

Huisarts kan dakloosheid voorkomen

INLEIDING

Bent u als huisarts in staat om patiënten in uw praktijk te herkennen die een hoog risico hebben om dakloos te raken? Wat kunt u doen om dakloosheid te voorkomen? Hoe is de gezondheid van daklozen en hoe kunnen huisartsen bijdragen aan toegankelijke en goede zorg voor dak- en thuislozen? Twee artikelen in dit nummer proberen een antwoord te geven op deze vragen, aan de hand van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek en op basis van dertig jaar ervaring met sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen in Nederland.

In deze nascholing beschrijven we risicofactoren voor dakloosheid, kenmerken van Nederlandse dak- en thuislozen, en hoe de huisarts kan helpen voorkomen dat een patiënt dakloos wordt. In het nascholingsartikel elders in dit nummer behandelen we de ziekten die bij dak- en thuislozen veel voorkomen, hun zorggebruik en wat de huisarts of straatdokter kan doen om te zorgen dat dak- en thuislozen toegang krijgen tot goede zorg.

Afhankelijk van de conjunctuur, de politieke aandacht, de definitie en de telmethode varieert het aantal dak- en thuislozen in Nederland. In 2012 waren er volgens het CBS 27.300 dak- en thuislozen; de Federatie Opvang berekende dat in datzelfde jaar 57.761 mensen gebruikmaakten van opvangvoorzieningen.^{1,2} In de schattingen van het CBS is het aantal dak- en thuislozen de laatste acht jaar gestegen van 17.800 in 2009 tot 30.500 in 2016. Daarmee wordt ook de kans steeds groter dat er daklozen in uw praktijk ingeschreven staan of naar uw spreekuur komen.

Samenvatting

Van Laere I, Sloekers M, Van den Muijsenbergh M. Huisarts kan dakloosheid voorkomen. *Huisarts Wet* 2017;60(7):363-5.

Door het stijgende aantal dak- en thuislozen in Nederland neemt de kans toe dat de huisarts een dak- of thuisloze op het spreekuur krijgt. Dak- en thuislozen zijn kwetsbaar, door hun achtergrond en doordat psychosociale en gezondheidsproblemen zich opstapelen. Daardoor is hun levensverwachting fors lager dan die van de algemene bevolking. Huisartsen kunnen veel leed en maatschappelijke kosten voorkomen door bij kwetsbare patiënten tijdig sociaal-medische problemen te signaleren en het wijkteam of de GGD in te schakelen. Dat kan door goed op te letten bij patiënten met het volgende profiel: de alleenstaande, laagopgeleide man die zijn baan of relatie verliest, die gokt, drinkt of drugs gebruikt, misschien met een lichte verstandelijke beperking of psychische klacht. Vaak komen deze patiënten naar de praktijk vanwege een somatisch probleem of vragen ze om slaap- of kalmeringsmiddelen. Onverzekerdheid is vaak een eerste signaal; hulp aan onverzekerden is sinds kort te declareren via het Centraal Administratiekantoor (CAK).

PROFIEL VAN DE DAKLOZE

In vergelijking tot de algemene bevolking zijn dak- en thuislozen vaker man, 30 tot 49 jaar oud en met een niet-westerse achtergrond.¹ Het karakteristieke profiel is een laagopgeleide man van rond de veertig met een overwegend disharmonische en gekwetste jeugd. Hij heeft moeite met het organiseren en behouden van relaties, werk en inkomen; administratie, financiën, de zorgverzekering en de (digitale) omgang met instanties stellen hem voor grote problemen. Hij heeft een matige of ernstige verslaving (alcohol, nicotine, cannabis, soms harddrugs) en de kans is groot dat hij ook psychiatrische problemen heeft, beperkte verstandelijke vermogens en somatische aandoeningen. Menig dakloze heeft te maken gehad met de kindbescherming, internaten en justitie.

Onderzoeken onder de bezoekers van de maatschappelijke opvang en straatdokterpraktijken in de vier grote steden in Nederland bevestigen dit profiel.³⁻⁸ Van de 410 dak- en thuislozen die deelnamen aan een cohortonderzoek was 80% man en 60% allochtoon, de gemiddelde leeftijd was 40 jaar (spreiding 20 tot 74 jaar), 42% had nooit goed contact gehad met vader of stiefvader en 26% was in de jeugd emotioneel of lichamelijk mishandeld. Bijna driekwart (72%) was laag tot zeer laag opgeleid, slechts 8% had een reguliere betaalde baan en 88% had schulden (mediaan € 8500); 11% was onverzekerd.³ In een ander onderzoek onder 387 daklozen in de vier grote steden had 29%

De kern

- Dak- en thuislozen hebben een sterk verminderde levensverwachting door een stapeling van gezondheidsproblemen.
- Daklozen zijn kwetsbaar door hun achtergrond, vaak een combinatie van problemen met huisvesting, relaties, inkomen, dagbesteding, verslaving, psychiatrische stoornissen, somatische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.
- Patiënten met een verhoogde kans op huurachterstand en huisuitzetting zijn meestal alleenwonend, man, 25 tot 45 jaar oud, met schulden, justitiële contacten en verslavingsproblematiek.
- Patiënten zonder briefadres raken onverzekerd; dit kan een eerste signaal zijn van dakloosheid, meer dan een onverzorgd uiterlijk.
- Huisartsen kunnen dakloosheid soms voorkomen door actief te vragen naar huurachterstand en op tijd het sociaal wijkteam in te schakelen.

Nederlandse Straatdokter Groep (NSG), Amsterdam, <http://www.straatdokter.nl>: dr. I. van Laere, sociaal geneeskundige-straatdokter, coördinator NSG. Gezondheidscentrum DWL-de Esch: M. Sloekers, huisarts-straatdokter (tevens tehuis voor daklozen CVD Havenzicht, Rotterdam), Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, onderzoekscentrum Impuls, Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Nijmegen; dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts-straatdokter-onderzoeker • Correspondentie: ivlaere@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

zeer waarschijnlijk een verstandelijke beperking – bij de algemene bevolking is dat 0,7%. Psychosociale stress, somatisatie, depressie en middelenafhankelijkheid kwamen bij daklozen met een verstandelijke beperking significant vaker voor dan bij andere daklozen.⁹

Mettertijd stapelen de psychosociale en gezondheidsproblemen zich op; dak- en thuislozen hebben dan ook een sterk verhoogd risico om vroegtijdig te overlijden.¹⁰⁻¹² Van de 364 bezoekers van de GGD-straatdokterpraktijk in Amsterdam was tien jaar later een vijfde overleden op de gemiddelde leeftijd van 55 jaar.¹⁰ In Rotterdam was de levensverwachting van dakloze mannen op 30-jarige leeftijd 11 jaar lager dan bij de algemene bevolking, die van dakloze vrouwen was bijna 16 jaar lager.¹² Doodsoorzaken waren vooral ongelukken, moord, zelfmoord, intoxicatie, psychiatrische stoornis, aids, cirrose, hart- en vaatziekte en kanker.¹⁰⁻¹²

OOZAKEN VAN DAKLOOSHEID

De bekendste stap naar dakloosheid is huisuitzetting.¹³ In de meeste gevallen (85%) is de reden huurachterstand, minder vaak gaat het om chronische overlast, woonfraude of wietteelt.¹⁴ Een verhoogd risico om uitgezet te worden hebben vooral alleenstaande mannen van 25 tot 45 jaar; financieel wanbeheer en drugsverslaving spelen vaak een rol.^{10,15} Een relatief grote groep heeft een migratieachtergrond.¹³

Daklozen zelf noemen een scala aan oorzaken voor hun dakloosheid. Het meest genoemd worden financiële problemen, een conflict of een breuk in de relatie, gedwongen huisuitzetting en ontslag uit detentie. Daaronder liggen meestal andere problemen, zoals verlies van werk, alcohol, drugs, gokken, een psychische stoornis of het overlijden van een naaste.^{3,10,13}

DE ROL VAN DE HUISARTS

De huisarts kan een belangrijke rol spelen door signalen van (dreigende) dakloosheid op te vangen, en kan soms misschien zelfs een huisuitzetting voorkomen. Dat kan door goed op te

letten bij patiënten met het bovenbeschreven profiel: de alleenstaande, laagopgeleide man die zijn baan of relatie verliest, die gokt, drinkt of drugs gebruikt, die misschien een lichte verstandelijke beperking of psychische klacht heeft. Vaak komen deze patiënten naar de praktijk vanwege een somatisch probleem of vragen ze om slaap- of kalmeringsmiddelen.

Huurachterstand

Tijdens het contact kunt u vragen hoe het thuis gaat, of er financiële problemen zijn, of er een huurachterstand is. In Amsterdam is aangetoond dat huishoudens die tijdens een uitzettingsproces contact hadden met hun huisarts significant minder vaak hun huis werden uitgezet dan huishoudens die dat niet hadden.¹⁰

Bij patiënten met problemen en een huurachterstand heeft het zin het sociaal wijkteam in te schakelen. Dat kan de financiële situatie beoordelen en in samenwerking met de woningcorporatie maatregelen nemen om huisuitzetting te voorkomen. U kunt het wijkteam vragen u de afloop te laten weten.

Het is voor deze patiënten belangrijk dat u proactief handelt en niet het initiatief bij hen laat, want over het algemeen zullen ze niet uit zichzelf contact opnemen met een sociaal wijkteam – of met welke instantie ook. Eén telefoontje kan uw patiënt en de samenleving enorme schade besparen als u ermee voorkomt dat uw patiënt uit huis wordt gezet. U kunt zulke taken ook actief delegeren naar de poh-ggz.

Onverzekerd zijn

Patiënten die dakloos worden, verliezen hun briefadres en daarmee hun zorgverzekering.¹⁶ Dakloze patiënten kunnen een beroep op u doen zonder dat u weet dat ze dakloos zijn; slechts weinigen presenteren zich als klassieke zwerver en u kunt dus niet afgaan op uiterlijke verzorging. Dat een patiënt onverzekerd is geraakt, kan wel een signaal zijn van dakloosheid: sommigen slapen tijdelijk op de bank bij familie of vrienden voordat ze aankloppen bij de maatschappelijke opvang.

Bij deze patiënten is het zinvol te vragen naar hun verblijfplaats en of ze hulp krijgen van een opvanginstelling. Indien de medische conditie erom vraagt, kunt u uw patiënt actief verwijzen voor onderdak en zorg – wederom met een telefoontje naar een opvanginstelling, naar een straatdokter of naar de GGD-afdeling Vangnet en Advies.⁴ Ook hier is terugkoppeling gewenst, zodat u zich ervan kunt vergewissen dat uw patiënt daadwerkelijk is opgevangen. Dit bespaart wellicht een kostbare ziekenhuisopname of crisisinterventie op straat.

Subsidieregeling onverzekerden

Onder andere doordat de Nederlandse Straatdokers Groep alarm heeft geslagen,¹⁶ heeft het ministerie van VWS een 'subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' ingesteld.¹⁷ Per 1 maart 2017 kunnen huisartsen op basis van deze regeling medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerde patiënten. Om deze zorg te kunnen factu-

HULP VOOR ONVERZEKERDEN

Nederlanders

- Voer binnen 24 uur na het consult online de gegevens van de patiënt in via www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl.
- Stuur vervolgens de declaratie naar het CAK.¹⁷

EU-onderdanen

- EU-ingezetenen zonder werk hebben alleen verzekeringsrecht in hun eigen EU-land.
- Crisisondersteuning via de GGD-afdeling Vangnet en Advies of via de lokale voorziening Bemoeizorg of OGGZ.
- Hulp aan ingezetenen van Oost-Europese EU-landen loopt via de Stichting Barka (www.barkanl.org).

Vreemdelingen en ongedocumenteerden

- Voor medisch noodzakelijk basiszorg kan de huisarts een passanten-tarief rekenen.
- Het CAK kan een bijdrage geven van 80% van de oninbare vorde-ring.¹⁸



Foto: Srdjan Ranđelovic/Shutterstock.

Tijdig sociaal-medische problemen bij kwetsbare patiënten signaleren en gericht hulp inschakelen kunnen dakloosheid en vroegtijdig overlijden voorkomen.

reren, moet de huisarts binnen 24 uur een melding doen bij de GGD via www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl. Nadat de patiëntgegevens zijn ingevoerd, stuurt het meldpunt een declaratieformulier dat kan worden ingediend bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Het is vervolgens de taak van de gemeente om contact op te nemen met de onverzekerde voor het verschaffen van een briefadres. Zodoende worden deze mensen weer verzekerd en kan reguliere zorg geleverd worden zonder drempels.

Voor ongedocumenteerde vreemdelingen die géén EU-ingezetene zijn, kunnen huisartsen een passantentariaf declareren bij het CAK [kader].¹⁸ In geval van crisis, teloorgang of zorgweigerig bij een onverzekerbare patiënt kunt u contact opnemen met de lokale GGD-afdeling Vangnet en Advies, die hulp biedt bij terugkeer naar het eigen land.¹⁹

TOT SLOT

Huisartsen zijn bij uitstek in de gelegenheid om bij kwetsbare patiënten tijdig sociaal-medische problemen te signaleren en gericht hulp in te schakelen om dakloosheid en vroegtijdig overlijden te voorkomen. Met enige moeite is de geleverde zorg ook te declareren. Raadpleeg www.straatsdokter.nl voor berichten, publicaties en symposia van de straatdokter. ■

LITERATUUR

- 1 Coumans AM, Cruyff MJLE, Van der Heijden PGM, Wolf J, Schmeets H. Estimating homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Social Indicators Research* 2017;130:189-212.
- 2 Kengetallen over de cliënten in de maatschappelijke opvang. Amersfoort: Federatie Opvang, 2013.
- 3 Van Straaten B. On the way up? Exploring homelessness and stable housing among homeless people in the Netherlands [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.

LITERATUUR

- 1 Coumans AM, Cruyff MJLF, Van der Heijden PGM, Wolf J, Schmeets H. Estimating homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Social Indicators Research* 2017;130:189-212.
- 2 Kengetallen over de cliënten in de maatschappelijke opvang. Amersfoort: Federatie Opvang, 2013.
- 3 Van Straaten B. On the way up? Exploring homelessness and stable housing among homeless people in the Netherlands [dissertation]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.
- 4 Van Laere I, Van der Muijsenbergh M, Smit R, Sloekers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem: Straatdokers bepleiten landelijk beleid. *Medisch Contact* 2015;70: 340-3.
- 5 Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartsspreekuur voor dak- en thuislozen: Een inventarisatie van contactoorzaken, diagnosen en verrichtingen. *Huisarts Wet* 1992;35:342-4.
- 6 Van der Maat TGM, Falke PTLA, Van Doorn JW. Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen: Over het bestaansrecht van een bijzondere grootstedelijke voorziening. *Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage* 1997;32:5-9.
- 7 Dekker HS, Kocken PL, Schrader WE. Het Rotterdamse sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuislozen. Eindevaluatie van een experiment. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.; 1994.
- 8 Van Laere I, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr.Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156-60.
- 9 Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS One* 2014;9:e86112.
- 10 Van Laere I. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam [dissertation]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009.
- 11 Temorshuizen F, Van Bergen APL, Smit RBJ, Smeets HM, Van Ameijden EJC. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60:426-35.
- 12 Nusselder WJ, Sloekers MT, Krol L, Sloekers CT, Looman CW, Van Beeck EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS One* 2013;8:e73979.
- 13 Van Laere IR, De Wit MA, Klazinga NS. Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health* 2009;9:3.
- 14 Hoeveel huisuitzettingen zijn er per jaar? [internet]. Den Haag; Aedes, 2016. https://www.aedes.nl/feiten-en-cijfers/bewoners_geraadpleegd_april_2017.
- 15 Van Laere IR, de Wit MA, Klazinga NS. Preventing evictions as a potential public health intervention: characteristics and social medical risk factors of households at risk in Amsterdam. *Scan J Public Health* 2009;37: 697-705.
- 16 Sloekers M, Van Laere I, Smit R. Straatdokers slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D214.
- 17 Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg onverzekerden. Den Haag: VNG, 2017. https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/bescherm-d-wonen-maatschappelijke-opvang/nieuws_geraadpleegd_april_2017.
- 18 Regeling onverzekerbare vreemdelingen: Declaratieformulier zorgverleners. Den Haag: CAK, 2017. https://www.hetcak.nl/vragen/subsidieregeling-zorg-aan-onverzekerden_geraadpleegd_april_2017
- 19 Van Mill JC, Van Laere I, Deunk J, Nauta K-J. Een dakloze, onverzekerde illegaal met multi-pele fracturen en een psychose: Hoe kun je zo'n patient doelmatige zorg verlenen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A9183.