

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Zorg voor dak- en thuislozen

Marcel T. Slockers, Malou van Hintum en Rob van Valderen-Antonissen

Dames en Heren,

De 40.000 dak- en thuislozen in Nederland worden niet zelden beschouwd als irritante overlastgevers (zie 'Aantal daklozen' en 'Het verschil tussen dak- en thuislozen'). Dakloos-zijn is immers een kwestie van eigen schuld, dikke bult, denkt men. In werkelijkheid zijn daklozen patiënten die kampen met complexe medische en psychische problemen waarvan de oorzaak multifactorieel is.^{1,2} Daklozen hebben een veel slechtere gezondheid en leven 14-16 jaar korter dan de algemene bevolking. Ook kampen ze vaker met jeugdtrauma's en schulden, zijn ze – met name vrouwen – vaker slachtoffer van geweld en verblijven ze vaker in een ongezonde en sociaal onveilige omgeving.³ Bovendien heeft 29% een licht verstandelijke beperking.⁴ Aan de hand van 3 casussen laten wij zien hoe complex en veelkleurig de problematiek van daklozen is, hoe verschillend hun biografie kan zijn, en op welke manier artsen samen met collega's en niet-medici de zorg voor daklozen succesvol kunnen aanpakken.

Patiënte A, een 56-jarige zwakbegaafde vrouw, was verschillende periodes in haar leven dak- of thuisloos. Ze kampt met ernstige COPD en hypertensie en maakte een hartinfarct en een TIA door. Ze heeft last van migraine en vergeetachtigheid en wordt periodiek geplaagd door angstaanjagende hallucinaties. Vanwege deze aandoeningen gebruikt ze een waaier aan medicijnen. Op haar 15e liep zij weg van huis. Sindsdien werd haar leven getekend door ernstig alcohol- en cocaïnemisbruik met regelmatige terugvallen, huiselijk geweld, mishandeling en (seksueel) geweld. Verschillende periodes leefde zij op straat. Zo kwam zij op straat te staan na een woningbrand, moest zij haar huis uit toen criminelen wiet teelden in haar woning en ontvluchtte zij nog eens haar thuissituatie vanwege huiselijk geweld.

Momenteel woont ze in een achterstandswijk en maakt ze gebruik van de voedselbank. Ze heeft schulden, staat onder bewind en heeft een persoonsgebonden budget voor wekelijkse begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke opvang (WMO).

Patiënt B, een 69-jarige man van mediterrane afkomst, sliep bij een kennis op de bank, maar toen de kennis overleed, raakte hij zijn slaapplek kwijt. Hij had geen contact meer met familieleden. Omdat hij geen woonadres had, was hij onverzekerd. In de voorgeschiedenis had hij tuberculose, reumatoïde artritis en alcoholmisbruik.

Vanwege de extreem stinkende wonden aan zijn voeten kon hij niet in een beschermde woonvorm blijven. Hij kwam terecht op de verpleegafdeling van CVD Havenzicht, een opvanghuis voor dak- en thuislozen.

De wonden bleken een uiting te zijn van kaposissarcoom aan de beide benen. Het kaposissarcoom was niet veroorzaakt door hiv, maar – zoals wel vaker voorkomt bij mensen van mediterrane afkomst – ontstaan door een combinatie van extreme ondervoeding, verwaarlozing en alcoholmisbruik. Patiënt had pre-existent een laag-normale intelligentie. Door het alcoholmisbruik en een mogelijke amyloïdangiopathie was zijn brein beschadigd. Daarnaast had hij het beeld van een vasculaire dementie. Vanwege het kaposissarcoom behandelden wij patiënt herhaaldelijk met chemotherapie, met wisselend succes.

Momenteel drinkt hij geen alcohol meer en functioneert op dementieel niveau op een verpleegafdeling waar veel structuur wordt aangeboden.

Patiënt C, een 40-jarige man, kreeg 4 jaar geleden migraine en negatieve gedragsveranderingen. Hij liet zijn werk versloffen, betaalde zijn rekeningen niet meer, kon ineens kwaad worden, vertelde leugens en vertoonde manipulatief gedrag. Uiteindelijk verloor hij zijn baan en werd hij vanwege huurschuld zijn huis uitgezet. Patiënt kreeg neurologische uitval van ledematen en verloor het besef van tijd. Na een epileptische aanval buitenshuis werd hij naar de Spoedeisende Hulp gebracht. Een CT-scan van de hersenen liet een hersentumor zien.

Omdat hij inmiddels was uitgeschreven bij de gemeente, was hij niet meer verzekerd en kreeg hij geen uitkering. Bij gebrek aan een verblijfplaats kwam patiënt op de verpleegafdeling van CVD Havenzicht.

Hij werd succesvol geopereerd. Daarna werd hij, na een vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis, psychotisch. Hij werd met paranoïde wanen opgenomen op de gesloten afdeling van een PAAZ, deed een zelfmoordpoging, en ontwikkelde posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Zijn revalidatie vanuit CVD Havenzicht verliep voorspoedig en de PTSS-klachten verdwenen. Inmiddels werkt hij weer fulltime als manager in de bouw- en vastgoedsector.

Beschouwing

Deze 3 casussen laten zien dat onder het label 'dakloze' een heel scala van somatische, psychische en sociale problemen schuilgaat. Wie deze problemen goed in kaart kan brengen, kan ook goede hulp bieden. Dat begint bij goed luisteren en uitvragen, wat natuurlijk geldt voor elke patiënt. Maar deze patiënten hebben meer én complexere problemen dan de gemiddelde patiënt en hebben daardoor extra moeite om hun verhaal goed over het voetlicht te brengen.

Het is cruciaal om iemands biografie te kennen. Patiënt C is hier een goed voorbeeld van. Gezien zijn geschiedenis – hij had een succesvolle carrière en nooit sociale of medische problemen van betekenis – waren zijn gedragsveranderingen in feite onbegrijpelijk. Pas toen na een epileptische aanval zijn hersentumor letterlijk in beeld kwam, werd de oorzaak van zijn gedrag duidelijk. Dat hij vervolgens, na ontslag uit het ziekenhuis, opnieuw paranoïde wanen ontwikkelde onderstreept de, vaak slecht onderkende, samenhang tussen somatische en psychische aandoeningen, alsook het belang van goede medische zorg om psychische problematiek te voorkomen.

Hoewel de casussen zeer uiteenlopend zijn, is het mogelijk om een paar algemene lessen te trekken uit de geschiedenissen van deze 3 patiënten.

Veelvoorkomende signalen

Trauma

Onder de dak- en thuislozen zijn vrouwen het kwetsbaarst. Dakloze vrouwen leven aanzienlijk korter dan mannen en overlijden vaker door suïcide of moord.⁵ Het is daarom belangrijk om speciaal bij vrouwen alert te zijn op eerder opgelopen trauma's, zowel psychisch als lichamelijk, en op seksueel misbruik en (partnergerelateerde) mishandeling. Wie deze traumatische ervaringen kent, begrijpt het gedrag en de reacties van de patiënt beter. Daardoor is het mogelijk empathischer te luisteren en ontstaat beter zicht op wat deze specifieke patiënt kan helpen.

De combinatie van dakloos en vrouw zijn en het hebben van een verstandelijke beperking, zoals patiënt A, geeft een hoog risico op traumatisering, depressie en psychose. Anders gezegd: de combinatie van deze biologische en sociale kenmerken verhoogt het risico op diverse medische en psychische problemen, die vaak niet succesvol zijn te behandelen met pillen alleen. Voor een arts die somatische problemen wil aanpakken mag een medicamenteuze behandeling een logische eerste keuze zijn, toch helpt het vaak beter om een stabiele, rustige omgeving te bieden dan de problemen te medicaliseren. Het is daarom altijd belangrijk om verder te kijken dan de somatische problemen en een evenwicht te zoeken tussen de medische, sociale en psychologische behandeling van de patiënt. Daardoor wordt het mogelijk om, in samenwerking met andere hulpverleners, een behandeling op maat te bieden.

Middelenmisbruik

Middelenmisbruik heeft lichamelijke en mentale gevolgen en hetzelfde geldt voor het afkickproces. Medicatie en ondersteuning door een psycholoog of psychiater kunnen helpen, maar geven uiteindelijk maar kortdurend verlichting van de klachten. Om terugval te voorkomen, is het nodig om de mogelijke oorzaken van het middelenmisbruik te achterhalen, zoals schulden, werkloosheid, eenzaamheid, een ontwrichtende scheiding of afwijkend gedrag.

Een integrale aanpak van deze problemen waarbij één hulpverlener het overzicht houdt, brengt een duurzame oplossing van de onderliggende problemen dicht bij dan een patiënt van het ene naar het andere specialistische loket doorschuiven. Juist multifactoriële problemen vragen om netwerkgeneskunde, waarbij de samenwerking met de huisarts en het sociale wijkteam het verschil kan maken.

Verstandelijke beperking

Omdat daklozen vaak streetwise overkomen, wordt een verstandelijke beperking bij hen snel over het hoofd gezien, zowel door artsen in de somatische geneeskunde als in de ggz. Daklozen met een verstandelijke beperking overschreeuwen zichzelf vaak, waardoor hun cognitieve en mentale mogelijkheden vaak worden overschat. Ook zijn mensen met een licht verstandelijke beperking goed in staat om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Om te weten of hun antwoorden juist zijn, moet je niet vragen óf een handeling heeft plaatsgevonden, zoals eten, medicatie innemen of zichzelf wassen, maar hóe dit is gebeurd. Hoe concreter, hoe beter. Op deze manier kun je als hulpverlener jezelf een beeld vormen van de reële hindernissen waar de patiënt tegenaan loopt. Zo kun je beter bedenken wat je zelf kan bijdragen aan de optimale zorg en hulp voor deze specifieke patiënt, en waarvoor je anderen moet inschakelen.

Realiseer je ook dat mensen met een lichte verstandelijke beperking slechter kunnen omgaan met verleidingen en stress en gevoeliger zijn voor manipulatie, waardoor ze een gemakkelijk doelwit vormen voor criminelen en gemakkelijker slachtoffer worden van (huiselijk) geweld. Ze raken sneller in de problemen en komen daar op eigen kracht moeilijk of niet uit, omdat ze slecht zijn opgewassen tegen de sterke invloed van hun omgeving. Ze zijn niet onwillig, maar onmachtig. Daar komt bij dat ze meestal nog moeilijker afscheid kunnen nemen van hun sociale omgeving dan dak- en thuislozen zonder verstandelijke beperking, omdat ze geen andere contacten hebben. Het risico dat de patiënt terugvalt in zijn oude gedrag is daarom niet alleen afhankelijk van de persoon, maar ook van de omgeving.

Deze problemen kan geen enkele arts in zijn of haar eentje te lijf. Ook hier geldt daarom dat samenwerking met hulpverleners binnen én buiten de geneeskunde meer gezondheidswinst oplevert dan specialistische hokjeshulp.

Noodzakelijke voorzieningen

Zorg aan onverzekerden

Veel daklozen zijn onverzekerd doordat iemand zonder adres uit de verzekering wordt gezet, ook al betaalt diegene premie via werk of een maandelijks bedrag.^{6,7} Patiënt C liep daar ook tegenaan. Doordat de neurochirurg die hem zou opereren een brief schreef die de betreffende instanties serieus namen, lukte het uiteindelijk om een verzekering te krijgen. Die was weliswaar niet nodig om de operatie te kunnen ondergaan, maar wel om de noodzakelijke nazorg te krijgen.

In 2020 meldden zorgverleners 22.000 keer dat zij medische zorg leverden aan een onverzekerde (<https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl>). Zo'n melding is noodzakelijk voor de financiering van deze zorg en maakt het mogelijk dat de lokale GGD stappen kan zetten om de patiënt weer een woonadres en een zorgverzekering te geven (zie 'Zorg aan onverzekerden').⁸ Een onverzekerde helpen zonder een dergelijke melding te doen, is contraproductief.

Verpleegbedden voor daklozen

Patiënten B en C hadden voor hun herstel een verpleegbed nodig in een opvang met een afdeling voor intensieve daklozenzorg, juist omdat ze met meerdere problemen kampten. Daar kon patiënt C zorg krijgen rondom een operatie en patiënt B herstellen van ernstig ondergewicht en afstand nemen van een verslaving. Tegelijkertijd kregen zij er een dagritme, bouwden zij vertrouwen op in mensen, kregen ze een nieuw identiteitsbewijs en een nieuwe DigiD, en werden zij aan een woonadres, inkomen en een verzekering geholpen. Op de verpleegafdeling van een daklozenopvang kunnen daklozen een combinatie van verschillende vormen van intensieve zorg krijgen. In gemeentes waar geen verpleegafdeling is, is er vaak wel een afdeling Vangnet en Advies van de GGD om mee samen te werken.

Maatschappelijke ondersteuning

Patiënt A is momenteel niet dakloos. Iemand die een periode in zijn of haar leven dakloos is geweest wordt in de regel vaker dakloos. De inzet van wekelijkse begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) is essentieel om dat te voorkomen. Ook bewindvoering, verslavingszorg en een wijkteam zijn essentieel om te voorkomen dat deze mensen opnieuw dakloos worden. De aanpak van dakloosheid is recentelijk beschreven door het ministerie van VWS (zie 'Een (t)huis, een toekomst').

Dames en Heren,

Een dakloze patiënt is voor elke arts een complexe puzzel waarvan sommige stukjes ontbreken en andere niet onmiddellijk herkenbaar zijn. Het is daarom een grote uitdaging om creatief te zijn en dat geldt niet alleen voor straatdokters.⁹ Geen enkele arts hoeft multifactoriële problemen alleen op te lossen; dat kan ook helemaal niet. Maar elke arts kan zoeken naar partners met wie hij of zij kan samenwerken om zo de neerwaartse spiraal van elkaar versterkende gezondheidsproblemen te doorbreken. Alle artsen moeten de samenwerking met andere zorgverleners aangaan, interventies en medicatie onderling afstemmen, en bij de regievoering zo goed mogelijk rekening houden met het rommelige leven van deze patiënten.¹⁰ Geen hokjeshulp, maar netwerkgeneeskunde. Straatdokters zijn dokters die een netwerk vormen met straatverpleegkundigen in de maatschappelijke opvang, de gemeente en de GGD. Na een ziekenhuisopname kan via een transferverpleegkundige de nazorg worden geleverd door een straatdokter in een daklozenopvang met verpleegbedden.

Vroeger gingen artsen de barricaden op voor een goede riolering om de gezondheid van de armsten in de samenleving te bevorderen. Vandaag kunnen wij als dokters ons inzetten voor vermindering en vereenvoudiging van bureaucratische regels, zodat ook daklozen kunnen profiteren van het recht op verzekering, huisvesting en zorg. Zo kunnen we er samen voor zorgen dat regelgeving de gezondheid van daklozen ondersteunt en bevordert, in plaats van ondermijnt.

- CVD Havenzicht, Rotterdam: drs. M.T. Slockers, huisarts-straatdokter (tevens: Gezondheidscentrum DWL-de Esch, Rotterdam). Leiden: drs. M.A.T. van Hintum, zelfstandig wetenschapsjournalist. Huisartsenpraktijk Binnenstad Tilburg: drs. R. van Valderen-Antonissen, huisarts-straatdokter.
- Contact: M.T. Slockers (marcelslockers@gmail.com)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 10 maart 2021
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5732

Literatuur

1. 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X). Medline
2. 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.
3. 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](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073979). Medline
4. 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](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086112). Medline
5. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, van Beeck EF. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? Eur J Public Health. 2018;28:248-52. [doi:10.1093/eurpub/cky002](https://doi.org/10.1093/eurpub/cky002). Medline
6. Slockers MT, van Laere IRAL, Smit RB. [Straatdokers slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen](#). Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D214
7. Slockers M, van Laere I, van Dijk T, Zia Z. [Geef onverzekerde daklozen de zorg waar ze recht op hebben](#). Med Contact. 21 augustus 2019.
8. Meldpunt Onverzekerden Zorg, www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl, geraadpleegd op 18 mei 2021.
9. www.straatsdokter.nl, geraadpleegd op 16 juni 2021.
10. Van Laere I, Smit R, van den Muijsenbergh M. [Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland](#). Nijmegen: Nederlandse Straatdokers Groep; 2018.
11. 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
12. Kinderpostzegelactie in het teken van kinderen in opvang. www.huiselijkgeweld.nl/actueel/nieuws/2019/09/25/kinderpostzegelactie-in-teken-van-kinderen-in-opvang, geraadpleegd op 18 mei 2021.
13. [Feiten en cijfers dak- en thuisloze jongeren in Nederland](#). Utrecht: Movisie; 2020.
14. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden, geraadpleegd op 18 mei 2021.
15. Regeling voor onverzekerbare vreemdelingen. www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen, geraadpleegd op 18 mei 2021.
16. [Kamerbrief over Een \(t\)huis, een toekomst, De aanpak van dak- en thuisloosheid](#). Den Haag: ministerie van VWS; 2020.

Kernpunten

- Zorgprofessionals herkennen een licht verstandelijke beperking bij daklozen vaak niet.
- Dakloosheid is vaak een symptoom van verslaving, somatische ziekte of psychische aandoening.
- Vrouwelijke daklozen zijn extra kwetsbaar.
- Het mijden van zorg door daklozen is geen keuze, maar een gevolg van een verslaving of psychische ziekte.
- Veel daklozen zijn onverzekerd doordat mensen zonder woonadres geen verzekering kunnen afsluiten. Dat geldt óók als ze wel premie betalen.
- Wanneer een medische instelling zorg levert aan een onverzekerde moet dat worden gemeld bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg (www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl) voor de financiering van deze zorg; langs deze weg kan de dakloze via de GGD ook aan een woonadres en een zorgverzekering worden geholpen.
- Ken de sociale kaart in jouw regio of vraag anders advies aan de afdeling Vangnet en Advies van de GGD of de straatdokter (www.straatsdokter.nl).

Info

Aantal daklozen

De recentste, voorlopige cijfers van het CBS over daklozen in Nederland, gaan over het jaar 2020.¹¹ Deze getallen hebben betrekking op daklozen van 18-65 jaar, wat niet betekent dat er geen daklozen zijn die jonger of ouder zijn. Zo verbleven er in 2019 ruim 8500 kinderen in daklozen- en vrouwenopvangcentra.¹²

Op 1 januari 2020 waren er in Nederland ruim 36.000 daklozen, 3.000 minder dan tijdens de piek in 2018. Van hen is 84% man. Ruim een derde (36%) van alle daklozen verblijft in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht. Het aandeel daklozen met een niet-westerse migratieachtergrond is tussen 2009 en 2020 bijna verdriedubbeld: van 6,5 duizend naar 18,3 duizend.

Er zijn nu 8,5 duizend dak- en thuislozen tussen 18 en 27 jaar oud, ruim 2000 minder dan in 2016. Het aantal daklozen tussen 27 en 65 jaar is tussen 2016 en 2020 juist gegroeid: van 19,8 duizend naar 27,9 duizend.

Uitleg

Het verschil tussen dak- en thuislozen

Dak- en thuislozen zijn mensen zonder een vaste verblijfplaats.

Daklozen slapen in de open lucht, in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsenstallingen, stations en winkelcentra, of op een boot of in een auto. Ook mensen die in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang of in de eendaagse noodopvang verblijven, gelden als dakloos.

Thuislozen verblijven op niet-structurele basis bij vrienden, kennissen of familie. Thuislozen die wel ergens kunnen slapen maar zich niet op dat adres kunnen inschrijven, worden ook wel bankslapers genoemd.

Info

Zorg aan onverzekerden

Er zijn 2 soorten onverzekerden: verzekerbare onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen.

Zorg voor verzekerbare onverzekerden

Verzekerbare onverzekerden zijn 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.¹⁴ 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.

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.¹⁵

Info

Een (t)huis, een toekomst

Het ministerie van VWS presenteerde in juni 2020 het beleidsplan *Een (t)huis, een toekomst* met als doel om dakloosheid aan te pakken.¹⁵ Dat bevatte de volgende elementen:

Preventie

Alle gemeenten hebben een beleid voor de preventie en vroegtijdige signalering van schulden om huisuitzettingen te voorkomen. Alle gemeenten zetten in op de preventie van dak- en thuisloosheid, bijvoorbeeld door toewijzing van een mentor (buddy) of ervaringsdeskundige.

Alle gemeenten voorkomen dat mensen dak- of thuisloos worden na uitstroom uit een jeugdzorg- of ggz-instelling of na detentie.

Vernieuwing van de opvang

Alle gemeenten zorgen ervoor dat dak- en thuislozen vanuit een opvang uitstromen naar een passende woonplek. Er wordt standaard gewerkt met een op de cliënt afgestemd perspectiefplan op alle levensgebieden (met dagbesteding en werk). Er is hierbij adequate schuldhelpverlening beschikbaar en de continuïteit in de begeleiding na uitstroom is gegarandeerd.

Alle regio's zorgen voor een kwalitatief goede en kleinschalige maatschappelijke opvang; er wordt geïnvesteerd in één- of tweepersoonskamers in plaats van slaapzalen.

De ambitie is om eind 2021 circa 10.000 extra tijdelijke of permanente woonplekken te realiseren met de benodigde ambulante begeleiding voor dak- en thuisloze mensen.

Patiëntverhaal

Het leven van meneer B

Door: Malou van Hintum, zelfstandig wetenschapsjournalist.

Meneer B is een 70-jarige, kleine en magere man. Hij draagt een grote bril en heeft een vriendelijke, rustige stem. B kijkt terug op een bewogen leven. Op zijn 8ste liep hij weg van huis. Vervolgens moest hij naar een internaat. Hij maakte de MULO niet af en kwam zijn grote liefde tegen. Een jonge vrouw met een gymnasiumdiploma, met wie hij naar India vertrok. Daarna ging zij studeren. 'Ik ben toen op de universiteit gaan kijken. Want als het verschil zo groot blijft – zij gymnasium, ik alleen lagere school – verlies je elkaar.'

Hij deed een colloquium doctum en studeerde af in de Indische letterkunde. Met zijn vriendin begeleidde hij reizen naar Azië. 'We waren een goed stel.' Begin jaren tachtig kregen ze samen een dochter. Een poos later scheidden ze. 'Een heel chaotische tijd.'

In de jaren negentig gebruikte en dealde meneer B cocaïne, 'een periode lang'. 'Daarna moest ik vertrekken uit elk huurhuis dat ik kreeg. Terwijl mijn laatste politiecontact in 1996 was.' Hij ging bij zijn moeder wonen, maar kwam na haar overlijden in 2014 op straat te staan. Hij ging in onderhuur, op kamers of sliep bij gebruikers op de bank.

Zijn gezondheid kachelde achteruit. 'Ik had ongemerkt een hartinfarct gehad. Ik had 10% zicht in mijn ene oog, en krap 30% in het andere. Dat gaat langzaam, daar wen je aan. En als je gebruikt, word je onverschillig, je hebt maar één topprioriteit: cocaïne roken. Dat geldt ook voor het gebruikerswereldje waarin je zit. Die is hard, zonder vriendschap. En de buitenwereld is hard voor hen, want ze zijn drugsgebruikers. Ik kwam nooit bij een arts. Ik was geregistreerd als zorgmijder, maar zo zag ik mezelf niet.'

Meneer B kwam uiteindelijk in CVD Havenzicht terecht. 'Ik was dakloos, ziek, gebruikte, ik had geen uitkering en geen verzekering. Maar dankzij CVD Havenzicht werd ik toch in het ziekenhuis onderzocht.' Zijn hart functioneerde voor 37%, zijn BMI was 15. Hij bleef in CVD Havenzicht om aan te sterken.

Het zicht in zijn ene oog is na een operatie verbeterd: van -13,5 naar -2,5. De 10% zicht in zijn andere oog zal waarschijnlijk zo blijven.

Hij is nog steeds mager, maar niet meer vel over been. Meneer B is inmiddels doorgestroomd naar een begeleid-wonenproject voor ex-daklozen. 'Mijn dochter wil me graag zien, ik kan haar straks eindelijk in mijn eigen woning ontvangen. Er gebeurt veel in mijn vakgebied, dat hou ik nog altijd bij. Ik heb er zin in!'

Meneer B is geïnterviewd door Malou van Hintum en heeft toestemming gegeven voor publicatie. Zijn naam is om privacyredenen gefingeerd.

Meneer B komt niet voor in deze klinische les.