



Sociale uitsluiting en gezondheidsverschillen

Colofon

Auteurs:

Karen Hosper, Judith Venderbos, Mirre van Veen, Tessa van Loenen

Met dank aan:

Roshnie Kolste, Catelijne Mittendorff, Rob Pietersen, Patricia Heijdenrijk, Leon Noorlander en alle panelleden: Afrah, Christiaan, Dicky, Sandra, Jacqueline en Marzouka.

Infographics:

Jacqueline Hofstra Ontwerp

Vormgeving:

Zwerver Grafische Vormgeving

Dit document is een uitgave van Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.
Februari 2024

Inhoud

Voorwoord	4
In gesprek over sociale uitsluiting	6
Samenvatting	10
1. Inleiding	13
2. Wat is sociale uitsluiting?	19
3. Belangrijke mechanismen – het model van sociale kwaliteit	27
Slotwoord	44
Literatuurlijst	46

Voorwoord

Hoe werd u wakker op de ochtend na de Tweede Kamerverkiezingen van 22 november 2023? Voelde u zich verrast, gehoord, angstig, gesteund, verward of opgelucht? Had u direct uw mening klaar? Overheerste onbegrip? Of bent u al lang geleden gestopt met zich druk te maken over de landelijke politiek?

Dát het politieke landschap zou veranderen met de komst van nieuwe gezichten en partijen was al maanden voorzien. De uitslag is nu ruim twee maanden later nog met grote regelmaat onderwerp van reflectie en uitgebreide analyses in de media. Een terugkerend thema in deze artikelen is ‘sociale uitsluiting’, het onderwerp van de publicatie die nu voor u ligt. Deze publicatie gaat over mensen die zich jarenlang niet gehoord, gezien en gewaardeerd voelden. Een deel daarvan vormt nu het electoraat van de grootste winnaar van de verkiezingen. Deze publicatie gaat óók over mensen die zich angstig en bedreigd voelen door de recente uitslag, bijvoorbeeld omdat zij zich zorgen maken over toenemende legitimering van sociale uitsluiting. En over mensen die zich zowel de afgelopen jaren als ook nu niet gehoord en vertegenwoordigd voelen. Tot slot gaat deze publicatie over mensen die zich niet herkennen in deze nieuwe politieke werkelijkheid. Kortom: sociale uitsluiting is een thema dat alle mensen in Nederland aangaat. Ook u en mij.

De Tweede Kamerverkiezingen van 2023 vielen gelijktijdig met de dertigste verjaardag van Pharos. Ook voor onze organisatie gaat de start van een nieuw decennium samen met een moment van reflectie op ons werk en onze rol als expertisecentrum in een veranderende samenleving. In de afgelopen dertig jaar is de aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen enorm gegroeid. Waar onze kennisproducten eerst vooral een agenderend doel dienden, is onze focus – zeker sinds de coronacrisis en de toeslagenaffaire – steeds meer verschoven naar het onderzoeken en uitwerken van succesvolle aanpakken. Organisaties werkzaam in zowel beleid als praktijk weten Pharos steeds beter te vinden, erkennen het belang van het terugdringen van gezondheidsverschillen en vragen zich af: “hoe kan het dan wel?”

In antwoord op deze vraag verzamelt en ontwikkelt Pharos kennis en handelingsperspectieven. Over de oorzaken van ervaren verschillen in gezondheid in diverse domeinen, zoals leefomgeving, werk en bestaanszekerheid. Over oplossingsrichtingen,

zoals domeinoverstijgend samenwerken, integrale aanpakken, differentiëren in beleid en monitoring en samenwerken met de mensen om wie het gaat. Over toegankelijke en inclusieve gezondheidszorg, die begrijpelijk en betaalbaar is voor iedereen én toekomstbestendig. Zo versterken we spelers in beleid en praktijk en bieden we hen handvatten om aan de slag te gaan op een manier die gezondheidsverschillen daadwerkelijk verkleint.

Maar tegelijkertijd knagen er nog “grotere vragen”. Hoe kan het dat we na dertig jaar nog steeds grote (en groeiende) gezondheidsverschillen in Nederland hebben? Wat maakt dat deze ongelijkheid zo hardnekkig is? Wat zijn de oorzaken achter de oorzaken? In een eerdere publicatie over chronische stress lieten we zien hoe groot de directe en indirecte gezondheidseffecten zijn als mensen op verschillende levensdomeinen een langdurige opeenstapeling van stress ervaren. Ook publiceerden we een rapport over de gevolgen van discriminatie. In de publicatie die voor u ligt kijken we op het niveau van de samenleving naar een mechanisme dat gezondheidsverschillen in stand houdt en vergroot: sociale uitsluiting.

Sociale uitsluiting is een complex begrip, waarbij abstracte concepten samenkomen: macht, sociaal kapitaal en waarden als rechtvaardigheid, inclusie, solidariteit, waardigheid en autonomie. Het panel van ervaringsdeskundigen dat Pharos regelmatig adviseert over diverse thema's vindt het echter een allesbehalve abstract thema. Uit hun verhalen blijkt dat sociale uitsluiting de dagelijkse realiteit is voor velen in Nederland met grote gevolgen voor hun gezondheid en welzijn. En dat maakt het aannemelijk dat zonder aandacht voor sociale uitsluiting gezondheidsverschillen onnodig hardnekkig blijven.

Pharos hoopt dat u zich laat inspireren en nieuwe inzichten opdoet, dat u zich laat raken door de verhalen en dat deze u zullen motiveren tot het goede gesprek over sociale uitsluiting. Daarnaast hopen we dat deze publicatie u voorziet van de benodigde achtergrondkennis voor het voeren van dit gesprek. In het laatste hoofdstuk gaan we dieper in op de wijze waarop we vervolg willen geven aan deze publicatie. Zo willen we samen met u en anderen blijven doorleren, onderbouwen en onderzoeken wat nodig is om sociale uitsluiting tegen te gaan en daardoor vermijdbare gezondheidsverschillen te verkleinen.

*Patricia Heijdenrijk,
directeur Pharos
Januari 2024*

In gesprek over sociale uitsluiting

*Wat betekent **sociale uitsluiting** in het dagelijks leven van mensen? Op welke manieren voelen zij zich uitgesloten? Afrah, Sandra en Christiaan vertellen hun verhaal.*

Pharos heeft een panel van mensen die we regelmatig raadplegen over verschillende thema's. Voor deze publicatie zijn we met hen in gesprek gegaan over sociale uitsluiting. Over hun gedachten daarover, over wat zij in hun omgeving zien, over hun eigen ervaringen.

In een reeks panelgesprekken vertelden Christiaan, Afrah, Sandra, Marzouka, Jacqueline en Dicky op welke momenten in hun leven zij te maken hadden met sociale uitsluiting. Onderwerpen als vooroordelen en verwachtingen, mislukte pogingen om gehoord te worden door overheidsinstanties en de impact op hoe je je daardoor voelt, kwamen ter sprake. Maar ook hun veerkracht en mobiliteit.

Als je hun ervaringen leest, dan wordt duidelijk dat het soms om feitelijke uitsluiting gaat, zoals bij een dienst die niet toegankelijk is of instanties met te ingewikkelde regels. In andere gevallen gaat het om het gevoel er niet meer bij te horen, of niet gezien en gehoord te worden door de overheid. Hierna delen Afrah, Sandra

en Christiaan hun verhaal. In de volgende hoofdstukken ontrafelen we de belangrijkste mechanismen die sociale uitsluiting in de hand werken. Ook daar gebruiken we af en toe een quote van een van onze panelleden om te illustreren wat dit voor mensen in het dagelijks leven betekent.



Afrah

Afrah is moeder van een groot gezin. Ze is politiek actief en maakt zich druk om de groeiende groep in Nederland die geen bestaanszekerheid kent. Ze vindt dat de overheid daarin meer kan doen, maar ze ervaart vooral dat ze alles zelf moet uitzoeken. En dat ze vaak vanuit achterdocht wordt bevraagd:

'Rijke mensen, mensen die het goed hebben, zijn vaak goed georganiseerd. Maar bijvoorbeeld mensen die in de bijstand leven zijn dat niet. In Nederland moet je het 'georganiseerd' hebben. Anders word je niet gezien en wordt er niet naar je geluisterd. Er wordt van je verwacht dat je overal achteraan zit. Veel moet je zelf uitzoeken, maar je moet dat wel kunnen. De overheid bedient je daardoor niet. Het gaat niet automatisch of je wordt niet goed op de hoogte gehouden. Behalve als je bijvoorbeeld te veel verdient of als je ergens geen recht meer op hebt. Dan hoor je wel gelijk iets.

'De overheid is er niet voor jou. Je merkt het aan de verharding. Ons land is geen verzorgingsstaat, of eigenlijk niet meer. De menselijkheid is weggevallen. Waardoor bestaanszekerheid steeds minder vanzelfsprekend is. En aan bestaanszekerheid moet je eigenlijk niet tornen.'

Als individu word je gewoon niet gezien. Uitvoerende medewerkers zijn heel ongelukkig en handelingsverlegen. Zij zitten zelf ook met de handen in het haar. Met begrijpen, verzachten ze wel de pijn. Zij willen wel helpen, maar zeggen ook: zo zijn nu eenmaal de regels. De balie-medewerker is hulpeloos, ik ben hulpeloos en wanhopig. Voor wie zijn deze regels nu?

Overheidsbeleid wordt niet gemaakt uit vertrouwen, het uitgangspunt is wantrouwen. Gevoel is dat je niet wordt beloond, je wordt hard benaderd. Je voelt je in het nauw gedreven, je wordt gek gemaakt. Ik ben er steeds mee bezig moet erachteraan, je moet met bewijzen komen. Maar zelf kunnen ze het wel zelf allemaal opvragen. De overheid weet alles van je. En die kunnen ook overal achter komen.

Ik voelde het in mijn eigen huis. De thuiszorg stelde mij vervelende vragen en ik moest mijn hulpvraag verdedigen. Zij bemoeide zich op een negatieve manier met ons gezin. Ze vroeg bijvoorbeeld hoe het kwam dat er veel alleenstaande moeders in onze cultuur zijn. Je krijgt het gevoel dat je steeds voor jezelf moet opkomen.'



Sandra

Sandra woont in een Utrechtse volkswijk, waar nog naar elkaar wordt omgekeken. 'De een is niet beter dan de ander. We hebben allemaal hetzelfde rode bloed.' Maar dat gevoel mist ze bij de overheid.

In de zorg wordt soms een afspraak digitaal afgezegd. Soms heb ik het dan nog niet gezien en dan ben ik er al. Waarom bellen ze niet vooraf? Alles is zo om de digitale wereld gebouwd. Waar je recht op hebt: daar wordt niet op gewezen. Maar als je iets moet betalen, als er iets met plichten is, dan word je daar wel aan herinnerd.

Ik ben zelf chronisch ziek. En ik ben te moe om steeds strijd te leveren. Ik heb bijvoorbeeld een traplift nodig. Maar als ik die bij de Wmo aanvraag, hoor ik: maar je ziet er nog goed uit en je kan alles zelf. Maar zij voelen de pijn niet die ik heb. Ik vraag er niet om omdat ik het leuk vind.

'Het raakt mij het meest dat ik het gevoel heb dat er niet naar mij geluisterd wordt. Ik voel me niet gehoord. Je moet van de gemeente op een bepaalde specifieke dag komen, maar dan hebben ze het nog niet besproken. Ik voel me in de maling genomen. Waar is de overheid gebleven?'

Criminaliteit mag niet worden goedgepraat. Zeker niet. Maar als je dan minder inkomen hebt, dan ga je rare dingen doen. Stel, ik had geen inkomen en ik had nog kinderen thuis wonen, dan zou ik ook gaan stelen. Je komt - soms ook door schuld van de overheid - in een situatie terecht die niet goed is.'



Christiaan

Voor Christiaan wordt de wereld veel te digitaal. Het leven gaat te snel. En daar waar hij een bijdrage wil leveren, voelt hij zich tegengewerkt. Hij staat soms letterlijk buitenspel, beroofd van alles wat hij leuk vindt.

'Ik heb het gevoel dat alles versnelt. Ik kan het niet meer bijbenen. Voor anderen wordt het misschien makkelijker, maar het leven wordt ook juist harder. Al het gemak verdwijnt ook, doordat je bijvoorbeeld overal zou moeten pinnen. Of dat je overal alles online moet doen.

Vrijwilligerswerk is belangrijk voor mij, omdat ik voel dat ik dan iets kan bijdragen.

En ik krijg ook iets terug: je wordt in je waarde gelaten. Maar je kan anderen hun werk afnemen, omdat je een deel van het betaalde werk invult. En er is nog een ander dilemma: vrijwilligersvergoedingen tellen op. En je mag maar zoveel bij verdienen. En als die bedragen bij elkaar opgeteld worden, verdien je soms te veel.

Ik kom niet binnen bij de disco. Ik word altijd weggestuurd. Behalve als ik met een vrouw ben. Mensen zien misschien een tatoeage of ze denken dat je geen geld hebt. Of ze denken dat je gevaarlijk bent.

Je mag bijvoorbeeld ook niet meer roken op de psychiatrische afdeling. Dat zijn strenge rookregels vanuit de overheid. Overal mag het niet meer: in koffieshops, in ziekenhuizen. Alles is rookvrij. Terwijl, ze snappen niet dat dat het enige is wat nog voelt als vrijheid of als mijn keuze.'

'Als je alleen in gesprek gaat, dan gebeurt er niets, maar als je een hulpverlener meeneemt, dan ineens wel. Het gaat continu om de hoge functie van een hulpverlener. En ook, als je met een hulpverlener bent, wordt er alleen maar tegen die hulpverlener gepraat. Ik zou willen dat mijn hulpverlener vooral met mij samenwerkt.'

Samenvatting

Nederland is een land met een hoog welvaartsniveau en sterke sociale voorzieningen, waar gelijke kansen in theorie bestaan, maar waar in de praktijk niet iedereen profijt van heeft. Toenemende ongelijkheid, versterkt door recente crises zoals de coronapandemie en de energiecrisis hebben bepaalde groepen harder getroffen. Discriminatie en stereotypering, met name rond vluchtelingen en migratie, dragen bij aan groeiende tegenstellingen en uitsluiting op basis van etniciteit en sociale klasse. De digitalisering van de samenleving vergroot de kloof tussen mensen met en zonder digitale vaardigheden. Het beleid van individualisme en zelfredzaamheid heeft bepaalde groepen buitenspel gezet. Kortom, het maatschappelijk onbehagen en een groeiende kloof tussen de systeem- en de leefwereld is voelbaar voor verschillende groepen in de samenleving. Deze publicatie beschrijft de verschillende vormen van sociale uitsluiting en hoe dit zijn weerslag heeft op gezondheid. We roepen op tot reflectie en debat over de waarden en uitgangspunten in het beleid. We pleiten voor een gezamenlijke visie en inspanning om een meer inclusieve samenleving te creëren met minder tegenstellingen en minder grote gezondheidsverschillen.

Wat is sociale uitsluiting?

Sociale uitsluiting verwijst naar het dynamische proces waarbij individuen geheel of gedeeltelijk worden buitengesloten van sociale, economische, politieke of culturele systemen die sociale integratie bepalen. Het wordt gezien als een

belangrijke factor die een wisselwerking heeft met gezondheid. Verschillende risicofactoren, zoals sociaaleconomische achtergrond, etnische en culturele achtergrond, gezondheidsproblemen, leeftijd, genderidentiteit, seksuele geaardheid, gezinsomstandigheden, beperkt sociaal netwerk, en dakloosheid hangen samen met sociale uitsluiting.

Sociale uitsluiting is sterk verbonden met sociale ongelijkheid, waarbij de ongelijke verdeling van macht, middelen, kansen en privileges in de samenleving leidt tot de uitsluiting van bepaalde individuen of groepen. Het meritocratisch denken, waarin veel waarde gehecht wordt aan individuele keuzes en doorzettingsvermogen, is hierop van invloed. Het kan leiden tot het onterecht toeschrijven van verschillen in welvaart en gezondheid aan individuele gedragingen, zonder aandacht voor bredere determinanten zoals intergenerationale overdracht en sociale ongelijkheid.

Het model van sociale kwaliteit

Het model van sociale kwaliteit wordt gebruikt om de deelname aan de samenleving en sociale ongelijkheid beter te begrijpen. De term sociale kwaliteit werd in 1998 gedefinieerd als de mate waarin mensen de mogelijkheid hebben om te participeren in het sociale en economische leven onder voorwaarden die hun welzijn en individueel potentieel verbeteren.. Het model richt zich op vier dimensies (of kwadranten): sociale cohesie, toegankelijkheid, bestaanszekerheid en eigen regie. Deze termen zijn door ons iets aangepast ten aanzien van het oorspronkelijke model.

Met de keuze voor dit model en het bij elkaar brengen van kennis over de relaties tussen de kwadranten en gezondheid, wil Pharos laten zien wat de belangrijkste aanknopingspunten zijn in de 'systeemwereld' en de leefwereld om de dimensies sociale cohesie, toegankelijkheid, bestaanszekerheid en eigen regie te versterken. Zo hopen we met deze publicatie perspectief te bieden voor het werken aan een inclusieve samenleving.

De vier kwadranten van sociale kwaliteit zijn nauw met elkaar verweven, en uitsluiting op één gebied kan verstreckende gevolgen hebben voor de andere gebieden. Het model benadrukt dat het aanpakken van slechts één aspect niet voldoende is: *inclusief beleid vereist aandacht voor alle dimensies*. De onderlinge invloeden van de kwadranten moeten begrepen en aangepakt worden. Uitsluiting op een of meerdere gebieden heeft gevolgen voor de gezondheid, en een holistische benadering van sociale kwaliteit is cruciaal voor het bevorderen van inclusie en het creëren van een rechtvaardigere samenleving.

Sociale cohesie verwijst naar de mate van verbondenheid tussen mensen onderling en met de samenleving als geheel. Een sterke sociale cohesie bevordert een gezondere samenleving door het bieden van ondersteuning en stimulans voor gezonde keuzes, en toegang tot hulpbronnen en informatie, zoals gezondheidszorg, door ondersteunende gemeenschapsnetwerken. Vertrouwen is cruciaal voor sociale cohesie. Onderling vertrouwen draagt bij aan verbonden-

heid, terwijl wantrouwen negatieve effecten kan hebben, zoals sociale controle en stress. Ook het vertrouwen in de overheid bevordert sociale samenhang en solidariteit, terwijl wantrouwen ten aanzien van de overheid de toegang tot gezondheidszorg kan verminderen en gezondheidsongelijkheden vergroot. De afname in het institutioneel vertrouwen en het vertrouwen in de overheid in de afgelopen jaren kan deels toegeschreven worden aan de toenemende technocratische besluitvorming gestuurd door wetenschappelijke feiten.

Bestaanszekerheid betekent dat mensen voldoende middelen hebben om in hun basisbehoeften te voorzien, met een stabiel inkomen en passende huisvesting als cruciale elementen. Het hebben van voldoende middelen voor een menswaardig bestaan wordt in Nederland als een recht beschouwd. Het ontbreken van zekerheid over toegang tot basisbehoeften zoals voedsel, energie, huisvesting, zorg en onderwijs, heeft aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven, de gezondheid en het risico op uitsluiting. Het beperkt ook de deelname aan politieke, economische en sociale aspecten van de samenleving.

Naast feitelijke uitsluiting op allerlei domeinen, spelen schaamte, verdriet, stigma en discriminatie rond armoede en schulden een rol, wat negatieve gevolgen heeft voor iemands zelfbeeld en eigenwaarde. De beperkte toegang tot sociale netwerken kan leiden tot isolatie en eenzaamheid. Mensen met een (langdurig) laag inkomen voelen zich ruim twee keer zo vaak sterk eenzaam als mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens.

Toegankelijkheid duidt op de mate waarin mensen deelnemen aan de samenleving en toegang hebben tot onderwijs, zorg en sociale rechten. Een gebrek aan sociale inclusie kan leiden tot sociaal isolement, verminderde acceptatie en waardering, en beperkte toegang tot essentiële middelen zoals gezondheidszorg.

In het Nederlandse zorgsysteem staan regels en procedures maatwerk in de weg. Daarnaast zijn er belemmeringen in de toegang tot zorg die te maken hebben met de begrijpelijkheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en passendheid van de zorg. Het gaat om complexe (digitale) procedures, onverwachte kosten, geografische beperkingen en gebrek aan afstemming op individuele behoeften en omstandigheden. Dit leidt tot uitsluiting van tijdige zorg en ondersteuning, met als risico dat mensen te laat in zorg komen en duurdere vormen van zorg nodig hebben. Ook voelen mensen zich hierdoor niet gezien en begrepen, wat het vertrouwen in de zorg en andere instanties verder ondermijnt.

Eigen regie duidt op de mate waarin mensen controle hebben over hun leven en de mogelijkheid om eigen keuzes te maken. Meer eigen regie kan bijdragen aan gezondheidsbevordering door mensen in staat te stellen gezonde keuzes te maken en invloed uit te oefenen op hun leefomstandigheden. Beleidskeuzes baseren zich vaak op een mensbeeld van zelfbeschikking, autonomie en zelfredzaamheid, terwijl dit geen recht doet aan de werkelijkheid. Het gevoel geen controle te hebben over het eigen leven kan leiden

tot sociaal isolement en een verminderde neiging om hulp te zoeken bij psychische gezondheidsproblemen. Ook werkt het gevoelens van machteloosheid in de hand, met chronische stress en onzekerheid als gevolg - wat weer schadelijk is voor de gezondheid. Wanneer het systeem eigen regie ondersteunt en beter aansluit op de vaardigheden, omstandigheden en behoeften van individuen en gemeenschappen, dan vergroot dit het welbevinden en de kansen voor deelname aan de samenleving. Ook stelt het mensen in staat beter om te gaan met onzekerheden.

Sociale uitsluiting en ongelijkheid

Nederland is een land met een hoog welvaartsniveau en sterke sociale en zorgvoorzieningen. Iedereen heeft zogenaamd gelijke kansen om te participeren en mee te draaien in de samenleving. Toch profiteert niet iedereen hiervan in gelijke mate. De afgelopen jaren is er sprake geweest van toenemende ongelijkheid op verschillende gebieden, zoals inkomens, onderwijskansen en toegang tot huisvesting en gezondheidszorg. De 'systeemwereld' die we met elkaar hebben bedacht, functioneert niet voor iedereen even goed.

Op meerdere gebieden zien we dat het steeds meer vraagt van burgers om toegang te krijgen tot passende zorg en ondersteuning, doordat systemen steeds complexer worden. Sommige groepen in Nederland ervaren daardoor een afstand tot de samenleving en kunnen niet (meer) volledig meedoen, zij voelen zich niet gezien en gehoord in de maatschappij. Deze groepen hebben vaak geen financieel of sociaal vangnet om de gevolgen hiervan op te vangen. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gaat het om één op de tien volwassenen (1,3 miljoen mensen), die zich in een kwetsbare positie bevinden en weinig economische en persoonlijke hulpbronnen hebben.¹ Dit zijn de mensen die minder participeren en een verhoogd risico hebben op uitsluiting op meerdere leefgebieden. Vermoedelijk is het aandeel mensen dat zich uitgesloten *voelt* nog veel groter. Het gaat dan om het gevoel aan de zijlijn te staan en niet gewaardeerd te worden als onderdeel van de samenleving.

Het is bekend dat sociale uitsluiting directe en indirecte gevolgen heeft voor de gezondheid en het welzijn van mensen. Onvoldoende toegang tot adequate gezondheidszorg, huisvesting, maatschappelijke ondersteuning en basisbehoeften zoals voedsel, kan leiden tot fysieke en mentale gezondheidsproblemen. Mensen die zich sociaal uitgesloten voelen, ervaren dat ze aan de zijlijn staan en niet als volwaardig burger mee kunnen doen. Dit heeft impact op niveaus van stress en angst, met bijbehorende directe en indirecte gevolgen voor gezondheid.⁹

Ontwikkelingen die sociale uitsluiting in de hand werken

Er zijn een aantal ontwikkelingen die de afgelopen jaren bepaalde vormen van sociale uitsluiting hebben versterkt. Denk aan de coronacrisis, de energiecrisis en de inflatie. Dit heeft de bestaande sociale ongelijkheden nog eens extra blootgelegd en versterkt. Zo leidde de pandemie tot economische onzekerheid, baanverlies en sociaal isolement. Dit gebeurde vooral bij mensen die al in een kwetsbare positie zaten, zoals mensen met lagere inkomens, met een migratieachtergrond, daklozen en mensen met beperkte toegang tot gezondheidszorg en digitale middelen.² Zij ondervonden grotere nadelen van de maatregelen en werden vaker ziek en liepen groter risico op sterfte.³ Deze ontwikkelingen hebben ook iets gedaan met het vertrouwen van burgers in de politiek⁴, de wetenschap en de media. Sommige groepen ondervonden meer nadelen dan anderen van de maatregelen en raakten hun vertrouwen kwijt.

Ook het huidige discours over vluchtelingen, migratie en diversiteit zorgt voor groeiende tegenstellingen in de samenleving en werkt discriminatie, vooroordelen en negatieve stereotypering in de hand. Dit kan de integratie van mensen met een migratieachtergrond en vluchtelingen belemmeren en leiden tot uitsluiting op basis van etniciteit, religie of culturele achtergrond.

Niet alleen discriminatie op basis van migratieachtergrond, maar ook discriminatie op basis van sociale klasse kan een substantiële bron zijn van ervaren uitsluiting en verminderde kwaliteit van leven. Op allerlei domeinen leiden stereotypische denkbeelden en vooroordelen over bepaalde sociale lagen in de bevolking tot risico op uitsluiting en ongelijke kansen op een goede gezondheid.⁵ Dit hangt ook samen met de ongelijke waardering van type kennis, opleidingsniveaus en beroepen. Zo wordt wetenschappelijke kennis hoger gewaardeerd dan praktische kennis en is een theoretische opleiding vaker gekoppeld aan een hoger salarisniveau. Een andere ontwikkeling is de verre gaande digitalisering van de samenleving. Dit heeft voordelen, maar kan ook sociale uitsluiting veroorzaken. Mensen zonder toegang tot

internet of met beperkte digitale vaardigheden kunnen moeite hebben om gelijke toegang te krijgen tot informatie, online diensten en kansen op werk. Dit kan leiden tot een grotere kloof tussen mensen met minder digitale vaardigheden aan de ene kant en digitaal vaardigen aan de andere kant.⁶

Daarbovenop heeft de jarenlange nadruk in het beleid op individualisme, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid bepaalde groepen buitenspel gezet. De mensen voor wie de verwachtingen die gepaard gaan met deze uitgangspunten om allerlei redenen niet mogelijk of haalbaar zijn, voelen zich geen volwaardig onderdeel van de maatschappij.

We kunnen stellen dat in het algemeen het maatschappelijk onbehagen de afgelopen jaren steeds voelbaarder en zichtbaarder is geworden. Mensen herkennen zich niet in de politiek, en bepaalde sociale lagen worden niet gerepresenteerd en ervaren een grote afstand tot de wereld van instanties en beleid dat ontwikkeld wordt door hoger opgeleiden. Er zijn vele voorbeelden van hoe de mismatch tussen systeem en leefwereld leidt tot uitsluiting en verdere achterstand van mensen in kwetsbare



'In de zorg wordt soms een afspraak digitaal afgezegd. Soms heb ik het dan nog niet gezien. Waarom bellen ze niet vooraf? Alles is zo om de digitale wereld, om die digitale overheid heen gebouwd. Je kan nu bijvoorbeeld alles thuis vanonder de deken regelen, zonder iemand fysiek te hoeven zien. Ik ga liever nog naar een balie.' - *Jacqueline*



'Ik had een baan, mijn broer heeft een uitkering. We hadden samen een huis, maar we hadden ook schulden. Ik moest ervoor opdraaien. Ik werd heel vaak gecontroleerd.

Ik had het gevoel dat ik niet werd vertrouwd, ze zijn drie keer aan de deur geweest. Je moet alles opschrijven wat je doet. Je moest zó veel formulieren invullen. Ik snap het wel, het gebeurt ook om fraude tegen te gaan. Maar je wordt zo gecontroleerd, je wordt steeds bang dat mensen je niet geloven. Je wordt heel klein gemaakt. Je voelt je bijna een fraudeur, omdat ze je in alles het gevoel geven dat je een fraudeur bent.' - Dicky

omstandigheden. Denk aan de toeslagenaffaire, waarin burgers op basis van bepaalde kenmerken werden benadeeld, met grote gevolgen voor hun positie in de maatschappij en hun gezondheid en psychisch welzijn.

Ook in relatie tot het gesprek over gezondheidsverschillen is het van groot belang om steeds zorgvuldig te zijn in hoe de groep mensen met een kortere, minder gezonde levensverwachting wordt voorgesteld. Hoe goed bedoeld ook, een valkuil in veel debatten is immers dat deze groep gesimplificeerd wordt tot een aantal identiteitskenmerken. Denk aan kwetsbaar, minder gezondheidsvaardig of het hebben van minder kennis. Hierin schuilt ook het gevaar dat paternalistische denkbeelden blijven voortbestaan. Een concreet voorbeeld halen Dijkstra & Horstman (2021)⁸ aan in het categoriseren van lage sociaaleconomische status (SES). Het gebruik van deze sociale categorie impliceert vaak dat 'lage-SES-groepen' erom bekend zouden staan dat zij

'ongezond' zijn. Zij waarschuwen dat daarmee specifieke gedragingen en cultuur ook mogelijk gecategoriseerd en geproblematiseerd worden.

Over deze verkenning

Deze publicatie biedt een verkenning van de verschillende vormen van sociale uitsluiting die we in Nederland tegenkomen, evenals de onderliggende mechanismen, de complexiteit ervan en de impact ervan op de gezondheid van mensen en de samenleving als geheel. Meer specifiek kijken we naar mechanismen die uitsluiting in de hand werken op het terrein van gezondheid, zorg, preventie en maatschappelijke ondersteuning.

We beschrijven op basis van de literatuur en praktijkverhalen de wisselwerking tussen sociale uitsluiting en gezondheid, waarbij we aandacht besteden aan de vicieuze cirkel waarin gezondheidsproblemen sociale uitsluiting kunnen versterken, en vice versa. Door een dieper inzicht te krijgen in deze complexe dynamiek, kunnen we beter begrijpen hoe sociale uitsluiting

Wie heeft de 'macht' te bepalen wie uitgesloten is?

Wie bepaalt wie sociaal uitgesloten is? In die bepaling zit immers ook een soort normatieve status quo. De manier van framen bepaalt een dominante norm en kan de kloof tussen 'wij' en 'de anderen' juist vergroten. In de Atlas van Afgehaakt Nederland reflecteren De Voogd & Cuperus (2021)⁷ op het groeiende aantal stemmers voor populistische politieke partijen en de groeiende groep die juist niet meer stemt. Zij stellen terecht de vraag: wie is precies afgehaakt van wie? Daarbij stellen zij dat mensen misschien niet doelbewust zijn afgehaakt, maar 'afgehaakt zijn gemaakt'.

Ook in relatie tot het gesprek over gezondheidsverschillen is het van groot belang om steeds zorgvuldig te zijn in hoe de groep mensen met een kortere, minder gezonde levensverwachting wordt voorgesteld. Hoe goed bedoeld ook, een valkuil in veel debatten is immers dat deze groep gesimplificeerd wordt tot een aantal identiteitskenmerken. Denk aan kwetsbaar, minder gezondheidsvaardig of het hebben van minder kennis. Hierin schuilt ook het gevaar dat paternalistische denkbeelden blijven voortbestaan.

Een concreet voorbeeld halen Dijkstra & Horstman (2021)⁸ aan in het categoriseren van lage sociaaleconomische status (SES). Het gebruik van deze sociale categorie impliceert vaak dat 'lage-SES-groepen' erom bekend zouden staan dat zij 'ongezond' zijn. Zij waarschuwen dat daarmee specifieke gedragingen en cultuur ook mogelijk gecategoriseerd en geproblematiseerd worden.

de gezondheid van individuen beïnvloedt en welke maatregelen kunnen worden genomen om dit te doorbreken. Tot slot gaan we in op waardenkaders en mensbeelden die de basis vormen voor beleid en bepalend zijn voor de mate waarin een systeem aansluit op de verschillende behoeften, omstandigheden en vaardigheden in de samenleving.

Naast het bestuderen van de literatuur en onderzoeksrapporten hebben we ter voorbereiding op deze publicatie gesprekken gevoerd met een aantal wetenschappers en andere experts over hun visie op uitsluiting en ongelijkheid in de Nederlandse samenleving. Ook hebben we gedurende het hele jaar 2023 groepsgesprekken gevoerd



'Alles gaat om regeltjes. Er zijn instanties die helpen, maar die hebben zich ook aan die regels te houden. Neem de voedselbank. Als je net boven het bedrag komt, dan mag je niet meer komen. Maar je hebt de voedselbank eigenlijk wel nodig. Je bent dan al een drempel over om je aan te melden. Dat is vernederend.' - *Jacqueline*

met een panel van ervaringsdeskundigen dat Pharos regelmatig advies geeft over de bedrijfsvoering en programmatische inzet van de organisatie. Het panel agendeert en adviseert over belangrijke thema's die de leden bezighouden. Dit zijn mensen die ervaringen hebben gedeeld over situaties en domeinen waarin zij zich uitgesloten voelen en ook welke vormen van uitsluiting zij in hun omgeving zien. De ervaringsverhalen in het begin en de losse citaten in deze publicatie gaan dus over momenten dat panelleden zich niet gehoord en gezien voelden.


Het doel van deze verkenning is allereerst meer bewustzijn creëren over de impact van sociale uitsluiting op de gezondheid, en

daarnaast aanzetten tot reflectie en debat. We willen reflecteren op de huidige waarden en uitgangspunten waarop beleid wordt gebaseerd en wat deze betekenen voor (ervaren) uitsluiting van groepen mensen in de samenleving. Hoe voeren we het juiste gesprek over het wegen van waarden zoals kansgelijkheid, efficiëntie, rechtvaardigheid, doelmatigheid en inclusie tegen de achtergrond van de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg? Hoe zijn waarden en bijbehorende mensbeelden bepalend voor beleid en wat is de uitwerking van dat beleid op sociale uitsluiting en gezondheidsuitkomsten en -verschillen?

Een inclusieve samenleving met minder grote maatschappelijke tegenstellingen en kleinere



'Ik heb een stichting opgericht, ik nam initiatief en wilde mensen om mij heen verenigen. Ik maakte mij hard en ben een doorzetter. Door die stichting heb ik nu een stem gekregen. Hiervoor merkte ik vaak dat de vraag werd gesteld: wie ben jij? Mijn mening werd niet serieus genomen. Dat was ook uitsluiting. In Nederland moet je het georganiseerd hebben.' - *Marzouka*



gezondheidsverschillen kan bijdragen aan een beter houdbare, solidaire en betaalbare zorg en samenleving. Dit vraagt om een gezamenlijke visie en een streven naar een samenleving waarin onderwijs, wonen, arbeidsmarkt en passende zorg en ondersteuning voor iedereen even goed toegankelijk zijn. Zo'n gezamenlijke visie maakt het mogelijk dat partijen op alle niveaus hiervoor de handen ineen slaan, zoals de landelijke overheid, gemeenten, instanties, maatschappelijke organisaties en professionals in de zorg en het sociaal domein. Zo maken we samen het verschil.

Wat is sociale uitsluiting?

Definities van sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting wordt gezien als een van de drijvende krachten achter gezondheidsongelijkheid. Het draagt hierbij mee aan de slechtere gezondheid en vroegtijdige dood van de mensen die ermee te maken hebben.⁹⁻¹³ Waar de definitie van sociale uitsluiting zich vroeger richtte op armoede, is deze nu breder getrokken. Het begrip verwijst naar het onvermogen van mensen om volledig deel te nemen aan de samenleving, inclusief het economische, sociale, politieke en culturele leven. Dit leidt tot vervreemding van en afstand tot de samenleving.^{14,15} Er wordt veelal gesproken over een dynamisch proces waarbij een persoon geheel of gedeeltelijk wordt buitengesloten van sociale, economische, politieke of culturele systemen die de sociale integratie in de samenleving bepalen.¹⁶ Dit gebrek aan volwaardige deelname kan leiden tot marginalisatie, isolatie en beperkte kansen voor mensen om hun volledige potentieel te realiseren en een actieve rol te spelen in de samenleving. Sociale in- en uitsluiting kan eveneens gedefinieerd worden als een continuüm.¹⁷ Een rapport uit 2008 van het WHO Social Exclusion Knowledge Network¹³ beschrijft sociale uitsluiting als een fenomeen dat wordt veroorzaakt door een combinatie van ongelijkheden in toegang tot hulpbronnen, verschillen in het vermogen van individuen om die hulpbronnen te benutten, en beperkingen in rechten en juridische vrijheden. Het benadrukt dat sociale uitsluiting niet alleen te maken heeft met economische factoren, maar ook met sociale, culturele en politieke aspecten van het leven van individuen.

De definitie van Hoff en Vrooman (2011)¹⁸ die door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) wordt gehanteerd, bespreekt sociale uitsluiting als volgt: sociale uitsluiting omvat een achterstand op twee of meer verschillende terreinen: participatie, financiële/materiële situatie, toegang tot sociale grondrechten en instituties, en normatieve integratie.

Deze verschillende definities hebben overeenkomstig dat sociale uitsluiting het gevolg is van complexe en onderling verbonden oorzaken, waarvan veel structureel en systematisch (zoals bestaansonzekerheid) zijn. Het aanpakken ervan vereist aandacht voor zowel individuele belemmeringen als structurele ongelijkheden.^{13,19,20}

Verschillen tussen exclusie, segregatie, integratie en inclusie

Het tegenovergestelde van sociale uitsluiting, sociale inclusie, verwijst naar de situatie waarin individuen volledig betrokken zijn bij de samenleving waarin ze wonen, inclusief de economische, sociale, culturele en politieke dimensies van die samenleving.

Figuur 1 beschrijft de verschillen tussen de veelgebruikte termen exclusie, segregatie, integratie en inclusie.

- **Exclusie** verwijst naar het proces waarbij individuen of groepen worden buitengesloten of niet worden toegelaten tot bepaalde activiteiten, voorzieningen, kansen of sociale groepen op basis van bepaalde kenmerken, zoals geslacht, religie en handicap, of andere eigenschappen.

- > **Segregatie** betekent het fysiek of sociaal scheiden van mensen op basis van bepaalde kenmerken. Dit kan leiden tot aparte leefgebieden, scholen of andere faciliteiten voor verschillende groepen, waardoor er weinig tot geen interactie is tussen hen.
- > **Integratie** is het proces van het samenbrengen van diverse groepen of individuen in dezelfde ruimtes, instellingen of samenleving, waarbij er sprake is van gelijke toegang en kansen voor alle mensen, ongeacht hun achtergrond. In een integratiebenadering kunnen individuen deelnemen op voorwaarde dat ze zich aanpassen aan de dominante groep of bestaande norm, terwijl de bestaande structuren zich onvoldoende aanpassen aan de behoeften van het individu. Het vereist een actieve inspanning van iedereen om barrières en vooroordelen te doorbreken.
- > **Inclusie** gaat nog een stap verder dan integratie. Het houdt in dat alle mensen, ongeacht hun achtergrond, volledig worden geaccepteerd, gewaardeerd en betrokken in alle aspecten van de samenleving. Inclusie is gebaseerd op het principe dat diversiteit een waardevolle kracht is en dat iedereen het recht heeft om deel te nemen aan en bij te dragen aan de samenleving zonder angst voor discriminatie of uitsluiting.

Verhouding tussen sociale uitsluiting en sociale ongelijkheid

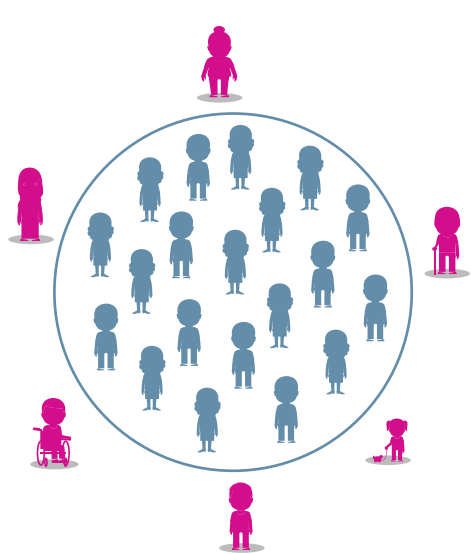
Sociale uitsluiting en sociale ongelijkheid zijn nauw met elkaar verbonden. *Sociale ongelijkheid* verwijst

naar de ongelijke verdeling van macht, middelen, kansen en privileges in een samenleving op basis van verschillende kenmerken, zoals inkomen, etniciteit, geslacht, leeftijd, handicap of immigratiestatus. Het kan zich manifesteren op verschillende gebieden, waaronder inkomen, onderwijs, gezondheidszorg, huisvesting en werkgelegenheid. *Sociale uitsluiting* kan een gevolg zijn van deze sociale ongelijkheid, omdat de ongelijke verdeling van middelen en kansen leidt tot de buitensluiting van bepaalde individuen of groepen.

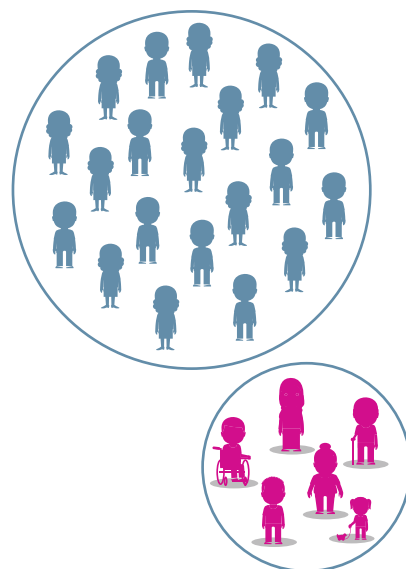
Sociale ongelijkheid en sociale uitsluiting hebben door hun intrinsieke verbondenheid een diepgaande invloed op het functioneren van een samenleving. Het aanpakken van sociale ongelijkheid is essentieel om sociale uitsluiting te verminderen en ervoor te zorgen dat alle individuen gelijke kansen en toegang tot hulpbronnen hebben. Dit vereist beleidsmaatregelen en programma's die gericht zijn op het bevorderen van gelijkheid, het elimineren van discriminatie en het waarborgen van inclusie en participatie van alle mensen, ongeacht hun achtergrond of kenmerken.

Feitelijke versus ervaren sociale uitsluiting

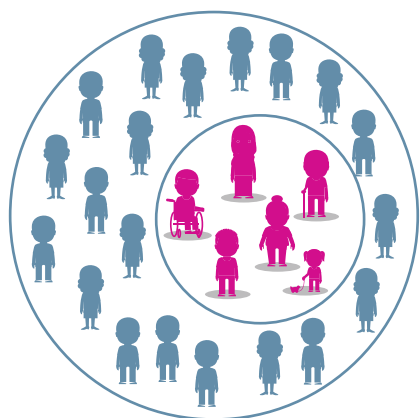
Verschillen tussen feitelijke uitsluiting en ervaren uitsluiting zijn belangrijk om te begrijpen bij het bestuderen van sociale uitsluiting en voor het tegengaan van uitsluiting. *Feitelijke uitsluiting* verwijst naar objectieve beperkingen of belemmeringen waardoor mensen niet (volledig) kunnen deelnemen aan verschillende aspecten van de samenleving, waaronder onderwijs,



Exclusie



Segregatie



Integratie



Inclusie

Figuur 1. Verschil tussen exclusie, segregatie, integratie en inclusie

Eigen schuld, dikke bult?

Rechtvaardigheid wordt als publieke waarde in veel westerse samenlevingen nagestreefd. Rechtvaardige beslissingen gaan immers over eerlijke beslissingen. Het impliceert het nastreven van gelijke rechten, kansen, middelen en beloningen. Een concept dat als rechtvaardigheidsideaal in dezelfde context vaak wordt genoemd, is meritocratie. Dit refereert naar een maatschappij waarin de sociaaleconomische positie van ieder individu wordt bepaald door diens verdiensten (merites). Persoonlijke omstandigheden, zoals het gezin waarin je opgroeit en de plek waar je woont, hebben in principe geen invloed op je verdiensten en dus je positie.²² Dit model veronderstelt daarmee dat iedereen dezelfde kansen heeft en ieders prestatie gelijk gewaardeerd wordt. Daarmee rechtvaardigen gelijke kansen ongelijke uitkomsten. Doorzettingsvermogen leidt voor 'winnaars' tot succes en verliezers hebben hun maatschappelijke status en positie te danken aan hun eigen inzet. Meritocratie biedt 'winnaars' in een ongelijke samenleving de mogelijkheid om te geloven dat hun positie moreel rechtvaardig - en dus verdiend - is.²³

In een samenleving waarin de inkomens- en met name de vermogenskloof steeds groter wordt, gaat het rechtvaardigheidsprincipe steeds meer wringen. Want is het wel rechtvaardig dat iemand met laaggeschoold werk veel meer uren maakt en nauwelijks rond kan komen, terwijl iemand die het op school gemakkelijker had een huis kan kopen en door de overwaarde een riant leven kan leiden? En wat is verdienste? Is het rechtvaardig dat een strategieconsultant veel meer verdient dan iemand in de verpleging? Hoe wordt het toevoegen van waarde aan de maatschappij beloond? Het meritocratisch denken raakt ook steeds meer verweven in ons gezondheidsideaal.

Steeds meer mensen geloven dat gezondheid vooral een individuele keuze is en dat daarmee ongezondheid ook het resultaat is van individuele keuzes.²⁴ Terwijl we weten dat ongezondheid veelal wordt veroorzaakt door sociaaleconomische factoren waarop een individu beperkte invloed heeft.²⁵ Dit discours, dat de individualisering van gezondheid bevestigt, zorgt ervoor dat de solidariteit in de samenleving onder druk komt te staan.²⁶ Het gevolg van deze breed gedeelde aanname is dat mensen minder bereid worden om mee te betalen aan de gezondheidszorg van anderen: vier op de tien Nederlanders vindt dat mensen die ongezond leven een hogere zorgpremie moeten gaan betalen. Ook het feit dat het beleid vaak insteekt op individuele gezondheidsinterventies om de gezondheid en het gedrag van individuen te verbeteren, illustreert dit gedachtegoed.²⁷ Complexe gezondheidsverschillen worden daarmee immers onterecht toegeschreven aan verschillen in individuele keuzes en gedragingen, omdat het aandeel van intergenerationele overdracht en sociale ongelijkheid in deze opvatting geen ruimte krijgt.²⁸

gezondheidszorg, werkgelegenheid en politieke participatie. Dit kan worden gemeten aan de hand van concrete indicatoren, zoals armoedecijfers, werkloosheidscijfers en statistieken over onderwijsdeelname.

Ervaren sociale uitsluiting verwijst naar de subjectieve beleving van individuen over het gevoel buitengesloten te zijn, zelfs als er geen objectieve feitelijke uitsluiting plaatsvindt. Mensen ervaren sociale uitsluiting als ze zich niet geaccepteerd, gewaardeerd of betrokken voelen binnen sociale groepen of de samenleving als geheel, zelfs als er geen expliciete belemmeringen zijn voor hun deelname. Ervaren sociale uitsluiting kan het gevolg zijn van psychologische factoren, zoals percepties van afwijzing of isolatie, en kan ook voortkomen uit sociaal-culturele contexten en normen.

Het proces van *sociale vergelijking* speelt hierbij een rol. Mensen hebben de neiging om hun eigen vaardigheden, eigenschappen, prestaties enzovoort te beoordelen door ze te vergelijken met die van anderen. Dit kan zowel op individueel niveau als op groepsniveau plaatsvinden. Dit proces van sociale vergelijking kan invloed hebben op hoe mensen zichzelf waarderen en hun gevoel van eigenwaarde beïnvloeden. Het kan ook van invloed zijn op hoe mensen zichzelf positioneren

in relatie tot anderen en een rol spelen bij het vormen van sociale identiteit. Sociale vergelijking heeft betrekking op hoe mensen zichzelf zien en definiëren op basis van hun eigen interne beleving en zelfconcept. Het speelt een essentiële rol in het vormgeven van iemands gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen en gevoel van verbondenheid met anderen. Het kan ook van invloed zijn op hoe mensen hun plaats in de samenleving begrijpen en hoe ze zichzelf relateren aan sociale ongelijkheid, groepen en gemeenschappen.²¹

Leven in de marge: risico op sociale uitsluiting

Er zijn verschillende omstandigheden en factoren die de kans op sociale uitsluiting vergroten (zie het tekstkader hierna). Sommige mensen hebben te maken met een opeenstapeling van problemen op verschillende levensgebieden, waardoor ze terecht komen in kwetsbare omstandigheden en een verhoogd risico lopen op sociale uitsluiting. Deze mensen missen tegelijkertijd hulpbronnen als voldoende inkomen of een sociaal vangnet. Ze participeren minder in de maatschappij, ervaren vaker eenzaamheid en hebben over het algemeen een lagere kwaliteit van leven dan anderen.²⁹ De oorzaken van deze kwetsbare omstandigheden zijn vaak complex en liggen voor een



'Voor mensen in problemen is alles te duur. Neem het OV. Het wordt steeds duurder om met de trein te gaan. Heel veel mensen worden uitgesloten, omdat ze nergens meer naar toe kunnen.' - Marzouka

Risicofactoren voor sociale uitsluiting

- *Sociaaleconomische achtergrond:* Mensen met een lage sociaaleconomische status lopen vaak een hoger risico op sociale uitsluiting. Armoede, werkloosheid, gebrek aan toegang tot kwaliteitsvol onderwijs en minder kansen op werk en inkomen zijn factoren die kunnen bijdragen aan uitsluiting. Mensen die in armoede leven, hebben vaak beperkte toegang tot essentiële hulpbronnen, zoals adequate huisvesting, en kunnen zorg niet altijd betalen.
- *Etnische en culturele achtergrond:* Mensen met een migratieachtergrond kunnen te maken krijgen met discriminatie, vooroordelen en beperkte kansen op basis van hun achtergrond. Dit kan leiden tot uitsluiting op sociaal, economisch en politiek vlak. Mensen die gevlucht zijn, hebben hier bovenop vaak nog te maken met taalbarrières en beperkte sociale netwerken. Deze factoren kunnen hun sociale integratie belemmeren en bijdragen aan sociale uitsluiting.
- *Fysieke en mentale gezondheidsproblemen of het hebben van een beperking:* Mensen met fysieke of mentale gezondheidsproblemen kunnen worden geconfronteerd met beperkingen in hun functioneren en participatie in de samenleving. Stigma, een gebrek aan toegang tot gezondheidszorg en beperkte ondersteunende diensten kunnen bijdragen aan hun uitsluiting. Personen met fysieke, mentale of cognitieve beperkingen kunnen te maken krijgen met belemmeringen bij het verkrijgen van werk, onderwijs en toegang tot openbare ruimtes. Dit kan leiden tot uitsluiting en verminderde participatie in de samenleving.
- *Leeftijd en generatie:* Jongeren en ouderen kunnen specifieke risico's lopen op het gebied van sociale uitsluiting. Jongeren kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met beperkte onderwijs- en werkgelegenheidskansen, terwijl ouderen kunnen worden geconfronteerd met isolatie en gebrek aan sociale participatie.
- *Genderidentiteit en seksuele geaardheid:* Uitsluiting op basis van genderidentiteit en seksuele geaardheid gebeurt nog veel en kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Op individueel niveau kunnen mensen worden geconfronteerd met pesten, discriminatie, isolatie en geweld. Op institutioneel niveau kunnen wetten en beleid discriminatie bevorderen of beperkingen opleggen waardoor zij buitengesloten worden.

- › *Gezinsomstandigheden*: Mensen die opgroeien in een onstabiel gezinsmilieu, zoals kinderen uit gebroken gezinnen of kinderen die opgroeien in armoede, kunnen een verhoogd risico lopen op sociale uitsluiting. Dit kan van invloed zijn op hun onderwijskansen, toegang tot hulpbronnen en sociale relaties.
- › *Beperkt sociaal netwerk en ondersteuning*: Mensen met beperkte sociale netwerken en ondersteuningssystemen lopen een hoger risico op sociale uitsluiting. Gebrek aan sociale steun, eenzaamheid en gevoelens van isolatie kunnen bijdragen aan het gevoel van uitsluiting.
- › *Dakloosheid*: Dakloze mensen hebben vaak geen vaste woonplaats en beperkte toegang tot basisvoorzieningen. Dit kan leiden tot uitsluiting van huisvesting, sociale relaties en andere belangrijke maatschappelijke systemen.

deel bij hoe de maatschappij is ingericht en georganiseerd op zo'n manier dat niet iedereen in gelijke mate in staat is om mee te doen en te profiteren van de welvaart.

Ook de benadering van *intersectionaliteit* geeft inzicht in de complexiteit van sociale uitsluiting en helpt erkennen dat individuen en groepen die worden geconfronteerd met meerdere vormen van onderdrukking vaak te maken hebben met unieke uitdagingen en obstakels in hun leven. Intersectionaliteit is een concept dat zich richt op de interactie tussen verschillende vormen van onderdrukking en discriminatie op basis van verschillende gronden. Iemand's *sociale identiteit* - de beleving van identiteit

door ergens bij te horen - wordt gevormd door verschillende identiteitskenmerken, zoals leeftijd, klasse, etniciteit, geslacht, gezondheid enzovoort. Iemand's identiteit is opgebouwd uit een combinatie van deze factoren. Elke nieuwe factor erbij is bepalend voor de identiteitsvorming en hoe de samenleving tegen een persoon aankijkt. Is iemand bijvoorbeeld rijk, dan kijken we anders naar die persoon dan als die arm zou zijn geweest. De combinatie van factoren bepaalt mede de mate van uitsluiting. Intersectionaliteit helpt ons te begrijpen hoe verschillende vormen van onderdrukking op basis van iemand's kenmerken elkaar kunnen versterken en leiden tot (opgestapelde) sociale uitsluiting.³⁰⁻³²

Interactie met gezondheid en gezondheidsverschillen

Sociale uitsluiting en een gebrek aan sociale inclusie kunnen leiden tot een slechtere gezondheid. Dit gebeurt op verschillende manieren, zowel direct als indirect.^{11,12} De ervaren uitsluiting, zoals een lage sociale status, gevoelens van vervreemding en gebrek aan verbondenheid, kan een *directe* invloed hebben op de (ervaren) gezondheid en het welzijn. Of het heeft een *indirecte* invloed, via de gevolgen van chronische stress en (stressgerelateerd) gedrag, bijvoorbeeld roken, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoontes.³³⁻³⁶

Het effect van sociale uitsluiting op gezondheidsachterstanden wordt ook wel *weathering* genoemd.³⁷ Daarmee wordt de versnelde biologische veroudering bedoeld en de ermee samenhangende gezondheidsrisico's die veroorzaakt worden door onder meer langdurige stress vanwege stigma, discriminatie en marginalisatie.

Behalve de (in)directe invloed van uitsluiting op de gezondheid is er ook vaak sprake van het omgekeerde. Als mensen te maken hebben met gezondheidsproblemen of beperkingen, hebben ze vaak meer kans om sociaal buitengesloten te raken of hun sociale inclusie in gevaar te zien komen. Dit kan leiden tot een neerwaartse spiraal waarin zowel gezondheid als sociale participatie worden beïnvloed. Dit benadrukt waarom het belangrijk is om gezondheids- en inclusieproblemen samen te begrijpen en aan te pakken.

Belangrijke mechanismen

Het model van sociale kwaliteit

Het model van sociale kwaliteit wordt vaak gebruikt om de mate van deelname aan de samenleving - en de sociale ongelijkheid daarin - beter te begrijpen. Het model benadert sociale vraagstukken vanuit een breed perspectief dat verdergaat dan puur economische indicatoren en zich richt op de levensomstandigheden, relaties en participatie van individuen in de samenleving.

Sociale kwaliteit werd in 1998 gedefinieerd als: 'de mate waarin mensen de mogelijkheden hebben om te participeren in het sociale en economische leven in hun gemeenschap onder randvoorwaarden die hun welzijn en individueel potentieel verbeteren' (oorspronkelijk: *'the extent to which citizens are able to participate in the social and economic life of their communities under conditions that enhance their wellbeing and individual potential'*).³⁸

Het model van sociale kwaliteit biedt een theoretisch kader voor het begrijpen van gezondheidsverschillen in de samenleving en hoe die samenhangen met uitsluiting. Het oorspronkelijke model is gebaseerd op de volgende vier dimensies (ook wel kwadranten genoemd) van sociale kwaliteit: sociale cohesie, sociale inclusie, sociaaleconomische zekerheid en sociale empowerment.³⁹⁻⁴¹ Dit zijn de belangrijkste voorwaarden voor volwaardige participatie in de samenleving en het verkleinen van het risico op sociale uitsluiting. Voor deze publicatie zijn de benamingen van de vier kwadranten iets aangepast, omdat daarmee

beter wordt aangesloten op de huidige terminologie en de wijze waarop over sociale uitsluiting wordt gesproken.

Figuur 2 geeft de volgende vier kwadranten weer:

- **Sociale cohesie** verwijst naar de mate waarin mensen zich verbonden voelen met elkaar en met de samenleving als geheel. Een sterke sociale cohesie kan bijdragen aan een gezondere samenleving, omdat het mensen in staat stelt om elkaar te ondersteunen en te stimuleren om gezonde keuzes te maken.
- **Toegankelijkheid** (sociale inclusie) verwijst naar de mate waarin mensen deelnemen aan de samenleving en toegang hebben tot onderwijs, zorg en sociale rechten. Een gebrek aan sociale inclusie kan leiden tot sociaal isolement, een gebrek aan acceptatie en waardering, en verminderde toegang tot gezondheidszorg en andere belangrijke middelen.
- **Bestaanszekerheid** (sociaaleconomische zekerheid) verwijst naar de mate waarin mensen voldoende middelen hebben om in belangrijke basisbehoeften te voorzien. Voldoende inkomen en passende huisvesting met enige zekerheid en continuïteit vormen daarvoor de basis.

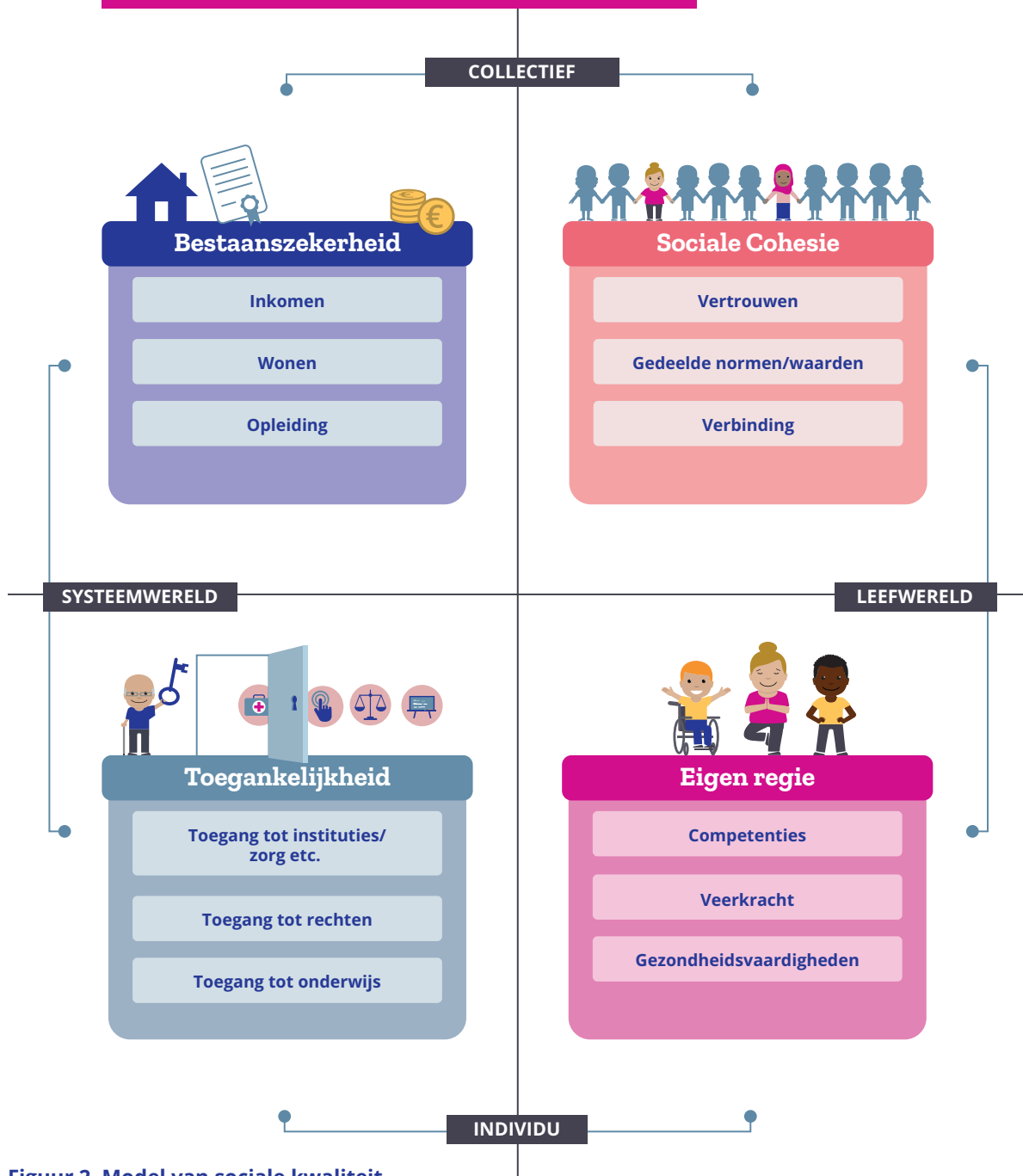
> *Eigen regie* (sociale empowerment) verwijst naar de mate waarin mensen controle hebben over hun leven en de mogelijkheid hebben om hun eigen keuzes te maken. Eigen regie kan bijdragen aan gezondheidsbevordering, omdat het mensen in staat stelt om gezonde keuzes te maken en meer invloed te hebben op hun leefomstandigheden.

Aan de hand van de vier kwadranten van sociale kwaliteit bekijken we in de volgende paragrafen de interactie tussen sociale uitsluiting en gezondheidsverschillen.

Sociale kwaliteit en gezondheidsverschillen

De vier kwadranten van sociale kwaliteit zijn nauw met elkaar verweven. Uitsluiting in het ene kwadrant heeft vaak verstrekkende gevolgen voor de andere kwadranten. Het is niet voldoende om slechts één aspect aan te pakken: werken aan inclusief beleid vereist aandacht voor alle kwadranten. Het verbeteren van de vaardigheden van individuen kan belangrijk zijn, maar als dit niet gepaard gaat met het wegnemen van barrières in de toegang, worden de beoogde resultaten mogelijk niet bereikt. Het draait dus om het begrijpen en aanpakken van de onderlinge invloeden van de kwadranten. Een ander punt is dat uitsluiting in een of meer kwadranten gevolgen heeft voor de gezondheid. Door deze vier kwadranten te integreren, biedt het model van sociale kwaliteit een holistische benadering om gezondheidsverschillen als oorzaak van uitsluiting en vice versa te begrijpen. Een benadering waarin alle aspecten van sociale kwaliteit worden meegenomen, is daarom cruciaal voor het bevorderen van inclusie en het creëren van een rechtvaardigere samenleving.

Vier kwadranten die van invloed zijn op sociale uitsluiting



Figuur 2. Model van sociale kwaliteit

Kwadrant 1



Het hebben van voldoende middelen om in het levensonderhoud te voorzien en een menswaardig bestaan te leiden is in Nederland een recht.⁴² Het gaat dan over sociaaleconomische zekerheid, oftewel bestaanszekerheid. De mate van bestaanszekerheid heeft een grote invloed op iemands kwaliteit van leven, gezondheid en risico op uitsluiting.⁴³

Mensen met een laag inkomen, schulden of een gebrek aan vermogen hebben minder mogelijkheden om te participeren op verschillende levensgebieden. Hierdoor worden zij eerder uitgesloten van de maatschappij. Niet alleen feitelijk, maar ook gevoelsmatig: de beleving en het gevoel van er niet bij horen worden versterkt door stigmatisering van mensen in armoede.

Gevolgen van beperkte bestaanszekerheid op sociale uitsluiting en daarmee gezondheid

Op de volgende manieren kan een gebrek aan bestaanszekerheid (en specifiek armoede) leiden tot vormen van sociale uitsluiting en daarmee tot een slechtere gezondheid:

> Uitsluiting van deelname aan de samenleving:

Mensen in armoede hebben vaak beperkte mogelijkheden om deel te nemen aan de

politieke, economische en sociale aspecten van de samenleving. Dit kan leiden tot sociale uitsluiting, omdat ze geen stem hebben in belangrijke beslissingen die hun leven beïnvloeden. De arbeidsparticipatie is vaak ongunstiger, mensen zijn werkzaam in een ongezondere omgeving en/of hebben onregelmatige of nachtdiensten. Of ze doen fysiek zwaar werk; soms betreft dit flexwerk of zwart werk, wat leidt tot meer onzekerheid. Armoede hangt samen met een slechtere mentale gezondheid, met grotere kans op depressies en angststoornissen en met een slechtere fysieke gezondheid.⁴⁴ Het risico op langdurige stress is groot en dit versterkt de ongezonde leefstijlkeuzes en het risico op verslaving.⁴⁵ Mensen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens roken meer, bewegen minder, hebben vaker overgewicht en besteden minder geld aan gezonde voeding en beweeg- of sportactiviteiten.^{46,47}

> Uitsluiting van basisbehoeften: Mensen die in armoede leven, hebben door gebrek aan geld minder toegang tot basisbehoeften zoals voedsel, energie, huisvesting, zorg en onderwijs. Dit kan leiden tot sociale uitsluiting van voorzieningen en middelen. Denk hierbij aan het vermijden of uitstellen van zorg vanwege (angst voor) de kosten, bijvoorbeeld wanneer mensen geen geld hebben om het eigen risico te betalen of geen aanvullende verzekering hebben.⁴⁸ Ook leidt armoede tot niet-passende huisvesting. Mensen hebben beperktere toegang tot de woningmarkt en

De invloed van statusverschillen en klassenverschillen

Aan iemands sociaaleconomische positie wordt vaak een bepaalde status en waardering gekoppeld door de maatschappij. Statusverschillen zijn de verschillen in waardering van groepen mensen, de levensstijlen die zij hebben en hun gedragingen. Over die waardering bestaat een zekere maatschappelijke consensus. Die statusverschillen zijn sterk gekoppeld aan klassenverschillen in opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt. Denk bijvoorbeeld aan verschillen tussen de arbeidersklasse en de middenklasse. Vooroordelen en stereotypen over bepaalde sociale klassen hebben invloed op de positie en kansen van mensen in die klassen. Mensen met een lage sociaaleconomische positie lopen door deze verschillen in waardering een groter risico op sociale uitsluiting.⁶⁰

belanden vaker in een onzekere woonsituatie met tijdelijke huur, wat bijdraagt aan gevoelens van instabiliteit, onzekerheid en slechtere gezondheid.^{43,49} Kortom, armoede heeft gevolgen voor de mate van toegankelijkheid van voorzieningen en instituties en hangt dus sterk samen met het kwadrant over toegankelijkheid.

> **Schaamte, stigma en discriminatie:** Mensen in armoede worden vaak gestigmatiseerd en gediscrimineerd door anderen in de

leven vanwege hun armoede. Dit kan leiden tot sociale uitsluiting omdat ze worden buitengesloten en behandeld als minderwaardig. Mensen schamen zich als ze gebruik moeten maken van bijvoorbeeld de voedselbank of van een speciale regeling voor gezinnen in armoede. Armoede betekent daarom niet alleen geen geld hebben om te kunnen participeren, maar roept ook emoties op als schaamte, frustratie, verdriet en angst.⁵⁰ Het heeft vooral ook negatieve gevolgen voor het zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde.



'Er zijn ook deurwaarders langsgekomen toen wij niet thuis waren. Die hingen allemaal posters aan de deur. Allemaal linten en felle kleuren. De hele buurt wist dat ze langs waren geweest. Dat was heel vernederend. Daar hebben ze geen idee van. - Dicky



'Ik was ooit vrij flink. Je wordt overal nagekeken. Maar je gaat jezelf dan ook uitsluiten. Je wordt al benadeeld. Iedereen gaat even in jouw karretje in de supermarkt kijken.

Mensen hebben altijd een oordeel klaar.' - Dicky

> **Armoede verandert het leven:** mensen kunnen niet meer meedoen met normale sociale activiteiten en kunnen dat ervaren als falen, het niet meer op orde hebben van het leven.⁵¹ Dit alles heeft gevolgen voor de mate van (sociaal) vertrouwen (zie het kwadrant over sociale cohesie) en de mate van zelfredzaamheid en het geloof in eigen kunnen (zie het kwadrant over eigen regie).

> **Risico op isolatie en eenzaamheid:** Mensen in armoede hebben vaak beperkte toegang tot sociale netwerken, waardoor ze zich geïsoleerd kunnen voelen en minder kans hebben om kansen te vinden en te profiteren van sociale mobiliteit. Dit kan leiden tot sociale uitsluiting omdat ze minder verbonden zijn met anderen in de samenleving.⁴³ Concreet

kan dit betekenen dat mensen minder de deur uitgaan omdat er geen geld is voor uitstapjes, vakanties of verjaardagen. Schaamte speelt hierbij een grote rol, waardoor mensen zich soms terugtrekken. Mensen kunnen in een sociaal isolement geraken en zich eenzaam voelen.

Volgens de laatste rapportage van het CBS over armoede en sociale uitsluiting voelen mensen met een (langdurig) laag inkomen zich ruim twee keer zo vaak sterk eenzaam als mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens (23% tegen 10%). Het gaat dan vooral om het ontbreken van gevoelens van verbondenheid met mensen om zich heen en het vertrouwen in die mensen (sociale eenzaamheid).⁴³



Kwadrant 2



Sociale cohesie is de mate waarin mensen zich verbonden voelen met elkaar en bereid zijn elkaar te helpen. Uit onderzoek blijkt dat er een positieve relatie is tussen sociale cohesie en verschillende gezondheidsuitkomsten, zoals de levensverwachting, de mentale gezondheid en de prevalentie van chronische ziekten.⁵²⁻⁵⁴ Sociale cohesie kan bijvoorbeeld leiden tot een betere toegang tot hulpbronnen en informatie, zoals gezondheidszorg en gezondheidsbevorderende activiteiten. Deze verbetering ontstaat doordat door sociale cohesie een ondersteunend netwerk wordt gecreëerd binnen een gemeenschap. Binnen hechte sociale structuren is er vaak een grotere bereidheid tot het delen van kennis en middelen. Buurtbewoners zijn geneigd elkaar te informeren over beschikbare gezondheidsdiensten, een gezonde levensstijl en relevante sociale voorzieningen.

Het gevoel van sociale steun en verbondenheid kan bijdragen aan het verminderen van stress en het verbeteren van het mentaal welzijn. De associatie tussen sociale cohesie en gezondheid is echter niet altijd positief: het kan leiden tot sociale controle en het voelen van druk om aan de normen en waarden van de groep te

voldoen. Dit kan juist weer leiden tot stress en een verminderd psychisch welzijn.

Vertrouwen in de omgeving, overheid en zorgsector

Vertrouwen speelt een belangrijke rol in de mate van sociale cohesie in een gemeenschap. Hoe meer onderling vertrouwen en hoe sterker de verbondenheid, des te beter de gezondheid. Hierna maken we onderscheid in het vertrouwen van burgers in de sociale omgeving, de overheid en de gezondheidszorg.

> Vertrouwen in de sociale omgeving:

Vertrouwen in buren, de gemeenschap en sociale netwerken is gekoppeld aan betere gezondheidsresultaten, zoals lagere sterfte- en ziektecijfers.⁵⁵ Gemarginaliseerde groepen hebben minder vertrouwen in hun buren en gemeenschap vanwege ervaringen van sociale uitsluiting en dit werkt negatief door op ervaren gezondheid.⁵⁶⁻⁵⁸

> Vertrouwen in de overheid: Meer vertrouwen in de overheid hangt samen met meer sociale cohesie en betere gezondheid. In samenlevingen met een hoog vertrouwen in de overheid heerst doorgaans meer sociale samenhang en solidariteit tussen burgers. Dit bevordert de toegang tot zorg en draagt bij aan een betere gezondheid voor iedereen.⁵⁹ Onderzoek van Van der Waal wijst uit dat mensen met weinig vertrouwen in anderen en de overheid over het algemeen een slechtere gezondheid hebben dan degenen met meer

vertrouwen.⁶⁰ Natuurlijk zijn er contextuele factoren die de relatie tussen vertrouwen in de overheid en gezondheid kunnen beïnvloeden, zoals de politieke en economische situatie in een land en de historische relatie tussen overheid en bevolking.

Wantrouwen in de overheid kan negatieve effecten hebben op de sociale samenhang en de betrokkenheid van mensen bij de samenleving. Dit kan worden verklaard doordat wantrouwen in de overheid het vertrouwen in gezondheidsmaatregelen kan ondermijnen als mensen niet geloven dat de overheid in hun belang handelt. Wantrouwen in de overheid kan ook leiden tot een verminderde toegang tot gezondheidszorgdiensten en bijvoorbeeld de keuze voor een lagere dekking van ziektekostenverzekeringen, wat gezondheidsongelijkheden kan verergeren.⁶¹

› **Vertrouwen in de gezondheidszorg:**

De mate van vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem heeft veel invloed op iemands gezondheid en gebruik van zorg. Vertrouwen in het systeem en de kwaliteit van de gezondheidszorg bevordert het preventieve en curatieve zorggebruik,

verbetert de gezondheid, en vermindert gezondheidsverschillen.⁶²⁻⁶⁴ Verminderd vertrouwen in het zorgsysteem kan leiden tot uitstel van medische zorg, wat ernstigere gezondheidsproblemen kan veroorzaken. Vertrouwen in de gezondheidszorg is bijvoorbeeld van belang voor de bereidheid van mensen om gezondheidsadviezen op te volgen. Dit vertrouwen is vaak lager onder gemarginaliseerde groepen als gevolg van ervaringen met systematische discriminatie of gebrek aan vertegenwoordiging. Vertrouwen speelt een cruciale rol in de relatie tussen een zorgprofessional en een patiënt. Stigma, uitsluiting, discriminatie en zich niet begrepen voelen hebben invloed op dit vertrouwen. Als patiënten hun zorgverleners vertrouwen, zijn ze eerder geneigd eerlijk te zijn over hun symptomen en medische voorgeschiedenis, wat artsen kan helpen bij het stellen van een nauwkeurige diagnose en het geven van de juiste behandeling. Vertrouwen in zorgverleners leidt ook tot betere communicatie, grotere tevredenheid van patiënten en betere naleving van behandelplannen, wat uiteindelijk kan resulteren in betere gezondheidsresultaten.^{65,66,67}



'Ongezond is soms niet te krijgen of duurder: dat is ook een vorm van uitsluiten. Het is van bovenaf bedacht. Soms is het je enige genot: dat je het kunt betalen, dat het kan.

Maar dat wordt dan ook weer van je afgenomen, het mag niet.' - Jacqueline

› **Afname in het vertrouwen:** Vóór de coronapandemie was volgens het rapport *De Sociale Staat van Nederland 2020* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) het algemene niveau van vertrouwen van Nederlanders in elkaar hoog.⁶⁸ Zo had 82% van de Nederlanders vertrouwen in andere mensen, 73% in de rechtspraak en 64% in de politieke instituties (zoals de grondwet, het kiesstelsel). Ook het vertrouwen in de overheid was hoog:

75% van de Nederlanders had vertrouwen in de regering en 74% in de Tweede Kamer. De afgelopen jaren zijn er veel gebeurtenissen geweest die wellicht invloed hebben gehad op het vertrouwen, zoals de coronapandemie, de toelagenaffaire en de val van het kabinet. Het rapport van Krouwel (2021) laat bijvoorbeeld zien dat er in Nederland sprake is van een afname van institutioneel vertrouwen in het begin van de coronaperiode (van heel hoog

Verwetenschappelijking van publieke beslissingen

Bestuurs- of besluitvormingsmodellen worden steeds vaker onderbouwd met technocratische beginselen. Macht en autoriteit worden dan toegekend aan technische experts, professionals of deskundigen in een bepaald vakgebied, vaak op basis van hun expertise en technische kennis.⁷⁰ In een technocratisch systeem hebben beslissers de neiging om belangrijke keuzes te maken op basis van rationele en wetenschappelijke overwegingen, met het idee dat zij de meest gekwalificeerde personen zijn om beslissingen te nemen op basis van 'objectieve' criteria. Vooral in complexe technische en wetenschappelijke domeinen wordt vaak een technocratische aanpak gehanteerd.⁷¹

De verwetenschappelijking van beslissingen beïnvloedt de mate van vertrouwen die mensen hebben in overheidsinstanties.⁷² Recente discussies rond de uitstoot van stikstof, het tegengaan van klimaatverandering of de aanpak van het coronavirus zijn voorbeelden van beslissingen die op technocratische wijze zijn genomen. Kenmerken van technocratische beslissingen zijn de nadruk op efficiëntie en de beperkte politieke invloed van mensen die geen (wetenschappelijke) experts zijn. Beide kenmerken bemoeilijken publieke participatie in maatschappelijke beslissingen, zeker voor groepen die zich minder makkelijk organiseren of gehoord worden.⁷³ Door de snelheid van de besluitvorming en de geringe invloed van niet-experts worden de betrouwbaarheid en onafhankelijkheid van gebruikte expertise vaker in twijfel getrokken.⁷⁴ Minder vertrouwen in de autoriteiten en het gevoel dat anderen vooral over jou beslissen, zijn directe gevolgen die het gevoel van sociale uitsluiting versterken.

naar heel laag), en een lichte afname in het onderling vertrouwen tussen mensen.⁶⁹ Duidelijk is wel dat er verschillen zijn in het vertrouwen tussen bevolkingsgroepen. Zo hebben mensen met minder, of een praktische, opleiding en een lager inkomen over het algemeen minder vertrouwen in de overheid en instituties dan mensen met een wetenschappelijke opleiding en een hoger inkomen.⁷

Gedeelde normen en waarden

Sociale cohesie binnen het model van sociale kwaliteit omvat niet alleen de mate van vertrouwen, maar ook verbondenheid tussen individuen én de kwaliteit van die verbindingen. Gedeelde normen en waarden dienen als een bindmiddel dat niet alleen het sociaal kapitaal versterkt, maar ook de sociale structuur van een samenleving beïnvloedt.

Het werk van Bourdieu (1986)⁷⁴ beschrijft dit concept van sociaal kapitaal, waarbij gedeelde normen en waarden een centrale rol spelen. Sociaal kapitaal verwijst naar de waarde van sociale netwerken en wederzijdse ondersteuning in een samenleving. Het bezitten van gemeenschappelijke normen en waarden vergroot het sociaal kapitaal, wat op zijn beurt de veerkracht en het functioneren van de samenleving bevordert. In gemeenschappen waar mensen vergelijkbare waarden delen, wordt het gemakkelijker om onderlinge relaties op te bouwen en te onderhouden. Dit kan leiden tot een hoger niveau van vertrouwen, samenwerking en bereidheid om elkaar te ondersteunen, wat essentieel is voor het welzijn van individuen en de gemeenschap als geheel. Ook solidariteit, respect en identiteit zijn hierbij belangrijke factoren.



Kwadrant 3



Dit kwadrant gaat over *sociale inclusie*, ofwel de toegankelijkheid van sociale, economische en culturele instituties, zoals de arbeidsmarkt, het onderwijs, het rechtssysteem, de gezondheidszorg en culturele voorzieningen als bibliotheken en theaters. Sociale inclusie betekent dat burgers gebruik kunnen maken van hun sociale grondrechten. In dit stuk richten we ons op de uitsluiting van zorg, preventie en maatschappelijke ondersteuning.

Toegang tot maatschappelijke ondersteuning (sociaal domein)

Het systeem in Nederland van maatschappelijke instituties is steeds complexer geworden en houdt steeds minder rekening met verschillen tussen mensen. Ingewikkelde procedures, moeilijk taalgebruik, digitalisering en wet- en regelgeving die elkaar tegenspreken, leiden tot uitsluiting van burgers in kwetsbare omstandigheden. Vooral mensen die meerdere problemen hebben op verschillende leefgebieden lopen vaak vast in de toegang tot maatschappelijke ondersteuning en tot instituties, doordat het onduidelijk is binnen welk financieringskader hun vraag past of doordat zij niet aan de criteria voldoen om er aanspraak op te maken.⁷⁵ Daarnaast voelen veel mensen die in aanraking komen met ondersteuning zich vaak niet gezien, gehoord en begrepen en ontvangen daardoor uiteindelijk niet de ondersteuning



'In het eerste jaar werd ik nog best wel goed geholpen, maar in het jaar erna niet. Want ik verdiende te veel. Ik snapte het niet, ik ben laaggeletterd. Ik had het gevoel dat ik op basis van één telefoongesprek werd uitgesloten. Ik ben toen naar de balie gegaan. Hier heb je je nummertje, je wordt behandeld als een nummertje. Je voelt je een nummertje. Maar helpen konden ze me niet meer.

We worden heel vaak niet gehoord. Bijvoorbeeld als we schulden hebben, dan wordt je niet serieus genomen. Of bijvoorbeeld over het thema laaggeletterdheid – daar is pas sinds 2014 meer over bekend. Medewerkers bij de overheid zagen je heel lang niet. Het gaat ook over toegankelijk zijn van alle diensten. Er is nog steeds werk aan de winkel voor de overheid.'

- Dicky



'Ik kan door mijn gezondheid niet meer werken en zit in een procedure om WW aan te vragen. Maar die procedure is heel ingewikkeld. Je moet veel verschillende dingen aanleveren en soms lijken die vereisten ook weer te veranderen. Er is nu een medewerker van de FNV die me helpt. Die hebben de taak om dingen te vereenvoudigen. Dat is eigenlijk best gek, waarom heb ik iemand nodig om me door dat systeem te loodsen?' - *Jacqueline*

die zij nodig hebben.⁷⁶ Dit geldt ook voor het stelsel van financiële regelingen voor minima, waaronder de vele verschillende toeslagen. Het stelsel is te complex en ontoegankelijk geworden, mensen weten niet waar ze recht op hebben of het lukt hen niet er aanspraak op te maken door te ingewikkelde procedures.⁷⁷

Tegelijkertijd zijn dit juist de mensen bij wie de vaardigheden die het systeem van mensen

vraagt (plannen, organiseren, overzicht hebben, vooruit denken, etc.) onder druk staan. Hierdoor worden mensen uitgesloten van passende zorg en maatschappelijke of financiële ondersteuning, met als gevolg dat het vertrouwen in instanties nog verder afneemt.

In een onderzoek van het Instituut voor Publieke Waarden is aan de hand van casuïstiek inzichtelijk gemaakt welke uitsluitingsmechanismen er

Voorbeeld: onvoldoende toegang tot speciale betalingsregelingen voor mensen met schulden

Mensen met schulden bij overheidsinstanties als de belastingdienst, het CJBI en het CAK krijgen vaak standaard betalingsregelingen aangeboden. Uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat de maatwerkregelingen die meer ruimte bieden aan mensen met schulden om in haalbare bedragen terug te betalen, voor veel burgers niet transparant en moeilijk toegankelijk zijn.⁷⁸ Het vergt veel doorzettingsvermogen, communicatievaardigheden en alertheid om voor deze speciale regelingen in aanmerking te komen. Vaak zijn mensen met grote schulden die langdurig onder veel stress staan daar op dat moment niet toe in staat, en ze hebben daarnaast vaak het vertrouwen in de overheid verloren. Het gevolg is dat mensen hierdoor de kans op een passende en haalbare betalingsregeling mislopen.



'Het systeem is ingericht vanuit wantrouwen. Als je hulp vraagt, ben je voor de overheid een probleem. Dat wil je niet zijn. Het is allemaal te ingewikkeld. Dus dan denk je: laat maar.'

- Dicky

zijn in het Nederlandse systeem van zorg en ondersteuning. De kern van het probleem lijkt steeds hetzelfde: de regels en procedures staan maatwerk in de weg en veroorzaken vaak paradoxale situaties wanneer mensen meer dan één probleem hebben. Dan komen de regels met elkaar in conflict, met als gevolg uitsluiting van de zorg of ondersteuning die iemand nodig heeft.⁷⁹ Vooral mensen met een stapeling van problemen die meerdere vormen van zorg en ondersteuning nodig hebben lopen steeds vaker vast.⁷⁹ Dit leidt vervolgens tot verergering van de problemen en gezondheidsklachten en langdurig gebruik van duurdere vormen van zorg en ondersteuning.

Toegang tot preventie en gezondheidszorg

Het Nederlands zorgsysteem is gebaseerd op solidariteit en gelijke toegang voor iedereen, denk aan de verplichte basisverzekering, laagdrempelige huisartsenzorg, zorgtoeslag voor mensen met minder inkomen en toegankelijke spoedzorg. In de praktijk is de zorg echter niet voor iedereen even toegankelijk. Er zijn vaak vier typen belemmeringen te onderscheiden die de toegang beperken en daardoor mensen uitsluiten van zorg. Dit zijn: 1) begrijpelijkheid, 2) beschikbaarheid, 3) betaalbaarheid en

4) passendheid. Deze typen belemmeringen zijn gebaseerd op het model van Levesque.^{80,81} In het oorspronkelijke model wordt de toegang tot gezondheidszorg gedefinieerd als de 'fit' tussen de capaciteiten, behoeften en vaardigheden van burgers/patiënten enerzijds en de kenmerken van de voorzieningen anderzijds. In ditzelfde raamwerk veronderstellen de onderzoekers dat patiënten die in contact komen met zorg op al deze verschillende dimensies van toegang ook de juiste vaardigheden nodig hebben om zorg te zoeken, vinden en gebruiken. Het model biedt houvast om bestaande voorzieningen te toetsen op hun toegankelijkheid, rekening houdend met de omstandigheden en vaardigheden van de patiëntenpopulatie.

Uit een verkenning van Pharos naar ervaringen met de toegang tot de zorg, preventie en de zorgverzekering bleken de geïnterviewden op al deze vier dimensies belemmeringen te ervaren.^{82,83} Aanmeld- of verwijspcedures voor het preventieaanbod bleken te ingewikkeld of niet vindbaar, soms kwamen mensen voor onverwachte kosten te staan, de opzet en werkwijze sloten soms niet aan (zich niet thuis voelen in een groep, of meer persoonlijke

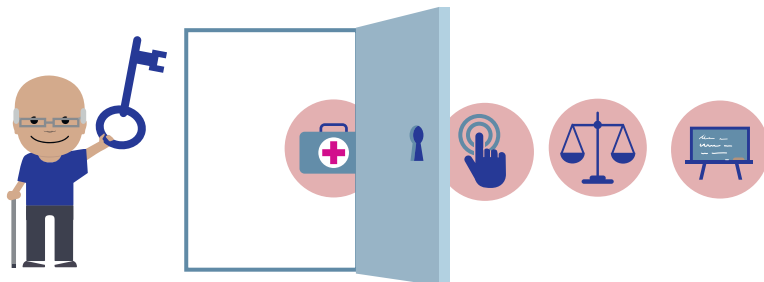
begeleiding verwachten), het aanbod bleek soms te ver reizen (naar een ander stadsdeel), of de interventie hield weinig rekening met omstandigheden van deelnemers (armoede, onregelmatig werk, geen kinderopvang, gevolgen van chronische stress). Deze barrières in de toegang tot zorg en preventie werken uitsluiting in de hand van de mensen die vaak het meeste baat hebben bij deze interventies.

Onderzoek van de Patiëntenfederatie laat zien dat een op de vijf Nederlanders zorg mijdt vanwege de kosten.⁴⁸ Mensen stellen een operatie uit, gaan niet naar fysiotherapie, halen medicijnen niet op en mijden de tandarts en mondhygiënist. In dit onderzoek waren lager opgeleiden en mensen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens ondervetegenwoordigd, wat suggereert dat de mate van zorgmijding nog hoger zou zijn als zij beter geïncludeerd waren.

Meurs (2022) deed onderzoek naar de effectiviteit van stoppen-met-rokenprogramma's bij mensen met een lage maatschappelijke positie. Dit onderzoek laat zien dat de (in)effectiviteit van het programma waarschijnlijk te maken heeft met de

volgende aspecten: gebrek aan identificatie met de boodschap (zich niet herkennen of weerstand voelen), financiële en materiële deprivatie (stress vanwege geldgebrek maakt stoppen onmogelijk), cognitie (moeite met het begrijpen en absorberen van de boodschap), andere risicoperceptie (roken niet als schadelijk ervaren, er zijn andere risico's die meer aandacht vragen), sociale omgeving (roken is normaal) en eigen effectiviteit (het geloof in eigen kunnen werd groter als de interventie succesvolle ervaringen deelde).⁸⁴

Dit geldt voor veel preventieprogramma's: ze sluiten niet aan bij de leefwereld, de omstandigheden en de vaardigheden en behoeften van mensen in een kwetsbare sociaaleconomische positie. Gebrek aan vertrouwen in en weerstand tegen boodschappen afkomstig van hoger opgeleiden, die vaak een dominante rol hebben binnen instituties, spelen daar een belangrijke rol in. Mensen zijn het zat om telkens te horen wat ze niet goed doen of beter zou kunnen. Het opleggen van goedbedoelde adviezen werkt averechts als de gever ervan niet vertrouwd wordt en als paternalistisch wordt ervaren.⁸⁵



Kwadrant 4



Eigen regie

'The ability to act and interact within the system'

Het laatste kwadrant gaat uit van de individuele mogelijkheden tot zelfbeschikking om te kunnen handelen en interacteren met het systeem. Deze mogelijkheden om te kunnen handelen worden bepaald door de (gezondheids) vaardigheden, gezondheid, veerkracht, het zelfvertrouwen en de competenties die het individu heeft. Maar met name ook door de mate waarin de maatschappij oog heeft voor de omstandigheden van mensen en mogelijkheden creëert om de eigen situatie en competenties te verbeteren en versterken.⁸⁶

De belangrijkste waarde waarop dit kwadrant is gebaseerd, is menselijke waardigheid. Belangrijke begrippen die hiermee te maken hebben zijn *zelfregulering*, het vermogen om emoties, cognities en gedragingen te controleren, en *zelfregie*, het gevoel invloed te kunnen hebben op je situatie. Dit laatste is van grote invloed op een goed ervaren (mentale) gezondheid.⁴⁰

In een recent WRR-rapport (2023)⁸⁷ wordt gesproken over een vergelijkbaar begrip, dat overeenkomt met dit kwadrant, namelijk 'grip

op het eigen leven': de mate waarin mensen in staat zijn hun omgeving effectief te beïnvloeden, en zo hun doelen te bereiken. Het gaat dan over de persoonlijke controle die mensen ervaren om invloed te hebben op hoe zij wonen, op hun werkomstandigheden en op de kwaliteit van hun leefomgeving.

Veel beleid in Nederland is gebaseerd op een bepaald mensbeeld dat uitgaat van een sterke mate van zelfbeschikking, waarin waarden als eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en participatie centraal staan.⁸⁸ Dit mensbeeld sluit op voorhand al mensen uit die niet kunnen voldoen aan deze verwachtingen. Bij mensen die veel onzekerheid ervaren in het leven, zijn zelfredzaamheid en participatie niet meer vanzelfsprekend. Zij hebben het gevoel geen richting meer te kunnen geven aan hun leven en een speelbal te zijn van hun omstandigheden. Onderzoek in de vier grote steden liet zien dat bijna de helft (45%) van het aantal volwassenen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is, het gevoel heeft dat ze hun eigen leven niet meer in de hand hebben.⁸⁹ Zij verliezen de grip op het eigen leven.

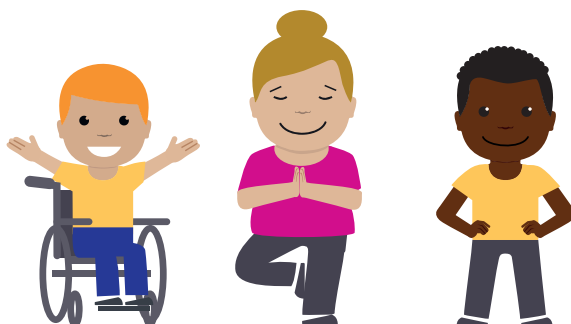
Wanneer het systeem ruimte geeft aan meer eigen regie en beter aansluit op de vaardigheden, omstandigheden en behoeften van individuen en gemeenschappen, dan vergroot dat het welbevinden van mensen en hun kansen op deelname aan de samenleving. Ook stelt het mensen in staat beter om te gaan met onzekerheden en beter in te gaan tegen factoren die tot uitsluiting leiden. Andersom geldt dat als het systeem mensen uitsluit en

Zelfredzaamheid: vieren van autonomie of verlies van collectieve, sociale zekerheid?

In het publieke domein hebben autonomie en zelfredzaamheid een prominente plek in steeds meer verschillende programma's en beleid.⁹⁰ Denk aan de vrije artskeuze, die mensen de vrijheid geeft om zelf te kiezen voor een zorgverlener, maar ook aan beleidsveronderstellingen dat individuen zelf de verantwoordelijkheid hebben om hun gezondheidsrisico's te minimaliseren. In combinatie met andere maatschappelijke ontwikkelingen, zoals digitalisering en commercialisering van publieke diensten, vraagt dat veel vaardigheden en financiële middelen van mensen. Deze veranderende trend, ook wel *responsabilisering* genoemd, legt de nadruk op het delen van verantwoordelijkheden die voorheen beschouwd werden als overheidstaken.⁸⁸ Deze ontwikkeling vergroot het risico op uitsluiting, want lang niet iedereen kan voldoen aan de nodige vaardigheden en niet iedereen beschikt over de middelen om hierin mee te komen.

hun persoonlijke controle beperkt, dat negatief doorwerkt op hun zelfvertrouwen. Zo worden mensen die met discriminatie en marginalisatie worden geconfronteerd beperkt in hun mogelijkheden en vaardigheden om controle

over hun leven uit te oefenen en volledig deel te nemen aan de samenleving. Dit versterkt het gevoel van gebrek aan controle, waardoor gevoelens van onzekerheid en uitsluiting alleen maar toenemen.



Eigen regie en de toegang tot zorg en preventie

De mate van regie over het eigen leven heeft grote invloed op hoe toegankelijk de zorg en ondersteuning voor iemand is. Levesque (2013)⁸⁰ spreekt in zijn model over toegang tot zorg over 'the ability to engage in health care', wat vertaald kan worden als het vermogen om mee te doen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij het samen beslissen en het opvolgen van adviezen. De mate waarin de zorg passend en toegankelijk is, hangt af van hoe goed het aanbod erin slaagt om aan te sluiten op de vaardigheden en vermogens van mensen om deel te nemen aan de zorg. Daarnaast kunnen het zelfmanagement en geloof in eigen kunnen (eigen-effectiviteit) van de patiënt versterkt worden door activiteiten die mensen helpen om hun ervaringskennis te vergroten (informatie en advies). Om uitsluiting tegen te gaan, is inzet nodig op zowel het versterken van de eigen regie en empowerment als op het wegnemen van barrières in de toegang tot zorg.

Slotwoord

Deze publicatie is een synthese van de huidige beschikbare kennis en onderzoeken over de complexe relatie tussen sociale uitsluiting en gezondheid. Behalve een analyse van de risicofactoren die sociale uitsluiting in de hand werken en de gezondheidsongelijkheid die hiervan het gevolg is, biedt het model van sociale kwaliteit ons inzicht in de voorwaarden voor een inclusieve samenleving. Met de keuze voor dit model en het bij elkaar brengen van kennis over de samenhang tussen de kwadranten en gezondheid, wil Pharos laten zien wat belangrijke aanknopingspunten zijn in de systeemwereld en de leefwereld om bestaanszekerheid, sociale cohesie, toegankelijkheid en eigen regie te versterken. Zo hopen we met deze publicatie perspectief te bieden voor het werken aan een inclusieve samenleving.

Tegelijkertijd toont dit overzicht van beschikbare kennis en onderzoeken dat er nog veel te doen is. Het totaalbeeld laat niet alleen grote ongelijkheid zien, maar ook de serieuze gezondheidsproblemen die kunnen ontstaan wanneer mensen in hun leven te maken krijgen met bestaansonzekerheid, sociaal isolement en/of wantrouwen, beperkte toegang tot zorg en ondersteuning of gebrek aan eigen regie en grip. De situaties waarin deze mensen terecht komen zijn onrechtvaardig en vragen dringend om actie. De ervaringsverhalen die aan de basis van deze publicatie staan laten daarover geen twijfel.

Er is ook veel te doen omdat – ondanks deze kennissynthese – het huidige perspectief op het thema ‘sociale uitsluiting’ te vaak nog eendimensionaal en gekleurd is. Wanneer je uitzoomt zie je dat de beschikbare kennis nog gebrekkig is. We richten ons in het Nederlandse kennisveld te veel op het beschrijven en analyseren van “het probleem van de ander”: de mensen die “kwetsbaar” of “afgehaakt” genoemd worden of “achterstanden” zouden hebben. Echter, mensen die sociale uitsluiting ervaren of gezondheidsachterstanden hebben kunnen per definitie alleen bestaan in relatie tot of in contrast met mensen die “ingesloten” zijn en in goede gezondheid en welzijn meedoen in de samenleving.

Deze kennissynthese doet ons afvragen of die “ingesloten” groep nog wel voldoende in de spiegel kijkt. Vraagt zij zich nog af of aannames over “de ander” kloppen? Of de systeemwereld nog verbonden is met – of beter: in dienst staat van - de leefwereld van alle mensen die in Nederland wonen?

Het afgelopen jaar waren het deze en andere vragen die opkwamen tijdens het werken aan deze publicatie en die binnen Pharos aanleiding waren tot zelfreflectie op bijvoorbeeld onze rol als expertisecentrum in de samenleving, de taal die we gebruiken, de manier waarop we samenwerken met de mensen om wie het gaat. We ervaren dat deze zelfreflectie breder in de samenleving speelt, soms nog voorzichtig of onzichtbaar, maar de geluiden stemmen hoopvol.

We hopen dat deze publicatie die zelfreflectie voedt. Niet alleen met wat er geschreven staat, maar ook op basis van de kennis die nu nog ontbreekt. Pharos staat bekend om een kennissynthese als deze te verbinden met concrete handelingsperspectieven voor professionals die werkzaam zijn in beleid en praktijk. Op deze manier proberen we tegemoet te komen aan de “hoe dan?”-vraag uit het voorwoord. Voor deze publicatie kiezen we echter voor een ander soort handelingsperspectief.

We willen graag uitnodigen tot gesprek. Een verbindend gesprek over waarden. Het is hoog tijd dat we op basis van de beschikbare kennis over gezondheidsverschillen met elkaar bespreken: hoeveel ongelijkheid in de Nederlandse samenleving vinden we “acceptabel”? Wanneer zijn sociaaleconomische verschillen onrechtvaardig? Welke rol heeft de rol van de overheid en wat is de verantwoordelijkheid van het individu in het tegengaan van sociale uitsluiting, ongelijkheid en gezondheidsverschillen? Wat betekent solidariteit? En hoe richten we een inclusieve samenleving in die de waardigheid van iedere mens erkent?

In de komende periode willen we gesprekken over deze vragen gaan organiseren op verschillende plekken in de samenleving. We zullen onderzoeken welke handreikingen hiervoor nodig zijn. Zo hopen we samen met u en vele anderen te komen tot nieuwe inzichten, gedragen en gedeelde verantwoordelijkheid en eigenaarschap in het tegengaan van sociale uitsluiting, ongelijkheid en gezondheidsverschillen. Want nogmaals: sociale uitsluiting gaat iedereen aan en geeft ons allemaal een rol en verantwoordelijkheid in het verkleinen van gezondheidsverschillen.

U bent van harte uitgenodigd.
We kijken uit naar de vele ontmoetingen.

*Patricia Heijdenrijk,
directeur Pharos
Januari 2024*

Literatuurlijst

1. SCP. *Eigentijdse Ongelijkheid*. www.scp.nl (2023).
2. de Klerk, M., Olsthoorn, M., Plaisier, I., Schaper, J. & Wagemans, F. *Een Jaar met Corona*. www.scp.nl (SCP, 2021).
3. CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/sociaal-demografische-verschillen-in-covid-19-sterfte-in-het-eerste-jaar-van-de-coronapandemie?onepage=true>. (2022).
4. van Reybrouck, D. *Teken Verkiezingen*. (De Bezige Bij, 2016).
5. Andriessen, I. et al. *Ervaren Discriminatie in Nederland II*. www.scp.nl (SCP, 2020).
6. Goedhart, N. S., Verdonk, P. & Dedding, C. "Never good enough." A situated understanding of the impact of digitalization on citizens living in a low socioeconomic position. *Policy Internet* **14**, 824–844 (2022).
7. de Voogd, J. & Cuperus, R. *Atlas van Afgehaakt Nederland*. (2021).
8. Dijkstra, I. & Horstman, K. 'Known to be unhealthy': Exploring how social epidemiological research constructs the category of low socioeconomic status. *Soc Sci Med* **285**, (2021).
9. Marmot, M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. *Lancet* **391**, 186–188 (2018).
10. Aldridge, R. W. et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* **391**, 241–250 (2018).
11. van Bergen, A. P. L. et al. The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: A systematic review. *European Journal of Public Health* **29**, 575–582. Preprint at <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143> (2019).
12. Popay, J. Understanding and tackling social exclusion. *Journal of Research in Nursing* **15**, 295–297. Preprint at <https://doi.org/10.1177/1744987110370529> (2010).
13. Mathieson, J. et al. *Social Exclusion Meaning, Measurement and Experience and Links to Health Inequalities A Review of Literature WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1*. http://www.who.int/social_determinants/final_report. (WHO, 2008).
14. Millar, J. *Social Exclusion and Social Policy Research: Defining Exclusion*. (Wiley, Chichester, 2007).
15. Duffy, K. *Social Exclusion and Human Dignity in Europe: Background Report for the Proposed Initiative by the Council of Europe*. (Council of Europe, 1995).
16. Walker, A. & Walker, C. *Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s*. (International Labour Review, 1997).

17. O'Donnell, P. *et al.* "There is people like us and there is people like them, and we are not like them." Understating social exclusion – a qualitative study. *PLoS One* **16**, e0253575 (2021).
18. Hoff, S. & Vrooman, C. *Dimensies van Sociale Uitsluiting*. (SCP, 2011).
19. Tuparevska, E., Santibáñez, R. & Solabarrieta, J. Social exclusion in EU lifelong learning policies: prevalence and definitions. *International Journal of Lifelong Education* **39**, 179–190 (2020).
20. Daly, M. *Social Exclusion as Concept and Policy Template in the European Union*. (CES Working Paper, no. 135, 2006).
21. Brown, R. Social identity theory: Past achievements, current problems and future challenges. *European Journal of Social Psychology* **30**, 745–778. Preprint at [https://doi.org/10.1002/1099-0992\(200011/12\)30:6<745::AID-EJSP24>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1099-0992(200011/12)30:6<745::AID-EJSP24>3.0.CO;2-O) (2000).
22. Son Hing, L. S. *et al.* The merit of meritocracy. *J Pers Soc Psychol* **101**, 433–450 (2011).
23. Sandel, M. J. *De Tirannie van Verdienste*. (Ten Have, 2020).
24. Horstman, K. & Knibbe, M. Publieke ruimte als sociale riolering. <https://sociaalbestekpremium.nl/whitepaper-gezondheidsverschillen/publieke-ruimte-als-sociale-riolering>. (2022).
25. Coggon, J. & Kamunge-Kpodo, B. The legal determinants of health (in)justice. *Med Law Rev* **30**, 705–723 (2022).
26. Zorginstituut Nederland. *Huidige Zorg in Nederland*. www.kienonderzoek.nl (2022).
27. Knibbe, M. & Horstman, K. Pleidooi voor een publieke ethiek van gezondheidsbevordering. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* **33**, 60–64 (2023).
28. Berg, J., Harting, J. & Stronks, K. Individualisation in public health: reflections from life narratives in a disadvantaged neighbourhood. *Crit Public Health* **31**, 101–112 (2021).
29. de Klerk, M., Eggink, E., Plaisier, I. & Sadiraj, K. *Zicht op Zorgen*. www.scp.nl (SCP, 2023).
30. van Loenen, T., Hosper, K. & Venderbos, J. *Discriminatie en Gezondheid*. (Pharos, 2022).
31. Wekker, G. & Lutz, H. Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender-en etniciteitsdenken in Nederland. *Caleidoscopische Visies. Zwarte, Migranten- en Vluchtelingen Vrouwenbeweging in Nederland* (eds. Botman, M., Jouwe, N. & Wekker, G. D.) 25–49 (2001).
32. Crenshaw, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989 **(1)**, 139–167 (1989).

33. Wang, H., Braun, C. & Enck, P. How the brain reacts to social stress (exclusion) – A scoping review. *Neurosci Biobehav Rev* **80**, 80–88 (2017).
34. Jobst, A. *et al.* Effects of social exclusion on emotions and oxytocin and cortisol levels in patients with chronic depression. *J Psychiatr Res* **60**, 170–177 (2015).
35. Williamson, T. J., Thomas, K. M. S., Eisenberger, N. I. & Stanton, A. L. Effects of Social Exclusion on Cardiovascular and Affective Reactivity to a Socially Evaluative Stressor. *Int J Behav Med* **25**, 410–420 (2018).
36. Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. & Williams, K. D. Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science (1979)* **302**, 290–292 (2003).
37. Jones, N. L. *et al.* Life Course Approaches to the Causes of Health Disparities. *Am J Public Health* **109**, S48–S55 (2019).
38. Walker, A. & van der Maesen, L. Social Quality and Quality of Life. In *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World* (eds. Beck, W., van der Maesen, L. & Walker, A.) 13–31. doi:10.1007/978-1-4020-2903-5_2. (Springer Dordrecht, 2004).
39. Phillips, D. The Individual and the Social: A Comparative Study of Quality of Life, Social Quality and Human Development Approaches. *International Journal of Social Quality* **1**, (2011).
40. Wolf, J. *Krachtwerk. Methodisch Werken aan Participatie en Zelfregie*. (Uitgeverij Coutinho, 2016).
41. Verharen, L., Heessels, M., Jansen, C. & Wolf, J. Sociale Kwaliteit voor een sterke Sociale Basis. <https://www.socialevraagstukken.nl/wp-content/uploads/Sociale-Kwaliteit-in-de-Sociale-Basis.pdf> (Nijmegen, 2019).
42. <https://www.nederlandrechtsstaat.nl/grondwet/inleiding-bij-hoofdstuk-1-grondrechten/artikel-20-bestaanszekerheid>.
43. Akkermans, M. *et al.* *Armoede en Sociale Uitsluiting 2023*. (CBS, 2023).
44. Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F. & Patel, V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* **370**. Preprint at <https://doi.org/10.1126/science.aay0214> (2020).
45. Hosper, K. & van Loenen, T. *Leven met Ongezonde Stress*. (Pharos, 2021).
46. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Armoede en Sociale Uitsluiting 2021*. (2023).
47. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Armoede en Sociale Uitsluiting 2023*. (2023).
48. Patiëntenfederatie Nederland. *Stapelings Zorgkosten*. (2023).
49. D'Alessandro, D. & Appolloni, L. Housing and health: an overview. *Ann Ig* **32**, 17–26 (2020).
50. Movisie. Onderzoek naar de impact van emoties bij armoede. www.movisie.nl/artikel/onderzoek-naar-impact-emoties-armoede (2022).
51. Movisie. 'Sociaal-emotionele armoede is de vervelendste armoede die er bestaat'. <https://www.movisie.nl/artikel/sociaal-emotionele-armoede-vervelendste-armoede-die-er-bestaat> (2023).

52. Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N. & Wright, J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health* **12**, 54 (2013).
53. Veenstra, G. Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada. *Soc Sci Med* **60**, 2059–2071 (2005).
54. Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* **87**, 1491–1498 (1997).
55. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* **7**, e1000316 (2010).
56. Lindstrom, M. & Mohseni, M. Social capital, political trust and self-reported psychological health: A population-based study. *Soc Sci Med* **68**, 436–443 (2009).
57. Mohseni, M. & Lindstrom, M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. *Soc Sci Med* **64**, 1373–1383 (2007).
58. Jen, M. H., Sund, E. R., Johnston, R. & Jones, K. Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health Place* **16**, 1022–1029 (2010).
59. Mackenbach, J. P. & McKee, M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health* **23**, 195–201 (2013).
60. van der Waal, J. Over leven met een lage status. *Tijdschrift Sociologie* 434–454. doi:10.38139/TS.2022.32 (2022).
61. Blendon, R. J., Benson, J. M. & Hero, J. O. Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective. *New England Journal of Medicine* **371**, 1570–1572 (2014).
62. Subramanian, S. V. Social Trust and Self-Rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis. *J Urban Health* **79**, 21S – 34 (2002).
63. Choi, S. et al. Association of community level social trust and reciprocity with mortality: a retrospective cohort study. *BMC Public Health* **20**, 1793 (2020).
64. Baroudi, M., Goicolea, I., Hurtig, A.-K. & San-Sebastian, M. Social factors associated with trust in the health system in northern Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health* **22**, 881 (2022).
65. Lee, Y.-Y. & Lin, J. L. How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient Educ Couns* **85**, 406–412 (2011).
66. Netemeyer, R. G., Dobolyi, D. G., Abbasi, A., Clifford, G. & Taylor, H. Health Literacy, Health Numeracy, and Trust in Doctor: Effects on Key Patient Health Outcomes. *Journal of Consumer Affairs* **54**, 3–42 (2020).
67. Birkhäuer, J. et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One* **12**, e0170988 (2017).

68. Ridder, J., den Josten, E., Boelhouwer, J. & van Campen, C. *De Sociale Staat van Nederland 2020*. (SCP 2020).
69. Engbersen, G. *et al. De Laag-Vertrouwen-samenleving. De maatschappelijke impact van COVID-19 in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam & Nederland, vijfde meting*. (Erasmus School of Social and Behavioural Sciences & Kenniswerkplaats Leefbare Wijken, 2021).
70. Gunnell, J. G. The Technocratic Image and the Theory of Technocracy. *Technol Cult* **23**, 392 (1982).
71. Kunseler, E. & Dammers, E. *Strategisch Onderzoek in Het Veranderende Speelveld van Wetenschap, Beleid en Samenleving. Essaybundel*. (PBL, 2023).
72. COAP. Bouwen aan vertrouwen, verwetenschappelijking van beleid. <https://www.caop.nl/artikelen/2022/bouwen-aan-vertrouwen-verwetenschappelijking-van-beleid> (2022).
73. Kuipers, G., Geertjes, G. J. & van der Steen, M. *Wie Wordt Gehoord?* (Nederlandse School voor Openbaar Bestuur, 2023).
74. Bourdieu, P. The Forms of Capital. in *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (ed. Richardson, J.) 241–258 (Greenwood Press, 1986).
75. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Complexe Problemen, Eenvoudige Toegang: Botsende Waarden Bewuster Afwegen: Essay*. (Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 2019).
76. Plaisier, I., Schyns, P., Kadrouch-Outmany, K., Schotel, A. L. & de Klerk, M. *Gezien, Gehoord en Geholpen Willen Worden*. www.scp.nl (SCP, 2023).
77. Commissie Sociaal Minimum. *Een Zeker Bestaan. Naar een Toekomstbestendig Stelsel van het Sociaal Minimum*. (2023).
78. Algemene Rekenkamer. *Betalingsregelingen Bij Uitvoeringsorganisaties van het Rijk*. (2023).
79. Kruiter, H. & Kellerman, F. *Stapelingsproblematiek in het Sociale Domein*. (Instituut voor Publieke Waarden, 2019).
80. Levesque, J. F., Harris, M. F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* **12**, (2013).
81. Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B. & Ridde, V. Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework– a scoping review. *Int J Equity Health* **20**, 116 (2021).
82. van Treeck, J., Tan, S., Poll, A. & Hosper, K. *In Gesprek met... Ervaren van Zorggebruikers met Toegang Tot Zorg, Gezond Leven en de Zorgverzekering*. (Pharos, 2022).
83. <https://www.pharos.nl/nieuws/preventieaanbod-niet-passend-voor-inwoners-met-laag-inkomen-in-amsterdam-zuidoost>.
84. van Meurs, T., Çoban, F. R., de Koster, W., van der Waal, J. & Oude Groeniger, J. Why are anti-smoking health-information interventions less effective among low-socioeconomic status groups? A systematic scoping review. *Drug and Alcohol Review* **41**, 1195–1205. Preprint at <https://doi.org/10.1111/dar.13466> (2022).

85. van Meurs, T., Oude Groeniger, J., de Koster, W. & van der Waal, J. Receptive to an authoritative voice? Experimental evidence on how patronizing language and stressing institutional sources affect public receptivity to nutrition information. *SSM Popul Health* **20**, (2022).
86. Verharen, L. Being there: samen werken aan het versterken van sociale kwaliteit. Preprint at (Nijmegen, 2017).
87. Bovens, M. *et al. Grip - Het Maatschappelijk Belang van Persoonlijke Controle*. (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2023).
88. Gebhardt, W. & Feijten, P. *Mensbeelden Bij Beleid*. www.scp.nl (SCP, 2022).
89. van Bergen, A. & Gilissen, R. Sociaal uitgesloten burgers in kaart. *Epidemiologisch bulletin* 17–24 (2015).
90. Duyvendak, J. W. We mogen mensen niet dwingen tot zelfredzaamheid en eigen kracht. <https://sociaal.net/achtergrond/we-mogen-mensen-niet-dwingen-tot-zelfredzaamheid-en-eigen-kracht>. *Sociaal Net* (2023).



**Pharos Expertisecentrum
Gezondheidsverschillen**

Arthur van Schendelstraat 600
3511 MJ Utrecht
www.pharos.nl

