de tweede relatie is veel ouder dan naar de eerste. Dit komt tot uiting in de hoeveelheid onderzoek die er naar is verricht en de diepgang waarmee het is onderzocht. Hieronder geven wij een overzicht van de belangrijkste studies waarvan wij bij het opstellen van dit overzicht gebruik hebben gemaakt.

Er zijn twee belangrijke artikelen over de relatie tussen armoede en (mentale) gezondheid.

1. Ridley, Rao, Schilbach en Patel (2020). Poverty, depression, and anxiety. Causal evidence and mechanisms. Gepubliceerd in *Science*.
2. Richardson, Elliot en Roberts (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. Gepubliceerd in *Clinical Psychology Review*.

Eén artikel gaat over de relatie tussen inkomen en subjectief welzijn:

3. Tay, Zyphur en Batz (2018). Income and subjective well-being: Review, synthesis, and future research. Gepubliceerd in *Handbook of well-being*.

Daarnaast zijn er nog verscheidene andere artikelen die noemenswaardig zijn:

4. Frankham, Richardson en Maguire (2020). Psychological factors associated with financial hardship and mental health: A systematic review. Gepubliceerd in *Clinical Psychology Review*.
5. Patel, Burns, Dhingra, Tarver, Kohrt en Lund (2018). In Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. Gepubliceerd in *World Psychiatry*.
6. Lund, Brooke-Sumner, Baingana, Claire Baron, Brevet, Chandra, Haushofer et al. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. Gepubliceerd in *The Lancet*.
7. Haushofer en Fehr (2014). On the psychology of poverty. Gepubliceerd in *Science*.
8. Turunen en Hiilamo (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. Gepubliceerd in *BMC public health*.
9. Bhattacharya (2013). Socioeconomic disparities in health. Hoofdstuk 4 van het handboek *Health Economics*.
10. Lund, De Silva, Plagerson, Cooper, Chishold, Das, Knapp en Patel (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. Gepubliceerd in *The Lancet*.

Om de context van Nederland erbij te betrekken, is gebruikgemaakt van een aantal Nederlandse publicatie, waaronder:

11. Roos, Diepstraten en Douven (2021). When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health. Gepubliceerd door het Centraal Planbureau.
12. Bussemaker, J., 'S Jongens, T., Vonk, R., Willemsen, C. & Van der Zwaard, W. (2020). Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Gepubliceerd door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

TABEL 1. De initiële zoekstrategie

Financieel welzijn	Normatieve termen
	Financiële geletterdheid
	Financiële zelfredzaamheid
	Financiële veerkracht
	Empirische termen
	Armoede
	<i>Objectieve armoede</i>
	<i>Subjectieve armoede</i>
	Problematische schulden
	Sociaal-economische status
Fysiek en mentaal welzijn	Normatieve termen
	Welzijn
	Empirische termen
	Subjectief welzijn
	Fysieke gezondheid
	Fysiek functioneren
	Mentale/psychische gezondheid
	Kwaliteit van leven
	Depressie
	Stress
	Stoornissen
	Eenzaamheid
	Sociale isolatie

