



Huisarts Bart Doornbosch en assistente – ‘Kun je goede zorg in getalletjes uitdrukken?’

Schrijvende situaties in het gezondheidscentrum

‘We zitten in de wurggreep van de verzekeraars’

Een weekje rondwalen op gezondheidscentrum Prisma in Almere levert een ontluisterend beeld op van de huisartsenpraktijk anno 2014. Een hectisch komen en gaan van mensen met angst, stress of (vermeende) aandoeningen. En een verlammeende bureaucratie.

door Sjors van Beek
beeld Rachel Corner

HET IS EVEN NA ACHTEN op een grauwe, regenachtige ochtend in Almere-Buiten. Meeuwen zweven door de donkerblauwe lucht, berken zwiepen in de wind. In de spreekkamer van huisarts Bart Doornbosch steekt een patiënt meteen van wal. ‘Ik heb het idee dat ik ontiegelijk in de penopauze zit. Ik heb slaapklachten, libidoproblemen, stemmingswisselingen. Geen zin in seks, en ik val soms uit tegen m'n vrouw. Nou heb ik op internet eens wat zitten lezen en ik dacht: ik ga toch maar eens naar de dokter.’

Bart Doornbosch reageert: ‘Ik ken penopauze niet als een ziekte uit de boeken. Wat zou ik kunnen doen?’ De patiënt: ‘Ik las dat ik misschien te weinig testosteron aanmaak. Misschien kunnen we dat checken?’ Doornbosch wil uitzoeken of er ook sprake kan zijn van depressieve klachten. De man krijgt een vragenlijst mee over stress en depressie, plus een formuliertje om bloed te laten prikken voor controle op lever- en schildklierwaarden, bloedarmoede en infecties.

Volgende patiënt: een 42-jarige vrouw. Ze

wil een briefje voor een urgentieverklaring bij de woningbouwvereniging. ‘Ik heb muizen, mieren, de boiler is kapot en ik heb ruzie met de huurbaas. Ik trek het niet meer.’ Doornbosch legt uit dat hij zo'n briefje niet mag geven, ‘praat eerst eens met het maatschappelijk werk’.

Nummer drie is een 37-jarige vrouw met rugpijn. ‘Ik heb fibromyalgie, vooral pijn bij regen. Fysiotherapie heb ik al gehad. En manuele therapie, acupunctuur en hydrotherapie. Momenteel heb ik EMDR-therapie. Bij de neuroloog ben ik al geweest. Hoeveel specialismen zijn er eigenlijk?’ lacht ze cynisch.

Dokter Doornbosch weet niet meteen wat er aan de hand kan zijn, zegt hij eerlijk. Bloedonderzoek kan nog ophelderen of een bepaald gewricht is ontstoken, de vrouw krijgt een briefje mee om te laten prikken. Eventueel kan ze nog naar het orthopedisch spreekuur een verdieping hoger. Als de patiënt weg is, licht hij toe: ‘Somatiasie, stress ervaren als lichamelijke klachten.’

Het zal deze week in gezondheidscentrum

Prisma nog heel vaak ter sprake komen: het enorme aandeel van psychisch onbehagen bij de klachten waarmee mensen zich tot de huisarts wenden. De economische crisis heeft dat aandeel nog verder opgestuwd. De Almeerse artsen schatten dat zo'n tachtig procent van alle consulten een psychosociale component heeft. Huisarts Sharon Falix (39): ‘Ik heb dagen dat ik mijn stethoscoop niet aanraak, alleen maar praatconsulten heb.’ De huisarts als medisch geschoold maatschappelijk werker – in de bufferzone van de eerstelijns gezondheidszorg.

Ik keek van maandag tot vrijdag mee in de spreek- en behandelkamers en aan de telefoonbalie van het Almeerse gezondheidscentrum. Zes huisartsen, allen in loondienst. Acht assistentes, vijf ‘praktijkondersteuners’ en één ‘physician assistant’ in opleiding hebben ruim tienduizend patiënten onder hun hoede. Onder hetzelfde dak een manueel therapeut, fysiotherapie, een apotheek, maatschappelijk werk en een consultatiebureau. Allen werken nauw samen met een ‘persoonlijk begeleider dementie’, met de huisartsenpost voor spoedhulp buiten kantooruren, en met de overige gezondheidscentra van Zorggroep Almere. De filosofie achter de centra: betere samenwerking tussen de disciplines, mede omdat de behandelaars-inloondienst geen persoonlijk gewin hebben bij méér verrichtingen.

De huisartsen zitten op de eerste en tweede etage. De praktijk oogt als een mini-ziekenhuis. In de behandelkamers is het een komen en gaan van patiënten die een kleine ingreep ondergaan. Wratten weghalen, ingegroeide teennagels verwijderen, sneetje hechten. ‘Een beetje knutselen tussendoor’, zegt Doornbosch (53) grijnzend terwijl hij een wrat uitlepelt. Al ruim twintig jaar is hij huisarts. ‘En het wordt steeds drukker. Steeds meer tweedelijns ziekenhuiszorg verschuift naar ons, bijvoorbeeld bij diabetes. Patiënten liggen ook korter in het ziekenhuis, en je hebt de vergrijzing. Ouderen wonen steeds langer thuis, ook dementerenden. Maar mensen gaan ook gewoon sneller naar de huisarts, kwaaltjes en klachten worden steeds minder geaccepteerd. En iedereen wil dat er snél wat gebeurt. Het is een beetje Albert Heijnachtig geworden: even naar de dokter wat halen.’ Huisarts Diba Malsagova (53) herkent het: ‘Al zie je wel een groot verschil tussen stad en platteland. Ik heb in een dorpje in Friesland gewerkt. Die boeren moeten gewoon werken, ze hebben geen tijd om naar de dokter te gaan en komen alleen als het echt niet anders kan. Hier, in de stad, gaan mensen die zich psychisch onwel voelen op alle lichamelijke klachten letten. De psychosomatiek overheerst.’

Huisarts Maaïke Buis (39) zegt: ‘De mensen komen soms wel erg snel. Dan hebben ze één dag last van hun rug en dan denk ik wel eens: ga eerst eens effe naar het Kruidvat en koop een paar pijnstillers.’ In de loop van de week komt een vrouw met vage klachten langs. Het is een goede bekende, ze komt vaak. ‘Voor haar ben ik praatpaal annex psychiater annex maatschap-

pelijk werkster, maar géén dokter’, verzucht Buis later. ‘Er zijn veel van die gevallen die je niet beter kunt maken en waarvan je denkt: wat móet ik ermee? Veel stress en angst, veel zorgvraag. Soms kun je hooguit proberen een beetje rust in de tent te krijgen.’

RUST IS ER BEPAALD NIET aan de assistentebalie. ‘Het is hollen en vliegen’, zo typeert het legertje assistentes hun werk. Het lijkt een understatement. De telefoon rinkelt 's ochtends nagenoeg onophoudelijk. Tussendoor melden zich mensen aan de glazen balie voor een afspraak, een verwijsbriefje, een urinetest. Terug naar de telefoon, klacht aanhoren, filteren, consult inplannen. De assistentes vangen de eerste vliegen af en sorteren de werkzaamheden voor. Tussendoor kloppen ze alles vliegensvlug, vol afkortingen en steekwoorden, in het systeem. Alles wordt gestandaardiseerd vastgelegd. ‘Vroeger schreven we alles nog gewoon op kladjes.’

Een vrouw belt omdat ze twee keer ongesteld is geworden. Een vrouw met pijn in de rug, mogelijk nierbekkenontsteking: urine brengen. Jongetje met spruw: receptje, wel nog even voorleggen aan de arts. Malariapil vergeten: doorverbinden met de apotheker, één verdieping lager. Een man met ‘penispijn’, een meisje met een gekneusde teen. Alles komt langs. Huiselijk geweld, hoofdpijn, spiraaltje plaatsen, opvliegers, diarree. De antwoorden: kweekje

‘Iedereen wil dat er snél wat gebeurt. Het is een beetje Albert Heijnachtig geworden: even naar de dokter wat halen’

hier, receptje daar, bloed prikken, of gewoon langskomen bij de dokter.

Niet alleen de assistentes hebben het druk. De huisartsen zien zo'n dertig patiënten per dag. Rijk en groen paradeert in hoog tempo de spreekkamers binnen. Nederlanders, Afrikanen, een Russin, een Iraniër. Veel Surinaamse hindoestanen ook. Peuters, pubers, babyboomers en bejaarden. Met rugklachten, buikklachten, stressklachten. Oorpijn, depressie, gepest op school. Een moedervlek, een soa. Tien minuten per patiënt. ‘Dat is woekeren met de tijd. Soms wéét je dat er meer achter zit maar heb je de tijd niet om er dieper in te duiken’, zegt huisarts Doornbosch. ‘We krijgen steeds meer op ons bordje, steeds ingewikkelder vragen waar we nú wat mee moeten. De huisartsen zijn de poortwachters, óók naar de geestelijke gezondheidszorg. Maar gelukkig hebben we wel steeds meer hulptroepen.’

Hij doelt op de ‘praktijkondersteuners huisarts’, РОН's in jargon. Zoals Ingrid Chin A Choi (34), РОН-s, waarbij de ‘S’ staat voor somatiek, de lichamelijke klachten. Met haar collega's ontfermt ze zich over patiënten met diabetes, COPD

(aandoeningen van de luchtwegen) en hart- en vaatziektes. De РОН's controleren de bloeddruk en de suikerwaarden en geven advies over een gezonde leefstijl. Deze middag komt een 52-jarige Afrikaanse man met verhoogd risico op hart- en vaatziektes en een neiging tot overgewicht voor een bloeddrukmeting. Ook hij brengt de economische crisis de spreekkamer binnen: ‘Ik heb geen werk meer. Toen ik nog werkte, verbrandde ik veel meer calorieën.’

De РОН's-GGZ (geestelijke gezondheidszorg) houden zich bezig met de psychische begeleiding van patiënten. Een soort ‘psycholoog-light’ worden ze wel genoemd. ‘We doen voorzetjes voor diagnostiek en eventueel verwijzing, en geven zelf kortdurende behandeling, zo'n vijf tot acht sessies van drie kwartier’, vertelt Anouschka de Jager (39). Is langere begeleiding nodig, dan volgt verwijzing naar de eerste- of tweedelijns-GGZ. ‘Wij hebben meer tijd per patiënt dan de huisarts, en de drempel om hier binnen te stappen is lager dan bij de GGZ’, legt De Jager uit. Wat ze langs ziet komen? ‘Depressies. Overbelasting, burn-out. Die groep groeit. Werkproblematiek groeit ook. Verder relatieproblemen, angstklachten. En SOLK, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.’

De 26-jarige vrouw die even later binnenloopt voor een eerste intake is een mooie illustratie van de voorgaande ‘problematiekenlijst’. ‘Waar loop je tegenaan?’ vraagt De Jager. ‘Vooral tegen mezelf’, zegt de vrouw. Haar broer is overleden, dat heeft ze slecht verwerkt. Op haar werk voelt ze weinig waardering. Als kind had ze anorexia en was een tijd depressief, momenteel heeft ze het te druk met werk en twee kleine kinderen. ‘Soms verhef ik mijn stem tegen hen, dat wil ik onder controle houden.’ De Jager concludeert: ‘Je moet beter leren omgaan met emoties, en meer ontspanning inbouwen.’ Over drie weken praten ze verder. De vrouw is opgelucht. ‘Toen ik naar de huisarts ging, dacht ik dat ik naar een psycholoog zou moeten. Maar dat is meteen zo zwaar. Dit is veel beter.’

De hulptroepen van de huisarts zijn er bij gezondheidscentrum Prisma in diverse kleuren en smaken. Zoals Thea Stomphorst (39), persoonlijk begeleider, oftewel casemanager, dementie. ‘Een soort maatschappelijk werk voor dementerenden’, zegt ze. Haar taak: dementerenden helpen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. ‘Mensen willen het zelf graag, en het is goedkoper. Maar dan moet de politiek de benodigde faciliteiten niet uitknijpen! Dan verplaatst je het probleem alleen maar. Dan komt er onrust, zijn crisisopnames nodig, dat kost ook geld.’

Dementie is een ‘onthutsende ziekte’, zegt Stomphorst. ‘Voor de mantelzorger is het gekmakend. Je raakt je partner kwijt bij leven. Het is je partner niet meer, het wordt je kind, soms ook nog een vervelend kind. De ziekte zelf is niet te verhelpen, je kunt slechts begrip kweken en helpen ermee om te gaan.’

Zoals bij Emma Luneburg (82) en haar dementerende man Toon (84), waar Stomphorst op huisbezoek gaat. Ze neemt met het echtpaar

de praktische problemen door. ‘De plasemmer van de toiletstoel verschuift steeds, ik loop elke dag te dweilen’, vertelt mevrouw Luneburg. ‘Ik heb die firma gebeld, maar die verwees me naar de gemeente, daar krijg ik steeds zo’n menu, druk 1 voor zus, druk 2 voor zo. Wáázzin!’ Stomphorst zal er achteraan gaan.

De volgende patiënt is de 74-jarige Floris van Assendelft van Wijck. Met zijn dementie zorgt hij soms voor ‘enige onrust’ onder de veelal bejaarde medebewoners van zijn flat. Tot voor kort zwierf hij op zijn scootmobiel ook door de wijde omgeving. Het leverde gevaarlijke situaties op, de politie heeft in overleg zijn voertuig onklaar gemaakt. ‘Die zakken van het rijkt hebben de scooter uit elkaar gehaald’, moppert Van Assendelft terwijl hij een sjekkie rolt. ‘Nu ga ik gewoon op de fiets.’ Stomphorst neemt zijn medicijngebruik door en inventariseert of er verder nog iets nodig is. ‘Wat zij precies voor me doet? Geen idee’, zegt Van Assendelft. ‘Ik weet wel dat ik het heb geweten.’

Voor de groeiende groep ouderen kunnen de Prisma-huisartsen ook een beroep doen op andere medewerkers van de ‘verpleegkundige praktijk’, zoals Astrid Koster (43). ‘Wij kijken of er medisch, psychisch of sociaal iets nodig is voor kwetsbare ouderen en we doen de eerste screening op dementie.’ Deze ochtend heeft ze eerst overleg met Stomphorsts collega Lenny Slob (61) over gezamenlijke patiënten. Ze zijn het erover eens: de regering oppert soms wat al te makkelijk dat mensen maar langer thuis moeten blijven. ‘De kinderen hebben het tegenwoordig druk, ze werken. Dat wilde de regering toch, dat vrouwen gingen werken? Nu moet het deels weer worden teruggedraaid om mantelzorg mogelijk te maken.’ En als het thuis echt niet meer gaat, stuiten ze op wachtlijsten in de Almeerse verzorgingstehuizen. Waardoor de oudjes soms de stad uit moeten, naar Lelystad of zelfs Bussum – en soms zelfs gescheiden moeten gaan wonen, na zestig jaar huwelijk.

HET ZIJN SOMS schrijnende situaties in de eerstelijns gezondheidszorg. Huisarts Doornbosch parkeert op een middag bij een doorzonwoning ergens in Almere-Buiten. Binnen zit een 67-jarige man in pyjama op de bank. Hij zit aan de zuurstofpomp maar heeft het desondanks erg benauwd. ‘Het gaat niet meer... Ik wil niet meer... Het liefste zou ik vandaag nog stoppen’, stamelt hij. De man doelt op euthanasie – met zijn familie is hij hierover al een tijd in gesprek met de huisarts. Het moment lijkt nu gekomen, beseft ook Doornbosch. ‘Vandaag lukt dit echter niet meer, er moet sowieso een tweede arts bij voor een second opinion.’ Maar die tweede arts zal hij gaan bellen – waarmee het euthanasieproces feitelijk in werking wordt gesteld.

De man lijdt al jaren aan onverklaarbare benauwdheid die recent steeds erger wordt. Huisarts noch specialisten kunnen de oorzaak vinden en hebben dus ook geen behandeling. ‘Ondraaglijk lijden’, vat Doornbosch samen.

Vrouw en kinderen van de man knikken instemmend. ‘Ik wil niet nóg een week verder leven’, zegt de man, ‘het is mooi geweest.’

Later die week zijn alle formaliteiten vervuld en pakt Doornbosch de ‘euthanasietas’ met de diverse injecties in. Hij toont de stapel formulieren die vereist is om deze legale levensbeëindiging juridisch af te dekken. Dan gaat hij op pad. Hij heeft het er zichtbaar moeilijk mee.

Is de papierwinkel rond euthanasie nog alleszins te begrijpen, dat geldt een stuk minder voor veel andere administratieve handelingen die de eerstelijns-gezondswerkers hebben te verrichten. Als een Monster van Loch Ness duikt de bureaucratie op de meest onverwachte momenten uit de diepte op. Elke dag deze week. Van hoog tot laag in de organisatie: nagenoeg iedereen klaagt.

Een bloemlezing. Huisarts Maaïke Buis vertelt: ‘Voor elk stukje verband moet je tegenwoordig een A4’tje invullen, anders krijg je het niet vergoed. Ik voel me vanwege die bureaucratie soms de slaaf van de zorgverzekeraar.’

Apotheker Narish Sharma (59): ‘Administratieve eisen achter een bureau verzonnen. Vaak volkomen onrealistisch.’

Praktijkondersteuner Ingrid Chin A Choi: ‘Er is héél veel administratieve rompslomp. Het is vinkjespolitiek.’

Harry Nijhuis (65), regiomanager bij de

‘Bij elk nieuw setje verbandmiddelen al die formulieren, stempels en handtekeningen’

Zorggroep: ‘Vinkjespolitiek? Klopt. Het schiet echt finaal door. We registreren telkens een probleem. We zouden eens moeten focussen op het effect van ons werk.’

Assistente Lida de Bruin (56): ‘Die bureaucratie, je wordt er gallisch van. Bij elk nieuw setje verbandmiddelen al die formulieren, stempels en handtekeningen. We mogen niet te veel middelen ineens meegeven want dat is te duur. En die administratie, die kost niks zeker?’

Telkens wordt gewezen naar de zorgverzekeraars als allesbepalende, pennenlikkende spinners in het web. ‘Ze hebben een steeds dikkere vinger in de pap’, zegt huisarts Sharon Falix. ‘En die administratie, je hebt er noch als patiënt noch als huisarts wat aan.’

Apotheker Sharma: ‘We zitten in de wurg-greep van de verzekeraars. Voor een glucosetest is de vergoeding al lager dan de kostprijs! Vrije markt? Een farce. Het is eenrichtingsverkeer.’

Concrete voorbeelden van de administratiewaanzin lepelen ze allemaal moeiteloos op. Huisarts Doornbosch: ‘Bij een patiënt met een geamputeerd been moet ik elk jaar opnieuw een verklaring voor aangepast schoeisel opstellen. Alsof zo’n been weer aangroeit! Eén keer eraf

blijft eraf, toch?’ Hij laat een brief zien van een gespecialiseerde GGZ-instelling. ‘Ze vragen om een verwijfsbriefje opnieuw op te sturen. Ik had geschreven: hierbij verwijs ik mevrouw naar u. Dat moet zijn: hierbij verwijs ik mevrouw naar een gespecialiseerde GGZ-instelling.’

Huisarts Falix: ‘Voor een 88-jarige vrouw die ik langdurig behandel wegens een wond aan het been moet ik bij élk herhaalrecept voor verbandmiddelen dezelfde serie formulieren invullen. En als we er ééntje vergeten, moet de hele rata-plan weer opnieuw. Door dat administratieve gezeur moeten we steeds meer schipperen in de échte patiëntenzorg.’

Carin van Middelkoop (48), als teammanager bedrijfsvoering huisartsenzorg verantwoordelijk voor vier gezondheidscentra, gaat over de financiën. Haar oordeel: ‘Onder het mom van het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg is het door de verzekeraars tot op detailniveau dichtgeregeld. Elke patiënt moet in een vakje passen en dan doe je vervolgens zus en zo. Wijk je af, dan krijg je gewoon geen vergoeding. Het heeft een verlamdend effect, de professional wordt buitenspel gezet. Het is een motie van wantrouwen.’

Geen van allen kunnen ze een ratio bedenken achter de doorgeslagen registratiedrift. De broodnodige kostenbeheersing speelt een rol, natuurlijk. Geen verspilling van materialen, geen onnodige verrichtingen, ook dat. Maar weegt het op tegen de vele dure uren schrijfwerk? Nee, klinkt het unaniem in Almere.

Een grote boosdoener: de GEZ-indicatoren (‘geïntegreerde eerstelijnszorg’). Gezondheidscentra zoals Prisma krijgen extra gelden om de samenwerking tussen disciplines te stimuleren. Die gelden moeten tot op microscopisch niveau worden verantwoord. Praktijkondersteuner Ingrid Chin A Choi geeft een voorbeeld: ‘Wij moeten bij minimaal 95 procent van de diabetespatiënten voetonderzoek doen. In het systeem moeten we dan vastleggen: sensibiliteit, kalknagels, doorbloeding, risico op voetzweer.’ Alleen al voor diabetes moeten zo – naast voetonderzoek – veertien hoofdcategorieën, elk weer met talloze subcategorieën, worden afgewerkt. Bloeddruk, lipidenprofiel, kreatineklaring, albumine-ratio, BMI, voedingspatroon, funduscontrole, rookgedrag en alcoholgebruik.

‘Mis je ergens één vinkje’, zegt Chin A Choi, ‘dan telt de patiënt niet mee en gaat uiteindelijk de algemene vergoeding omlaag. Waardoor wij weer minder praktijkondersteuners kunnen inzetten. Maar als een patiënt niet opdaagt, kún je bepaalde waarden soms niet eens invullen.’

De registratiedwang leidt tot welhaast absurdistische scènes, zo blijkt ook deze week. Apotheker Sharma en huisarts Doornbosch voeren ‘s middags een zogeheten ‘polyfarmacie-overleg’, over patiënten die chronisch zeven geneesmiddelen of meer gebruiken. Bij één patiëntdossier lopen hun registraties uit de rails, ontdekken ze: ‘Ik kom maar aan vijf medicijnen’, zegt de apotheker. ‘Ik aan zeven’, zegt de arts. De mannen puzzelen wat in het computersysteem en komen



Een van de assistentes verzorgt een kind na een kleine ingreep – ‘Als je minder geld hebt en ongezond bent, ben je flink de kloos in dit systeem’

eruit: voor artsen mogen de crèmes die deze patiënt gebruikt meetellen als medicijn, voor apothekers niet. Gevolg: de arts mag nu één patiënt afvinken als zijnde ‘besproken’, de apotheker niet. Te weinig vinkjes betekent minder geld. *Doornbosch*: ‘Het leidt elk jaar tot hectisch vinkjes zetten, tellen en lijsten nalopen vlak vóór de auditdatum. Allemaal tijd die niet naar de patiëntenzorg gaat.’

VERA KAMPSCHÖER (59), portefeuillehouder huisartsenzorg binnen de Zorggroep Almere, zit op het hoofdkantoor. Ze brengt enige nuance aan bij de ‘terechte klachten over de papierwinkel’. De verzekeraar geeft extra geld ‘en wil dus zien wat we daarmee doen’. Maar het is doorgeschoten, vindt ook zij. ‘Het stoelt op wantrouwen. Kennelijk kunnen we niet accepteren dat een enkeling onterecht declareert of onnodig medicijnen krijgt. Ik zie zoiets als een bedrijfsrisico, en dat kost minder dan alles maar registreren. Tot aan telefonische bereikbaarheid en de openingstijden van de praktijk aan toe.’ Omdat de verzekeraar niet in de spreekkamer kan kijken wat de dokter allemaal uitspookt, willen de verzekeraars de zaken vastleggen die ze wel kunnen registreren, analyseert Kampschöer. Maar zoals huisarts Doornbosch eerder al zei: ‘Kun je goede zorg in getaltesjes uitdrukken?’

De macht van de verzekeraar reikt tegenwoordig ‘tot in de haarvaten van de praktijk’, vertelt de ene na de andere Almeerse behandelaar. Zo bepaalt de verzekeraar welk medicijnmerk ‘preferent’ is, oftewel vergoed wordt. Huisarts Falix: ‘Als ik mensen op medische gronden, vanwege bijwerkingen, een ander, niet-preferent medicijn wil voorschrijven, moeten ze eerst twee keer twee weken dat andere gebruiken en moet ik aantonen dat er inderdaad bijwerkingen zijn!’

Initiatieven vanaf de werkvloer om de kosten te drukken worden soms in de kiem gesmoord.

Manueel therapeut Rob van Rijn vertelt over een ‘gezamenlijk orthopedisch spreekuur’ (‘Gos’) van hem met een huisarts, om te beoordelen of een patiënt met rugklachten naar de specialist moet. Totale kosten van zo’n gezamenlijk consult: 94 euro. Eenzelfde consult bij de specialist: honderden euro’s – óók als de specialist terugverwijst naar de manueel therapeut. De zorgverzekeraar wil het gos-spreekuur echter niet vergoeden. ‘Want het levert slechts zo’n twintigduizend euro besparing op jaarbasis op. *Peanuts* voor hen.’

HET VALT ECHT OP tijdens een weekje rondzwaland door de eerstelijns gezondheidszorg: elke medewerker beseft terdege dat de broekriem moet worden aangehaald. ‘Als iemand recht meent te hebben op een gratis rollator denk ik: je fiets betaal je toch ook gewoon zelf?’ Maar tegelijk steekt het de huisartsen en hun hulp-troepen dat ze overal op moeten bekknibbelen. Terwijl een verzekeraar als Achmea Zorg in de eerste helft van 2014 liefst 159 miljoen euro winst maakt. ‘Een consult bij de huisarts kost negen euro’, schetst Doornbosch de verhoudingen.

‘Het grote geld gaat om in de tweede lijn, bij ziekenhuizen en specialisten. Maar wij lossen tachtig procent van alle problemen op. Voor twee à drie procent van het budget’, klinkt het meermaals. De werkdruk voor de huisartsen is dan ook hoog, soms te hoog. ‘Het is de hele dag patiënten stampen, huisartsen dreigen om te vallen’, zegt teammanager Van Middelkoop. ‘Je

‘Hoe bereik je als huisarts de spreekwoordelijke arbeider met een bierbuik die rookt, drinkt en aan de friet zit?’

moet alles binnen tien minuten oplossen. Dat is gewoon te weinig’, zegt huisarts Jonatas de Lemos (51). Huisarts Doornbosch: ‘Het zit ernstig scheef. Je kunt juist bezuinigen in de tweede lijn door méér in de eerste lijn te investeren. En de commercie moet wat mij betreft absoluut uit de gezondheidszorg. Aan ongezondheid moet je geen geld willen verdienen. We zien voor onze ogen gebeuren hoe asociaal dat is.’

Er zitten wel meer zaken scheef in de gezondheidszorg anno 2014, vertellen de mensen die het dagelijks zelf ervaren. *Vera Kampschöer*: ‘Staatssecretaris Schippers van vws zegt dat het eigen risico geen belemmering vormt bij het aanvragen van zorg. Nou, onze ervaring is

anders. Mensen die zeggen: doe nog maar geen urineonderzoek, ik wacht het nog wel even af. Of jonge meiden die geen soa-kweekje willen maar meteen een kuurtje, want dat is goedkoper. Met als gevolg dat wij niet weten waar de soa’s zitten en hoe ze zich verspreiden.’

Chronische aandoeningen zoals diabetes en COPD vormen tegenwoordig het grootste probleem, vertelt ze. En juist bij chronische ziektes is de leefwijze van de patiënt van groot belang. ‘Maar hoe bereik je als huisarts de spreekwoordelijke arbeider met een bierbuik die rookt, drinkt en aan de friet zit?’ En misschien gewoon geen geld heeft voor een behandeling?

De 43-jarige Hans Pol komt net van een consult bij dokter Doornbosch. Knieklachten, hij is verwezen naar het gos-spreekuur. ‘Op eigen kosten, want ik heb al fysiotherapie gehad. Ik kan het tenminste nog betalen. Maar als je minder geld hebt en ongezond bent, ben je flink de kloos in dit medische systeem.’

Huisarts Sharon Falix beamt het: ‘De geld-drempel in de zorg is hoog. Ik ken een man die dringend naar de oogarts moet wegens staar. Hij gaat wachten tot 1 januari, anders kost het hem nu vanwege zijn hoge eigen risico vijftienhonderd euro en die heeft hij niet. We krijgen een Amerikaans systeem: wie geld heeft, krijgt goede zorg.’ Ze denkt even na. ‘Toen ik in 1995 uit Suriname kwam, dacht ik: wow, Nederland is echt een sociale staat! Nu roep ik steeds vaker: het wordt steeds asocialer. Het draait in de gezondheidszorg tegenwoordig alleen nog maar om geld. Dan zeg ik: er gaat hier iets niet goed.’

Dit artikel kwam mede tot stand door steun van het Fonds Bijzondere Journalistieke Projecten, fondsbjp.nl

zie groene.nl voor DossierZorg