

Hoe maak je geldzorgen bespreekbaar?



Huisartsen zien de toegenomen armoede op hun spreekuur. Financiële stress uit zich soms in vage klachten of de weigering om naar de specialist te gaan. Ondanks de vertrouwensband met hun huisarts schamen veel patiënten zich voor hun geldzorgen. Hoe kom je er als huisarts achter wat er speelt en wat doe je ermee? Drie huisartsen delen hun ervaringen. 'Patiënten ontkennen vaak in eerste instantie dat ze financiële problemen hebben, maar komen er later toch op terug.'

TEKST: BERBER BIJMA

'Oost-Groningers zijn al generaties gewend om van weinig te leven'

Marjolijn Zwart en Raju Peters zijn beiden huisarts in Oost-Groningen. Ze hebben bewust voor deze regio gekozen, omdat je er als huisarts echt een verschil kunt maken voor je patiënten. Zwart werkt sinds vijf jaar in Oude Pekela, Peters sinds 21 jaar in Scheemda.

Zwart: 'Ik zie geen grote verandering in onze regio door de energiearmoede en de inflatie. In deze regio was altijd al veel armoede. Mensen hebben soms al generaties lang een lage sociaaleconomische status. Ze zijn gewend om van weinig te leven.'

Peters: 'Ik heb ook de afgelopen jaren geen kentering gezien. Dat heeft misschien ook te maken met de Groningse volksaard. Mensen zijn niet veeleisend. Ze klagen ook weinig over hun situatie.'

Zwart: 'Die volksaard is voor mij de reden om in deze regio te werken. Er zijn veel gezondheidsproblemen, mensen komen pas bij de dokter als er écht iets mis is en weten niet altijd de weg te vinden naar verdere of andere hulp. Daar help ik ze dan bij, ook omdat laaggeletterdheid hier in verhouding vaak voorkomt. Elk consult is actief en dynamisch. Het werken hier geeft enorm veel voldoening.'

Peters: 'Voor mij geldt hetzelfde. Ik wilde per se ten oosten van Groningen werken. Ik sprak onlangs een aios die precies diezelfde keuze maakt. Dit is échte gezondheidszorg. Als mensen bij de dokter komen, hebben ze echt wat. Doordat het gemiddeld inkomen in de regio gemiddeld laag is, zijn er simpel-

weg ook meer gezondheidsproblemen dan elders. Overigens kan het per dorp enorm verschillen. Marjolijn en ik werken een paar kilometer bij elkaar vandaan, maar Scheemda is echt anders dan Oude Pekela. In Scheemda is het gemiddelde opleidingsniveau wat hoger.'

■ UITPLUIZEN

Zwart: 'Van de mensen in Oude Pekela is helaas te vaak een karikatuur gemaakt in de media. Ze zijn recht voor z'n raap, maar in de goede zin van het woord. Ze kunnen ruziemaken met de huisarts, maar het ook snel weer goed maken. Het is een oprecht volk. Ze hebben recht op goede zorg. Maar helaas zijn bijvoorbeeld de wachttijden van de ggz in onze regio ongelooflijk. Het kan gebeuren dat je met ernstige psychische klachten anderhalf jaar moet wachten.'

Peters: 'Mensen zijn daar enerzijds gelaten over, anderzijds voelen ze zich in de kern miskend. Precies wat je ziet bij de aardbevingsproblematiek.'

Zwart: 'Als er iets niet-medisch aan de hand is, moet je dat vaak helemaal uitpluizen. Omdat ik dat dagelijks doe, ben ik daar inmiddels heel vaardig in geworden. Mijn leercurve van de afgelopen vijf jaar loopt steil omhoog. Je legt bijvoorbeeld uit hoe lichaam en geest op elkaar inwerken en vraagt of er dingen zijn waar mensen tegenaan lopen, op het gebied van bijvoorbeeld financiën of relaties. Vaak zet ik tegelijk

ook in op onderzoek naar een lichamelijke oorzaak, juist omdat je die hier relatief vaak ziet.'

■ NIJPENDER

Peters: 'Klachten door financiële stress zijn naar mijn idee niet toegenomen. De stapeling van problemen die een lage sociaaleconomische status met zich meebrengt, zie je hier wel vaak: weinig inkomen, slechte levensomstandigheden, een slechte leefstijl, lage gezondheidsvaardigheden, soms in combinatie met relatieproblemen. Mensen zitten door een complex van factoren niet goed in hun vel en zien zelf die link niet altijd. Het is ons vak om dat uit te vragen en aan de patiënt uit te leggen. Ik ben blij met Meer Tijd Voor de Patiënt. In 15 minuten kan ik dat minder gehaast doen.'

Zwart: 'Voor sommigen zijn de problemen wel nijpender geworden. We zien in Oude Pekela meer ontruimingen, maar tegelijk is de gemeente ook actiever geworden in het voorkomen van ontruimingen. Gelukkig hebben we steeds betere samenwerking met de gemeente en organisaties in het sociaal domein. Onze gemeente heeft een 'ondersteuner sociaal domein' aangesteld, die fungeert als spil tussen allerlei instanties. Maar de lange wachtlijsten bij anderen blijven frustrerend. In onze praktijk werkt een POH-GGZ met 25 jaar ervaring. Zij steekt best veel tijd in overbruggingszorg voor mensen die wachten op een plek bij de ggz.'

Peters: 'In onze gemeente hebben we een functionaris Welzijn op Recept, naar wie we patiënten kunnen verwijzen. Zij worden daar doorgeleid naar de juiste instantie. Die functionaris werkt vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Ik vind Welzijn op Recept een hele mooie verbetering, al zijn er wel capaciteitsproblemen. Deze functionaris heeft het inmiddels zo druk, dat er naar een tweede wordt gezocht.'



‘Soms komt het verhaal er pas bij de derde keer uit’

De Rotterdamse huisarts Paul Huijsman heeft de afgelopen jaren een drukker spreekuur gekregen. ‘Sommige patiënten melden uit zichzelf dat ze in de schulden zitten. Bij anderen moet je het verhaal eruit trekken. Zeker als er ook alcohol- of middelengebruik in het spel is, is de schaamte groot. De laatste jaren zie ik meer mensen die een baan hebben en toch niet rondkomen. Vooral bij hen is er schaamte, want met ‘gewoon werk’ hoef je toch geen financiële problemen te hebben? Vaak komt het verhaal er uiteindelijk wel uit, maar soms pas bij de derde keer dat ik patiënten zie. Voor deze groep patiënten is Meer Tijd voor de Patiënt heel belangrijk. Je ziet soms spanningsklachten waar je meer over wilt weten, maar die tijd heb je dan simpelweg niet. Als het er pas bij de derde keer uitkomt, kost het uiteindelijk meer tijd dan wanneer je meteen de eerste keer wat meer ruimte zou hebben voor een patiënt. Dat vind ik frustrerend.

Als mensen voor de tweede of derde keer met

vergelijkbare spanningsklachten komen, bijvoorbeeld hoofdpijn of maagpijn, zeg ik vaak zoiets als: ‘We zien dit soort lichamelijke klachten weleens bij mensen die op een ander vlak ook problemen hebben, bijvoorbeeld op hun werk of op financieel gebied. Zou dat bij u ook het geval kunnen zijn?’ Ik maak weleens de vergelijking met kinderen die de hele tijd moeten plassen als ze zenuwachtig zijn. Op dezelfde manier kan stress bij volwassenen voor lichamelijke klachten zorgen. Dat normaliseren werkt goed, merk ik. Je erkent de lichamelijke klachten – het zit niet ‘tussen de oren’. Tegelijk leg je de koppeling met de achterliggende problematiek. Sommige mensen hadden dat verband zelf al gezien. Voor anderen is het helemaal nieuw en dan leg ik uit hoe het lichaam op stress kan reageren.

■ ZORGARMOEDE

Naast ‘gewone armoede’ zie ik ook zorgarmoede, bijvoorbeeld bij mensen die niet digivaardig zijn. Zij weten niet hoe ze een vergoeding moeten aanvragen voor bijvoorbeeld verbandmiddelen. Die regels zijn ook enorm ingewikkeld. Deze mensen laten de verbandmiddelen liggen of betalen

ze dan maar zelf. Zo geven ze onnodig geld uit, terwijl ze misschien maar weinig hebben. Economische voor- en achteruitgang is van alle tijden, maar we zijn nu van de ene in de andere crisis gerold, terwijl digivaardigheid ondertussen heel belangrijk is geworden. Daardoor zie je dat de gezondheidskloof tussen groepen groter wordt.

Ik merk dat mensen opgelucht zijn als ze uiteindelijk verteld hebben over hun financiële zorgen. Vervolgens proberen we ze zo goed mogelijk te helpen. Soms gaat dat via de POH-GGZ, bijvoorbeeld als er ook andere problematiek speelt. Of we melden mensen aan bij het wijkteam en houden contact met ze tot het wijkteam het overneemt. Helaas kampen ze daar ook met personeelstekorten. Soms haakt een patiënt af omdat het te lang duurt. Dat is enorm jammer, zeker als diezelfde patiënt eerst veel moeite heeft gedaan om zijn of haar verhaal te doen. Ze komen dan met minder vertrouwen bij ons terug en wij moeten opnieuw moeite doen om hulp via het wijkteam te regelen.

■ DUBBELE CONSULTEN

Als we meer tijd zouden hebben, zouden we deze groep patiënten beter kunnen helpen. We plannen vaker dubbele consulten in, maar dat is vaak niet voldoende om een patiënt goed te kunnen helpen. Dat mag bovendien niet ten koste gaan van andere patiënten. Soms moeten we dus gewoon tegen het wijkteam zeggen: nu zijn jullie aan zet. We moeten er met z’n allen voor zorgen dat we deze groep beter helpen. We hebben gelukkig goed overleg met het wijkteam van Rotterdam-Hoogvliet. Vanuit de LHV-afdeling Rotterdam zit ik ook aan tafel bij het overleg met de gemeente. Het blijft lastig om tastbaar resultaat te meten, maar het is goed dat je van elkaar weet wat je doet. De gemeente Rotterdam heeft de Vraagwijzer, met een overzicht van alle soorten hulp. Alleen al voor jeugdigen zijn er 82 projecten vanuit de gemeente. Wij wisten niet dat er zoveel projecten waren, laat staan dat onze patiënten die kenden. Nu kunnen we onze patiënten daar soms op wijzen.’

‘Ik benoem financiële zorgen tegenwoordig sneller’

Renée Langen, huisarts in Stramproy, ziet dat de energiecrisis en de inflatie hebben gezorgd voor meer geldzorgen bij haar patiënten. ‘Je vraagt een patiënt niet meteen: ‘Hebt u zorgen over uw financiën?’ Maar ik zie wel vaker vage lichamelijke klachten die doen vermoeden dat er psychische problemen spelen. Denk aan stemmingsklachten of klachten die doen denken aan een burnout. Mijn POH-GGZ ziet die toename ook. Het is lastig in cijfers vast te leggen, maar zij schat in dat bij ongeveer tien procent van de patiënten die ze ziet, financiële problemen meespelen bij hun klachten.

Ik benoem financiële problemen sneller dan voorheen als mensen met spanningsklachten komen. Vooral als ik weet dat er eerder al financiële problemen speelden of als iemand uit een wijk met een lage sociaaleconomische status komt. Dan vraag ik ze of ze zorgen over hun financiën hebben. Mijn POH-GGZ doet dat ook. Dat expliciete benoemen werkt vaak als een gespreksopener. Het geeft mensen het gevoel dat ze niet de enige zijn. Veel mensen antwoorden trouwens in eerste instantie ontkennend. We laten ze dan weten waar ze terecht kunnen als er wél geldzorgen zijn. En we zien dat ze daar later soms op terug komen. Dan bellen ze bijvoorbeeld voor meer informatie over de hulp die ze kunnen krijgen.

■ LANGER WACHTEN

Soms komen burn-outklachten in eerste instantie omdat mensen op hun werk worden overvraagd, maar willen ze niet de tijd en de rust nemen om te herstellen. Ze vrezen de terugval in inkomen als ze zich ziekmelden. Dat



■ KORT LIJNTJE

Na een eerdere pilot vanuit de gemeente Weert hebben we nog steeds regelmatig multidisciplinair overleg met de ggz en partijen uit het sociaal domein. Dat is heel waardevol. Onze POH-GGZ had eerder veel patiënten die beter konden worden geholpen door het maatschappelijk werk. We hebben nu een kort lijntje om dat te bespreken. Het maatschappelijk werk kan mensen eventueel doorverwijzen naar schuldhulpverlening. We zien trouwens dat bij veel mensen financiën niet het hoofdprobleem vormen, maar dat geldzorgen bestaande klachten, zoals stemmingsklachten, versterken.

Ik denk dat wij het topje van de ijsberg in de spreekkamer krijgen. Al sinds Covid zie ik meer mensen met burn-outklachten. Nu komen de energiecrisis en de inflatie daar nog eens overheen. Bij de meeste patiënten heb ik gelukkig nog steeds wel het idee dat we ze goed kunnen helpen, zeker nu we goede samenwerking met het sociaal domein en de ggz hebben. Maar ook daar lopen de wachttijden op. Een enkele casus komt daardoor terug. Daar blijf je mee aanmodderen tot ze elders geholpen kunnen worden. Maar die groep, die we niet optimaal kunnen helpen, is naar mijn idee klein.’

geldt zeker voor arbeidsmigranten, die we in onze regio vrij veel hebben. Op die manier spelen geldzorgen toch een belangrijke rol in de gezondheidsklachten. Sinds de toegenomen armoedeproblemen merk ik ook dat mensen vaker vragen wat iets kost en of dat van hun eigen risico afgaat. Als ik het medisch gezien noodzakelijk vindt dat ze bijvoorbeeld bloed laten prikken of naar de specialist gaan, bespreek ik dat met ze. Een bloedbepaling gaat meestal niet over veel geld, maar mensen kunnen echt huiverig zijn om naar de specialist te gaan. Soms kun je iets nog even aanzien. Ik heb gelukkig nog niet meegemaakt dat mensen echt niet naar de specialist willen als ik dat noodzakelijk vind. Maar ze wachten soms wel wat langer. Het beantwoorden van vragen of uitzoeken wat iets kost, vraagt van ons extra tijd. Ik ben me er zelf ook meer van bewust geworden wat iets kost en wat wel of niet wordt vergoed. Ik vertel mensen bijvoorbeeld dat vitamine D bij de drogist vaak goedkoper is dan bij de apotheek. Het ingewikkelde is dat de kosten en vergoedingen van medicatie ook weleens veranderen. Dat is niet heel transparant.