

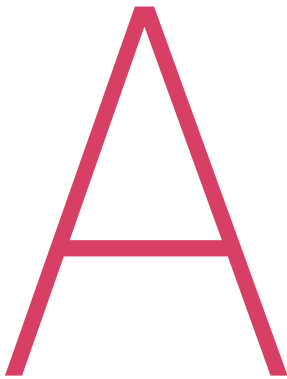


VERDIEPING

Luisteren naar armoede

Armoede en gezondheid staan in omgekeerd evenredig verband: hoe armer, des te groter de kans op ziekte. Wat kunnen medisch specialisten in en buiten de spreekkamer doen om deze gezondheidskloof te overbruggen? Een veldverkenning.

TEKST FRED HERMSEN BEELD ISTOCK



Als medisch specialist krijg je regelmatig te maken met patiënten die in armoede leven. Je weet dat armoede en gezondheid op gespannen voet met elkaar staan, maar wat betekent dat voor jou als arts in de spreekkamer? Je specialiteit is immers

het medische, patiënten kloppen daarvoor bij je aan. 'Zo strak omlind denken medisch specialisten allang niet meer', reageert Robin Peeters, internist in het Erasmus MC en voorzitter van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), op deze vraag. 'We kijken breed naar mogelijkheden om de gezondheid van onze patiënten te verbeteren. Maar medisch specialisten zijn zich niet altijd voldoende bewust van de hulp die ze mensen in bestaansonzekerheid kunnen bieden. Bijvoorbeeld met *brief advices* – korte en krachtige leefstijladviezen – en goede doorverwijzingen via bijvoorbeeld een Leefstijlzorgloket.'

Onbekend terrein

Ook kinderarts-sociale pediatrie Michel van Vliet (Beatrix Kinderziekenhuis) ziet goede intenties bij zijn collega's, maar wijst wel op de terughoudendheid om actief het gesprek aan te gaan over geld en leefomstandigheden: 'Praten over armoede en alle implicaties daarvan brengt je snel op terreinen waar je geen expert in bent, terwijl je in de spreekkamer wel in een expertrol zit. Je vragen roepen al snel iets op waar je geen controle over hebt, je komt snel op onbekend terrein. Niet zo gek ook, armoede is complex, en als je zelf wilt meedenken over passende zorg in het sociaal domein kom je erachter dat dat lastig is, zeker sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015. Alleen mijn regio Groningen telt al 173 aanbieders van jeugdhulpverlening, en er zijn jaarlijks wisselingen.' Publicist en directeur van de Wiardi Beckman Stichting Tim 'S Jongers groeide zelf op in armoede en kent de verwoestende impact ervan. Hij is minder begripvol en verbaast zich over het feit dat ambte-

In het kort

Aandacht voor armoedestress in de spreekkamer leidt tot effectievere medische zorg.

Actief en buiten het ziekenhuis de samenwerking zoeken met andere zorgprofessionals en het sociaal domein leidt tot betere preventieve gezondheidszorg en lagere zorgkosten.

Verdieping in de aard en impact van armoede, kennis van het verzekeringstelsel en inlevende gesprekstechnieken maken medisch specialisten betere dokters.

naren en professionals in Nederland armoedebelief ontwikkelen en uitvoeren zonder goed te weten wat armoede is, en vaak ook de moeite niet nemen om zich in te leven in de problemen die erbij horen. 'Hun uitgangspunt zijn statistieken, cijfers en grafieken, maar een mens in armoede is geen statistiek. En zelden wordt met deze mensen gepraat om erachter te komen wat het wel is, en hoe daadwerkelijk effectieve oplossingen eruit moeten zien.' Hij schreef daarom het goed ontvangen boek *Armoede uitgelegd* aan mensen met geld, waarin hij aan de hand van zijn eigen ervaringen en onderzoek laat zien hoe armoedestress leidt tot slechte en ongezonde keuzes en destructieve gedragspatronen. Zijn motto: 'Armoede is niemands eigen schuld, levert een korter leven op vol stress en gezondheidsklachten, houd je klein en wordt – net als rijkdom – van generatie op generatie overgedragen.'

Gevaar van symptoombestrijding

Ook in de gezondheidszorg ziet hij dat veel professionals te ver afstaan van armoedeproblematiek. Binnenkort geeft hij daarover een lezing voor de KNMG: 'Artsen groeien doorgaans op in relatieve rijkdom en komen gedurende hun leven niet in aanraking met armoede. In hun werk komen ze vaak voor problemen te staan die met armoede samenhangen, en buiten hun eigen domein vallen. Die confrontatie kan wringen met hun eigen normen van twee keer per dag tandenpoetsen, de schijf van vijf en anderhalf glas alcohol per dag. Het gevaar ligt op de loer van symptoombestrijding, therapieën die niet worden opgevolgd en zelfs schadelijke interventies. Een voorbeeld? Artsen schrijven slaappillen voor, maar die nemen niet de armoedestress weg. Een astmapuffer maakt geen einde aan de schimmels en het vocht in het kale en tochtige huurhuis. Dus wat los je precies op met het uitschrijven van een recept? Als je bovendien bedenkt dat het voor een patiënt die veertig euro per week te besteden heeft, een keuze is om voor dat geld óf medicijnen óf eten te kopen, dan valt iedere keuze slecht uit. Met pillen slaap je misschien beter, maar het verplicht je nog ongezonder te eten dan je al gewend was. En die keuze is met schaamte omgeven. Het is de vraag of medisch specialisten zich daarvan voldoende bewust zijn. Of ze beseffen dat verslavingen samenhangen met trauma's, dat therapietrouw lastig is als je onoplosbare schulden hebt, en dat een leefstijladvies om te stoppen met roken en drinken aan iemand die stijf staat van de armoedestress kansloos is.'

Van Vliet herkent dat: 'Veel dokters leven onbewust in een ivoren toren. Als hun fiets oud en kapot is, kopen ze gewoon een nieuwe. Hoe langer je in zo'n wereld leeft, des te lastiger is het je in te leven in iemand die in bestaansonzekerheid leeft en niet kan



‘Armoede levert een korter leven op, vol stress en gezondheidsklachten’

meekomen in het moderne leven. Als iemands IQ ligt op 85, dan kan armoedestress, bijvoorbeeld door structurele schulden of dreigende dakloosheid, dat naar 72 halen. Een verlaging van 13 punten. En dan ga je vanzelf rare keuzes maken, gericht op de korte termijnbevrediging. Als je dan een keer 500 euro krijgt, wordt dat al snel in een nieuwe tv gestoken omdat je daar direct lol van hebt. Of je koopt er staatsloten voor - ik heb het zien gebeuren - omdat je denkt dat je bij zoveel loten wel móet winnen. Dat is geen bewuste keuze, dat is wat armoede met je doet. Als je dat mechanisme als arts niet herkent en begrijpt, liggen oordelen en slechte interventies op de loer.’

Oprechte interesse

Robin Peeters zet daar tegenover: ‘Onverstandige keuzes zijn natuurlijk niet voorbehouden aan mensen met armoedestress, dat merken wij dagelijks in onze spreekkamer. Medisch specialisten zijn er juist in opgeleid om onbevangen naar hun patiënten te kijken, zonder oordeel en ongeacht het type belemmeringen in hun leven. Ik denk dat juist daarin hun kwaliteit schuilt. En je hoeft natuurlijk niet zelf arm geweest te zijn om een goede arts te zijn voor iemand in armoede. Zoals je ook geen alcoholist hoeft te zijn om een patiënt met alcoholisme te kunnen helpen.’ De internist stelt: ‘Uiteindelijk draait het erom dat je oprechte interesse toont in je patiënt, dat je jezelf blijft verwonderen en op basis daarvan een open gesprek aangaat om de verbinding te kunnen leggen met andere loketten en instanties als je ziet dat er meer nodig is dan een medische oplossing. Aan ziekenhuizen de opdracht om goede loketten in te richten waarin de verbinding wordt gelegd met het sociale domein, waarbij artsen weten dat een doorverwijzing ook echt effectief is. Ik zie dat die beweging in het land met de leefstijlzorgloketten daadwerkelijk wordt ingezet.’ Zelf heeft Peeters de kracht van verwondering ervaren in coronatijd, toen hij met collega’s wekelijks een marktkraam bemande waar Rotterdammers zich konden laten vaccineren. ‘Tot mijn verbazing stonden daar na korte tijd al mensen in de rij voordat we opengingen. Op mijn vraag waarom zij niet naar een reguliere vaccinatielocatie gingen, kreeg ik te horen:

De data

In 2022 kwamen 335 duizend van de bijna 7,7 miljoen huishoudens rond van een laag inkomen; oftewel: 4,4% van de huishoudens had te maken met een armoederisico.

Van alle Nederlanders leeft in 2023 iets meer dan 1 miljoen mensen onder de armoedegrens (6,2% van de bevolking), 391 duizend van hen leven langdurig (meer dan 4 jaar) onder de armoedegrens.

In 2021 leefde 7,2% van de kinderen in Nederland onder de armoedegrens. In 2024 is dit percentage gedaald naar 4,9%.

Early life stress vergroot op latere leeftijd de kans op hart- en vaatziekten, burn-out, depressie en verslavingen; stress op latere leeftijd vergroot de kans op deze aandoeningen overigens ook.

In 2022 gaf 13% van de Nederlanders aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen, in 2024 is dat gedaald naar 9 procent.

4 op de 10 mensen met een laag inkomen meldden in 2023 een achteruitgaande gezondheid, bij mensen boven de lage inkomensgrens waren dat er 2 op de 10.

Ruim 1 op de 5 Nederlanders die zorg nodig heeft, mijdt een bezoek aan tandarts, fysiotherapeut of andere zorgverlener vanwege hoge kosten.

Stress geeft schade aan organen en hersenen, en heeft een ongunstige invloed op het gedrag. Chronische stress beperkt het denkvermogen, waardoor financiële problemen minder goed kunnen worden aangepakt.

Chronische stress door armoede verhoogt de kans op hart- en vaatziekten en diabetes.

Slaapproblemen, depressie en angstklachten komen vaker voor bij mensen met een laag inkomen. Ook voelen zij zich machteloos en hebben minder zelfvertrouwen.

“Ik moet rondkomen van een paar tientjes per week, denkt u dat ik de reiskosten kan betalen?” Voor mij was dat echt een eyeopener.’

Hij stelt dat met betere informatievoorziening al veel bereikt kan worden: ‘In de zorg wordt te vaak gedacht dat het overbrengen van goede medische informatie een kwestie is van passend taalgebruik. Maar de problematiek is gelaagder. Ook digitale angst en vaardigheden, wantrouwen jegens wetenschap en politiek en de vatbaarheid voor desinformatie spelen bijvoorbeeld een rol. Wij kunnen dat niet allemaal oplossen, we kunnen er wel op inspelen in ons werk. Zo zijn we met Dokters Vandaag actief op TikTok omdat jongeren daar hun informatie vandaan halen. En we kunnen de overheid aanjagen om kansengelijkheid in de medische zorg en de toegankelijkheid tot gezonde keuzes te vergroten. Denk alleen al aan het effect van een vestigingsverbod voor vapeschops en snackbars in de buurt van scholen. Vanuit de Federatie Medisch Specialisten hebben we het Netwerk Preventie opgericht, waarmee medisch specialisten zich hard maken voor het belang van preventie.’

Toegankelijk taalgebruik

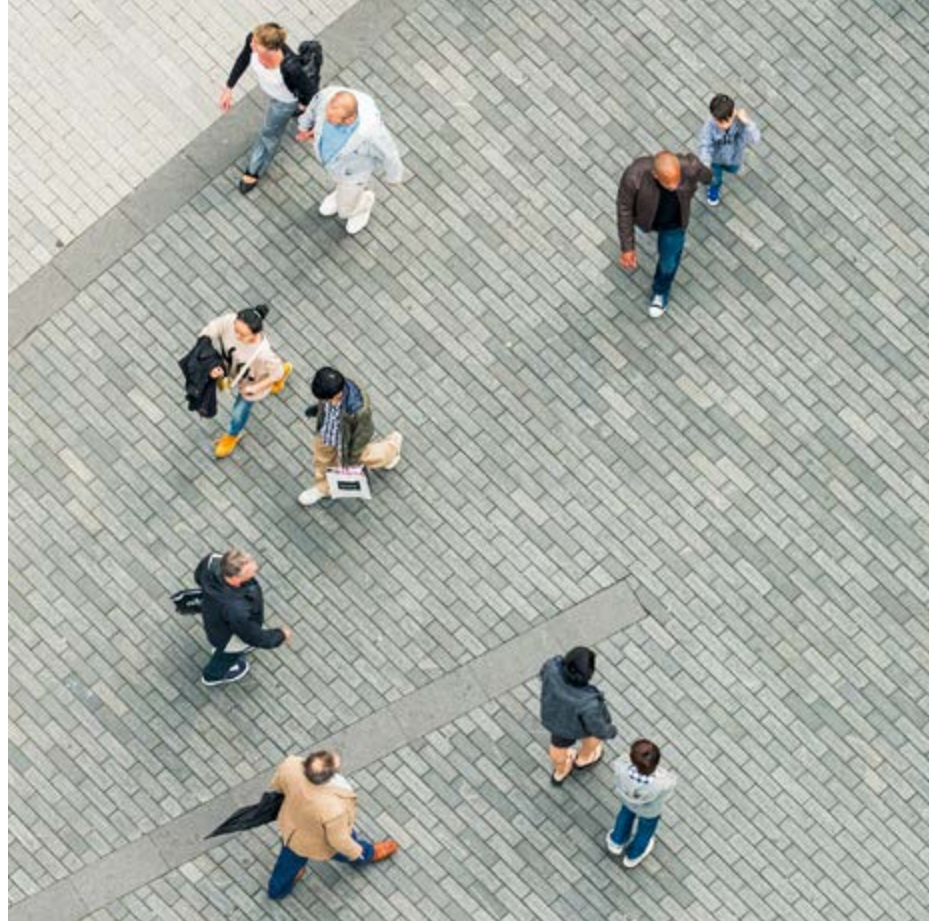
Michel van Vliet onderschrijft de noodzaak van die krachtenbundeling, maar wil toch ook het belang van toegankelijk taalgebruik benadrukken: ‘Campagnes rondom bijvoorbeeld Samen Beslissen zijn omgeven van taalgebruik en argumentaties op hbo-niveau. Mensen met armoedestress en beperkte taalvaardigheden kunnen niet zoveel met de keuze uit twee moeilijk klinkende behandelingen die artsen voorleggen. En zo iets geldt ook voor het taalgebruik in en rondom ziekenhuizen. Dat werkt doorgaans niet bepaald drempelverlagend.’

Maria van den Muijsenbergh is gepensioneerd huisarts en als bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale Eerstelijnszorg betrokken bij het Radboudumc en het expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos. Zij heeft zich een loopbaan lang en met succes ingezet om de gezondheidszorg beter toegankelijk te maken voor kwetsbare mensen, waaronder daklozen en ongedocumenteerde migranten. Ze breekt in haar werk niet alleen een lans voor meer kennis onder artsen van sociale determinanten van gezondheid, maar ook voor het belang van meer financiële kennis. Artsen horen breed onderlegd te zijn in haar optiek. ‘Ik begrijp dat je niet tot in detail kunt weten hoe ons zorgstelsel in elkaar steekt, en hoe het precies zit met medicijnen die binnen het preferentiebeleid vallen. Dat hoeft ook niet. Maar globale kennis van de prijs van medicijnen die je zelf voorschrijft zou al helpen, net als kennis over de dekking die verzekeringen bieden. Met die kennis kun je makkelijker proactieve vragen stellen:

'Hoe zit het met uw eigen risico, kunt u zich deze medicijnen veroorloven?'

Open gesprek aangaan

Doordachte gesprekstechnieken zijn daarbij cruciaal, vindt Michel van Vliet, en hij stelt vast dat vragen naar de thuissituatie binnen de geriatrie en kindergeneeskunde vanzelfsprekender zijn dan in - zoals hij dat noemt - andere volwassenen geneeskunde: 'Geen wonder, want ouderen en kinderen zijn kwetsbaar, zeker in situaties van bestaansonzekerheid, waarbij vaak veel stress, onveiligheid, misbruik en geweld om de hoek komen kijken. Artsen zijn voor kinderen een soort advocaat, wij komen voor hen op en schakelen desnoods met hulpverleningsinstanties of Veilig Thuis. Dat lukt alleen als je het gesprek aangaat.' Hij onderscheidt in zijn werk vier met elkaar samenhangende velden waarop het gesprek gevoerd moet worden: biologisch, psychisch, sociaal en het (familie) systeem. 'Eigenlijk zou iedere medisch specialist de vaardigheid moeten hebben deze velden te benoemen.' Afgaan op de zichtbare signalen helpt daarbij, maar is niet genoeg en kan misleidend zijn. 'Een jongensbaby in een roze rompertje kan wijzen op armoede, maar ook op een poging van ouders om duurzaam om te gaan met kleding. Het probleem van zichtbare signalen is dat ze om een interpretatie vragen, en dan kom je - of je het nu wilt of niet - snel bij je eigen vooroordelen terecht. Daarom moet je altijd het open gesprek aangaan over wat je ziet.' Daarop hamert Van Vliet ook in de opleidingen die hij geeft. Een voorbeeld van zo'n vraag is: 'Ik kan niet in uw portemonnee kijken natuurlijk, maar ik kom best vaak tegen dat de prijs voor dit geneesmiddel een hoog bedrag voor mensen kan zijn. Hoe kijkt u hiernaar?' Hetzelfde kan gelden voor reiskosten en de keuze die je soms kunt bieden tussen twee type therapieën. Om uiteindelijk te kunnen vragen: 'Zullen we eens kijken of ik u hierin verder kan helpen?' Van Vliet noemt voorbeelden: 'Samen kun je onderzoeken of er een goedkoper alternatief of een potje is dat financiële verlichting biedt. Ook kun je naar maatschappelijk werk in het ziekenhuis doorverwijzen.' De kinderarts benadrukt: 'Dat gesprek is dus iets anders dan het afvinken van een screeningslijstje. Je moet juist in staat zijn achterover te leunen, te kijken wat er komt. En dan inlevend meedenken. Ook al kost



dat misschien wat meer tijd dan de vijftien minuten die er voor een gesprek staan, het levert altijd zinvolle informatie op.'

Maria van den Muijsenbergh onderschrijft dat:

'Onderzoek van huisarts Hans Peter Jung liet zien dat het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn met 22 procent daalde als hij expliciet aandacht besteedde aan de thuissituatie van patiënten. Er kwamen evenredig meer verwijzingen naar het minder kostbare sociaal domein.' Tegelijkertijd stelt zij: 'Om goed te kunnen doorverwijzen moet ook ons financieringssysteem op de schop. De financiering van de medische zorg en de zorg in het sociaal domein moeten in elkaar overlopen. Ik pleit daarom voor integrale zorgfinanciering, in plaats van de onoverzichtelijke versnippering die er nu is.'

Populatiebudgetten

Wie over de financiering spreekt, komt vanzelf terecht bij zorgverzekeraars. Directeur Aad de Groot van DSW Zorgverzekeraar - vooral actief in het gebied tussen Rotterdam en Den Haag - vindt er geen doekjes om: 'We stevenen af op een zorginfarct en houden de zorg in de toekomst alleen toegankelijk voor iedereen als minder mensen in het medische circuit terechtkomen.' En dat kan volgens hem alleen als de schotten tussen de eerste en tweede lijn verdwijnen. 'Professionals en instanties in het medische en sociaal domein moeten actief de samenwerking opzoeken en ook ik pleit ervoor de financiering van het sociale en zorgdomein te laten samenvloeden.'

**'Veel dokters leven
onbewust in een
ivoren toren'**



Als verzekeraar stimuleren wij nu al dat gemeenten, zorginstellingen en allerlei medische en paramedische beroepsgroepen in de regio nieuwe werkvormen toepassen waarbij het ziekenhuis minder dan nu het centrum van de medische zorg wordt. Ik denk aan zorggroepen waarin verschillende disciplines nauw samenwerken.' De Groot begrijpt dat het huidige systeem met DBC's daar niet in voorziet. 'DSW is er dan ook voorstander van dat het DBC-systeem grotendeels - met uitzondering van bijvoorbeeld de acute zorg - wordt vervangen door het werken met populatiebudgetten. De concurrentie en productieprikkels verdwijnen hiermee uit de medische behandeling en we brengen de zorgprofessional in positie om zelf keuzes te maken. Ingrijpend? Ja natuurlijk, maar als je blijft doen wat je deed, krijg je wat je kreeg.' Tim 'S Jongers spreekt van de spreekkamer als kruispunt, de plek waar mensen laagdrempelig toegang moeten krijgen tot alle mogelijke zorg op maat. Hij stelt net als De Groot dat de echte oplossing ligt in

'Onderzoek de mogelijkheden om samen te werken met collega's in het hele zorgveld, dus ook in het sociaal domein'

het betrekken van mensen in armoede bij beleidsvorming, en wijst daarbij op het succes van het programma Gezond en Gelukkig Den Haag, waar intensieve samenwerking tussen allerlei instanties en goed overleg met de mensen die het minder goed hebben de standaard is. Ook De Groot roept artsen op actief in contact te treden met hun doelgroep in armoede: 'De echte oplossing ligt niet in de spreekkamer. Ga je ziekenhuis uit, zoek contact met mensen voordat ze terechtkomen in het medische circuit. Onderzoek de mogelijkheden om daarbij samen te werken met collega's in het hele zorgveld, dus ook in het sociaal domein.' De Groot beseft dat dat niet voor alle medische disciplines voor de hand ligt, maar denkt dat dat geen reden mag zijn om het experiment niet aan te gaan. 'Gynaecologen kunnen in buurthuizen adviseren over veilig zwanger worden, over het effect van roken en drinken op de foetus. Kno-artsen kunnen op scholen laten zien hoe je gehoorschade voorkomt, internisten kunnen fysiek aanschuiven bij huisartsen, dermatologen kunnen spreekuren in openbare zwembaden instellen over verantwoord gebruik van zonnebrandcrème, en voorlichting over vuurwerk in jongerencentra is het terrein van plastisch chirurgen.'

Simpel telefoontje

De directeur van DSW concludeert: 'Ik steun medische professionals als ze zeggen: belast ons niet onnodig met administratief werk en schaf concurrentie en productieprikkels in de medische zorg af. En ik neem medisch specialisten ook serieus als ze zeggen: "Laat de inrichting van de zorg over aan de professionals." Maar dan mag ik ook verwachten dat ze hun rol daadwerkelijk invullen door actief over de muren van hun eigen ziekenhuis heen te kijken, want in regionale samenwerking "aan de voorkant" ligt - zoals ook in het Integraal Zorgakkoord staat - de toekomst van de zorg.' Van den Muijsenbergh doet met haar pleidooi voor persoonsgerichte integrale zorg een minder ingrijpend voorstel. 'Ik hecht ook sterk aan inclusief wetenschappelijk onderzoek, waarbij we mensen in armoede actief betrekken.' Op korte termijn ziet ze al quick wins als de informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn verbetert. 'Huisartsen en medisch specialisten vergeten simpelweg dit soort informatie te delen, ze zijn daar - helaas - ook niet in opgeleid. En natuurlijk is het delen soms lastig omdat ook patiënten de overdrachtsbrief zien, maar een simpel telefoontje doet al wonderen. Een huisarts kan toelichting geven aan de tweede lijn en medisch specialisten kunnen zelfs al tijdens een consult even bellen met een collega van het loket dat de patiënt verder kan helpen. Zo'n warme overdracht geeft patiënten het gevoel dat ze echt gehoord worden. Soms kunnen de oplossingen best simpel zijn.'