

WAT WERKT?

Eerder uit de schulden



Samenwerking rond financiële problemen bij patiënten in de huisartsen- praktijk

Geleerde lessen uit de aanpak in Arnhem

2023 | MAART

HOSPER, K., NIEMER, S. & STAVENUITER, M.



Deze publicatie maakt onderdeel uit van het project 'Eerder uit de schulden: wat werkt?'. In dit project wordt onderzoek gedaan naar het bereik en de effectiviteit van interventies voor mensen met betalingsachterstanden. De interventies die worden onderzocht vallen binnen vijf thema's. Het onderzoek naar de samenwerking met gezondheidsprofessionals is er daar één van. Meer informatie over het project is [hier](#) te vinden.

Het project wordt uitgevoerd door een breed consortium bestaande uit de volgende partners: Verwey-Jonker Instituut, CBS, Hogeschool Utrecht (HU), Pharos, Bureau Bartels, Save the Children, Valente, Gemeente Amsterdam, Gemeente Arnhem, Gemeente Deventer, Gemeente Gouda, Gemeente Haarlem en Gemeente Utrecht.



Dit onderzoek is gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) met betrokkenheid van het ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid in het kader van de NWA-ronde Schulden en Armoede.

Deze publicatie weerspiegelt de mening/onderzoeksresultaten van de publicerende partij(en). NWO is niet aansprakelijk voor enig gebruik dat gemaakt zou kunnen worden van de daarin opgenomen informatie.

COLOFON

Auteurs

Karen Hosper (Pharos)

Sanne Niemer (Pharos)

Monique Stavenuiter (Verwey-Jonker Instituut)

Utrecht, 2023

Inhoudsopgave

1 Samenvatting	4
2 Inleiding	4
2.1 Achtergrond en aanleiding	4
2.2 Kennis over werkzame bestanddelen	4
2.3 Beschrijving van de interventie en de materialen	5
2.4 Onderzoeksopzet	7
3 Resultaten van de aanpak	9
3.1 Hoe is de implementatie verlopen?	9
3.2 Welke belemmerende factoren ervaren de betrokkenen?	10
3.3 Welke bevorderende factoren en kansen zien de betrokkenen?	12
4 Aanbevelingen	15
Referenties	17

1 Samenvatting

Aanleiding

Armoede, schulden en gezondheid zijn nauw met elkaar verweven. Mensen met geldzorgen kampen vaak met langdurige stress, een slecht ervaren gezondheid, een ongezonde leefstijl, chronische ziekte(n) en psychische klachten. Deze mensen komen daardoor vaker dan gemiddeld bij de huisarts op het spreekuur met klachten waar niet altijd een medische oorzaak aan ten grondslag ligt. Vroegsignalering van schuldenproblematiek in de huisartsenpraktijk kan eraan bijdragen dat mensen sneller aan de slag gaan met de ziekmakende financiële problematiek, en dat schade voor de gezondheid en (extra) belasting van de gezondheidszorg worden voorkomen.

Aanpak en onderzoek

Binnen dit project implementeerden we een aanpak in twee huisartsenpraktijken in Arnhem. De huisartsen kregen materialen en gespreksstarters om financiële problemen te signaleren en bespreekbaar te maken. Daarnaast stimuleerden we de huisartsen en de wijkteams om afspraken rondom verwijzing te maken. Middels interviews en evaluatiegesprekken met alle betrokken professionals {huisartsen, praktijkondersteuners bij de huisarts (POH) en wijkteammedewerkers}, is geëvalueerd wat de aanpak oplevert en wat de randvoorwaarden zijn voor implementatie.

Bevindingen

De meewerkende huisartsen onderstreepten het belang van het vroegtijdig signaleren van financiële problematiek bij hun patiënten. Het blijkt echter lastig dit in de praktijk te brengen. Het bespreekbaar maken en goed uitleggen hoe financiële problemen tot gezondheidsklachten leiden kost tijd en is niet altijd even makkelijk. De materialen werden maar matig gebruikt. En het thema verdwijnt toch weer snel van de agenda vanwege andere prioriteiten. Ook gaven de huisartsen aan vaak niet goed te weten welke hulp er beschikbaar is voor mensen met financiële problemen en naar wie zij het beste konden verwijzen.

Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de ervaringen van alle deelnemende professionals komen we tot de volgende aanbevelingen om het signaleren van financiële problemen in de huisartsenpraktijk mogelijk te maken:

Op huisartsenpraktijkniveau

- ➔ **Meer structurele aandacht voor het onderwerp binnen de praktijk (onder andere herhalend agenderen op wekelijkse werkoverleggen).**
- ➔ **Beter stimuleren van gebruik van de hulpmiddelen die er zijn (onder andere gesprekskaart, informatie over de ondersteuning bij financiële problemen).**
- ➔ **Inzet van collega's in de praktijk, zoals POH en doktersassistenten, bij het signaleren en bespreken van financiële problemen.**

Huisartsenpraktijk overstijgend

- ➔ **In de opleiding en nascholing aandacht voor de gevolgen van financiële stress en stress-sensitief, persoonsgericht werken.**
- ➔ **Tussen gemeente (sociaal domein) en de eerstelijnszorg in het algemeen nauwere samenwerking.**
- ➔ **Huisartsen en zorggroepen in gesprek met zorgverzekeraars en gemeente over vergoeding voor tijd om een breder gesprek te voeren met de patiënten bij wie sociale en financiële problemen een rol spelen.**

2 Inleiding

2.1 Achtergrond en aanleiding

Mensen die langdurig te maken hebben met geldzorgen, hebben een verhoogd risico op chronische stress. Stress die lang aanhoudt heeft een directe invloed op de fysieke en mentale gezondheid en op de hersenen. Het denk- en doenvermogen wordt aangetast. Dit heeft grote gevolgen voor het dagelijks leven, zoals het omgaan met een (chronische) ziekte, het opvolgen van leefstijl- of medicatieadviezen, en het op orde krijgen van je financiële zaken. Door de coronacrisis en het stijgen van de energieprijzen en inflatie is het risico groot dat het aantal huishoudens dat met schulden te maken krijgt toeneemt. Hierdoor is ook een toename te verwachten van het aantal mensen dat een huisarts bezoekt met fysieke en mentale klachten als gevolg van financiële zorgen.

De huisarts is vaak de eerste persoon bij wie mensen hulp vragen wanneer zij fysieke en mentale klachten hebben. De huisarts speelt dus een belangrijke rol in het signaleren van andere problemen die vaak nauw verweven zijn met de gezondheidsproblemen. Als er meer aan de hand lijkt te zijn dan alleen medische klachten, dan heeft de huisarts of praktijkondersteuner (POH) de taak om te verwijzen naar passende hulpverlening in het sociaal domein (Van den Muijsenbergh 2019).

Wanneer huisartsen in staat zijn financiële problemen tijdig te signaleren en te verwijzen naar passende ondersteuning kan dit verergering van de gezondheidsklachten en de financiële problemen voorkomen. Daarnaast zal het op langere termijn ook bijdragen aan verlaging van de werkdruk onder huisartsen. De onderliggende oorzaken van de klachten worden dan eerder aangepakt waardoor mensen minder snel terugkomen bij de huisarts. Ook zal dit uiteindelijk bij kunnen dragen aan het voorkomen van duurdere specialistische zorg.

Voor huisartsen is het bespreken van sociale en financiële problematiek met patiënten niet altijd vanzelfsprekend. Soms is het ook praktisch niet haalbaar vanwege de korte consultduur. Om huisartsen op weg te helpen en te ondersteunen bij het signaleren en bespreekbaar maken van schulden, ontwikkelden Zorggroep Almere en Hogeschool Utrecht het interventiepakket 'Patiënten met schulden'. De eerste ervaringen met deze aanpak zijn in een pilot onderzocht onder huisartsen in Almere en Utrecht (Jungmann, Van der Veer, Den Hartogh & Dolsma 2020). Daarnaast heeft men in enkele andere gemeenten ervaring opgedaan met veelbelovende aanpakken waarin eerstelijnszorg en sociaal domein samenwerken om schulden vroegtijdig te kunnen signaleren en aanpakken (Veer, Jungmann & Den Hartogh (2020)). Ook zijn in de loop der jaren diverse instrumenten ontwikkeld om professionals te ondersteunen een breder gesprek te voeren en mensen passende zorg en ondersteuning te bieden, zoals het 4-Domeinenmodel, het spinnenweb van Positieve Gezondheid (zie hoofdstuk 2) en de gesprekskaart (zie 1.3) [MK1] [MS2] voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden van Pharos. In veel van deze instrumenten zijn ook financiële problemen en schulden onderdeel van het gesprek.

In het kader van onderhavig onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de eerder ontwikkelde kennis en materialen en waar nodig bijgesteld en aangevuld op basis van de ervaringen die in Almere zijn opgedaan.

2.2 Kennis over werkzame bestanddelen

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een integrale aanpak van complexe problematiek bijdraagt aan effectievere zorg en ondersteuning. Sociale, medische en financiële problematiek zijn nauw met elkaar verweven. Dit vraagt dus om een integrale benadering, waarin de persoon de eigen context wordt bekeken (Leemrijse 2020; Haker et al 2019; Broeke 2017).

Het basisbestanddeel in deze aanpak is dan ook de integrale werkwijze: zorgverleners gaan nauwer samenwerken met hulpverleners uit het sociaal domein. Waarbij huisartsen en/of de POH breder in gesprek gaan met hun patiënten dan alleen over de medische klacht, om zo eventuele schuldenproblematiek eerder te signaleren. Voor een goede uitvoering van integrale aanpak bij financiële problematiek is een aantal werkzame bestanddelen aangetoond in eerder onderzoek die hierna staan uitgewerkt.

Persoonsgerichte zorg leveren en alert zijn op financiële problemen

Huisartsen en POH's hebben competenties nodig om persoonsgerichte zorg te leveren. Dit betekent dat ze kunnen aansluiten bij de vaardigheden, behoeften, geletterdheid en sociale context van de patiënt. Begrijpelijk communiceren, empathie tonen en vooral een breder gesprek voeren dan enkel over de medisch klacht. Met deze benadering komen achterliggende oorzaken van de klachten, zoals schulden, eerder aan het licht (Muijsenbergh 2018; Weel-Baumgarten & Brouwers (2018).

Schaamte wegnemen

Financiële problematiek gaat gepaard met schaamte, mensen praten niet makkelijk over hun geldproblemen (Plantinga 2018). Om schulden bespreekbaar te maken is het heel belangrijk dat de patiënt zich op zijn/haar/hun gemak voelt en de ruimte voelt om hierover bij de huisarts open te zijn. Met een persoonsgerichte benadering ontstaat er vertrouwen en dit draagt bij aan het wegnemen van schaamtegevoelens. Uit Belgisch onderzoek blijkt dat patiënten het ondanks de schaamte uiteindelijk heel prettig vinden als de huisarts rekening houdt met hun financiële situatie (Willems, de Roo, Anthierens et al. 2005).

Rekening houden met financiële belemmeringen in het opvolgen van adviezen

Bij het opstellen van een behandelplan, het verwijzen naar een medisch specialist of fysiotherapeut, of het voorschrijven van medicatie, is het goed al meteen rekening te houden met de financiële situatie van de patiënt. Wanneer iemand vanwege het eigen risico of gebrek aan aanvullende verzekering de verwijzing niet gaat opvolgen of de medicatie niet gaat gebruiken, is het zinvoller om dit direct bespreekbaar te maken. Dit voorkomt dat patiënten op een later moment terugkomen met dezelfde klacht (Cappelle van & Willems 2015; Veer & Jungmann 2018). Ook vormt dit een directe aanleiding om het gesprek over geldzorgen aan te gaan.

Stress verlichten

Langdurige geldzorgen leiden tot een verhoogd stressniveau, ook wel chronische stress genoemd. Deze stress beïnvloedt niet alleen de gezondheid, maar heeft ook nadelige gevolgen voor het denken doenvermogen van mensen (Mullainathan 2013; Hosper en Van Loenen, 2021). Het verlichten van stress is daarom een belangrijk onderdeel van de aanpak. Het erkennen van de stress en laten merken dat het heel normaal is om in deze omstandigheden veel stress te voelen kan al bijdragen aan verlichting. Dit zal de aanpak van de financiële problematiek ten goede komen.

Warme verwijzing naar wijkteam of schuldhulp

Wanneer de geldzorgen bespreekbaar zijn gemaakt en ondersteuning nodig blijkt, dient de huisarts en/of de POH te verwijzen naar passende hulpverlening. In veel gevallen is dat het sociaal wijkteam. Het tijdig verwijzen naar passende hulpverlening kan voorkomen dat de geldproblemen uit de hand lopen en de patiënt als gevolg daarvan alleen maar meer stress zal ervaren. Het helpt daarbij als de huisartsen een vaste contactpersoon hebben bij het wijkteam en zij onderling makkelijk contact kunnen opnemen (Been & Hosper 2018).

2.3 Beschrijving van de interventie en de materialen

Uitgaande van de werkzame bestanddelen als basis, staan de volgende uitgangspunten centraal bij de ontwikkeling en uitvoering van de interventie:

1. Het pakket moet in de eerste plaats goed inpasbaar zijn in de huisartsenzorg. Het gebruik moet geen groot beslag leggen op de tijd en ruimte van huisartsen. Zij krijgen handvatten om snel en adequaat te kunnen signaleren, bespreekbaar te maken en te verwijzen bij schuldenproblematiek.
2. In de tweede plaats dient het pakket patiënten te bieden wat zij nodig hebben om schaamte en andere belemmeringen te doorbreken. De patiënt wordt bewust gemaakt van de verbinding tussen geldzorgen en gezondheid, en gestimuleerd om financiële problemen te melden bij de huisarts.
3. In de derde plaats beoogt het pakket informatie en concrete tips te geven over hoe huisartsen omtrent schuldenproblematiek een samenwerking kunnen organiseren met het sociaal domein.

Op basis van resultaten van de eerder uitgevoerde pilot is de interventie op een aantal onderdelen aangepast. Dit is gebeurd in overleg met de gemeente Arnhem, waar de pilot plaatsvond in de wijken Presikhaaf en Schuytgraaf.

De interventie die is uitgevoerd in twee huisartsenpraktijken bestond uit de volgende onderdelen:

1. E-learning

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

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

2. Gesprekskaart Pharos

Deze kaart met afbeeldingen kunnen huisartsen gebruiken om het gesprek te openen over andere onderwerpen dan de klacht waarvoor mensen komen ('geld' staat in het midden).

<https://www.pharos.nl/kennisbank/gesprekskaart-voor-patienten-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>



Gesprekskaart Pharos

3. Gespreksstarters (voorbeelden van openingszinnen)

Document met voorbeeldzinnen voor hoe je als zorgverlener het gesprek kunt aangaan over financiële problemen. De PDF staat niet online maar is speciaal samengesteld voor de pilot in Arnhem. De inhoud komt grotendeels uit de e-learning en de bestaande publicatie 'zorgen over geld': <https://schuldenenincasso.nl/wp-content/uploads/2019/08/Handreiking-Zorgen-over-geld-praten-helpt.pdf?x57557>.

4. Animatie voor wachtkamerscherf (HU)

Voor de wachtkamer is er een animatie ontwikkeld die patiënten attendeert op het belang van praten over financiële problemen. De animatie is te zien in de vorm van een pdf-bestand.

https://schuldenenincasso.nl/wp-content/uploads/2020/12/SchuldzijnOngezond_pdf.pdf?x24955

5. Posters, folder, routekaart (gemeente Arnhem)

Gemeente Arnhem heeft diverse materialen ontwikkeld om stadsbreed de aandacht voor het signaleren van schulden te stimuleren. Een aantal materialen wordt gebruikt in de pilot met huisartsen (de posters en folder en routekaart). Op de website staat een overzicht van alle materialen van Arnhem:

https://www.arnhem.nl/Inwoners/werk_en_inkomen/geldzorgen/partners/Toolbox

Om bovenstaande te implementeren hebben de volgende overleggen plaatsgevonden:

- Een startgesprek (online vanwege corona) met de betrokken huisartsen apart, met zowel praktijk Schuytgraaf als Presikhaaf: hierin kregen zij informatie over het onderzoek en instructies voor deelname aan de e-learning en het gebruik van de materialen.
- Gezamenlijk online overleg met huisartsen en medewerkers van het wijkteam en schuldhulp om met elkaar afspraken te maken over doorverwijzing en terugkoppeling.
- Een tussenevaluatie met beide praktijken om te horen hoe de implementatie verloopt en welke belemmeringen zij ervaren.

Wijzigingen ten opzichte van de eerder uitgevoerde pilot in Almere zijn de volgende:

1. De praatplaat en verwijfskaart (ontwikkeld door HU) zijn niet gebruikt, omdat de huisartsen en POH's in het pilot-onderzoek in Almere daar geen gebruik van maakten. In plaats daarvan is de gesprekskaart van Pharos gebruikt die ontwikkeld is voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze kaart biedt een overzicht van thema's gerelateerd aan gezondheid, inclusief geldproblemen. Zie afbeelding hierboven.
2. Uit de pilot in Almere bleek dat huisartsen behoefte hadden aan voorbeeldzinnen om het gesprek te openen, en aan materialen die helpen bij uitleg geven over de doorwerking van schulden op gezondheid. Hiertoe is een los document gemaakt waar de voorbeeldzinnen uit de e-learning zijn herhaald, zodat de POH's en huisartsen deze binnen handbereik kunnen hebben als ze in gesprek gaan. Daarnaast is er begrijpelijk beeldmateriaal beschikbaar in de vorm van een korte animatie waarin de gevolgen van langdurige stress worden uitgelegd. De huisarts kan deze animatie gebruiken tijdens het consult, of patiënten verwijzen naar de video.
3. Een aantal reminders werden ingebouwd, om de deelnemende huisartsenpraktijken blijvend te motiveren financiële problematiek te signaleren en bespreekbaar te maken bij patiënten waar het vermoeden speelt dat er meer aan de hand is.
4. De gemeente Arnhem heeft stadsbreed aandacht voor vroegsignalering van schulden. Daarvoor zijn vele materialen ontwikkeld die bruikbaar zijn voor alle ketenpartners. In deze pilot onder huisartsen zijn de Arnhemse materialen zoals een poster en informatie over verwijfsmogelijkheden gedeeld met de huisartsenpraktijken.

2.4 Onderzoeksopzet

Het onderzoek was gericht op beantwoording van de volgende vragen:

1. Hoe ervaren huisartsen de aanpak en wat hebben zij nodig om tot een goede implementatie te komen van de interventie? (Randvoorwaarden.)
2. Wat levert het de huisartsen op in termen van werkdruk-reductie en effectievere zorgverlening?
3. Wat levert de aanpak op voor patiënten bij wie schulden bespreekbaar worden gemaakt?

Uitvoering onderzoek deels anders gelopen

Om verschillende redenen is het niet mogelijk gebleken alle oorspronkelijke onderzoeksactiviteiten uit het projectplan uit te voeren. In de oorspronkelijke onderzoeksopzet waren de volgende methoden van dataverzameling opgenomen:

- Een tussenevaluatie met de betrokken huisartsen.
- Diepte-interviews met vijf patiënten die bij de huisarts komen en bij wie er sprake blijkt van geldproblemen/schulden en om die reden verwezen worden naar het wijkteam of schuldhulpverlening.
- Gebruik van groepsgesprekken (d.m.v. de effectencalculator): (één groepsgesprek per huisartspraktijk) met direct betrokkenen (huisarts, wijkteam en/of schuldhulpverlener) bij een casus.

De interviews met vijf patiënten en de groepsgesprekken konden niet worden uitgevoerd volgens plan. De redenen hiervoor zijn divers. In de eerste plaats lukte het de huisartsen niet om patiënten daadwerkelijk door te verwijzen naar het wijkteam (we komen daar nog over te spreken in hoofdstuk 2) en daardoor waren er ook geen patiënten beschikbaar om te interviewen of een groepsgesprek omheen te organiseren. Daarnaast speelde corona een grote belemmerende rol bij de uitvoering van het onderzoek. De werkdruk en werkbelasting van de huisartsen (die onder normale omstandigheden al heel hoog is) nam hierdoor verder toe. Hierdoor waren fysieke ontmoetingen en vergaderingen niet mogelijk, raakte de praktijk onderbezet (ook personeel viel uit), en werden er door de huisartsen andere prioriteiten gesteld dan systematisch te vragen naar de financiële situatie van patiënten.

Dataverzameling ten behoeve van evaluatie van de aanpak

De volgende data zijn verzameld om ervaringen met de aanpak te onderzoeken:

- Een groepsgesprek met de huisartsen en contactpersonen van het wijkteam.
- Een tweede (afsluitend) groepsgesprek met alleen de huisartsen.
- Een interview met een doktersassistent uit Presikhaaf.
- Een interview met een POH uit Presikhaaf.
- Een interview met een huisarts uit Den Haag met veel ervaring in schuldenproblematiek. (aankaarten en mensen doorverwijzen).

De groepsgesprekken en aanvullende interviews zijn gebruikt om meer inzicht te krijgen in zowel de belemmeringen als de kansen die er nog liggen om de financiële situatie van patiënten bespreekbaar te maken.

3 Resultaten van de aanpak

Op basis van de tussenevaluatie, een groepsinterview met huisartsen en wijkteammedewerkers, een groepsinterview met alleen huisartsen, een interview met een POH, een interview met een praktijkassistent en een interview met een huisarts uit Den Haag vatten we hieronder de belangrijkste bevindingen samen. We doen dit aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe is de implementatie van de interventie verlopen in de twee huisartsenpraktijken?
- Wat zijn de belemmerende factoren bij het signaleren en bespreekbaar maken?
- Welke bevorderende factoren en kansen zien de betrokkenen om de aanpak te verbeteren?

3.1 Hoe is de implementatie verlopen?

Goede intenties

De huisartsen uit Arnhem geven allemaal aan dat zij het vroegtijdig signaleren van schulden belangrijk vinden. Zij zien in hun praktijk ook dat er met patiënten vaak veel meer aan de hand is dan alleen de medische klachten. Zij hebben daarom ook allemaal de intentie alerter te worden op eventuele financiële problemen die spelen bij hun patiënten. Ondanks de goede intenties van de huisartsen, lukt het ze toch vaak niet om dit in de praktijk te doen.

Materialen uit het interventiepakket maar deels gebruikt

De materialen uit het interventiepakket zijn deels door de huisartsen gebruikt: de e-learning is door de meeste huisartsen en een enkele POH gevolgd. Folders en posters liggen in de spreekkamer en in de wachtkamer. De voorbeeldzinnen zijn bekeken en worden in enkele gevallen ook toegepast:

“Die voorbeeldzinnen waren best handig. De insteek niet een veroordeling te leggen in de vraag, dat was een eyeopener. Het is maar net hoe je de vraag stelt.” (huisarts)

Patiënten kunnen de folders die in de wachtkamer liggen meenemen, maar de huisartsen weten niet zeker of dat is gebeurd. De huisartsen en POH's volgen ook cursussen gesprekstechnieken, maar die zijn veelal medisch inhoudelijk ingestoken. De huisartsen en POH zouden het goed vinden als daarin ook een keer aandacht was voor financiële zorgen van patiënten.

De beschikbare informatie voor het wachtkamerscherf blijkt niet gebruikt te zijn. De praktijkassistenten vinden het wel belangrijk dat dit gebeurt. Op het informatiescherf worden bijvoorbeeld de wijkteams wel genoemd, maar niet specifiek in relatie tot financiële problemen. Dat kan mensen op een idee brengen en de weg wijzen naar het wijkteam. Dat is nu nog niet het geval. Hetzelfde zou kunnen gelden voor maatschappelijk werk.

Volgens de huisartsen is er in principe genoeg materiaal beschikbaar over het onderwerp. Belangrijker is het materiaal ook te gebruiken en jezelf als huisarts er steeds aan te herinneren als er iemand tegenover je zit waarvan je vermoedt dat die persoon met financiële problemen te maken heeft. Een van de huisartsen is daarom van plan een post-it aan haar computerscherm te hangen, zodat ze er vaker aan denkt.

Post-it aan het scherm, werkt beter dan bijvoorbeeld de gesprekskaart en allemaal papieren op het bureau. Dat oogt rommelig en raakt kwijt.” (huisarts)

De geïnterviewde POH en praktijkassistent blijken de hulpmiddelen niet te kennen, maar zouden ze graag ontvangen. Ze hebben ze tot nu toe dus ook niet kunnen gebruiken. Er zijn in de huisartsenpraktijk meerdere praktijkassistenten en ook een POH-ggz. Ze zouden het een goed idee vinden als iedereen wist wat er aan hulpmiddelen is en om het gebruik ervan in het overleg met de huisartsen te bespreken. Ook de huisartsen vinden het een goed idee om het gebruik van de materialen in hun overleg met POH en praktijkassistenten aan te kaarten.

Patiënten bleken al in beeld bij schuldhulpverlening

In dit onderzoek hebben de huisartsen geen patiënten doorverwezen naar het wijkteam, omdat mensen die bij de huisarts aangaven financiële problemen te hebben al contact hadden met het wijkteam of schuldhulpverlening. Een van de huisartsen vertelde dat zij in haar spreekkamer mensen met financiële problemen is tegengekomen, maar dat deze mensen al begeleiding hadden, namelijk van een bewindvoerder of een budgetcoach. Zij waren allemaal al in contact met de schuldhulpverlening en daarom hoefde de huisarts richting het wijkteam geen verdere actie te ondernemen.

“Veel mensen hebben problemen, maar worden daar ook al bij ondersteund. Vaak is iemand ook al in beeld bij het wijkteam of de schuldsanering. Het is ook wel de realiteit dat mensen die bijvoorbeeld in thuiszorg zitten of in een ander zorgtraject, daar ook al veel hulpverlening ontvangen en dat het financiële stukje daar ook al ter sprake komt.” (huisarts)

Rol andere professionals in de praktijk (POH en praktijkassistent)

Volgens de huisartsen hebben de praktijkassistenten en de POH ook een signalerende functie. Zij zien in de praktijk bijvoorbeeld dat de huisarts medicatie voorschrijft, maar dat mensen het niet kunnen betalen als bij de apotheek blijkt dat er bijbetaald moet worden. Voor hen is het daarom nuttig om te weten wat er aan voorzieningen en regelingen is en wat er mogelijk is, bijvoorbeeld ook vanuit de inzet van het wijkteam. De praktijkassistenten verwijzen niet zelf door, maar ze kunnen de patiënten wel op dingen attenderen en informatie aan de huisarts doorgeven.

“Een goede assistent doet veel triagewerk. Die kan inschatten of een patiënt echt meteen door de huisarts gezien moet worden. Veel afspraken worden aan de balie gedaan. Daar worden ook dingen vermeld. Die informatie wordt genoteerd en doorgegeven.” (huisarts)

Hierbij speelt wel het praktische probleem van privacy. Patiënten willen of kunnen aan de balie (in een openbare ruimte) hun financiële problemen niet bespreken. De praktijkassistent kan – bij een vermoeden van financiële problematiek – wel een aantekening maken in het dossier van de patiënt, zodat de huisarts of POH dat te zien krijgt.

Een van de POH's uit de praktijk bespreekt standaard de financiële problemen van patiënten. Dit ziet zij als onderdeel van haar werk. Door het voeren van een breed gesprek over de omstandigheden en behoeften en achterliggende oorzaken van de mentale klachten komen meestal vanzelf ook zaken als stress door schulden aan het licht.



3.2 Welke belemmerende factoren ervaren de betrokkenen?

Tijdgebrek

Huisartsen hebben tien minuten voor een consult en die tijd is vaak al nodig om de lichamelijke klachten te verhelderen. Door de algehele drukte in de praktijk gaat de aandacht dan niet snel naar mogelijke schuldenproblematiek. Het is niet zo dat de huisartsen er niet naar durven vragen, maar ze zijn vaak al veel tijd kwijt met andere klachten van de patiënten. Daarnaast noemden sommige huisartsen dat het nog eens extra tijd kost om de patiënt goed uit te leggen hoe geldstress kan leiden tot fysieke klachten. Zo lang de patiënt niet overtuigd wordt, heeft het verwijzen naar financiële hulp ook weinig zin:

“De patiënt is gefocust op de somatische klacht. Die wil een onderzoek. Nu moet je de patiënt overtuigen dat geldstress voor somatische klachten kan zorgen. Een verwijzing kan alleen als de patiënt in de omschakeling met denken meegaat. Hij moet erin geloven. Dan heeft een verwijzing zin. Tijd is heel belangrijk.” (huisarts)

De fysieke en psychische problemen krijgen eerst aandacht en de financiën blijven dus tot het laatst liggen en worden dan makkelijk vergeten. De aandacht gaat naar andere problematiek. De huisartsen denken er ook niet altijd aan om financiële problemen aan de orde te stellen. De huisartsen hebben niet altijd door wat er speelt. Het herkennen van klachten is ook een kwestie van er tijd voor beschikbaar hebben:

“Armoede is geen eiland op zich, maar meer een olievlek. Mensen hebben zelf niet door dat de klachten die ze ervaren veroorzaakt kunnen worden door geldstress. En om dit soort zaken te herkennen als huisarts, heb je tijd nodig. En dat is het grootste gebrek in de huisartsenzorg.” (huisarts)

Schaamte belemmert open gesprek

Het bespreekbaar maken van financiële problemen met hun patiënten is in enkele gevallen gelukt, maar de huisartsen gaven ook aan dat ze het nog niet heel vaak hebben gedaan. Patiënten schaamden zich over hun financiële situatie en hadden er moeite mee daarover te praten. Voor de huisarts lukt het dan niet om een opening te vinden om over de financiële problemen te praten. Een huisarts ziet dat vooral bij mannelijke patiënten met een migratieachtergrond. De huisarts geeft aan dat het onderwerp gevoelig ligt:

“Bij aantal patiënten wel geprobeerd om even te benaderen. Maar ze waren absoluut niet open om daarover te praten (...). Het loopt nog, maar nog geen opening kunnen vinden om erover te praten. Als een man geen geld heeft, dan ben je zwak in de omgeving en in de familie.” (huisarts)

“Schaamte is het grootste probleem, maar hulp zoeken is het beste. Hoe langer je wacht, hoe meer een gezin in de schulden komt. Je moet duidelijk maken dat meer mensen het hebben. Aangeven: je hebt de eerste belangrijke stap gezet. Je hoeft het niet meer alleen te dragen. Je hoeft het niet meer te verbergen.” (huisarts)

Zowel het wijkteam als de huisartsen herkennen dat het veel tijd vergt om bij patiënten vertrouwen te winnen om in deze gevallen financiële problemen bespreekbaar te maken. Het wijkteam geeft als tip om niet te veel druk uit te oefenen op de patiënt, maar om het af en toe weer te proberen om het onderwerp op tafel te krijgen.

“Wat ik wel merk: als je ze even kan helpen, bijvoorbeeld met een toeslag of iets waar ze recht op hebben. Dat opent vaak wel de deur dat ze wat opener zijn en het wat meer bespreekbaar gaan maken.” (wijkteam)

Gebrek aan outreachend werken van wijkteam

De huisartsen kennen de contactpersonen van het wijkteam en hebben een aantal keren contact gehad in verband met een casus. De huisartsen willen het liefst dat hun patiënten actief worden nagebeld door het wijkteam, maar in praktijk blijkt dat mensen zichzelf moeten aanmelden bij het wijkteam. Als mensen dat zelf niet doen, omdat ze het niet kunnen of niet willen, dan kan de huisarts daar weinig aan doen. De huisartsen zien dit als een knelpunt bij het doorverwijzen:

“Het zijn mensen die er niet echt over spreken en niet snel om hulp vragen. Als ik iemand moet benaderen van “je moet zelf bellen” (...), is dat toch wel een drempel om hulp te vragen.” (huisarts)

De huisartsen zouden in een dergelijk geval graag zien dat het wijkteam de persoon verder benadert, nu moet de huisarts dat zelf doen. Volgens de huisartsen zou het helpend zijn als het wijkteam achter deze patiënten aangaat. Maar het wijkteam mag formeel gezien geen contact zoeken met inwoners zo lang iemand nog niet bij het wijkteam bekend is. Als een patiënt nog niet betrokken is bij het wijkteam, dan moet diegene zichzelf aanmelden (vooral vanwege privacy van gegevens). Als de patiënt in het kader van de pilot aan de huisarts toestemming geeft contact op te nemen met het wijkteam, kan het wijkteam wel terugbellen. Het wijkteam heeft speciale blokken waarin ze patiënten bellen voor het maken van een vervolgspraak, waarin verder onderzocht kan worden wat het wijkteam voor iemand kan betekenen. De patiënt hoeft niet schriftelijk toestemming te geven. Het is voldoende als de huisarts de doorverwijzing naar het wijkteam besproken heeft met de patiënt. Dan mogen de huisartsen het telefoonnummer doorgeven en kan het wijkteam vervolgens contact opnemen. Het wijkteam vult nog wel aan om de regie in eerste instantie bij de patiënt te laten, om deze niet alles uit handen te nemen. Als er niets gebeurt is het wel goed om outreachend te werk te gaan.

“Als een bewoner niet bekend is bij ons, wordt het een lastig verhaal. Maar op het moment dat er wel iemand bekend is en de wijkcoach is betrokken, dan kunnen we die actie wel maken.” (contactpersoon wijkteam)

Huisartsen missen aandacht voor het thema in de opleiding en nascholing

De huisartsen benoemen ook belemmeringen die bij hen zelf zitten om het onderwerp te adresseren. Vanuit hun vakgebied denken huisartsen eerder aan lichamelijke en psychische problemen dan aan financiële problemen en klachten die te maken hebben met het welzijn van patiënten. Ze weten dat dit erbij hoort (zeker omdat ze in de praktijk ook positieve gezondheid promoten), maar het gebeurt nog te weinig om het ook echt aan te kaarten. De huisartsen zien het wel degelijk als hun taak om financiële problemen bespreekbaar te maken. Zeker als de financiën een stressfactor zijn, waardoor iemand uiteindelijk ook fysieke klachten krijgt. Dan is het zeker hun taak om het bespreekbaar te maken en door te verwijzen naar de juiste kanalen.

Vanuit de huisartsenopleiding is er heel weinig aandacht voor bijvoorbeeld het financiële aspect van stress. De huisartsen benoemen dat de aandacht voor de relatie tussen financiële problematiek en fysieke en mentale klachten eigenlijk al in de huisartsenopleiding zou moeten beginnen. Ze vertellen dat er ook in de bijscholingscursussen geen aandacht voor is. Om huisartsen beter in staat te stellen om rond dit onderwerp naar het eigen handelen te kijken, is bijscholing voor bestaande huisartsen een belangrijke randvoorwaarde.

3.3 Welke bevorderende factoren en kansen zien de betrokkenen?

Niet kunnen betalen medicijnen als ingang

Mensen die bij de apotheek hun medicijnen niet kunnen betalen, komen terug bij de huisarts en proberen op zoek te gaan naar een alternatief medicijn (waarvoor niet hoeft te worden bijbetaald). Dat blijkt lastig te zijn, want voor dezelfde soort medicijnen moet meestal ook worden bijbetaald. De huisartsen geven aan dat als er geen alternatief is, de huisarts in de meeste gevallen de patiënt er wel van weet te overtuigen de kosten toch te betalen. Dat kan ook een goed moment zijn om het onderwerp bespreekbaar te maken en mensen door te verwijzen naar het wijkteam.

“Iemand vroeg bijvoorbeeld wat de medicatie ging kosten, dat komt ook regelmatig voor, dat mensen vragen hoeveel iets kost, dat kan een ingang zijn.” (huisarts)

Bredere gesprek als ingang

Huisartsen herkennen dat als er financiële problemen zijn er meestal meer problemen spelen, zoals psychische klachten, ongezond leven en stress. Stress en angstklachten kunnen daarom een manier zijn om het onderwerp financiën bespreekbaar te maken.

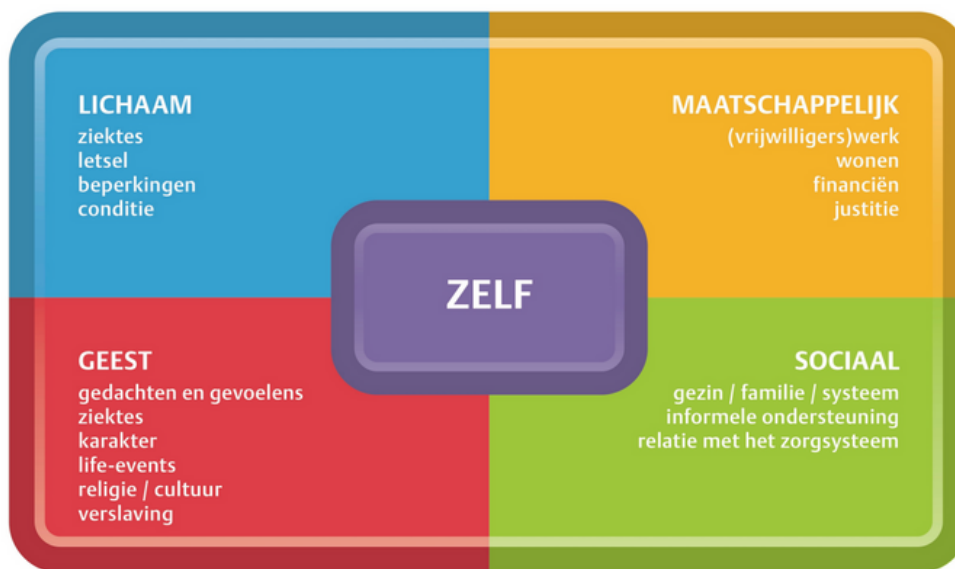
“Er zijn sinds corona meer mensen met angstklachten, stress van de maatregelen. Dat is een mooie ingang om het gesprek aan te gaan. Een patiënt vertelde zelf al dat ze veel stress had en noemde een aantal factoren, financiële dingen kwamen daar ook naar voren.” (huisarts)

Er zijn ook enkele hulpmiddelen om het gesprek met de patiënt breder te trekken dan alleen de fysieke klachten. Een aantal van de huisartsen maakt daar al gebruik van, zoals het spinnenwebmodel Positieve Gezondheid [1] of het 4-Domeinenmodel, waarin ook financiën een onderdeel zijn.

4-D model

Door: Stichting Overvecht Gezond
Jacqueline van Riet & Nikki Makkes

krachtige
basiszorg



4D-MODEL Professional Subitems

Meer aandacht voor geldzorgen in de werkoverleggen

De huisartsen benoemen dat ze ook tijdens hun werkoverleggen meer aandacht aan financiële problemen kunnen besteden. Ze hebben elke dag werkoverleg en daarin zouden financiële problemen van mensen besproken kunnen worden, want het thema positieve gezondheid wordt daar ook besproken. In het werkoverleg kan het onderwerp ook worden besproken met de praktijkassistenten erbij, zodat zij ook alert zijn op het signaleren van financiële problemen bij patiënten.

Motiverende gesprekstechnieken

Ook de POH probeert financiële problemen (vaak in relatie tot leefstijl) bespreekbaar te maken. Met de meeste mensen heeft de POH een vertrouwensrelatie, waardoor dat ook goed lukt. De POH zet daarbij motiverende gesprekstechnieken in. Daarmee kan ze doorvragen en ervoor zorgen dat mensen er zelf mee komen en ook zelf het probleem inzien. De POH heeft een training gesprekstechnieken gevolgd en vond dat heel nuttig om te doen. De POH heeft daar geleerd dat het bewust worden van gedrag en gedragsverandering echt stap voor stap gaat en het probleem niet met één gesprek is opgelost.

“Dat gaat echt heel langzaam. Je moet mensen zelf laten inzien dat ze bepaalde keuzes maken voor ongezond gedrag en bewustwording daarvan is een eerste stap.” (POH)

[1] Wat is het? - Institute for Positive Health (iph.nl): <https://www.iph.nl/kennisbank/zelf-het-spinnenweb-invullen/>

De POH legt uit dat ze veel gehad heeft aan de cursus motiverende gesprekstechnieken, omdat ze tijdens de training veel heeft kunnen oefenen in goed doorvragen. Een belangrijke belemmering voor de POH is eigenlijk steeds de vraag: in hoeverre moet je mensen helpen of is een bepaalde leefstijl van mensen hun eigen keuze? Mensen geven soms veel geld uit aan ongezonde dingen. Ze noemt als voorbeeld het kopen van frisdrank.

“Moet je daar wat van zeggen? Hoe ga je daar als professional mee om en hoe maak je dat bespreekbaar?” (POH)

We hebben de POH ook gevraagd wat ze eventueel nog meer nodig zou hebben bij het bespreekbaar maken van financiële problemen van patiënten. De POH geeft aan dat motiverende gesprekstechniek heel goed kan werken, maar dat de cursus die zij heeft gedaan niet specifiek gericht was op mensen met financiële problemen. Het zou helpen als de training zich nog specifiek zou toespitsen op dit onderwerp. Ook zou ze nog meer tools willen hebben om mensen ervan te overtuigen om andere keuzes te maken en bijvoorbeeld minder ongezonde dingen te kopen.

“Gedagsverandering is heel moeilijk, want mensen willen niet zo maar veranderen (dat geldt voor iedereen, dus dat is ook heel herkenbaar).” (POH)

Behoeftte aan meer informatie over aanbod vanuit de gemeente

De huisartsen gaven aan dat ze graag meer willen weten wat de gemeente aan voorzieningen heeft en wat de gemeente en het wijkteam kunnen bieden in relatie tot financiële problemen, zodat ze patiënten daarop kunnen wijzen. Het wijkteam geeft aan dat er een folder is over de Arnhemse route voor financiële oplossingen [1] en dat alle voorliggende voorzieningen via één loket aangevraagd kunnen worden bij Goed Geregeld Arnhem [2]. Ook is er een ondernemersloket waar ondernemers met financiële problemen terecht kunnen. Dus naast meer algemene informatie over schulden bespreekbaar maken is er vooral behoefte aan duidelijkheid over de voorzieningen en het aanbod vanuit de gemeente. Dat zal voor elke gemeente net iets anders zijn.

[1] https://www.divosa.nl/sites/default/files/nieuwsbericht_bestanden/de_arnhemse_route_voor_financiele_oplossingen.pdf

[2] Home - Goed Geregeld Arnhem (ggarnhem.nl)

4 Aanbevelingen

De huisartsen en POH uit dit onderzoek erkennen dat patiënten met financiële problemen vaker kampen met langdurige stress, een slecht ervaren gezondheid, een ongezonde leefstijl, chronische ziekte(n) en psychische klachten. Het signaleren van de financiële problemen en de mogelijke doorverwijzing naar het wijkteam kunnen daarom schade voor de gezondheid en (extra) belasting van de gezondheidszorg helpen voorkomen of op zijn minst verminderen. In de praktijk van alledag blijkt het voor de gemiddelde huisartsenpraktijk nog niet zo makkelijk om dit ook daadwerkelijk uit te voeren. We zijn in deze rapportage ingegaan op de belemmeringen en op mogelijke oplossingsrichtingen. Uit deze oplossingsrichtingen komt een aantal aanbevelingen voort die we hieronder zullen benoemen. Deze aanbevelingen liggen op verschillende niveaus en binnen het aandachtsgebied van de praktijk en daarbuiten.

Binnen de huisartsenpraktijk

1. Structurele aandacht voor het onderwerp binnen de praktijk

Incidenteel gaan huisartsen hierover in gesprek met de patiënten bij wie zij een vermoeden hebben dat er sprake kan zijn van schulden en/ of financiële problematiek. Dit gebeurt om allerlei redenen niet consequent. Het is daarom raadzaam het onderwerp beter in te bedden in de praktijk. Dit kan bijvoorbeeld door het structureel te agenderen in werkoverleg, onderwerp te maken van casusbesprekingen en zo mogelijk ook bijscholing.

2. Beter gebruik van de hulpmiddelen die er zijn

In het kader van het project huisartsen en schulden zijn er meerdere materialen ontwikkeld die huisartsen kunnen gebruiken om het onderwerp bespreekbaar te maken en hun patiënten beter te informeren en voor te lichten. Deze materialen worden ook door de huisartsen gewaardeerd. Toch kunnen deze nog veel meer en beter worden benut. Bijvoorbeeld door het informatiescherm te gebruiken, folders beter en meer te verspreiden en de huisartsen vaker aan het onderwerp te herinneren.

3. Inzet van collega's (POH/praktijkassistent)

De huisartsen hoeven de signalering van financiële problematiek niet alleen te doen. Ook de POH en de praktijkassistenten vangen veel signalen op. De praktijkassistenten kunnen de signalen doorgeven aan de huisartsen of bespreekbaar maken in het werkoverleg. De POH zal nog vaker dan de huisartsen met stressklachten en psychische problematiek als gevolg van financiële problemen worden geconfronteerd. De POH kan dan ook snel doorverwijzen naar wijkteam en schuldhulpverlening.

Huisartsenpraktijk overstijgend

4. Aandacht voor stress-sensitief en persoonsgericht werken in de opleiding en bijscholing

De huisartsen geven aan dat er in de opleiding weinig aandacht is voor financiële problematiek. Ze hebben daarom niet geleerd om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Naast inbedding in de opleiding kan bijscholing helpen. De POH's volgen cursussen motiverende gesprekstechnieken. Deze kunnen ook worden toegepast op het onderwerp financiële problematiek.

5. Nauwere samenwerking gemeente (sociaal domein) en eerstelijnszorg

Huisartsen in Arnhem kunnen patiënten doorverwijzen naar het wijkteam, maar in de praktijk weten de partijen elkaar niet altijd te vinden. In andere gemeenten zijn goede voorbeelden bekend dat maatschappelijk werk en/of inkomensconsulenten een of meerdere dagdelen aanwezig zijn in een gezondheidscentrum, waardoor een zogenoemd 'zorgpad' direct kan worden ingezet. In individuele huisartsenpraktijken is dat lastiger. Een oplossing kan zijn om korte lijnen te onderhouden met de betrokken welzijnsorganisaties. Gezien de overbelasting van de huisartsen is het verstandig het initiatief voor de opvolging van een verwijzing bij de gemeente te leggen.

6. Huisartsen en zorggroepen in gesprek met zorgverzekeraars en gemeente over vergoeding

Huisartsen willen graag financiële problematiek aan de orde stellen, maar komen daarvoor tijd te kort. Dit heeft ook te maken met de financieringssysteem van de huisartsen. Individuele huisartsenpraktijken kunnen dat niet oplossen. De zorggroep kan een rol spelen bij de invulling van de gelden Organisatie en Infrastructuur (O&I) waarbinnen ook het wijkmanagement valt, dat gaat over samenwerking tussen zorgpartijen en het sociaal domein in de wijk. Onderzoek van HU laat zien dat de huisartsen in de Utrechtse wijk Overvecht extra tijd nemen bij patiënten waarbij ze het vermoeden hebben dat er wellicht meer speelt dan alleen gezondheidsproblemen. De huisartsen hebben standaard 15 minuten per consult in plaats van 10 minuten en kunnen als daar aanleiding toe is een extra consult van 20 minuten inplannen. Deze extra tijd wordt gefinancierd door een zorgverzekeraar en de gemeente.[1]

Tot slot

Onderhavig onderzoek raakt aan de bredere discussie over passende zorg voor patiënten met complexe problematiek, waar sociale, medische en financiële problemen verweven zijn. Dit vraagt om een persoonsgerichte benadering met een integrale blik. Dit is zorg waarin aandacht is voor de sociale omstandigheden, de vaardigheden, de mogelijkheden en behoeften van patiënten (Van den Muijsenbergh 2022). Naast de juiste randvoorwaarden zoals voldoende tijd en middelen om deze zorg te leveren en om samen te kunnen werken met professionals uit het sociale domein, gaat het om de juiste competenties en kennis bij de professionals. Er zijn al vele goede voorbeelden voorhanden waar we van kunnen leren, en veel kennis is beschikbaar over een brede benadering met aandacht voor stress-sensitief werken (Van den Muijsenbergh 2022). Laten we daar ons voordeel mee doen en al doende leren wat het beste werkt voor de mensen om wie het gaat.

[1] Zie: [Aandacht voor schulden in het lokale gezondheidsbeleid \(schuldenenincasso.nl\)](https://www.schuldenenincasso.nl).

Referenties

Broeke, J. van den (2017). *In need of a collaborative response. An analysis of collaboration between public health, primary care and social care in deprived neighbourhoods*. PhD-thesis, Amsterdam: AMC-UvA.

Cappelle, H.R.K. van, & Willems, S. (2015). *Hoe kunnen huisartsen een beter zicht krijgen op de sociale determinanten van gezondheid bij hun patiënten?* Antwerpen: Domus Medica.

Been, M. de & Hosper, K. Goede voorbeelden van samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. *Bijblijven* (2018) 34:309–319, <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0304-8>.

Haker, F., Hosper, K. & van Loenen, T. (2019). *Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken. De negen principes voor een succesvolle strategie*. Utrecht: Pharos.

Hosper, K. & Loenen, T. van (2021). *Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen*. Utrecht: Pharos.

Jungmann, N., Veer, A. van der, Hartogh, V. den & Dolsma, M. (2020). *Geldzorgen in de huisartsenpraktijk. Over het belang van vroegsignalering en verwijzing*. Lectoraat Schulden en Incasso, Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht.

Jungmann, N., Wesdorp, P. & Madern, T. (2020). *Stress-sensitief werken in het sociaal domein. Inzichten en praktische handvatten voor hulp- en dienstverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-368-2433-0_3

Leemrijse, C., Bitte N., Korevaar J. Samenwerking tussen zorg- en hulpverleners in de achterstandswijk Overvecht. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (2020) 98:97–100 <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00256-w>

Muijsenbergh, M. van den, Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 97, 36–39 (2019).

Muijsenbergh, M. van den, De huisarts kan het verschil maken. *Bijblijven* 34, 190–198 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0299-1>

Muijsenbergh, M. van den & Oosterberg E. (2020). *Persoonsgerichte zorg voor iedereen. Met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. Uitgave van Prelum i.s.m. NHG en Pharos.

Mullainathan, S. & Shafir E. (2013). *Schaarste: Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Amsterdam: Maven.

Plantinga, A., Zeelenberg, M. & Breugelmans, S. M. (2018). *De effecten van armoede op voelen, denken en doen*. De effecten van armoede op voelen, denken en doen (arnoudplantinga.nl)

Veer A. van der & Jungmann, N. Problematische schulden in de spreekkamer, over de doorwerking van geldzorgen op gezondheid. *Bijblijven* (2018) 34:199–206, <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0301-y>

Veer, A. van der, Jungmann, N. & Hartogh, V. den (2020). *Samenwerken bij schulden. Zes inspirerende voorbeelden van samenwerking tussen huisartsenpraktijken en het sociale domein. Wat uw praktijk kan doen om patiënten met schulden te helpen*. Lectoraat Schulden en Incasso, Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht.

Weel-Baumgarten, E.M. van & Brouwers, M. Persoonsgerichte communicatie – wat is dat en wat levert het op? *Bijblijven* (2018) Uitgave 3-4/2018

Willems, S., Roo, L. de, Anthierens, S., Derese, A. & Maeseneer, J. de. Understanding inequity in the use of medical care: the perspective of people living in poverty. In: Willems S. (2005). *The socio-economic gradient in health: a never-ending story?* Proefschrift. Gent: Universiteit Gent, p. 84–110.