

Hemke, Slockers & van Laere: Persoonsgerichte zorg bij dakloosheid.

In: Van den Muijsenbergh METC & Oosterberg E (red) Persoonsgerichte zorg voor iedereen met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk. Prelum NHG/Pharos 2022: hoofdstuk 9

Feia Hemke

Van de Straat

Wie: Leo van Kampen

Wat: Ex- dakloze

Na mijn vaders overlijden was er geen plek meer voor mij in het ouderlijk huis. Ik was eenentwintig, verdrietig en verward, en wilde weg uit de Achterhoek. Nijmegen was de eerste stad waar ik op straat leefde. Utrecht, Amsterdam, Den Haag en talloze andere steden vulden de rest van de achtendertig jaar dat ik thuisloos was. Het beviel me wel, de ongebondenheid van het zwerversbestaan.

In een nieuwe stad ging ik altijd meteen op zoek naar slaapplekken. Kilometers dwalen op zoek naar bankjes in parken, beschutte plekken. Aan de achterkant van het muziekgebouw aan het IJ in Amsterdam heb je bijvoorbeeld verwarmingsbuizen die veel warmte geven en een prachtig uitzicht. Ik heb daar wel eens bij vier graden vorst geslapen. En dan 's ochtends warm douchen en een broodje eten op het centraal station.. Ik sliep ook vaak in 'passantenhokken', via de kerk of het leger des heils. Een nachtje kost tegenwoordig €3,50 en je kunt er vanaf een uur of vijf 's avonds terecht. Op veel plekken kan je ook garantstelling van een bed krijgen voor een maand. Ik betaalde dat van mijn daklozenuitkering van 600 euro per maand. Geld was nooit een groot probleem. Ook omdat ik niet gebruikte. Geen drugs en geen alcohol. Nooit gedaan. Als je gebruikt kom je in de problemen en dat wilde ik niet. Ik zag er ook nooit als een typische zwerver uit. Zorgde altijd dat ik douchte en schone kleren aanhad. Verveeld heb ik me nooit. De binnenstad was mijn terrein en ik liep vaak wel 10 kilometer per dag. Bij slecht weer zat ik in de bibliotheek of een andere openbare ruimte. Of vond een luisterend oor bij de hulpverleners van de tussenvoorziening. En je hebt ontmoetingen met mensen van allerlei pluimage. De laatste jaren zag ik steeds meer 'nieuwe daklozen'. Mensen die hun baan en huis zijn kwijtgeraakt en diep in de schulden zitten of mensen die uit het buitenland komen en weer in Nederland willen gaan wonen maar vastlopen in de bureaucratie.

Twee jaar geleden moest ik van de straat af wegens gezondheidsproblemen. Ik had drie zwarte tenen door het vele lopen en door mijn suikerziekte. Het was kantje boord maar gelukkig zitten ze er nog aan. In het begin kwamen de muren van mijn nieuwe flat op me af maar ik had de maatschappelijk werkster die me hieraan hielp beloofd het te proberen. Tegenwoordig gaat dat beter. Ik vis veel en doe sinds kort een opleiding tot ervaringswerker. Zo probeer ik daklozen in Utrecht te helpen om de wegen naar slaapplekken, woning of werk te vinden.

9 Dakloosheid

Marcel Slockers en Igor van Laere

Kernboodschappen

- Dak- en thuisloze mensen gaan 14 tot 16 jaar eerder dood dan anderen in Nederland. Alleenwonende mannen met schulden, verslavingsproblematiek of met justitiële contacten hebben de grootste kans op dakloosheid.
- Ruim 30% van de dak- en thuisloze mensen heeft een verstandelijke beperking, die vaak niet onderkend is. Er bestaan eenvoudige testen om een beperking aan te tonen.
- Ruim 40% van de dak- en thuisloze mensen heeft zowel ernstige lichamelijke als psychische problemen. Velen van hen mijden zorg. Laagdrempelige toegang tot huisartsenzorg (zonder afspraak, op vertrouwde locatie) is gewenst. Samenwerking met GGD - verpleegkundigen en anderen is nodig om de vereiste zorg en ondersteuning te realiseren.
- Zonder adres zijn mensen onverzekerd. Meldpuntonverzekerd.nl zorgt voor geld voor zorgverlening. De GGD zorgt voor de maatschappelijke ondersteuning van dak- en thuisloze mensen.
- Pijnbestrijding en palliatieve sedatie is lastiger bij daklozen en anderen die middelen misbruiken, en vraagt om aangepaste doseringen

Achtergrond

Hoge mortaliteit en multiproblematiek

Geschat wordt dat 36.000 mensen in Nederland in 2020 geen vaste woon- of verblijfplaats hadden, in de opvang sliepen, op straat, in openbare gebouwen of bij familie of vrienden. Van deze groep waren 18.300 afkomstig uit landen buiten Europa (1). Dak- en thuislozen vormen in Nederland de bevolkingsgroep met de hoogste mortaliteit – drie- tot vijfmaal hoger dan anderen van dezelfde leeftijd. De levensverwachting van dak- en thuisloze vrouwen van 30 jaar oud is gemiddeld 16 jaar korter dan die van anderen, en die van dak- en thuisloze mannen van dezelfde leeftijd 14 jaar korter (2).

Hoewel de oversterfte deels te wijten is aan hun typische leefomstandigheden (meer ongelukken en gevolgen van alcohol- of drugsgebruik), sterven dak- en thuisloze mensen meestal aan behandelbare aandoeningen zoals COPD, ischemische hartziekten en kanker. Zij lijden op jongere leeftijd al aan ouderdomsziekten als doofheid, verhoogde valneiging en cognitieve achteruitgang: een dakloze van 50 jaar is wat dat betreft te vergelijken met een andere patiënt van 65 jaar (3,4).

Ongeveer 16% van de dak- en thuislozen is vrouw(4). Onder dak- en thuisloze vrouwen is de mortaliteit nog hoger dan onder dak- en thuisloze mannen, waarschijnlijk door een combinatie van

een verhoogde kwetsbaarheid, extreem middelengebruik, gedragsproblemen, chronische stress en fysieke verwaarlozing.

Vooraf mannen tussen de 35 en 50 jaar zonder sociaal vangnet, maar met ernstige financiële problemen, verstandelijke beperkingen en/of ernstige verslavingsproblematiek, zijn het meest kwetsbaar om na een huisuitzetting door huurschulden dakloos te raken. Vaak bivakkeren ze eerst op de bank bij kennissen. Als dat op meerdere adressen niet meer houdbaar is, komen ze op straat of in de maatschappelijke opvang terecht. Dak- en thuisloze mensen hebben meestal een scala aan sociale problemen die zowel oorzaak als gevolg zijn van de dakloosheid: financiële problemen, relatieproblemen, justitiële problemen. Daarnaast hebben zij veel fysieke en psychische problemen. Vaak is huurschuld de aanleiding van de huisuitzetting; die huurschuld is vaak het gevolg van verslavingsproblematiek of een onvermogen om het persoonlijke budget te beheren.

Verstandelijke beperking

Bijna een derde (29-31%) van de dak- en thuisloze mensen heeft een verstandelijke beperking (5,6). Alhoewel menig dak- en thuisloze verbaal rap van tong lijkt te zijn, kan de straattaal die hij spreekt zijn onvermogen verbergen en een verstandelijke beperking verbloemen voor de behandelaar. Consultatie door een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is in dergelijke gevallen aan te bevelen (zie ook hoofdstuk 8: Mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid). Voor hulpverleners en de dak- en thuisloze patiënt zelf is het van groot belang om op de hoogte te zijn van een verstandelijke beperking. Hierdoor kan onbegrip en overvraging beperkt worden, zodat het onvermogen van de patiënt niet omslaat in agitatie en zelfs agressief gedrag, wat in het daklozencircuit of aan diverse loketten niet ongebruikelijk is. Veel hulpverleners beseffen niet dat agitatie juist een coping mechanisme is, een uiting van onmacht van iemand met een verstandelijke beperking die overvraagd wordt.

Overigens missen juist ook mensen met een zeer hoog IQ die de stoornis van Asperger of een andere autismespectrumstoornis hebben vaak een adequaat oplossend vermogen voor levensproblemen, en worden zij daardoor vaker gezien onder dak- en thuislozen.

De SCIL is eenvoudige testen, een soort MMSE, waarmee in 10 minuten een vermoeden op een verstandelijke beperking kan worden vastgesteld bij mensen die de Nederlandse taal spreken (7,8).

Lichamelijke en psychische problemen

[QUOTE]

‘Hij zit voor me. Nu heeft hij voor de derde dag niet gegeten. Hij kan amper drinken. Uitdroging dreigt. Op zijn gehemelte zie ik een abces van 2 centimeter doorsnee. Kaakchirurgisch ingrijpen is noodzakelijk. Ik kende deze 48 jarige man van het straatdokterspreekuur. Hij had al jaren geen vast

adres. Hij sliep bij vrienden en familie, vaak op de bank. Hij had geen inkomen, geen adres en geen zorgverzekering. Het spoor was doodgelopen. Hij voldeed niet aan de tsunami van voorwaarden die de overheid stelt aan het krijgen van een uitkering. De criteria en boeteclausules zijn zo ingewikkeld dat je een registeraccountant nodig hebt om je erdoorheen te loodsen.’ (Huisarts Marcel Stockers in een blog) (23)

[EINDE]

Dak- en thuisloze mensen zijn een kwetsbare groep. Ruim 40% van hen heeft zowel psychische als lichamelijke problemen. Velen van hen roken tabak en gebruiken meerdere soorten drugs(4). Naast verslavingsproblematiek hebben zij vaker dan gemiddeld last van psychoses of depressies (9).

Het daklozenbestaan (slechte voeding, verslaving, zelfverwaarlozing) leidt tot ernstige en chronische gezondheidsproblemen. Veelvoorkomende lichamelijke problemen zijn huidproblemen (loopvoeten, cellulitis), luchtweginfecties, trauma's en gebitsklachten (3,4, 9,10,11). Als gevolg van deze verhoogde kwetsbaarheid en verhoogde infectiedruk (slechte hygiënische omstandigheden, veel mensen tegelijk in kleine slaapruidten) komen infectieziekten als tbc, hepatitis, scabiës en klierluis bij daklozen vaker voor dan onder de algemene bevolking (12).

Maligniteiten van mond, keel en long wordt door middelenmisbruik bevorderd. Kenmerkend voor veel dak- en thuisloze mensen die cocaïne gerookt hebben, is het ontstaan van een (op een COPD-beeld gelijkende) cracklong. Voor elke arts, verpleegkundig specialist en praktijkondersteuner huisarts (POH) is het belangrijk dat bij onbegrepen slechte longfuncties er naar cocaïne misbruik gevraagd moet worden. Diabetes en hypertensie zijn bij hen vaker slecht gereguleerd dan bij de rest van de bevolking (4).

Het behandelen van wonden bij beperkte hygiëne vraagt om ondersteuning van verpleegkundigen. Ditzelfde geldt voor het behandelen van de zogeheten 'loopvoeten' – uitgebreide, vaak geïnfecteerde, wonden aan de voeten door een combinatie van overbelasting, kapot/slecht passend schoeisel, vochtige vieze sokken, opgehoopt vuil en ongeknijpte nagels. Schone sokken en goede schoenen zijn hierbij de sleutel voor genezing (17). De POH (bijvoorbeeld een “POH-sociaal”) of straatverpleegkundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren voor het opsporen en begeleiden van gezondheidsproblemen bij dakloze patiënten.

Zorgmijding en ontbreken van zorgverzekering

Ondanks hun slechte gezondheid komen dak-en thuisloze mensen vaak pas bij een dokter als klachten in een vergevorderd stadium zijn (3). Doktersbezoek heeft geen hoge prioriteit wanneer een groot deel van de energie en tijd besteed moet worden aan overleven, eten en onderdak zoeken. Bovendien voelen veel dak-en thuislozen 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 vies uitzien. Soms ook worden ze in praktijken geweerd als zij onverzekerd zijn. Een toenemend aantal dak- en thuislozen is onverzekerd. Zowel in de straatdokterpraktijk in Rotterdam als die in Nijmegen was eind 2015 30-50% van de patiënten onverzekerd (13). Met name mensen die net uit detentie komen zijn vaak onverzekerd, en mensen die geen adres hebben. Dak- en thuislozen zonder briefadres kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Nogal wat huisartsen, zeker in de binnensteden, krijgen onevenredig te maken met dak- en thuislozenproblematiek die tijdsintensief is.

Sinds 2017 heeft het ministerie van VWS een regeling getroffen om onverzekerde daklozen toegang te garanderen tot noodzakelijke zorg. Zorgverleners horen binnen een week een dak- en thuisloze te melden bij het landelijk meldpunt onverzekerd.nl. Met die melding krijgt de zorgverlener geld en kan de lokale GGD maatschappelijke hulp en adres bieden aan de dak- en thuisloze (14).

[QUOTE]

‘Dakloos worden doe je thuis. [...] Preventie van dak- en thuislozen is vooral het verzorgen van onverzorgde en alleenstaande mannen. [...] Bij onze pogingen om zwakke mensen in onze samenleving te ondersteunen stranden we als huisartsen vaak op het feit dat psychiatrische en verslavingsinstellingen niet thuis geven omdat er geen hulpvraag is van de patiënt.’ (Huisarts Marcel Slockers in bespreking proefschrift Igor van Laere)

[EINDE QUOTE]

Rol van de huisarts en POH in preventie en zorg

“Kunt u rondkomen?” Die vraag zou de huisarts of POH vaker moeten stellen. Zij kunnen een belangrijke rol spelen in het voorkomen van huisuitzettingen (15,16), in het vroegtijdig signaleren van schuldenproblematiek en in het organiseren van passende zorg en begeleiding van dak- en thuislozen. Vaak is de huisarts de enige hulpverlener met wie kwetsbare groepen gemakkelijk contact leggen. Een contact over een somatische klacht geeft de huisarts of POH vaak een ingang om naast middelengebruik en psychische klachten ook de financiële ongezondheid te bespreken (zie ook hoofdstuk 6 over armoede en financiële stress).

Samenwerking.

De kwetsbaarheid op meerdere levensgebieden betekent dat alleen een integrale aanpak effectief kan zijn, waarbij rekening gehouden wordt met andere dan alleen de medische problemen. Dit vereist intensieve samenwerking van de medische sector met de zorgvangnetteams van de GGD afdeling OGGZ, met sociale wijkteams, verslavingszorg, ggz en medewerkers van de maatschappelijke

opvang. Vooral de verpleegkundigen binnen de maatschappelijke opvang hebben een kerntaak bij het signaleren en delen van problemen.

Straatdokters.

Om dak- en thuislozen te bereiken, moet de medische zorg daarnaast laagdrempelig en outreachend zijn. In enkele steden in Nederland hebben (huis)artsen straatdokterpraktijken opgezet, die op deze wijze zorg verlenen, vaak door spreekuur te houden op locaties waar veel dak- en thuislozen komen (18). Deze praktijken hebben zich landelijk verenigd in de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG), om specifieke kennis en ervaring te delen (19), zie www.straadokter.nl.

[KADER 2]

Pijnbestrijding en sedatie bij opiaatafhankelijke daklozen

De pijnbeleving bij bijvoorbeeld methadongebruikers is anders. Een huisarts/straatdokter doet er goed aan extreem terughoudend te zijn met het voorschrijven van kalmeringsmiddelen. Ook het voorschrijven van methadon moet in handen blijven van verslavingsartsen ter preventie van ongewilde overdoseringen of pillenhandel. Indien harddruggebruikers een indicatie voor palliatieve sedatie hebben, blijkt de sedatie extreem moeilijk te bereiken als gevolg van gewenning van receptoren door tranquilizers en slaapmedicatie. Advies van ervaren straatdokters en pijnspecialisten is dan nodig (20,21).

[KADER 3]

Gemeentelijke politiek

Een goede relatie tussen huisarts - POH/straatdokter –verpleegkundige en gemeentelijke beleidsmakers (bijvoorbeeld de wethouder voor zorg) is van belang. Straatdokters – verpleegkundigen kunnen politici bewust maken van de beperkingen en kwetsbaarheid van dak- en thuisloze mensen, en hun belemmeringen voor een adequaat gebruik van opvang en zorg. Het is de taak van de politiek om voldoende en passende opvang en sociale ondersteuning te bieden en toegang tot medische zorg te faciliteren. Zo zagen we het belang van het optrekken van straatdokters en beleidsmakers bij de doelgerichte aanpak van de COVID-19 epidemie bij het organiseren van consultatie, quarantaine en vaccineren van de doelgroep.[24] (zie interviews met straatdokters, rapportages en richtlijnen op straatdokter.nl)

Zorg aan onverzekerden(14)

Er zijn 2 soorten onverzekerde personen: verzekerbare onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen (zie hoofdstuk 11 migratie, paragraaf ongedocumenteerde migranten)

Zorg voor verzekerbare onverzekerden(22)

Verzekerbare onverzekerden zijn Nederlanders en EU-ingezetenen, zoals arbeidsmigranten, die in Nederland verblijven. Wie geen adres heeft, kan geen verzekering krijgen. Maar er bestaat wel een subsidieregeling voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Om hiervoor in aanmerking te komen moet de zorgverlener binnen 1 week de onverzekerde aanmelden bij het landelijke Meldpunt Onverzekerden Zorg van de GGD via www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl. Vervolgens biedt de regionale GGD verdere hulp aan de onverzekerde. Via het meldpunt krijgt de zorgverlener een melding waarmee hij of zij een declaratie kan indienen bij het CAK, een instantie die wettelijke, administratieve taken uitvoert in opdracht van het ministerie van VWS. (Verwijzing Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden: www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regelingonverzekerden)

Zorg voor onverzekerbare vreemdelingen:

Voor medisch noodzakelijke zorg aan illegale niet-EU-ingezetenen, kan de zorgverlener via het CAK een beroep doen op de regeling voor onverzekerbare vreemdelingen.(verwijzing Regeling voor onverzekerbare vreemdelingen. www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen - zie ook hoofdstuk 11)

In de praktijk

Organisatie van de zorg voor dakloze patiënten

- Wees gastvrij, onbevooroordeeld en nieuwsgierig naar de reis van uw patiënt.
- Werk samen met verpleegkundigen van de GGD of maatschappelijke opvang.
- Zorg voor korte lijnen voor overleg en verwijzing naar collega artsen voor hulp bij problemen door verstandelijk gehandicapten, verslaving, psychiatrie en stapeling van kwalen door ouderdom.
- Wees flexibel. De omstandigheden en problemen van dak- en thuisloze mensen beperken het plannen en afspraken nakomen. Inloospreekuur zonder afspraak, bij voorkeur op locatie waar dakloze mensen veel komen, verlaagt de drempel tot zorg.
- Maak vrienden. Onderhoud goede relaties met gemeentelijke beleidsmakers om hen bewust te maken van de kwetsbaarheid en gezondheidsproblemen van dak- en thuisloze mensen (zie het kader Gemeentelijke politiek).
- Meldt onverzekerde dak- en thuisloze mensen bij meldpuntonverzekerd.nl om te zorgen dat ze hulp krijgen van de lokale GGD en betaling voor zorg gerealiseerd wordt

- Vertrouw op uw intuïtie. Als u huisarts/straatdokter bent, houd dan in contact met de doelgroep signalen in het oog die kunnen wijzen op een opkomende epidemie van tuberculose, scabiës, klierluis of andere besmettelijke ziekten (covid-19), of gevaren die de volksgezondheid bedreigen, vanuit gedrag en/of middelgebruik. Weet met wie u uw niet-pluis-gevoelens kunt delen.

Preventie

Wie zijn uw kwetsbare patiënten? Probeer zicht te krijgen op de sociaal kwetsbare patiënten in uw praktijk die een hoog risico lopen op dakloosheid: denk aan volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of autisme bij wie de huisgenoot (bijvoorbeeld een ouder) overlijdt (en deze personen niet vermeld staan op het huurcontract); mannen met verslavingsproblematiek die gaan scheiden; migranten zonder verblijfsvergunning, en chronisch psychiatrische patiënten. Vraag naar schulden en schakel zo nodig het sociale wijkteam in om met de woningbouwvereniging en het vangnetteam van de GGD een oplossing te zoeken.

Diagnostiek/screening bij dakloze patiënten

- Denk bij alcohol problemen aan suppletie van vitaminen.
- Denk bij (ex)cocaïne-rokers aan een cracklong (COPD-achtig beeld).
- Denk bij (ex)sputters aan hepatitis B/C en HIV.
- Denk bij alle dak- en thuisloze mensen aan de mogelijkheid dat deze een verstandelijke beperking kunnen hebben; test zo nodig hierop met behulp van de SCIL-test . Beide zijn op internet te bestellen: www.hasi.com.au (HASI) en www.hogrefe.nl/tests-vragenlijsten/producten-single/screener-lvb.html (SCIL). Indien er aanwijzingen zijn voor een verstandelijke beperking, organiseer een consult bij een arts voor verstandelijk gehandicapten (zie voor adressen www.nvavg.nl).

Beleid

Medicamenteus beleid

- Voorschrijven: de patiënt moet medicatie kunnen verkrijgen (dus zonder bijbetaling), volgens voorschrift kunnen innemen (dus liever 1 dd dan 3 dd); en makkelijk kunnen vervoeren en bewaren (dus niet iets dat in de koelkast bewaard moet worden).
- Benzodiazepinen: Wees uiterst terughoudend in het voorschrijven van sedativa en overleg altijd met behandelaars in de verslavingszorg en/of ggz voordat u psychofarmaca voorschrijft. Vraag voor het begeleiden van alcoholontwenning met benzodiazepinen hulp van een verslavingsarts.

- Verstrekking: Laat de apotheek voor korte perioden, bijvoorbeeld in een weekverstrekking de medicatie verstrekken (in verband met verlies, diefstal en handel).
- Zwarte markt: Realiseer u dat naast methadon en benzodiazepinen, ook methylfenidaat (Ritalin) straatwaarde heeft. Ritalin tabletten worden fijngemaakt en gesnoven.
- Pijnbestrijding: Effectieve pijnstilling bij bijvoorbeeld maligniteiten is moeilijker te bereiken bij (ex)middelengebruikers; neem in dit geval contact op met ervaren straatdokters en pijnspecialisten voor overleg. (via straatdokter.nl)

Voorlichting en ondersteuning zelfmanagement

Vergeet niet uw ook dakloze patiënten voorlichting en ondersteuning bij zelfmanagement te bieden, inclusief een aanbod om te ondersteunen bij stoppen met roken. Dat wordt vaker op prijs gesteld dan u wellicht verwacht.

[QUOTE]

“Een man uit de daklozenopvang kwam bij mij met een flinke exacerbatie van zijn COPD. Ik gaf hem antibiotica en prednison en hoogde de inhalers op. Daarna sloot ik het consult af. De man stond op en zei, aarzelend en heel verbaasd, : “Is het dan okay dat ik doorga met roken? Ik dacht eigenlijk dat u wel zou zeggen dat ik moet stoppen.” Na erkenning van mijn grote vergissing om hem dit niet te vragen, en een gesprek over wat hem zou helpen om te stoppen, heeft hij ondersteuning op maat gekregen en is gestopt met roken!!”

Bron: eigen ervaring Maria van den Muijsenbergh, huisarts/straatdokter Nijmegen

[EINDE QUOTE]

Verwijzing en samenwerking

- De behandeling van wonden door gebrekkige hygiëne en loopvoeten vraagt om verpleegkundige zorg en behandeling, eventueel medicamenteus ondersteund: zorg voor goede samenwerking met een ervaren verpleegkundige en liefst een pedicure. Bij veel patiënten met loopvoeten kan een podotherapeut/pedicure veel goed doen door het aanpassen van schoeisel en het behandelen van (soms jaren) onverzorgde nagels; de meeste patiënten zijn hiervoor evenwel niet verzekerd.
- Voor een effectieve verwijzing naar het ziekenhuis, de verslavingszorg of de ggz is een warme overdacht belangrijk. Daarmee wordt bedoeld dat de huisarts of POH zelf belt met de zorgverlener naar wie verwezen wordt. Het levert winst op voor de dakloze patiënt, specialist en maatschappelijke opvang als verpleegkundig geschoolde medewerkers meegaan naar de

afpraak. Begeleiding kan bijdragen aan het voorkomen van teleurstellingen, en ervoor zorgen dat de dakloze patiënt zich begrepen voelt en advies krijgt dat toegespitst is op zijn leefwereld.

- Pleit bij opvanglocaties voor een 'bed op recept' (ziekenboek), ook bij triviale aandoeningen als diarree of luchtweginfecties. Vaak is de maatschappelijke opvang overdag dicht; diarree- en incontinentieklachten zijn dan lastig in de hand te houden. Ook andere infecties worden snel erger als er geen rust gehouden kan worden.

Achtergrondinformatie en tips voor verdieping

Nuttige Links

- www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden, geraadpleegd op 18 mei 2021
- www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen, geraadpleegd op 18 mei 2021
- www.codag4.nl – Website Coda-G4-project
- www.straadokter.nl Nederlandse Straatdokers Groep
- www.eo.nl/archief/tv/destraatdokter – Televisieserie (EO) De straatdokter
- www.medischcontact.nl/Opinie/Blogs/Marcel-Slockers.htm – Blogs Marcel Slockers in Medisch Contact

Referenties

1. Stijging van het aantal daklozen tot stilstand gekomen. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/13/stijging-van-het-aantal-daklozen-tot-stilstand-gekomen, geraadpleegd op 16 juni 2021
2. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CT, Looman CW, van Beeck EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS One*. 2013 Oct 2;8:e73979. doi:10.1371/journal.pone.0073979. Medline
3. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391:241-50. doi:10.1016/S0140-6736(17)31869-X. Medline
4. Slockers MT, van der Gevel AR, van Laere IRA, Slockers CG, van Marlen-Bos C, Mackenbach JP, van Beeck EF. Rotterdamse daklozen met een zorgvraag. Gegevens van het straatdokersspreekuur in de periode 2006-2017. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2020;164:D4656.
5. Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS One*. 2014;9:e86112. doi:10.1371/journal.pone.0086112. Medline

6. Reifenschweiler N, Wolf J, Muijsenbergh M van den. Suspected intellectual disability among homeless people in Nijmegen. What is the prevalence? Nijmegen: Radboudumc, Department of Primary and Community Care; 2016.
7. Kaal H, Nijman H, Moonen X. SCIL. Voor volwassenen (SCIL 18+) en jongeren van 14 tot en met 17 jaar (SCIL 14-17). Handleiding. Amsterdam: Hogrefe; 2015.
8. Hayes SC. Hayes Ability Screening Index (HASI) manual. Behavioural sciences in medicine. Sydney: Hayes; 2002.
9. 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(12):e225.
10. Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Dissertatie Universiteit van Amsterdam; 2009.
11. Slockers M, van Laere I, van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts Wet 2017;60(7):360-2
12. 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;384:1529-1540.
13. Slockers M, Laere I van, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D214.
14. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.
www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden, geraadpleegd op 18 mei 2021
15. Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Dissertatie Universiteit van Amsterdam; 2009.
16. Van Laere I, Slockers M, Van den Muijsenbergh M. Huisarts kan dakloosheid voorkomen. Huisarts Wet 2017;60(7):363-5.
17. Laere I van. 'Loopvoeten' bij zwervers. Ned Tijdschr Geneesk. 1997;141:2481-2484.
18. **Laere** I van, Muijsenbergh M van der, Smit R, Slockers M. *Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Straatdokter bepleiten landelijk beleid.* Medisch Contact 2015; 70(8): 340-43.
19. **Laere** I van, Smit R, Muijsenbergh M van den. *Sociaal medische zorg aan dakloze mensen in Nederland: handreiking voor implementatie van bouwstenen in de praktijk.* Doctors for Homeless Foundation/Nederlandse Straatdokter Groep, Radboudumc, 2021.
20. Slockers M, Baar F, Breejen P den, Slockers C, Geijteman E, Rietjens J. Palliatieve zorg voor een dakloze. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A9287.
21. Verheul M, **Laere** I van, Genugten W van, Muijsenbergh M van den. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands : the need for pro-active

integrated care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 2020; 29(1):21–40. DOI:
<http://doi.org/10.18352/jsi.610>

22. Regeling voor onverzekerbare vreemdelingen.

www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen, geraadpleegd op 18 mei 2021

23. Slockers S, Zwerven door de zorg. *Blog. Med Contact*. 2015 18 juni;

24. Laere I van, van Loenen T, Mennis E, Hobus M, Kloosterman M, Arts M, de Vries M, de Vet R, Wolf J, van den Muijsenbergh M. *COVID-19 en dakloosheid in Nederland De impact van Covid-19 op dakloze mensen en op de zorg en opvang voor dakloze mensen in Nederland gedurende de eerste golf in 2020*. Nederlandse Straatdokers Groep/Radboudumc Nijmegen, november 2020.