

HUIS- EN STRAATARTS MICHELLE VAN TONGERLOO:

‘Ik zou mijn werk veel beter kunnen doen’

Ik zie, ik zie...De Rotterdamse straat- en huisarts Michelle van Tongerloo ziet elke dag opnieuw hoe sterk het medisch en sociaal domein met elkaar verweven zijn. Met hun scala aan problemen doen kwetsbare mensen vaak een beroep op haar. Ze zou een belangrijke signaalfunctie kunnen hebben. Als de lijnen niet zo versplinterd waren. Als er regie was. En als ze wist waar ze haar patiënten naartoe kon sturen.



■ TEKST DORINE VAN KESTEREN BEELD MERLIJN DOOMERNIK

Over het verband tussen opleiding, armoede en gezondheid is al veel geschreven. Maar vaak door mensen achter bureaus, die zich veilig weten in de groep van goedverdienende hogeropgeleiden met een uitstekende levensverwachting en relatief weinig ouderdomsklachten. Michelle van Tongerloo daarentegen ziet wat er écht gebeurt. In de dokterspraktijk in Rotterdam-Zuid waar ze twee dagen per week werkt als waarnemend huisarts, komen ze voorbij. Peuters met rotte tanden. Dikke kinderen. Vaders en moeders met suikerziekte en hoge bloeddruk. Gezinnen waar suiker, sigaretten en alcohol zijn ingebed in het dagelijks leven.

Als huisarts volgt Van Tongerloo gezinnen en families, soms meerdere generaties, in een wijk waar armoede alom aanwezig is. Zo ziet zij van nabij de wisselwerking tussen gezondheid en levensomstandigheden. “Veel patiënten hebben een lager opleidingsniveau, minder perspectief op de arbeidsmarkt, een lager loon en onzekere contracten. Zij lijden onder banen met veel druk en slechte arbeidsvoorwaarden en vinden het moeilijk om autonomie en betere voorwaarden op te eisen. Mensen werken zich de pleuris, maar redden het financieel maar net of net niet. En waar geldnood is, is stress. Stress zorgt dat mensen minder goed voor zichzelf zorgen. Sporten, gezond voedsel kopen, op vakantie gaan, is lastig, want: kostbaar. Op den duur ontwikkelen zij daardoor allerlei kwalen, zowel mentaal als fysiek.”

Hun kinderen zijn hiervan de voornaamste slachtoffers, zeg je. “Armoede leidt vaak ook bij hen tot een lager opleidingsniveau. Ze krijgen minder stimulans vanuit huis. Omdat ouders dit niet kunnen opbrengen, er niet aan denken dat hun kind best havo of vwo kan doen of omdat bijles geen optie is. Kinderen die in armoede leven, bouwen daarnaast minder sociaal kapitaal op. Ze zijn meer uitgesloten van de samenleving omdat ze niet naar een sportclub of muziekschool gaan. De stress in het gezin maakt ook dat kinderen minder goed functioneren op school en niet helder kunnen nadenken over de gevolgen van hun beslissingen voor de toekomst. Dit zijn allemaal handicaps voor een later leven.

Zelf heb ik het ook meegemaakt. Mijn halfzus en ik zijn in heel andere wijken opgegroeid: ik in een arme, bij mijn moeder, en zij in een van de rijkste, bij haar moeder en onze vader. In mijn wijk woonden veel gezinnen uit voormalig Joegoslavië; ik zat in een klas met kinderen met een taalachterstand. Mijn juffen kenden zelf ook het verschil niet tussen zij en hun, d en dt. Uit mijn klas stroomden maar twee of drie kinderen door naar het vwo, onder wie ik. Aanvankelijk kreeg ik een mavo/havo-advies. Als ik heel erg mijn best zou doen, zou ik misschien naar de havo kunnen. Mijn ouders accepteerden dat niet en stuurden mij gewoon naar het vwo. Maar de andere klasgenoten die ook naar het vwo hadden gekund, hadden geen ouders die doorduwden.

De buurt van mijn zus was het andere uiterste. Kinderen kregen bijles als ze zevens haalden, minder dan vwo en universiteit was haast niet acceptabel. Ik zeg niet dat dat goed is – ook zo’n verwachtingspatroon kan enorm stressvol zijn – maar het is wel een totaal ander perspectief.”

In je praktijk zie je ‘opvoedingsarmoede’. Wat is dat? “Armoede zorgt vaak voor zoveel stress dat ook de opvoeding in het geding komt. Opvoeden is zwaar, kinderen vragen veel aandacht en het vergt geduld om dit constructief te begeleiden. Als iemand in de overlevingsstand staat, gaat dit niet goed. Kinderen kunnen slecht ontsnappen aan een disfunctioneel systeem en bredere familiebanden zijn vaak niet stevig genoeg om een kind goed op te vangen. De gedachte ‘it takes a village to raise a child’ kan in een grote stad als Rotterdam, met weinig hechte gemeenschappen, ook niet tot leven komen. Armoede heeft verder tot gevolg dat hulp moeilijker te vinden is. Oppas voor de kinderen om zelf even tot rust te komen, dat kunnen veel mensen niet betalen. Kortom: de stress gaat vaak over van ouder op kind, waardoor het de laatste ook niet lukt zichzelf te ontplooien. Dit zit allemaal in elkaar gevangen en gaat door van generatie op generatie. En zo worden kwetsbare kinderen kwetsbare ouders, die ook weer kwetsbare kinderen krijgen.”

Maar de hulpverlening dan? “Deze gezinnen doen vaak een beroep op de huisarts, omdat ze, zoals ik net al zei, te maken hebben met een scala aan gezondheidsklachten. Ik zou dus een belangrijke signaalfunctie kunnen hebben, maar in de praktijk kan ik niet veel met alles wat ik zie. De lijnen naar de talloze jeugdzorginstellingen en opvoedpoli’s zijn versplinterd, zonder duidelijke regie. Ik heb geen idee waar ik patiënten naartoe kan sturen en wat het te verwachten effect is. Organisaties hebben elk hun eigen hulpaanbod, maar weinig onderlinge samenhang. Niemand lijkt zich echt verantwoordelijk te voelen. Iedere follow-up ontbreekt: ik krijg geen correspondentie terug van deze instellingen. En als ik iemand probeer te bereiken voor overleg, word ik maar wat rondgetost tussen verschillende afdelingen, die ook niet in elkaars dossiers kunnen.

De privacywetgeving zit in de weg. Overleg met (jeugd)hulpverleners is ingewikkeld omdat zij weinig willen en mogen zeggen over hun cliënten. Andersom mag ik met andere instanties geen informatie delen over een kind als de ouders niet vrijwillig meewerken. Of als ze gescheiden zijn, gezamenlijk gezag hebben en een van beiden geen toestemming geeft. Vaak kan ik pas in actie komen als het te laat is, als er in een gezin sprake is van geweld of andere strafbare feiten. Dan heb ik geen andere keuze dan een melding bij jeugdzorg te doen.” »

‘Kwetsbare kinderen worden kwetsbare ouders die zelf ook kwetsbare kinderen krijgen’

» **Hoe is deze vicieuze cirkel dan wel te doorbreken?** “Hulp, materieel en immaterieel, moet laagdrempelig en praktisch zijn. Geboden door mensen met een echt hart. Maar de hulpverlening is in de regel niet gericht op praktische zaken. En dan krijgen mensen dus vaak niet waar ze echt wat aan hebben. Het zou zo goed zijn als zij het geld hadden om iets meer vrijheid te kopen, om de broodnodige rust en ruimte te bieden aan de kinderen. Wat minder werken, meer kinderdagopvang, een oppas, de kinderen een hobby. Dat kan door te snijden in de kostbare overhead van overheidsinstanties en het geld rechtstreeks te geven aan de gezinnen waar het om gaat.

Een ander idee: buddygezinnen uit de wijk, die dezelfde taal spreken – letterlijk en figuurlijk – en de mensen door de jaren heen bijstaan. Bijvoorbeeld door te helpen met koken, de administratie of de kinderen eens mee te nemen naar de speeltuin. Deze ‘buddies’ moeten de ruimte krijgen om naar het totaalplaatje kijken en niet vanuit kostenoverwegingen, aangestuurd door een Excelsheet, naar een deelprobleempje. Alles in één, gewoon vanuit de wijk. Zou dat niet beter werken dan al die, steeds wisselende, professionals?

Maar let wel: ik ben huisarts, geen beleidsmaker. Ik zit niet aan de andere kant van de tafel en heb de waarheid niet in pacht. Maar ik zie wel wat er niet werkt. En als ik nadenk over betere alternatieven, kom ik steeds uit bij laagdrempeligheid, continuïteit en volledigheid.”

Divosa is geen voorstander van directe financiële injecties, omdat je mensen zo langdurig afhankelijk maakt van de overheid. Licht geërgerd: “Ja, dat hoor ik vaker. Dit is het gevolg van het neoliberale denken, de terugtrekkende overheid en het adagium van de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Natuurlijk, de overheid kan en moet niet alles oplossen voor mensen. Maar ik werk met de kwetsbaarsten van onze samenleving en zie dat zij het niet redden in ons krankzinnig complexe, bureaucratische land. Tegelijk brengen veel dure overheidsinstellingen vrij weinig. Dan denk ik: geef die mensen rechtstreeks geld en zet er één goede veldwerker op die hun vertrouwen wint.”

‘Aan het einde van de rit sta ik pleistertjes te pakken, maar waar was eerder de adequate ondersteuning?’

Hoe dan ook zouden het sociaal en medisch domein meer moeten samenwerken.

“Het zijn twee gescheiden werelden. Tussen de huisarts, gemeente, wijkteams en hulpverleningsorganisaties is maar weinig contact. Doorgaans kom ik er alleen achter dat een patiënt in de schuldhulpverlening zit, onder jeugdzorg valt of bij het maatschappelijk werk loopt, als hij of zij mij dat zelf vertelt. En vaak doen mensen dit niet, omdat ze zich schamen. Terwijl ik mijn werk veel beter kan doen als ik weet wat er speelt.

Het zou helpen als er een korte lijn was met een maatschappelijk werker, naar wie ik patiënten gemakkelijk kan doorverwijzen. Denk aan één maatschappelijk werker per zoveel huisartsen, die aanwezig is in alle praktijken. Ik ken een praktijk in Rotterdam-Zuid waar eens per week een spreekuur is van het wijkteam. Maar dat is lang niet overal zo. Het hangt nu erg af van de ‘toevallige’ omstandigheden: het hulpaanbod in de wijk en hoe je het als huisarts zelf regelt. De samenwerking tussen huisartsen onderling, die allemaal hun eigen ‘toko’ hebben, loopt ook niet altijd even soepel, waardoor goede verwijzen niet zomaar overal worden overgenomen.”

Jet Bussemaker refereerde onlangs in haar oratie aan haar opa, die als huisarts een ‘spil in de gemeenschap’ was. Hij kende niet alleen de ziekte van zijn patiënten, maar ook hun ‘huwelijksperikelen, angsten en dromen’.

“Inderdaad, zo zou het moeten zijn. Maar dat is niet haalbaar in het huidige systeem. Wij huisartsen merken als geen ander de gevolgen van marktwerking en bezuinigingen in de zorg. De werkdruk is hoog, de controle en administratie doorgeschoten. Vanwege de werkdruk proberen specialisten patiënten tegen te houden. Die afgeschoven zorg komt terecht op het bord van de huisarts, die eerder al verantwoordelijk is gemaakt voor een groot gedeelte extra zorg. Blevén mensen vroeger na een hartinfarct levenslang onder controle bij de cardioloog, tegenwoordig komen ze, als ze stabiel zijn, terug bij de huisarts. Daarnaast begeleiden we chronisch zieken met diabetes, astma en COPD en geven preventieve zorg aan mensen met hoge bloeddruk of cholesterol. En hoe minder aandacht patiënten krijgen, hoe ontevredener ze worden, hoe meer ze eisen en klagen, waardoor zorgprofessionals nog drukker worden en defensiever gaan werken. We graven elkaar in.

Ook de decentralisaties spelen een rol. De wijkteams zien veel meer en verwijzen meer mensen naar ons. Veel zorgvragen komen bij ons terecht. Ook als wij niet de middelen hebben om passende zorg »



‘Geef het geld rechtstreeks aan de gezinnen waar het om gaat’

» te leveren. En we kunnen niet alle mensen goed doorverwijzen: de wachttijden voor bijvoorbeeld de (jeugd)ggz zijn lang. Daarbij komt dat mensen door de maakbaarheidsgedachte minder snel accepteren dat sommige dingen gewoon bij het leven horen. De zorg wordt gezien als een oplossing voor problemen waar zij niet over gaat, maar er is ook geen goed alternatief. Zo kan de zorg iemands sociale basis niet verstevigen. Problemen in de ‘huisje, boompje, beestje’-categorie leiden vaak tot psychische klachten, maar een psycholoog is dan zelden de oplossing. Dit is overigens ook een verklaring voor het stijgend beroep op de jeugdzorg.”

Met preventiebeleid probeert de overheid de leefstijl van mensen te verbeteren. Hoe zou jij dit aanpakken?

“Investeren in een vitale bevolking verdienen zichzelf absoluut terug. Gezonde kinderen vallen minder uit op school, gezonde ouders zijn productiever en voeden beter op, gezonde wijken zijn socialer. Ik denk alleen niet dat je ongezond gedrag moet bestraffen. Het heeft bijvoorbeeld geen zin om sigaretten onmetelijk duur te maken, want als rokers verslaafd zijn, zijn ze verslaafd. Bovendien ontstaat er dan oordeelsvorming en stigmatisering. Een wijzend vingertje werkt niet, noch voor artsen, noch voor de overheid. Als ik topdown verkondig dat patiënten meer vitamines moeten eten, minder moeten drinken en moeten stoppen met roken, raken zij ontmoedigd en vaak ook geïrriteerd en boos. Een ongezonde levensstijl is slechts een signaal: er zit veel meer achter.

Het is dus zaak om die achterliggende oorzaken te vinden en te bestrijden. En dan komen we weer uit bij de armoede en de stress. Veel mensen willen wel verandering bewerkstelligen, maar ze missen de mentale kracht die daarvoor nodig is. Daarom is het belangrijk dat de overheid hen helpt om de gezonde keuzes te maken. Maak groente en fruit goedkoper, verminder de marketing rond ongezonde voeding en zorg dat scholen, kinderdagverblijven en verenigingen gezond eten en water aanbieden.”

Michelle van Tongerloo

Michelle van Tongerloo (1983) studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. In 2015 ging ze aan de slag als waarnemend huisarts in Rotterdam-Zuid. Zij werkt ook voor de Nico Adriaans Stichting en de Pauluskerk als straatarts. Van Tongerloo schrijft artikelen over de gezondheidszorg voor *De Correspondent*.



Schrik je nog weleens van wat je meemaakt? “Als straatarts zie ik verslaafden, daklozen, illegalen en zware psychiatrische patiënten. De casuïstiek is heftiger, maar het maakt het in zekere zin ook duidelijker als mensen op de bodem zitten. Het lijkt soms nog wel zwaarder om de façade hoog te houden, te ploeteren, zoals de mensen in mijn praktijk, dan het gewoon maar op te geven. Ik vind het allebei moeilijk om te zien.

Eén patiënt van mij in de Pauluskerk zal ik nooit vergeten. Hij was anders dan de anderen: van Nederlandse afkomst, hoogopgeleid, welbespraakt, met een mooi huurhuis op het Noordeiland en een bloeiende winkel. Maar het ging steeds slechter met zijn zaak. Van de gemeente kreeg hij geen hulp voordat hij volledig failliet was, wat extra schulden opleverde. Uiteindelijk eindigde hij berooid in een koude caravan en keerde zijn rug steeds meer toe naar de samenleving. Op een dag werd hij ziek, maar durfde zonder zorgverzekering niet naar de dokter te gaan. Toen ik hem zag, schrok ik. Hij leek veel zieker dan het griepje dat hij dacht te hebben. Hoge hartslag, lage bloeddruk, verward: een spoedsituatie. Ik wilde dat hij snel naar het ziekenhuis ging, maar wist niet of ik wel een ambulance kon laten komen voor een onverzekerde patiënt. Daarom stuurde ik hem met de tram – een fout. Bij de tramhalte begaf zijn hart het en hij stortte op de grond. Het bleek dat het griepvirus zijn hartkleppen had bereikt. Hij belandde op de intensive care en kreeg kunstkleppen.

Inmiddels probeert hij weer wat op te krabbelen. Maar dat is niet zo eenvoudig. Hij krijgt geen bijstandsuitkering omdat hij tijdelijk bij een vriend woont. Met zijn werk als postbode, dat gezien zijn conditie eigenlijk te zwaar is, probeert hij uit de schulden te komen. En het ergste: een paar weken geleden vond hij de rekening van het ziekenhuis van 33.000 euro op zijn mat. Tja, onverzekerd, hè.

Waarom ik dit verhaal vertel? Eén: de tegenslagen die deze patiënt zijn overkomen, kunnen ons allemaal overkomen. Twee: aan het einde van de rit sta ik pleistertjes te pakken, maar waar was in een eerder stadium de adequate ondersteuning? Drie: we hebben hem misschien wel geholpen, door hem te verwijzen naar het ziekenhuis en te opereren, maar dankzij die ziekenhuisrekening wordt hij nooit meer echt beter. Want die kan hij zijn leven lang niet afbetalen.” Fel: “Dan zit er toch iets scheef in het systeem?”

Je hoeft in ieder geval niet bang te zijn dat je cynisch wordt. “Ik heb een activisische aard en blijf altijd het gevoel houden dat ik veel kan doen en van betekenis ben. Daarbij vind ik mensen echt fantastisch – hoe onmogelijk ze zich ook soms gedragen.” *