

dr. Igor van Laere

arts M&G, Doctors for Homeless
Foundation

dr. Maria van den Muijsenbergh

huisarts en senior onderzoeker,
Radboud UMC Nijmegen en Pharos,
expertisecentrum gezondheidsver-
schillen Utrecht

drs. Ronald Smit

arts M&G, Volksgezondheid, ge-
meente Utrecht

drs. Marcel Stockers

huisarts, straatdokter Rotterdam

STRAATDOKTERS BEPLEITEN LANDELIJK BELEID

Basiszorg voor daklozen is urgent probleem

De Nederlandse Straatdokters Groep luidt de noodklok over de medische zorg aan dak- en thuislozen. Om basiszorg voor deze groep mensen te kunnen garanderen, is landelijke coördinatie vereist.

ISTOCK

De laatste jaren is in Nederland het geschatte aantal dak- en thuislozen toegenomen, van 23.300 in 2010 naar 26.300 in 2012.¹ Als gevolg daarvan stijgt niet alleen de druk op de maatschappelijke opvang, maar ook die op de gezondheidszorg. Het gaat om een heterogene populatie van Nederlanders, mensen uit de overige Europese lidstaten en niet-Europeaanen. De laatsten hebben veelal geen verblijfsvergunning. Dak- en thuislozen hebben meerdere sociaal-medische problemen, maar de drempels naar de reguliere gezondheidszorg zijn hoog.² Sinds enkele decennia bestaan in grotere steden sociaal-medische spreekuren, ook wel straatdokterpraktijken genoemd.³⁻⁷ Er zijn echter geen landelijke richtlijnen of organisatievormen voor deze medische zorg. Daarom hebben straatdokters uit Amsterdam, Den Bosch, Rotterdam, Nijmegen en Utrecht op 23 juni 2014 de Nederlandse Straatdokters Groep opgericht. Het doel is te komen tot landelijke richtlijnen en financiering van de sociaal-medische zorg, het stimuleren van dataverzameling over de gezondheid en zorgconsumptie van dak- en thuislozen, en het ontwikkelen van onderwijsmateriaal voor studenten en professionals. De eerste stap was het opsporen, bijeenbrengen en bevragen van artsen en verpleegkundigen die zich voor deze groep inzetten. Dit gebeurde onder meer door een schriftelijke enquête, in september 2014. In dit artikel bespreken we de eerste resultaten hiervan. Overigens is het veelzeggend dat de enquête niet meer oplevert dan een inventarisatie van het aanbod en ervaringen met knelpunten (zie tabel). Er wordt namelijk weinig geregistreerd, het kost veel tijd om gegevens te halen uit registratiesystemen, en het gaat overal anders. We gebruiken voor ons verhaal daarom ook andere, soms oudere, onderzoeken. Recent materiaal is er alleen uit Rotterdam en Utrecht. Het gebrek aan informatie onderstreept de verwaarlozing van dataverzameling in de medische zorg aan dak- en thuislozen.

Tabel Straatdokterpraktijken in Nederland (n=57)*

Discipline	N	%
verpleegkundige	32	56%
arts	21	37%
zorg-/teamcoördinator	4	7%
Zorginstelling waar men werkt		
GGD	29	51%
huisartspraktijk	11	19%
maatschappelijke opvang	5	9%
ggz	4	7%
bemoeizorgteam	4	7%
overige	4	7%
Spreekuurlocaties		
dagopvang	21	37%
nachtopvang/crisisopvang	20	35%
sociaal pension/24-uursopvang	10	18%
huisartspraktijk	10	18%
ziekenboeg voor daklozen	8	14%
straat	6	11%
overige	12	21%
Samenwerkende partners		
sociaal verpleegkundige	28	49%
sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	21	37%
maatschappelijk werk	21	37%
huisarts	21	37%
GGD-arts	14	25%
psychiater	13	23%
verpleegkundig specialist	12	21%

*Respondenten uit Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Groningen, Zwolle, Enschede, Apeldoorn, Arnhem, Nijmegen, Gooi en Vechtstreek, Flevoland, Breda, Tilburg, Den Bosch, Oss, Land van Cuijk.

Straatdokterpraktijken

Via de sneeuwbalmethode zijn 112 personen die werkzaam zijn in de dak- en thuislozenzorg via een online-enquête benaderd met vragen over de lokale organisatie en financiering van deze zorg, de knelpunten die ze tegenkomen en de behoeften aan ondersteuning. Uit achtien steden en regio's hebben 57 personen gereageerd: een respons van 51 procent (zie tabel). Ruim de helft werkt als

verpleegkundige en meestal vanuit een GGD. Van de artsen waren er dertien huisarts, drie arts maatschappij & gezondheid, drie specialist ouderengeneeskunde, één arts verstandelijk gehandicapten en één psychiater. Alleen in Amsterdam zijn artsen vanuit de GGD direct betrokken bij de daklozenzorg.⁵ Spreekuren worden door de respondenten geboden op 56 vaste locaties, vooral in voorzieningen voor dag- en nachtopvang.

Het aantal spreekuren varieert sterk tussen de verschillende steden. Respondenten buiten de vier grote steden bieden hooguit een of twee keer per week enkele uren spreekuur.

Knelpunten die aan het licht kwamen zijn onder te verdelen in drie groepen: de kwetsbaarheid van de populatie, de financiering en een tekort aan deskundig personeel.

Kwetsbare populatie

Alle respondenten benadrukten de grote kwetsbaarheid van deze populatie die de toegang tot en gebruik van zorg belemmert. Dat bleek al uit eerder onderzoek en werd nu door de voorbeelden die de respondenten noemden bevestigd. Zo werd in de enquête gemeld dat de drempels voor toegang tot zorg de laatste jaren verhoogd zijn en mensen bij ggz-instellingen en ziekenhuizen worden weggestuurd als zij niet verzekerd zijn, of geen adres of identiteitsbewijs kunnen overleggen. Bij veel ggz-instellingen is het een vereiste dat voorafgaande aan de behandeling lange vragenlijsten worden ingevuld; ook worden mensen die drie keer niet op hun afspraak zijn gekomen automatisch weer uitgeschreven. In straatdokterpraktijken worden combinaties van ernstige somatische aandoen-

Mensen worden weggestuurd als ze niet verzekerd zijn

ningen, verslavingen en psychiatrische problemen veel vaker gezien dan in de reguliere huisartspraktijk.³⁻⁸ Daardoor is de sterftekans van dak- en thuislozen drie tot zeven keer groter dan die van andere bevolkingsgroepen.⁸⁻¹⁰ Die kwetsbaarheid wordt niet altijd gezien. Zo wordt een verstandelijke beperking bij dak- en thuislozen onvoldoende herkend. Baanbrekend onderzoek bij de doelgroep in de vier grote steden (n=387) toonde een opvallend hoge prevalentie; van hen had vermoedelijk 30 procent een IQ lager dan 70 en significant meer psychosociale problemen dan de groep met een hoger IQ.¹¹ De hedendaagse nadruk in de maatschappij op participatie en eigen regie doet echter geregeld een te groot beroep op de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van cliënten. Er wordt bijvoor-

beeld van hen verwacht dat zij afspraken nakomen, formulieren en gesprekken begrijpen, de gevolgen van bepaalde aandoeningen kunnen overzien en zelf hun weg kunnen vinden in de (digitale) zorg. Deze eigenschappen en handelingen zijn ten gevolge van beperkte verstandelijke vermogens, psychische belastbaarheid of taalbarrière moeilijk op te brengen door dak- en thuislozen. Het kunnen hanteren van een combinatie van psychische en somatische kwetsbaarheid en sociale problematiek vraagt om een professionele attitude en specifieke kennis en kunde.¹² Daardoor worden volgens de respondenten mensen met een verslaving geweigerd door ggz-instellingen en is voor hen die er in zorg zijn de aandacht voor somatische problemen onder de maat.

Financiële barrières

Volgens de respondenten variëren aandacht en financiering voor sociaal-medische dak- en thuislozenzorg sterk per gemeente en per GGD. In wisselende mate draagt een lokale GGD bij aan de financiering van personeel en medicatie voor degenen die niet verzekerd zijn en waarbij de medicatie door de voorschrijvend arts noodzakelijk wordt gevonden. Buiten de Randstad is de inzet van GGD-personeel voor spreekuren aan dak- en thuislozen wegbezuinigd of wordt deze beperkt benut. Waar in de ene straatdokterpraktijk artsen gratis hun diensten aanbieden, declareren anderen hun consulten. Volgens de respondenten varieert het tarief tussen verschillende praktijken en verzekeraars van 9 tot 70 euro per consult.

Daarnaast noemen de respondenten het verplichte eigen risico en de hoge eigen bijdrage als barrière voor dak- en thuislozen om hulp in te roepen. Dit geldt al helemaal voor de verplichte eigen bijdrage in de psychiatrie.

Om verschillende redenen zijn dak- en thuislozen niet verzekerd. Die redenen kunnen per subcategorie verschillen. Voor Nederlandse ingezetenen is dit vaak het ontbreken van een woon- of postadres, of een premieachterstand bij de

ONVERZEKERD

Voor een dakloze kunnen de zorgkosten razendsnel oplopen, getuige onderstaande casus.

Meneer A is een 33-jarige Nederlander zonder vaste woon- of verblijfplaats. Omdat hij niet in de gemeentelijke basisadministratie staat ingeschreven, kan hij zich niet verzekeren tegen ziektekosten. Hij bezoekt regelmatig een sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuislozen vanwege kiespijn. Paracetamol helpt onvoldoende en hij slijkt chronisch diclofenac. Maagzuurbeschermers neemt hij niet omdat hij daar geen geld voor heeft en de meerwaarde daarvan niet inziet. Op zekere dag wordt hij met spoed naar een ziekenhuis vervoerd vanwege bloedbraken. Een medische ingreep met een verblijf op de intensive care en daarna op de verpleegafdeling is het gevolg. Na een week wordt hij ontslagen en gaat weer de straat op met een rekening van ruim 8000 euro.

De kosten van gezondheidszorg kunnen snel oplopen

zorgverzekeraar. Ook ontslag uit detentie zonder goede nazorg kan een reden zijn om (tijdelijk) onverzekerd te zijn. De respondenten zien het aantal wanbetalers onder dak- en thuislozen toenemen – vaak zijn er bijvoorbeeld aanzienlijke schulden af te betalen.

Soms zijn mensen bij de gemeentelijke basisadministratie (GBA) ‘kwijtgeraakt’ en staan ze te boek als geëmigreerd. Het administratief herstel van inschrijving en de aanvraag van een uitkering vereisen documenten en vaardigheden die door de doelgroep niet vanzelfsprekend te leveren zijn. Door vertraagde procedures heeft men geen inkomen en blijft premiebetaling achterwege.

Per individueel geval kunnen de kosten snel oplopen (zie de casus in het *kader*). Inwoners van Europese lidstaten zijn verplicht om een zorgverzekering in het land van herkomst af te sluiten. Degenen die afglijden naar dak- en thuisloosheid voldoen niet (meer) aan deze verzekeringsplicht. Voor deze Europeanen bestaan geen financiële regelingen ter vergoeding van ziektekosten. Zij moeten die dus zelf betalen.

Migranten van buiten de EU zonder geldige verblijfsvergunning kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Ze worden ook wel onverzekerbare vreemdelingen genoemd en dienen in principe de zorgkosten zelf te betalen. Voor deze groep heeft de overheid een financieringsmogelijkheid georganiseerd. Als een onverzekerbare vreemdeling de kosten van de zorg niet kan voldoen, kan de zorgverlener een bijdrage vragen aan het Zorginstituut.¹³ Desondanks ondervinden de naar schatting 100.000 onverzekerbare vreemdelingen in ons land beperkingen

PRAKTIJKPERIKEL

NIET DEZELFDE TAAL

Een regenachtige maandagmiddag in de hal van een groot ziekenhuis. Een man spreekt mij aan. Sputterend: ‘Weet u de weg naar... afdeling Therapie? Ik moet naar fysiotherapie.’ Hij is van Marokkaanse afkomst en de taal niet goed machtig. Ik werp een blik op de afsprakenkaart. De sticker vermeldt de afdeling Oncologie. Na enig uitzoekwerk blijkt dat hij verwacht wordt bij een voorlichtingsgesprek over chemotherapie. Dit vanwege een gemetastaseerd longcarcinoom. De driedaagse kuur staat gepland voor de volgende dag.

Behandelaar en patiënt spraken duidelijk niet dezelfde taal. Letterlijk en figuurlijk. Er is nog veel te winnen op het vlak van de interculturele zorg.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

in de toegang tot zorg, onder meer door een taalbarrière en onbekendheid met de regelingen.^{14,15} Cijfers over de zorgkosten van (onverzekerde) dak- en thuislozen, of over de door financiële drempels niet verkregen zorg en de gevolgen daarvan, zijn niet voorhanden. De respondenten pleiten sterk voor landelijke, uniforme dataverzameling over bronnen van dakloosheid, morbiditeit, mortaliteit en (lacunes in) zorggebruik van dak- en thuislozen. Van Laere deed in zijn proefschrift over daklozenzorg in 2009 al de aanbeveling registratie en data-analyse te verbeteren, maar tot op heden zijn deze nog altijd marginaal.⁹

Tekort aan personeel

Het derde grote probleem is een tekort aan deskundig personeel. Volgens de respondenten worden GGD-sociaal-verpleegkundigen vooral buiten de vier grote steden in aantal en tijd beperkt ingezet; dit terwijl 55 procent van het aantal dak- en thuislozen in ons land hier verblijft.¹ Door die beperkte inzet is men te weinig zichtbaar in de maatschappelijke opvang en bij ketenpartners, en lopen vooral de aandacht voor somatische problematiek en de continuïteit van zorg gevaar.

De meeste respondenten (82%) hebben behoefte aan best practices en training in het organiseren van zorg en het begeleiden van dak- en thuislozen met een verstandelijke beperking en meerdere morbiditeit. De grote meerderheid van de respondenten (84%) wenst landelijke coördinatie en ondersteuning. In een recent overzichtsartikel over daklozenproblematiek in de westerse wereld blijkt ook coördinatie op landelijk niveau een belangrijke aanbeveling.¹⁶

Wij roepen in eerste instantie GGD Nederland op om deze handschoen op te pakken en een rol te vervullen in de totstandkoming van deze broodnodige landelijke coördinatie. ■

contact

ivlaere@gmail.com;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en eerdere artikelen over dit onderwerp kunt u vinden op medischcontact.nl en doctorsforhomeless.org.