

Gezondheidsproblemen bij daklozen

INLEIDING

Heeft u dakloze patiënten in uw praktijk? Wordt u tijdens uw dienst weleens geconfronteerd met een dakloze patiënt? Dakloze patiënten zijn anders dan andere patiënten: hun problemen zijn anders, hun ziekten zijn anders en hun begeleiding en zorg zijn anders. Elders in dit nummer (pagina 363) beschrijven we hun algemene kenmerken en wat de huisarts kan doen om te voorkomen dat kwetsbare patiënten dakloos worden. In dit artikel behandelen we enkele aandoeningen en klachten die vooral bij daklozen voorkomen en gaan we in op aandachtspunten die van belang zijn voor de huisarts.

PRESENTATIE

Dak- en thuislozen kampen met allerlei gezondheidsproblemen, maar vaak gaan ze pas naar de dokter als het echt niet anders kan. Doktersbezoek heeft geen hoge prioriteit wanneer een groot deel van de energie en tijd opgaat aan overleven, eten en onderdak zoeken. Als ze gaan, kan het de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk zijn, de Spoedeisende Hulp of een straatdokterpraktijk.¹⁻⁶ Veel daklozen voelen zich niet thuis in reguliere huisartsenpraktijken. Ze schamen zich dat het zo slecht met hen gaat of voelen zich aangestaard door de andere patiënten in de wachtkamer als ze er onverzorgd uitzien. In sommige praktijken worden ze geweerd als ze onverzekerd zijn.⁷ Vooral huisartsen in binnensteden en in de nabije om-

Samenvatting

Slockers M, van Laere I, van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wet* 2017;60(7):360-2.

Dakloze patiënten zijn anders dan andere patiënten: hun problemen zijn anders, hun ziekten zijn anders en hun begeleiding en zorg zijn anders. In dit artikel behandelen we enkele aandoeningen en klachten die vooral bij daklozen voorkomen en gaan we in op aandachtspunten die van belang zijn voor de huisarts. De beoordeling is niet eenvoudig: de problemen zijn complex, de presentatie is niet altijd adequaat. Men moet bedacht zijn op ongebruikelijke aandoeningen en alert zijn op verslavingen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen. Veelvoorkomende somatische problemen zijn huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn en problemen met ogen, voeten en gebit. In Nederland wordt de daklozenzorg geleverd door (huis)artsen en verpleegkundigen in straatdokterpraktijken; in Amsterdam en Rotterdam is door de maatschappelijke opvang een 'ziekenboeg' opgezet.

Jan

Jan is 48 jaar en heeft in de horeca gewerkt. Hij hoestte steeds meer en werd zo benauwd dat hij zijn werk niet meer kon doen en zich ziek moest melden. Na vier maanden bleek dat hij longkanker had. Door zijn ziekte liep zijn inkomen terug. Hij kon de huur niet meer betalen en raakte zijn huis kwijt. Omdat Jan op straat een eind aan zijn leven wilde maken, bracht de politie hem naar een ggg-crisisopvang, waar men hem wist te stabiliseren. Op voorspraak van de straatdokter kreeg hij in de daklozenopvang een verpleegbed en begeleiding, en worden hem, in samenwerking tussen de straatdokter en medisch specialisten, bestraling en chemotherapie geboden.

geving van maatschappelijke opvangvoorzieningen zien regelmatig dakloze patiënten in de praktijk. Ze zijn daar vaak nogal wat tijd aan kwijt.

De beoordeling van dakloze patiënten is niet eenvoudig: vaak zijn er complexe omstandigheden en problemen die het hulpzoekgedrag beïnvloeden, het moment en de wijze van presentatie zijn vaak verre van ideaal. Tijdens het consult moet de huisarts bedacht zijn op aandoeningen die hij bij andere patiënten van dezelfde leeftijd niet vaak ziet en bovendien moet hij niet alleen letten op lichamelijke problemen, maar ook alert zijn op verslavingen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.^{8,9} Ruim 40% van de daklozen heeft zowel psychische als lichamelijke problemen, meer dan de helft gebruikt verdovende middelen en daklozen hebben ook vaker dan gemiddeld last van verslavingsproblematiek, psychosen en depressies.^{3,6,10} Al deze problemen kunnen interfereren met de somatische klachten. Bovendien is de kans groot dat een dakloze patiënt nog andere lichamelijke problemen heeft die hij niet uit zichzelf te berde brengt.

De kern

- Bij dak- en thuislozen moet men bedacht zijn op verslaving, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.
- Veelvoorkomende somatische klachten zijn huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn en problemen met de ogen, de voeten en het gebit.
- Daklozen zijn vaak ook zorgmijders; bij ernstige gedragsstoornissen is bemoeizorg geïndiceerd.
- Een behandeling met opiaten of psychofarmaca moet altijd gegeven worden onder toezicht en begeleiding.
- De enige effectieve aanpak is een integrale aanpak in samenwerking met vangnetteams, wijkteams, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, ggz en vaak ook de politie.
- Palliatieve zorg voor zwaar verslaafde daklozen kan erg ingewikkeld zijn; samenwerking met deskundigen is vereist.

Nederlandse Straatdokter Groep (NSG), Amsterdam, www.straadokter.nl: dr. I. van Laere, sociaal geneeskundige-straadokter, coördinator NSG. Gezondheidscentrum DWL-de Esch: M. Slockers, huisarts-straadokter (tevens tehuis voor daklozen CVD Havenzicht, Rotterdam). Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, onderzoekscentrum Impuls, Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Nijmegen: dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts-straadokter-onderzoeker • Correspondentie: slockers@knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

GERAPPORTEERDE KLACHTEN

In een onderzoek waarbij 513 dak- en thuislozen in de vier grote steden werden geïnterviewd, noemden zij de volgende zes klachten het vaakst: pijn in de nek, rug en gewrichten (42%), gebitsproblemen (40%), last van de ogen (39%), de luchtwegen (29%), de voeten (25%) en de huid (15%).¹¹ In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar de redenen waarom dak- en thuislozen huisartsen raadplegen. Enkele oudere sociaal-medische onderzoeken rapporteren wisselende prevalenties, die verschillen per setting, methode en beoordelaar. Uit rapportages van straatdokter in de vier grote en drie kleinere steden komen de volgende contactredenen achtereenvolgens naar voren als de zes belangrijkste: huidaandoeningen, luchtweginfecties, nek-, rug- en gewrichtspijn, gebitsproblemen, voetproblemen en maag-darmbezwaren. Dit komt redelijk overeen met de lijst die de daklozen zelf noemen.¹⁻⁶

Vanwege de onderliggende risicofactoren kan een aandoening bij dakloze patiënten snel verergeren, zodat een bezoek aan de SEH of zelfs een ziekenhuisopname nodig is; 199 van de 513 geïnterviewde dak- en thuislozen was dit naar eigen zeggen weleens overkomen.¹¹

SPECIFIEKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Loopvoeten

Lang lopen en staan in combinatie met slecht schoeisel, slechte voethegiëne en risicovol gedrag kan leiden tot 'loopvoeten'. Er zijn allerlei symptomen, zoals clavi, callus, verlengde teennagels, maceratie, blaarvorming, laceraties, chronische ulcera, metatarsalgie of marsfractuur.¹² Daklozen met loopvoeten hebben onderdak en voetverzorging nodig, vooral ook om te voorkomen dat er een infectie bijkomt waardoor de patiënt in een ziekenhuis moet worden opgenomen.

Infecties

Een zwervend bestaan maakt de huid kwetsbaar. Verwondingen, middelengebruik, ondervoeding, slechte hygiëne en de gemeenschappelijke slaapzalen en douches in passantenverblijven verhogen het risico op huidinfecties. Aandoeningen als tinea pedis, onychomycose, candidiase, scabiës, interdigitaal erytrasma, erysipelas, cellulitis en zelfs klerluis (*Pediculus humanus*) komen dan ook vaak voor.^{1-4,12}

Diezelfde kwetsbaarheid en infectiedruk leiden ertoe dat ontstekingen in de mond en in het gebit, hiv-infecties, tuberculose en hepatitis onder daklozen veel vaker voorkomen dan in de algemene bevolking.^{13,14}

Chronische pijn

Veel dak- en thuislozen hebben pijn. In een onderzoek onder 152 dak- en thuislozen in Toronto meldde 37% intense en beperkende chronische pijn, vooral in rug, knieën en schouders. De oorzaak was meestal een verwonding. Als pijnstilling gebruikten de respondenten vaak alcohol en drugs; de medische behandeling vonden ze veelal onvoldoende.¹⁵ Meer aandacht voor pijnklachten bij dak- en thuislozen lijkt op zijn plaats.



Huisartsen zijn een onmisbare schakel bij het realiseren van toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen.

Luchtwegklachten

Van de 629 daklozen die de ziekenboeg van het Leger des Heils in Amsterdam opnam in de periode 2001-2007 werd 33% opgenomen vanwege een pneumonie.¹⁶ Vooral middelengebruik, COPD en ondergewicht zijn risicofactoren voor een infectie van de lagere luchtwegen. Bijna alle daklozen roken, velen gebruiken cannabis. Bij cocaïnegebruikers ziet men de zogeheten cracklong, een vroege en invaliderende vorm van COPD; opiaatgebruik kan een onderliggende pneumonie maskeren. Bij dergelijk zware luchtwegklachten hebben daklozen onderdak en verpleegkundige ondersteuning nodig om te kunnen herstellen.

Oogklachten

In het interviewonderzoek in de vier grote Nederlandse steden meldde 39% van de respondenten dat ze visusklachten hadden, zoals moeite met lezen.¹¹ Bij 1141 daklozen die onderzocht werden in een Londense oogkliniek telde men 38% bijzienden en 21% verzienden, en had 35% eigenlijk een bril nodig vanwege ongecorrigeerde refractiefouten.¹⁷ Het zou goed kunnen dat visuele beperkingen in combinatie met middelengebruik voor een belangrijk deel debet zijn aan de frequente letsels bij daklozen. Visuele klachten bij daklozen verdienen aandacht.

Verstandelijke beperking

Bijna eenderde (29 tot 31%) van de dak- en thuislozen heeft een verstandelijke beperking.^{8,9} Menig dakloze lijkt rap van tong, maar de straattaal die hij spreekt kan onvermogen verbergen en een verstandelijke beperking verbloemen. Als een dakloze patiënt een verstandelijke beperking heeft, is het van groot belang dat hulpverleners daarvan op de hoogte zijn. Als de patiënt op onbegrip stuit en overvraagd wordt, kan onvermo-

gen omslaan in agitatie en zelfs agressief gedrag – wat in het daklozencircuit en aan diverse loketten niet ongebruikelijk is. Veel hulpverleners beseffen niet dat agitatie juist een copingmechanisme is, een uiting van onmacht van iemand die overvraagd wordt. Het is aan te bevelen in zulke situaties een arts voor verstandelijk gehandicapten te consulteren (<http://nvavg.nl>).

Verzoek om medicatie

Polyfarmacie is bij veel dak- en thuislozen een probleem. Ze gebruiken vaak meerdere middelen, waaronder benzodiazepinen en opiaten, en de huisarts moet extreem terughoudend zijn met het voorschrijven van die middelen aan dakloze gebruikers. Patiënten zijn soms geneigd tot manipulatie. Huisartsen kunnen beter geen gehoor geven aan verhalen dat de pillen zogenaamd voortijdig opgebruikt of verloren zijn. Ook het voorschrijven van methadon aan deze patiënten moet in handen blijven van verslavingsartsen om ongewilde oversering of pillenhandel te voorkomen.

Het is helaas onmogelijk als huisarts op de hoogte te zijn van alle medicatie die een dakloze patiënt door andere artsen krijgt voorgeschreven of via verschillende apotheken dan wel illegaal verkrijgt.

Palliatieve sedatie

In de terminale zorg voor harddruggebruikers blijkt soms dat palliatieve sedatie extreem moeilijk te bereiken is. Door het chronisch gebruik zijn hun receptoren minder gevoelig geworden voor opiaten en benzodiazepinen. In een dergelijke situatie moet advies worden ingewonnen bij een ervaren straatdokter en een palliatief team.¹⁸

INTEGRALE ZORG

Als een dakloze patiënt bij de huisarts komt met een somatische klacht, geeft dat de huisarts een ingang om ook naar andere problemen te vragen. Doordat de patiënt kwetsbaar is op meerdere levensgebieden, is de enige aanpak die effectief is een integrale aanpak, die rekening houdt met andere dan alleen medische problemen. Dat vereist intensieve samenwerking met bijvoorbeeld het vangnetteam van de GGD, sociale wijkteams, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, ggz en vaak ook de politie.¹⁹ Zeker bij daklozen die zorg weigeren, excessief verslaafden die teloorgaan en daklozen met psychiatrische problematiek is outreachende bemoeizorg en *assertive community treatment* (ACT) essentieel.

Een dergelijk integrale aanpak is niet alleen mogelijk, maar ook heilzaam voor daklozen én voor de maatschappij. In 2006 is in de vier grote steden begonnen met een plan van aanpak voor de maatschappelijke opvang, waarbij vanuit de AWBZ zorg, begeleiding en opvang werd aangeboden aan ex-

daklozen, in goede samenwerking tussen opvang, woningcorporaties, GGD, ggz en verslavingsinstellingen. Dit resulteerde in een rustiger straatbeeld en een groter veiligheidsgevoel bij burgers. De behoefte aan detentieplaatsen nam af. Het aantal patiënten met tuberculose daalde met 75% – in Londen steeg het in diezelfde periode met 50%. De aansturing vanuit de GGD en de ondersteuning door vangnet- en adviesteams bleek heel belangrijk.²⁰

SOCIAAL-MEDISCHE ZORG

Medische zorg moet laagdrempelig en outreachend zijn om daklozen te kunnen bereiken. De hulpverlener moet het lokale hulpnetwerk goed in beeld hebben, juist omdat de sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in ons land overal anders is georganiseerd.²¹

In de jaren negentig zijn in Amsterdam, Eindhoven, Rotterdam en Utrecht ‘ziekenboegen’ opgezet, verpleegbedden in de maatschappelijke opvang waar huisartsen/straattedokters en straatverpleegkundigen indiceren en zelf zorg bieden. Deze ziekenboegen hebben zich onmisbaar gemaakt omdat ze de mogelijkheid bieden tot herstel, time-out, diagnostiek en goed kijken naar welke zorg iemand op langere termijn nodig heeft.

Ook hebben (huis)artsen samen met verpleegkundig specialisten straatdokterpraktijken opgezet. Deze praktijken leunen zwaar op de verpleegkundigen; zij leggen contact, signaleren systematisch problemen, zien toe op de medicatie en ondersteunen de huisartsen tijdens spreekuren-op-locatie. De ervaring leert dat straatdokterpraktijken de reguliere huisartsenpraktijken ontlasten van dakloze bezoekers en dat ziekenboegbedden kostbare ziekenhuisopnamen voorkomen.¹⁶ In 2014 hebben de straatdokterpraktijken zich verenigd in de Nederlandse Straattedokters Groep (NSG) om hun specifieke kennis en ervaring te delen.²¹ Met het uitdragen van ‘lessen van de straat’ zoals in deze nascholing probeert de NSG toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen te realiseren. Huisartsen zijn een onmisbare schakel in die zorg. Raadpleeg www.straattedokter.nl voor berichten, publicaties en symposia van de straatdokters! ■

LITERATUUR

- 1 Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartsspreekuur voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactoorzaken, diagnoses en verrichtingen. *Huisarts Wet* 1992;35:342-4.
- 2 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.
- 3 Van Laere I, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogeheten dr.Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001;145:1156-60.

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

LITERATUUR

- 1 Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartspraktijk voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactoorzaken, diagnoses en verrichtingen. *Huisarts Wet* 1992;35:342-4.
- 2 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.
- 3 Van Laere I, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogeheten dr.Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156-60.
- 4 Van der Poel A, Krol L, De Jong W, Jansen H. Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter', sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in Rotterdam: Verslag van een onderzoek naar het functioneren van de Straatdokter. Rotterdam: IVO, 2005.
- 5 Elissen A, Van Raak AJ, Derckx EW, Vrijhoef HJ. Improving homeless persons' utilisation of primary care: lessons to be learned from an outreach programme in The Netherlands. *International Journal of Social Welfare* 2013;22:80-9.
- 6 Jongeneel M. Factsheet sociaal-medische zorg dak- en thuislozen West-Brabant. Bergen op Zoom/Breda. GGD West-Brabant; 2016.
- 7 Slockers M, Van Laere I, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D214.
- 8 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.
- 9 Reifenschweiler N, Wolf J, Van den Muijsenbergh M. Suspected intellectual disability among homeless people in Nijmegen: What is the prevalence? Nijmegen: Radboudumc, 2016.
- 10 Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008;5:e225
- 11 Al Shamma S, Van Straaten B, Boersma S, Rodenburg G, Van der Laan J, Van de Mheen D, et al. Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in 2,5 jaar, eindrapportage Coda-G4. Rotterdam: IVO; 2015.
- 12 Van Laere I. 'Loopvoeten' bij zwervers. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2481-4.
- 13 Van Laere I. Amsterdamse daklozen hebben een slecht gebit. *Tandarts Praktijk* 2003;24(11):26-8.
- 14 Fazel S, Geddes J, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529-40.
- 15 Hwang SW, Wilkins E, Chambers C, Estrabillo E, Berends J, MacDonald A. Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC Fam Pract* 2011;12:73.
- 16 Van Laere IR, De Wit MA, Klazinga NS. Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:208.
- 17 D'Ath PJ, Keywood LJ, Styles EC, Wilson CM. East London's homeless: a retrospective review of an eye clinic for homeless people. *BMC Health Serv Res* 2016;16:54.
- 18 Slockers M, Baar F, Den Breejen P, Slockers C, Geijteman, Rietjens J. Palliatieve zorg voor een dakloze. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A9287.
- 19 Van den Muijsenbergh M. Een andere pet maar dezelfde zorg: straatdokterpraktijken en politie. *Cahiers Politie studies* 2016;(40):125-32.
- 20 Slockers M, Nusselder W, Looman C, Slockers C, Krol L, Beeck E van. Maatregelen voor daklozen verbeteren de leefomstandigheden voor daklozen en Rotterdammers, maar leiden niet tot sterfteafname. *TSG* 2015;93:172-5.
- 21 Van Laere I, Van den Muijsenbergh M, Smit R, Slockers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem: Straatdokter bepleiten landelijk beleid. *Medisch Contact* 2015;70:340-3.