

Toegankelijke revalidatiezorg voor dak- en thuislozen

De traumachirurg en de revalidatiearts hebben verhoudingsgewijs vaker te maken met dak- en thuislozen dan de meeste andere artsen, omdat er meer ongevallen en suïcidepogingen voorkomen bij deze groep. Juist daarom verdient de toegankelijkheid van revalidatiegeneeskundige zorg voor dak- en thuislozen extra aandacht.



DR. M.T. (MARCEL) SLOCKERS

Huisarts/straatdokter Centrum voor dienstverlening
CVD-Havenzicht, Rotterdam.



CORRESPONDENTIE

marcelslockers@gmail.com

Dak- en thuislozen overlijden niet vroegtijdig door dakloosheid, maar door de vermijdbare ziekten. Dak- en thuislozen hebben vaak een combinatie van problemen met huisvesting, relaties, inkomen, dagbesteding, verslaving, psychiatrische stoornissen, somatische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.¹ Dak- en thuislozen hebben een sterk verminderde levensverwachting door een opeenstapeling van gezondheidsproblemen. Rotterdamse dak- en thuislozen gaan 14-16 jaar eerder dood vergeleken met andere Rotterdammers.² Het aandeel niet natuurlijke dood - met name suïcides - is groot. Daarnaast zijn er veel meer ongevallen beschreven bij dak- en thuislozen.

TOEGANKELIJKHEID REVALIDATIEGENEESKUNDIGE ZORG

Hieronder geef ik aan waardoor de toegankelijkheid van revalidatiegeneeskundige zorg voor deze groep beperkt is:

1. EXCLUSIE DOOR ONTBREKEN VAN EEN ONTSLAGBESTEMMING

Voor veel op herstel gerichte plekken is het hebben van een eigen woonplek als vervolg van de revalidatie een voorwaarde. Sommige revalidatieplekken willen een garantie hebben dat er bij ontslag een vervolgplek is. Vertraging bij uitstroom uit de revalidatie-instelling vanwege dakloosheid wordt niet geaccepteerd. In een enkele grote stad is er een verpleegafdeling voor dak- en thuislozen waar revalidatieartsen mee kunnen samenwerken.

Daklozen – thuislozen – bankslapers - ongedocumenteerden

Daklozen zijn mensen die buiten slapen of in een auto, bootje, portiek of in de nachtopvang van een maatschappelijke organisatie. Thuislozen zijn mensen die geen eigen adres hebben. Zij slapen vaak op wisselende plaatsen zonder een inschrijving bij de gemeente. Landelijke cijfers zijn moeilijk te verkrijgen, maar we hebben cijfers uit Rotterdam om een en ander in perspectief te zetten. Rotterdam telt 630.000 inwoners; in Rotterdam melden zich jaarlijks 3.000 volwassenen en 1.000 jongeren als dakloos bij het centraal onthaaloket van de gemeente. De gemeente heeft ook een bestand van 5.000 bankslapers. Bankslapers zijn mensen die niet ingeschreven staan in het basisregister en dakloos zijn geworden en 'tijdelijk' noodgedwongen slapen bij familie of vrienden. Volgens inschattingen is het werkelijke aantal bankslapers veel hoger. Voor deze bankslapers gelden dezelfde gezondheidsrisico's als voor daklozen.

Voor de geschatte 10.000 ongedocumenteerden in Rotterdam (waarvan 1.000 kwetsbaren) geldt dat zij zich niet kunnen aanmelden voor reguliere nachtopvang. EU-immigranten, die volgens overheidsregels niet lang genoeg bewezen gewerkt hebben, krijgen ook geen recht op nachtopvang. Alleen tijdens vorstperiodes willen gemeentes opvang bieden in de zogenaamde winteropvang.

Oplossingen

Samen met een straatdokter moeten verpleeg- en revalidatie-instellingen bij gemeenten bedingen dat er na revalidatie directe doorstroom is naar woningen of instellingen voor maatschappelijke opvang. Voor de ongedocumenteerden die een herseninfarct krijgt moet makkelijker een vervolgplek te vinden zijn. Sommige ongedocumenteerden zijn al veertig jaar in Nederland. Het helpt als revalidatie-instellingen laagdrempelig voor ontslag een samenwerking hebben met lokale maatschappelijke opvanginstellingen, straatdokters, of een afdeling als Vangnet en advies van een GGD. Opvanginstellingen (zoals CVD-Havenzicht), die een verpleegafdeling hebben voor dak- en thuislozen, hebben al snel met zeven financieringsvormen te maken, wat oprichting van verpleegbedden in maatschappelijke opvang niet makkelijk maakt. →

2. EXCLUSIE DOOR NIET AANGEPAST GEDRAG

Niet alleen aangeboren, maar vooral verworven hersenletsel levert problemen op tussen zorgverleners en dak- en thuislozen. Verworven problemen ontstaan doordat:

- Daklozen vaker al eerder slachtoffer zijn geweest van ongevallen en daardoor niet-aangeboren hersenletsel hebben. Oud hersenletsel veroorzaakt nieuw hersenletsel op straat.
- Jarenlang harddruggebruik, bijvoorbeeld bij cocaïne, een multi-infarctbeeld kan opleveren. Bij methadongebruik is vaker sprake van een ander gedrag bij pijn.
- Jarenlang alcohol- of softdruggebruik de functie van het brein kan beïnvloeden. Iemand kan een havodiploma behaald hebben, maar na 40 jaar blowen forse geheugenproblemen krijgen. Overmatig en overlastgevend alcoholgebruik wordt binnen reguliere revalidatie-instellingen vaak niet toegestaan terwijl het bijna moeilijk is een revalidatie-instelling te vinden waar geen alcohol wordt verstrekt.

Extra aandacht bij middelenmisbruik

- Het verstrekken van tranquilizers en opiaten moet zeer gepast gebeuren in overleg met andere behandelaars.
- De voorgeschreven medicatie kan anders een onderdeel worden van de multidrugsverslaving en van de gedragsproblematiek. Pregabaline werkt verslavend en geeft gedragsproblemen. Voor bijvoorbeeld pregabaline geldt een zwartemarktprijs.
- Palliatieve sedatie is bij dak- en thuislozen een groot probleem, omdat morfine en midazolam niet goed meer werken bij mensen die eerder lang opiaten en tranquilizers hebben misbruikt. Ook al zal de gemiddelde revalidatiearts weinig met sedatie-uitvoeringen te maken hebben, het is van belang bij de afweging van goede zorg in de laatste fase. De revalidatiearts komt hiermee in aanraking bijvoorbeeld bij neurodegeneratieve aandoeningen.

Niet aangepast gedrag door een (verkrege) verstandelijke beperking³

Het aandeel mensen met een licht verstandelijke beperking is binnen de groep van dak- en thuislozen veel groter. Het verbale IQ gaat vaak minder snel achteruit dan planning en organisatie. Veel dak- en thuislozen hebben vooral een heel disharmonisch IQ-profiel. Een dak- en thuisloze wil wel zeggen dat hij naar de volgende afspraak komt, maar door problemen met planning en organisatie gaat dat feitelijk vaak mis. Menig dak- en thuisloze wordt zorgmijding verweten waardoor behandeltrajecten worden gestopt, terwijl behandelaars dit gedrag niet herkennen als een gevolg van een verslaving of een verstandelijke beperking. Straatdokter zijn echter gewend rekening te houden met deze 'straattaal'.

Oplossingen

- Niet alleen een MMSE of MOCA maar vooral een SCIL-test kan inzicht geven of de dakloze een verstandelijke beperking heeft.

De SCIL-test is een screeningsmiddel dat ingezet kan worden als er aan een verstandelijke beperking gedacht wordt. Beter inzicht in deze verstandelijke beperking levert op dat er na revalidatie meer ondersteuning via de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) georganiseerd kan worden.

- Vooral het bepalen of iemands reactievermogen goed genoeg is door zijn niet-aangeboren hersenletsel is van belang voor preventie van nieuwe ongevallen.
- Vanuit de verpleegafdeling CVD-Havenzicht in Rotterdam proberen we standaard een verpleegkundig begeleider mee te laten gaan naar afspraken met specialisten.

CASUS 1

Een vijftigjarige arbeidsmigrant wordt bij een kraakpand na een ongeval met een necrotische voet aangetroffen. Hij ondergaat een onderbeenamputatie. Zoals bij veel Oost-Europeanen heeft hij periodes zonder werk afgewisseld met werk via verschillende uitzendbureaus. Waar moet het traject gevolgd worden voor het aanmeten van een beenprothese?

CASUS 2

Bankslaper Ahmed kreeg door een val van een trap als tweejarige een schedelfractuur. Hij heeft leerproblemen. Als tienjarige ontplofte vuurwerk in zijn hand. Het jaar daarop gebeurde dit wéér. Als zeventienjarige kreeg hij een scooterongeval. Hij heeft bij veel verschillende bazen gewerkt, maar overal ging het mis. Stelselmatig wordt hij overschat omdat hij verbaal sterk lijkt. Zijn verwerkingssnelheid blijkt bij een IQ-test echter zeer traag. Het vermoeden is dat hij daardoor ook recidiverende ongevallen met vuurwerk en scooter had. Is dit een pleidooi om bij recidiverende ongevallen de verwerkingssnelheid te testen binnen de revalidatiegeneeskunde, om nieuwe - ook maatschappelijke - problemen te voorkomen? Jazeker!

3. EXCLUSIE DOOR VERZEKERINGSPROBLEMATIEK

Dak- thuislozen zijn vaak niet verzekerd.⁴ Ongedocumenteerden - ook wel illegalen genoemd - mogen van de overheid geen zorgverzekering afsluiten. Dak- en thuislozen zonder adres worden sinds 2015 uit de zorgverzekering gezet.⁵ Zorgverzekeraars worden automatisch op de hoogte gebracht als iemand uit de burgerlijke stand is geschrapt, bijvoorbeeld na een uithuiszetting. Dit kan ook met terugwerkende kracht. Dit beleid veroorzaakte een epidemie van onverzekerden bij dak- en thuislozen. Na protesten van straatdokter is er uiteindelijk een regeling gekomen waarbij zorgverleners geld kunnen krijgen voor medische zorg aan nog niet verzekerde EU-burgers.

Oplossingen

Voor EU-ingezetenen zonder adres kunnen door zorgverleners kosten worden gedeclareerd via

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regeling-onverzekerden/>.

Ook voor illegalen is er een regeling:

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/onverzekerbare-vreemdelingen/>.

Met name leveranciers van hulpmiddelen weigeren vaak gebruik te maken van de CAK-regelingen alhoewel die een wettelijke basis hebben. De angst van de leveranciers geen vergoeding te krijgen lijkt belangrijker dan de zorg om de patiënt. Revalidatieartsen doen er goed aan deze regelingen te kennen en te pleiten voor de hulpmiddelen. Hoewel dak- en thuislozen vaak zorgmijders genoemd worden, is het van belang na te gaan wie daaraan bijdragen. Overheid en zorgverleners die toestaan dat deze mensen periodes geen verzekering hebben, moedigen meer zorgmijding aan dan het gedrag van daklozen!

4. EXCLUSIE DOOR OVERIGE KOSTEN NODIG VOOR REVALIDATIE

Ook allerlei meerkosten die niet in de basisverzekering vallen, zoals fysiotherapie en tandheelkundige zorg, leveren grote problemen op. Een cachectische cokegebruiker die het advies krijgt goed te eten om te zorgen dat zijn botgenezing vlotter gaat wordt beperkt door zijn ernstig aangetast gebit. Ook zijn er meer kosten voor verblijf in een instelling die niet vergoed worden, zoals bewassing en extra vervoer en een tv-aansluiting.

Een zorginstelling met een eerstelijnsverblijf (ELV)-vergoeding, krijgt een korting bij een langduriger verblijf dan zes weken terwijl juist botgenezing bij alcohol- en cocaïnemisbruik trager verloopt!

Oplossing

Begrip van zorgverzekeraars wat betreft de financiering, en begrip van zorginstellingen is nodig om deze kosten op te vangen.

5. EXCLUSIE DOOR GEBREK AAN EUROPEES BELEID

Nederland heeft te maken met grote migratiestromen zoals internationale studenten en kennismigranten. Twintig jaar geleden hadden we nog maar enkele tienduizenden Oost-Europese arbeidsmigranten terwijl het er nu 750.000 zijn. Bij deze arbeidsmigranten is werk vaak gekoppeld aan huisvesting. Arbeidsmigranten kunnen bijvoorbeeld op een maandag zonder werk raken, en hebben dan vaak vanaf de dinsdag geen huisvesting en geen verzekering meer. En zonder reserves liggen ze een paar dagen later dronken op straat. Daar krijgen ze een ongeval en belanden in de medische molen.

Exclusie van zorg bij arbeidsmigranten ontstaat doordat werkgevers en uitzendbureaus geld willen verdienen als mensen gezond zijn en arbeidsmigranten ontslaan als ze ziek zijn, zodat deze dan zonder zorgverzekering raken.

Zorgverleners kennen vaak de regelgeving niet om toch zorg te leveren. Alhoewel we één Europa hebben is het moeilijk na te

gaan waar een arbeidsmigrant na een beenamputatie het recht op zorg voor een beenprothese moet krijgen. Feitelijk zijn veel arbeidsmigranten al lang in Nederland werkzaam, maar kunnen dat moeilijk aantonen waardoor er vaak sprake is van een beperkt recht op WMO-zorg na ontslag.

Oplossing

- Een organisatie waar in verschillende steden veel mee wordt samengewerkt is stichting Barka. Deze organisatie is in staat arbeidsmigranten begeleid te laten terugkeren naar behandelplekken in Oost-Europa.
- Voor arbeidsmigranten is een Europees beleid nodig.

CONCLUSIE

Zorgen voor dak- en thuislozen binnen de revalidatiegeneeskunde kent veel uitdagingen. Meer begrip hebben voor hun problemen, een goede samenwerking met anderen en het maken van op hun positie gericht beleid is nodig om voor hen de toegankelijkheid van zorg te vergroten.

AANDACHTPUNTEN

- Daklozen zijn kwetsbaar door hun achtergrond, er is vaak een combinatie van problemen met huisvesting, relaties en inkomen.
 - o Bij dak- en thuislozen moet men bedacht zijn op verslaving, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.
- Dak- en thuislozen hebben een sterk verminderde levensverwachting door een stapeling van gezondheidsproblemen.
 - o Veelvoorkomende somatische aandoeningen zijn ongevallen, huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn, problemen met de ogen, de voeten en het gebit.
 - o Heb voor preventie van nieuwe ongevallen aandacht voor verworven cognitieve problematiek als een sterk verminderd reactievermogen en een mogelijk disharmonisch IQ-profiel.
- Daklozen worden vaak gezien als zorgmijders. Bij ernstige gedragsstoornissen is bemoeizorg geïndiceerd.
- Een behandeling met opiaten of psychofarmaca moet altijd gegeven worden onder toezicht en begeleiding. Pregabaline is een middel wat niet alleen een zwartemarktprijs vertegenwoordigt, maar ook verslaving en gedragsproblematiek geeft.
- De enige effectieve zorg voor daklozen is een integrale aanpak in samenwerking door het met vangnet-teams, wijkteams, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, straatdokters en ggz. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.