

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.

Rotterdamse daklozen met een zorgvraag

Gegevens van het straatdokersspreekuur in de periode 2006-2017

Marcel T. Slockers, Igor R.A. van Laere, Andrea R. van der Gevel, Christian G. Slockers, Chantal van Marlen-Bos, Johan P. Mackenbach en Ed F. van Beeck

Samenvatting

Doel

Beschrijven van de demografische en medische kenmerken en veranderingen van de zorgbehoeften van patiënten op de Rotterdamse straatdokersspreekuren.

Opzet

Retrospectief, observationeel onderzoek.

Methode

Gegevens waren afkomstig van geregistreerde straatdokersspreekuurcontacten in de periode 2006-2017 en van een Rotterdamse huisartsenpraktijk. De leeftijd, het geslacht en de International Classification of Primary Care (ICPC)-diagnosen van deze patiënten werden geanalyseerd voor 3 periodes van elk 4 jaar: 2006-2009, 2010-2013 en 2014-2017. Per periode werd het aantal unieke personen vastgelegd dat in die periode ten minste 1 keer op het straatdokersspreekuur was gekomen. De ICPC-diagnosen van daklozen uit 2014-2017 werden vergeleken met die van patiënten uit een Rotterdamse huisartsenpraktijk.

Resultaten

Bij de straatdokter vormden psychische aandoeningen het grootste aandeel in de geregistreerde aandoeningen bij daklozen, gevolgd door hart- en vaatziekten en endocriene problemen. In de straatdokterregistratie zagen we ziektebeelden die kenmerkend zijn voor daklozen en die extra zorg vragen, zoals drugs- en alcoholverslaving, hiv-infectie, COPD, tuberculose en hepatitis C. Het aandeel patiënten met een psychische aandoening of een fysiek trauma was hoger bij de straatdokers dan in een reguliere huisartsenpraktijk. Sinds 2006 namen de percentages vrouwen en ouderen toe in de straatdokterpopulatie. Er was een stijging in het aandeel patiënten bij wie een zorgepisode voor hart- en vaatziekten (met name hypertensie), een endocriene aandoening (met name diabetes mellitus en schildklierziekten) of een oncologische aandoening geregistreerd was.

Conclusie

Daklozen hebben een relatief grote behoefte aan zorg voor psychische problemen en traumata. Gezien de stijging van het aandeel daklozen met een chronische ziekte of risicofactoren daarvoor, lijkt het straatdokersspreekuur zich steeds meer in de richting van de reguliere zorg te bewegen. Extra zorg gericht op de klassieke ziektebeelden bij daklozen is echter nog steeds noodzakelijk.

Straatdokers zien op hun spreekuur daklozen die buiten of in een auto, schuur of bootje slapen.¹ De daklozen kunnen ook slapen in de nachtopvang van het CVD (dat staat voor 'Centrum voor dienstverlening') of het Leger des Heils. Daarnaast zijn er daklozen die wel een slaapplek, maar geen adres of zorgverzekering hebben. Deze mensen worden 'bankslapers' genoemd.

Sinds 2003 registreren de straatdokers in Rotterdam de contacten met patiënten op 6 spreekuurlocaties. In 2005, toen dit registratieproject nog in de beginperiode verkeerde, werden de bevindingen bij 250 daklozen gepubliceerd.² Klachten van het bewegingsapparaat, psychische klachten en longaandoeningen werden toen het meest gezien. In de periode 2009-2018 steeg het aantal daklozen in Nederland van circa 18.000 naar 39.000 personen.³ Ze hebben vaak een slechte gezondheid en een lage levensverwachting.^{2,4-7} Ze gaan 11-16 jaar eerder dood dan andere Nederlanders en sterven relatief vaak een niet-natuurlijke dood.^{7,8}

Sinds de straatdokers met hun spreekuren begonnen, is er veel veranderd. In de beginperiode waren de meeste patiënten verzekerd via het ziekenfonds. Door de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 hield het ziekenfonds op te bestaan, werd tandartsenzorg uit het verzekerde pakket gehaald en kwam er een verplicht eigen risico, dat aanvankelijk nog laag was. In de periode 2006-2010 werd een [plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang](#) voor 10.000 – in Rotterdam 3000 – daklozen geïmplementeerd. De daklozen kregen huisvesting, meer begeleiding – vooral psychiatrische begeleiding – en dagbesteding. In de

periode 2010-2013 werd het eigen risico extra verhoogd. In de periode 2014-2017 ten slotte werden mensen zonder adres uit de zorgverzekering gezet en verdwenen veel verzorgingshuizen. De illegalen die deze spreekuren bezoeken zijn evenmin verzekeraar, en er komen ook Europeanen naar het spreekuur die soms niet onder het Nederlands verzekeringsrecht vallen.

Vraagstelling

Voor een adequate organisatie van de medische zorg aan daklozen is inzicht nodig in de demografische en medische kenmerken van deze bevolkingsgroep. Straatdokters en verpleegkundigen bekommeren zich om de gezondheid van daklozen,⁹ maar er is nog weinig bekend over de bezoekers van hun spreekuren. Het is onbekend welke klachten, symptomen en aandoeningen de straatdokters zijn tegengekomen bij deze diverse patiëntenpopulatie en hoe deze zich hebben ontwikkeld in de loop der tijd.

Wij hebben daarom onderzoek gedaan aan de hand van de volgende vragen:

- (a) Wat waren de demografische en medische kenmerken van daklozen op Rotterdamse straatdokterspreekuren aan wie zorg verleend werd in de periode 2014-2017?
- (b) Wat zijn de verschillen tussen daklozen aan wie zorg verleend werd en de patiënten uit een reguliere Rotterdamse huisartsenpraktijk?
- (c) Welke veranderingen zijn zichtbaar in de kenmerken van daklozen aan wie zorg verleend werd in de periode 2006-2017?

Methode

Op 6 opvanglocaties in Rotterdam registreren 9 straatdokters de leeftijd, het geslacht en de zorgepisodes volgens de International Classification of Primary Care (ICPC)-codering in een huisartsinformatiesysteem dat wordt beheerd door de GGD. Wij voerden een beschrijvend onderzoek uit met de gegevens die door de straatdokters in de periode 2006-2017 werden geregistreerd.

Wij analyseerden de kenmerken van deze patiënten voor 3 periodes van elk 4 jaar waarin belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen plaatsvonden: 2006-2009, 2010-2013 en 2014-2017. De patiëntenpopulatie is een sterk vlottende populatie. Zo werden er van de 1529 mensen uit het cohort 2006-2009 slechts 186 teruggezien in de periode 2014-2017, terwijl in die laatste periode in totaal 2051 mensen werden gezien. Vanwege de dynamische populatie is het aantal persoonsjaren binnen een periode onbekend en kunnen geen incidentiecijfers worden berekend. Wij hebben de analyses daarom gebaseerd op het aantal unieke patiënten dat in een bepaalde periode ten minste 1 keer het straatdokterspreekuur bezocht.

Van elke unieke patiënt is in de registratie naast de leeftijd en het geslacht terug te vinden welke ICPC-codes in een bepaalde periode ten minste 1 keer werden toegekend. Hiermee konden wij de proportie patiënten berekenen die ten minste 1 keer een zorgepisode voor de betreffende aandoening had doorgemaakt.

Wij maakten onderscheid in de volgende 8 hoofdgroepen van de ICPC: (a) psychiatrische aandoeningen (inclusief verslavingsziekten); (b) hart- en vaatziekten; (c) respiratoire aandoeningen; (d) neurologische aandoeningen; (e) endocriene aandoeningen; (f) aandoeningen van het bewegingsapparaat; (g) aandoeningen van het maag-darmstelsel; en (h) oncologische aandoeningen. Deze ICPC-hoofdgroepen werden aangevuld met voor daklozen belangrijke infectieziekten en traumata, zoals eerder gebruikt in het onderzoek naar oversterfte onder Rotterdamse daklozen.⁸ Binnen de vaakst voorkomende hoofddiagnosen is vervolgens een onderscheid gemaakt naar specifieke ICPC-codes die illustratief zijn voor de gezondheidsproblemen van de patiëntenpopulatie die bij de straatdokter komt. Het is belangrijk hierbij in gedachten te houden dat de berekende proporties optellen tot meer dan 100%, omdat bij één dakloze in de betreffende periode meer dan één diagnose kan worden geregistreerd.

Aan de hand van gegevens over de recentste periode beschrijven wij de huidige kenmerken van patiënten op de Rotterdamse straatdokterspreekuren. Deze kenmerken zijn vergeleken met die van een groep van 3272 unieke patiënten die in dezelfde periode ten minste 1 keer het spreekuur van een reguliere Rotterdamse huisartsenpraktijk bezochten. In deze huisartsenpraktijk had 32% van de patiënten een postcode in een achterstandswijk (in heel Rotterdam: 36%; in Nederland: 9%). Tot slot beschrijven wij veranderingen in de tijd, waarbij voor veranderingen in de leeftijdsopbouw is gecorrigeerd.

Resultaten

De daklozenpopulatie op het straatdokterspreekuur in 2014-2017

In de periode 2014-2017 werden 2051 unieke personen ten minste 1 keer op het straatdokterspreekuur gezien en geregistreerd. Van deze patiënten was 21,2% vrouw en 14,0% ouder dan 60 jaar (tabel 1).

kenmerk	periode		
	2006-2009 (n = 1529)	2010-2013 (n = 1507)	2014-2017 (n = 2051)
geslacht; n (%)			
♂	1298 (84,9)	1237 (82,1)	1615 (78,7)
♀	231 (15,1)	270 (17,9)	436 (21,2)
leeftijdsklasse; n (%)			
< 21 jaar	19 (1,2)	34 (2,3)	49 (2,4)
21-60 jaar	1324 (86,6)	1244 (82,5)	1714 (83,6)
> 60 jaar	186 (12,2)	229 (15,2)	288 (14,0)

Tabel 1
De bezoekers van het straatdokerspreekuur in Rotterdam

Geslacht en leeftijdsklasse van personen die het spreekuur ten minste 1 keer hebben bezocht

In de straatdokterpopulatie hadden psychiatrische diagnoses het grootste aandeel in de registratie van aandoeningen waarvoor daklozen ten minste 1 keer een zorgepisode hadden doorgemaakt (42,6%), gevolgd door hart- en vaatziekten (14,8%) en endocriene problemen (11,7%) (tabel 2). Harddruggebruik werd geregistreerd bij 17,0% van de 2051 daklozen, 8,5% had een softdrug-registratie en bij 13,4% was een alcoholverslaving geregistreerd. Diabetes mellitus (6,5%) en COPD (5,4%) vormden belangrijke zorgvragen. Hepatitis C (2,4%), tuberculose (2,6%) en hiv-infectie (1,8%) waren belangrijke infectieziekten.

ICPC-hoofdgroep	aantal patiënten; n (%)	
	straatdokerspreekuur (n = 2051)	huisartsenspreekuur (n = 3572)
psychiatrische aandoeningen	874 (42,6)	799 (24,4)
hart- en vaatziekten	304 (14,8)	769 (23,5)
endocriene aandoeningen	241 (11,8)	844 (25,8)
respiratoire aandoeningen	199 (9,7)	1253 (38,3)
aandoeningen maag-darmstelsel	197 (9,6)	713 (21,8)
infectieziekten	152 (7,4)	456 (13,9)
aandoeningen bewegingsapparaat	125 (6,1)	548 (16,7)
traumatologische aandoeningen	114 (5,6)	107 (3,2)
neurologische aandoeningen	96 (4,7)	418 (12,8)
oncologische aandoeningen	62 (3,0)	249 (7,6)

ICPC = International Classification of Primary Care.

Tabel 2
Aandoeningen waarvoor daklozen in Rotterdam naar de straatdokter gaan

Aantallen patiënten die in de periode 2014-2017 ten minste 1 keer bij de straatdokter op het spreekuur zijn geweest, vergeleken met het spreekuur in een huisartsenpraktijk

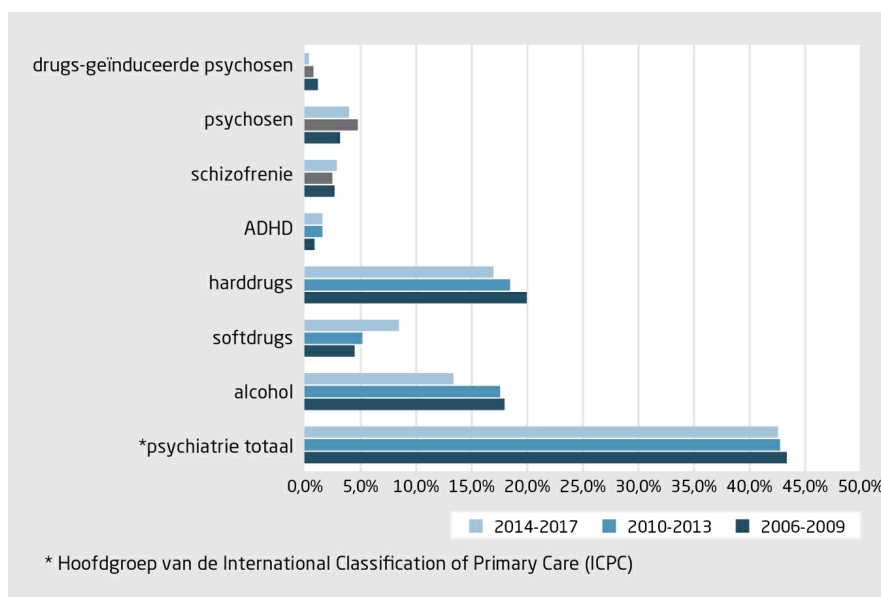
Vergelijking met reguliere huisartsenpraktijk

Onder de patiënten die de straatdokter ten minste 1 keer hadden bezocht was de proportie met een psychiatrische aandoening of een trauma hoger dan bij de patiënten die de reguliere huisartsenpraktijk hadden bezocht. De percentages van aandoeningen uit de andere ICPC-hoofdgroepen waren onder de patiënten op het spreekuur van de huisarts hoger dan onder de daklozen op het straatdokerspreekuur (zie tabel 2).

Veranderingen in de loop der tijd

Op de straatdokerspreekuren steeg het aandeel dakloze vrouwen van 15,1% in de periode 2006-2009 naar 21,2% in de periode 2014-2017; in diezelfde tijd steeg het aandeel patiënten van 60 jaar en ouder van 12,2 naar 14,0%. Het aandeel patiënten met een geregistreerd psychisch probleem bleef sinds 2006 onverminderd hoog (ongeveer 43% in alle tijdvakken), maar er lijkt sprake van verschuivingen tussen specifieke ICPC-diagnosen (figuur 1). Het percentage patiënten met geregistreerde alcohol- of harddruggerelateerde zorgepisoden (inclusief drugsgeïnduceerde psychoses) is afgenomen sinds 2006, terwijl het percentage

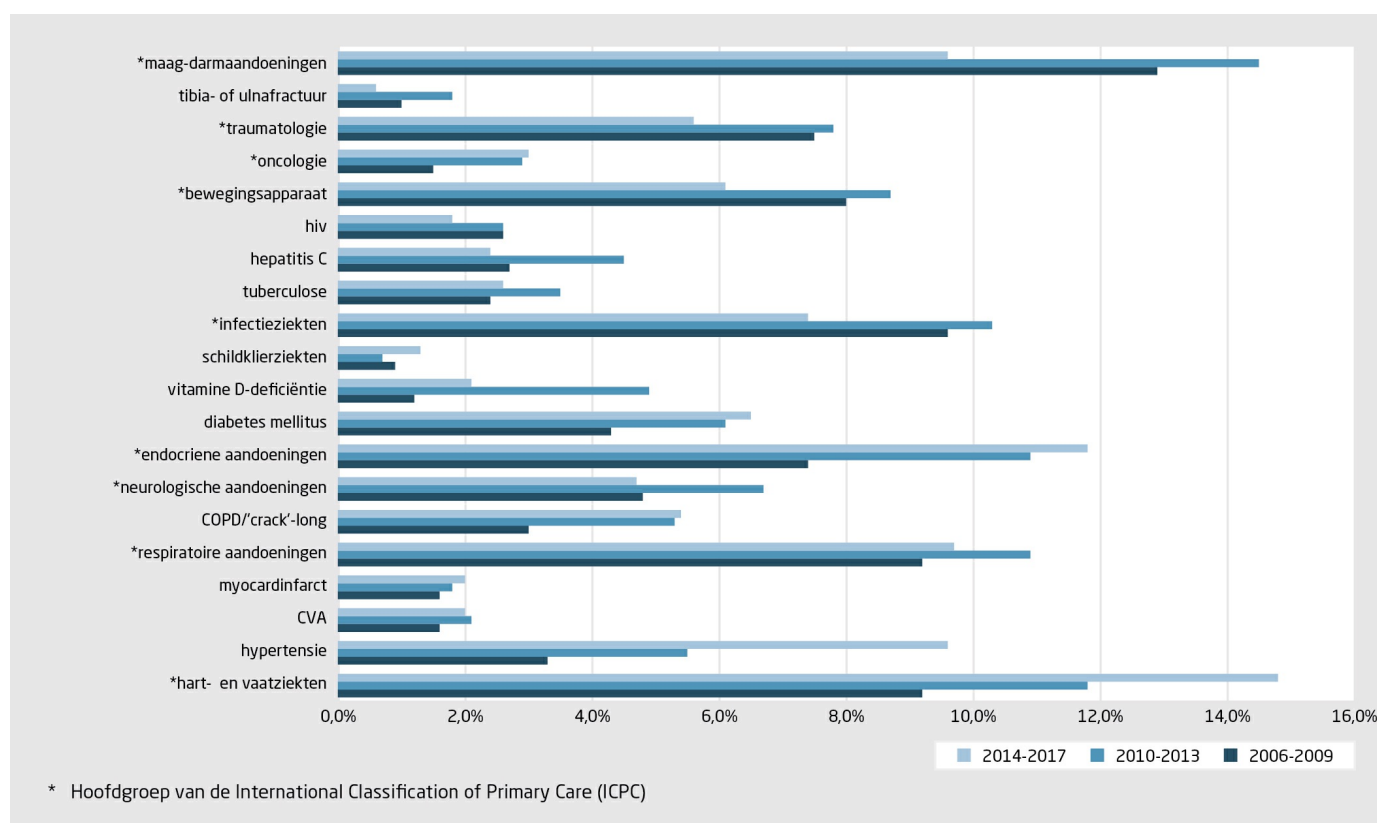
patiënten met geregistreerd softdrugsgebruik en ADHD is gestegen.



Figuur 1
Psychiatrische diagnoses bij dakloze patiënten die het Rotterdamse straatdokterspreekuur bezoeken

Van de patiënten die in de aangegeven periodes ten minste 1 keer het straatdokterspreekuur hadden bezocht, zijn de percentages met een diagnose uit de ICPC-hoofdgroep 'psychiatrische aandoeningen' weergegeven ('psychiatrie totaal'). Daarboven zijn de percentages uitgesplitst naar psychiatrische diagnose. Patiënten kunnen meerdere van deze diagnoses tegelijk hebben.

Er was in de onderzochte periodes een voortdurende toename van de percentages patiënten geregistreerd met hart- en vaatziekten (van 9,2 naar 14,8%), endocriene aandoeningen (van 7,4 naar 11,8%) en oncologische aandoeningen (van 1,5 naar 3,0%) (figuur 2). Binnen de hart- en vaatziekten nam vooral het aandeel patiënten met hypertensie toe. Binnen de endocriene aandoeningen zagen we een toename in het aandeel patiënten met diabetes en schildklierziekten. Er was een afname in het aandeel infectieziekten, traumata, aandoeningen van het bewegingsapparaat en aandoeningen van het maag-darmstelsel als we de eerste met de laatste periode vergelijken. Binnen de hoofdgroep 'infectieziekten' nam het aandeel patiënten met een hiv-infectie af; het aandeel hepatitis C-infecties en tuberculose vertoonden geen duidelijke verbetering of verslechtering. Het aandeel geregistreerde patiënten met COPD nam toe.



Figuur 2

Trends in niet-psiachtrische diagnoses bij dakloze patiënten die het Rotterdamse straatdokerspreekuur bezoeken

Weergegeven zijn de percentages patiënten op het straatdokerspreekuur met ten minste 1 zorgepisde voor een niet-psiachtrische aandoening in de aangegeven periodes. De percentages zijn berekend voor 7 hoofdgroepen van de ICPC en voor de meest relevante aandoeningen in de populatie van daklozen, inclusief de groepen 'infectieziekten' en 'traumatologie'.

Beschouwing

Beantwoording van de onderzoeksvragen

Onder de patiënten die ten minste 1 keer het spreekuur van de straatdokter hadden bezocht met een bepaalde aandoening vormden de psiachtrische problemen het grootste aandeel, gevolgd door hart- en vaatziekten en endocriene ziekten. Psiachtrische problemen werden bij een veel groter deel van de patiënten geregistreerd dan in de reguliere huisartsenpraktijk. Traumata kwamen minder vaak voor, maar nog altijd meer dan in huisartsenpraktijk. In de straatdokterpopulatie is de proportie vrouwen en ouderen sinds 2006 toegenomen. Ook het aandeel patiënten met hart- en vaatziekten – met name hypertensie – en endocriene aandoeningen – met name diabetes en schildklierziekten – is bij daklozen toegenomen, maar het aandeel van infectieziekten – met name hiv – en traumata is gedaald.

Vergelijking met ander onderzoek

Volgens de internationale literatuur hebben psiachtrische problemen,¹⁰⁻¹⁴ infectieziekten,¹³ hart- en vaatziekten en traumata,¹⁵ net als in ons onderzoek, een belangrijk aandeel in de geregistreerde diagnoses. Ook in het buitenland is waargenomen dat het aandeel van de ouderen onder de daklozen met een zorgvraag toeneemt.¹³ Bij de toename van het percentage daklozen met een chronische aandoening moet worden bedacht dat dit percentage in dezelfde periode ook in de reguliere huisartsenzorg toenam.¹⁴ Na de implementatie van het plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang is het aandeel daklozen met een zorgvraag door harddruggebruik, hiv en traumata gedaald. Dit komt overeen met de resultaten van studies die laten zien dat goed zorgen voor daklozen loont,^{3,16-21} en met de daling van de sterfte door niet-natuurlijke doodsoorzaken die wij eerder rapporteerden.⁸

Beperkingen van dit onderzoek

De populatie patiënten die wij in dit artikel beschrijven – bezoekers van het straatdokerspreekuur – omvat niet alle daklozen in Rotterdam. De registratie van patiënten van de Rotterdamse straatdokerspreekuren is pas vanaf 2016 uitgebreid met – soms dakloze – illegalen die zich melden bij de Pauluskerk. Deze illegalen zijn niet meegenomen in de analyses omdat gegevens over deze groep voor het grootste deel van de studieperiode ontbreken. Hiermee moet rekening worden gehouden bij de interpretatie. Voor

de beschrijving van demografische kenmerken van de straatdokterpopulatie konden wij in deze studie alleen leeftijd en geslacht meenemen, omdat er geen wetenschappelijk bruikbare gegevens over de sociaal-economische status en etniciteit van de patiënten worden geregistreerd.

In een straatdokterpopulatie moet nog meer rekening worden gehouden met mogelijke onderregistratie dan in een reguliere huisartsenpraktijk. Het vastleggen van diagnoses is vooral bij psychiatrische problemen en verslaving vrij complex.^{4,22} Ook in een reguliere praktijk zijn onderrapportages mogelijk, maar door de continuïteit van zorg in die setting is de kwaliteit van de registratie beter. De straatdokters hebben afspraken gemaakt over het registreren volgens de ICPC-codering, maar er ontbreekt nog een structureel proces van onderlinge afstemming. In de registratie bij controleafspraken – bijvoorbeeld voor hypertensie – en de aandacht voor de patiënt is niets veranderd. Onderrapportage is ook mogelijk doordat 29% van de daklozen een verstandelijke beperking heeft.²³⁻²⁵

We hebben gebruikgemaakt van de 8 hoofdgroepen van de ICPC, aangevuld met de groepen ‘infectieziekten’ en ‘traumata’, net als in ons onderzoek naar sterfte onder daklozen. We hebben steekproefsgewijs bekeken of wij hierdoor in de straatdokterregistratie grote aantallen patiënten over het hoofd zouden zien. Bij slechts 8% van de patiënten was er geen ICPC-registratie in een van de 10 groepen.

Het was niet mogelijk een vergelijking uit te voeren met gegevens van het Nivel, omdat het aantal persoonsjaren van daklozen binnen de periodes onbekend was. Door te kijken naar het percentage patiënten dat ten minste 1 keer het spreekuur had bezocht met een bepaalde aandoening konden wij in deze studie wel het eerstelijnszorggebruik van dakloze Rotterdammers vergelijken met dat van niet-dakloze Rotterdammers. Hiervoor konden wij echter de gegevens van slechts 1 reguliere huisartsenpraktijk gebruiken. Uit regionale spiegelinformatie van Vektis kan worden afgeleid dat deze huisartsenpraktijk niet of slechts weinig afwijkt van een gemiddelde Rotterdamse praktijk (www.vektis.nl). Zo is het percentage patiënten met een laag inkomen in deze praktijk vergelijkbaar met elders in de Rotterdamse regio (40%), is de leeftijdsverdeling van de patiënten vergelijkbaar en zijn er slechts kleine verschillen in de totale zorgkosten per ingeschreven patiënt.

Net als bij het onderzoek naar sterfte onder daklozen in Rotterdam hebben wij ervoor gekozen om daklozen te vergelijken met een generieke groep van niet-daklozen.^{7,8} Er is een grote groep kwetsbare, maar vaak nog net niet dakloze Rotterdammers met veel problemen; vervolgonderzoek naar de verschillen in zorgbehoefte tussen dakloze mensen en niet-dakloze mensen in achterstandsposities lijkt daarom relevant.

Consequenties voor beleid en praktijk

Het succes van het plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van meer dan 10 jaar geleden verklaart mogelijk de afname in het aandeel van infectieziekten en traumata en de verschuivingen binnen de ICPC-hoofdgroep ‘psychiatrische aandoeningen’. Betere zorgverlening aan en begeleiding en huisvesting van daklozen resulteerde mogelijk in minder geregistreerd middelenmisbruik en minder door drugs geïnduceerde psychoses op het spreekuur. De massale toename van daklozen in de afgelopen 10 jaar rechtvaardigt een nieuw plan voor de maatschappelijke opvang.

Hierin is extra aandacht nodig voor de specifieke behoeften van vrouwen en ouderen, groepen waarvan het aandeel op de straatdokterspreekuren is toegenomen. Vrouwelijke daklozen zijn extra kwetsbaar, wat tot uiting komt in een nog groter verschil in levensverwachting met de algemene bevolking dan bij mannen.^{7,8} Oudere daklozen maken relatief weinig gebruik van voorzieningen voor secundaire preventie, maar hebben veel vaker last van hart- en vaatziekten en visuele problemen, en hebben gebrekkige sociale steunnetwerken.^{26,27} Nieuwe multidisciplinaire programma's voor hulpverlening moeten deze doelgroep beter zien te bereiken.

Bij ouderen lijkt niet alleen het fenomeen dwalen maar ook letterlijk dakloos worden een signaal te zijn van afname van cognitieve functies. Dat er in Rotterdam dwalende ouderen zijn hangt mogelijk samen met het sluiten van verzorgingshuizen. Dit pleit voor het opnieuw creëren van veilige woonvormen met toezicht. De kwaliteit en de organisatie van de psychiatrische zorg voor daklozen moeten sterk verbeterd worden. De toename van het aandeel psychiatrische aandoeningen, waaronder ADHD, vraagt om opvangvoorzieningen voor daklozen met aandoeningen als ADHD en autisme. Meer onderzoek en beter beleid is nodig om de toename van het percentage softdrugsgebruikers onder daklozen af te remmen.

Conclusie

Straatdokters ontdekken waar de zorgverlening aan kwetsbaren in de samenleving tekortschiet. Aandacht voor ziekten bij daklozen levert mogelijk inzicht in de ziekterisico's bij kwetsbare mensen die nog niet dakloos zijn. Slecht gereguleerde diabetes mellitus, COPD en schildklierziekten maken mensen kwetsbaarder en kunnen bijdragen aan het ontstaan van dakloosheid. In de beginperiode van de straatdokters leek hun spreekuur vooral gericht te zijn op acute electieve zorg bij harddrugsproblemen,

alcoholmisbruik, hiv-aids en traumata. Later leken de spreekuren zich steeds vaker ook te richten op secundaire preventie, zoals in een reguliere praktijk. Het groeiende aandeel patiënten met geregistreeerde hypertensie en chronische ziekten, zoals diabetes mellitus, schildklierziekten, COPD en oncologische aandoeningen, suggereert dat het straatdokterspreekuur zich steeds meer in de richting van reguliere zorg beweegt. Maar gerichte extra zorg voor klassieke ziektebeelden bij daklozen via straatdokterspreekuren is nog steeds noodzakelijk.

- Online artikel en reageren op nvtg.nl/D4656
- CVD Havenzicht, Rotterdam: drs. M.T. Slockers, huisarts-stratdokter (tevens: Gezondheidscentrum DWL-de Esch, Rotterdam); A.R. van der Gevel, verpleegkundige en zorgcoördinator; C. van Marlen-Bos, ondersteunster. Doctors for Homeless foundation, Amstelveen: dr. I.R.A. van Laere, arts maatschappij en gezondheid. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: drs. C.G. Slockers, huisarts in opleiding. Erasmus MC, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam: prof.dr. J.P. Mackenbach en dr. E.F. van Beeck, sociaal geneeskundigen.
- Contact: M.T. Slockers (marcelslockers@gmail.com)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 19 maart 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4656

Literatuur

1. Rekenkamer Rotterdam. Niet thuis geven: onderzoek opvang daklozen. <https://rekenkamer.rotterdam.nl/onderzoeken/niet-thuis-geven-onderzoek-opvang-daklozen>, geraadpleegd op 13 oktober 2020.
2. Van der Poel A, Krol L, de Jong W. De Rotterdamse Straatdokter. Med Contact (Bussum). 2005;60:973-6.
3. Aantal daklozen sinds 2009 meer dan verdubbeld. CBS. 23 augustus 2019. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/34/aantal-daklozen-sinds-2009-meer-dan-verdubbeld, geraadpleegd op 13 oktober 2020.
4. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive
5. epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384:1529-40. [doi:10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6). Medline
6. 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
7. Hamming A, Rodenburg G. Trends in dakloosheid onder kwetsbare Rotterdammers. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2014.
8. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CJ, Looman CW, van Beeck EF. [Sterfte en levensverwachting bij daklozen: prospectief cohortonderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7654.
9. Slockers MT, Wilma J. Nusselder WJ, Rietjens J, van Beeck EF. [Daklozen overlijden het vaakst door suicide of moord](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2626.
10. Van Laere I, van den Muijsenbergh M, Smit R, Slockers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Med Contact (Bussum). 2015;70:340-3.
11. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ. 2003;327:81. [doi:10.1136/bmj.327.7406.81](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.81). Medline
12. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. Lancet. 2011;377:2205-14. [doi:10.1016/S0140-6736\(11\)60747-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2). Medline
13. Henwood BF, Byrne T, Scriber B. Examining mortality among formerly homeless adults enrolled in Housing First: an observational study. BMC Public Health. 2015;15:1209-13. [doi:10.1186/s12889-015-2552-1](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2552-1). Medline
14. 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. [doi:10.1371/journal.pmed.0050225](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225). Medline
15. Van Oostrom SH, Gijssen R, Stirbu I, et al. [Toename in chronische ziekten en multimorbiditeit](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1429. Medline
16. Bowen M, Marwick S, Marshall T, et al. Multimorbidity and emergency department visits by a homeless population: a database study in specialist general practice. Br J Gen Pract. 2019;69:e515-25. [doi:10.3399/bjgp19X704609](https://doi.org/10.3399/bjgp19X704609). Medline
17. Termorshuizen F, van Bergen AP, Smit RB, Smeets HM, van Ameijden EJ. 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. [doi:10.1177/0020764013491942](https://doi.org/10.1177/0020764013491942). Medline

18. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2005;29:311-9. [doi:10.1016/j.amepre.2005.06.017](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.06.017). [Medline](#)
19. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:638. [doi:10.1186/1471-2458-11-638](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-638). [Medline](#)
20. Story A, Slockers M, Arrazola de Onate W, Hewet N, van Hest R. [Homeless Health Services, tuberculosis and economic crisis: a tale of three cities](#). *The Magazine of FEANTSA*. 2011;24-8.
21. Tuynman M, Planije M, Place C. Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang: rapportage 2010 Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
22. Slockers MT, Nusselder WJ, Looman CW, Slockers CJ, Krol L, van Beeck EF. The effect of local policy actions on mortality among homeless people: a before-after study. *Eur J Public Health*. 2015;25:290-2. [doi:10.1093/eurpub/cku155](https://doi.org/10.1093/eurpub/cku155). [Medline](#)
23. Garretsen H. [Jaarbericht Nationale Drugmonitor 2013/2014](#). Utrecht: Trimbosinstituut; 2014.
24. 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](#)
25. 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 Radboudumc; 2018.
26. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: a systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28:1-11. [doi:10.1111/hsc.12857](https://doi.org/10.1111/hsc.12857). [Medline](#)
27. Van Dongen SI, van Straaten B, Wolf JRLM, et al. Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: a comparison of older and younger homeless people. *Health Soc Care Community*. 2019;27:e379-88. [Medline](#)
28. Slockers M, van Laere I, van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wet*. 2017;60:360-2. [doi:10.1007/s12445-017-0216-3](https://doi.org/10.1007/s12445-017-0216-3).

Kernpunten

- In de periode 2006-2017 was er een toename van het percentage vrouwen onder de bezoekers van het straatdokerspreekuur in Rotterdam.
- De toename van het percentage 60-plussers op het straatdokerspreekuur hangt mogelijk samen met het feit dat ouderen door afname in cognitief functioneren op hoge leeftijd dakloos kunnen worden.
- Onder de dakloze patiënten is er een toename van het aandeel endocriene aandoeningen, hart- en vaatziekten, COPD en oncologische problemen, wat vraagt om preventieve en chronische zorg.
- Het percentage dakloze patiënten met harddruggebruik of alcoholmisbruik nam af, terwijl softdruggebruik vaker werd gezien onder daklozen.
- De trends in het straatdokerspreekuur kunnen mogelijk ziektepatronen bij kwetsbare maar nog niet dakloze burgers voorspellen.