

C.J.A. (Caroline) Telkamp, arts internationale gezondheidszorg, projectleider Nederlandse Straatdokers Groep, Amsterdam

T.E. (Tom) Matthews, straatdokter Amsterdam, medeoprichter Nederlandse Straatdokers Groep, Amsterdam

Dak- en thuisloze patiënten op de SEH

Uitdagingen en handvatten voor effectieve zorg

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- kun je de omvang van het dakloosheidsprobleem schetsen en de diversiteit van de populatie en prevalentie van specifieke aandoeningen benoemen;
- weet je welke effecten dakloosheid heeft op gezondheid en levensverwachting;
- kun je de belangrijkste patiënt-, zorgverleners- en systeemgerelateerde barrières tot zorg herkennen en strategieën toepassen om deze (deels) te doorbreken;
- weet je op welke zorg een onverzekerde patiënt recht heeft en waar informatie over financiering van die zorg te vinden is;
- kun je de uitdagingen rondom continuïteit van zorg bij dak- en thuisloze patiënten toelichten en praktische manieren inzetten om continuïteit van zorg zoveel mogelijk te waarborgen;
- kun je rekening houden met de hoge prevalentie van licht verstandelijk beperkten (LVB), psychiatrische aandoeningen en verslaving binnen deze doelgroep en persoonsgericht handelen op basis van hun leefomstandigheden.

Trefwoorden

dak- en thuisloos, toegang tot zorg, persoonsgerichte zorg, onverzekerd

Bron: Peter van Beek, *Straatzorg, een vak apart*

Samenvatting

Dak- en thuisloosheid is een groeiend probleem in Nederland en heeft ingrijpende gevolgen voor de gezondheid: dakloze mensen hebben vaker psychiatrische aandoeningen, verslavingen, chronische ziekten en een levensverwachting die gemiddeld 14-16 jaar korter is. Toch is de toegang tot zorg dikwijls moeizaam vanwege barrières bij de patiënt, de zorgverlener én in het zorgsysteem.

Op de SEH betekent dit een extra uitdaging: communicatieproblemen, ontbrekende continuïteit van zorg en schijnbaar uitzichtloze casuïstiek. Toch kun je juist op de SEH verschil maken. Dit artikel biedt inzicht in de omvang van het probleem, laat zien welke valkuilen er zijn en geeft praktische handvatten om persoonsgericht, haalbaar en effectief zorg te leveren aan een van de meest kwetsbare groepen in onze samenleving.

Casus

Zijn voeten ruik je al ver buiten de kamer. Je snapt hem niet. Hij spreekt onduidelijk, warrig, slecht Nederlands. Vorige week was hij hier ook al met hetzelfde probleem. Het is misschien niet netjes om te zeggen, maar je hebt hier geen zin in. Behalve dat hij stinkt, heeft het toch geen nut. De patiënt werkt niet mee, het zorgsysteem nog minder en je hebt totaal niet het idee goede zorg te leveren. Het is frustrerend en je haalt nul voldoening uit je werk. Herkenbaar? Misschien helpt het lezen van dit artikel je wat grip op dit type casuïstiek te krijgen.

De populatie

Het is niet bekend hoeveel dakloze mensen er in Nederland zijn. De recente ETHOS-tellingen doen vermoeden dat er in heel Nederland minimaal 100.000 volwassenen en 16.000 kinderen dak- en thuisloos zijn. Deze cijfers includeren echter lang niet alle ongedocumenteerden en arbeidsmigranten (die niet bekend zijn bij specifieke hulporganisaties) en onderschatten dus het dakloosheidsprobleem.¹

De dakloze populatie is divers. Een deel voldoet aan het klassieke beeld van de man met de chronisch psychiatrische en verslavingsproblematiek, maar er zijn ook veel economisch daklozen, zoals werkloze zzp'ers. Er zijn moeders met kinderen en er is een sterke toename van het aantal dakloze arbeidsmigranten en migranten zonder verblijfsvergunning, zogeheten ongedocumenteerden. Niet iedereen die dak- of thuisloos is slaapt buiten. Dakloze mensen zijn vaak, maar niet altijd, onverzekerd. Ze hebben soms geen verblijfsstatus en ze hebben dikwijls geen adequate toegang tot medische zorg.



Figuur 1 Bron: Peter van Beek, *Stratzorg, een vak apart*

Dakloos zijn is slecht voor de gezondheid. Dakloze mensen hebben een kortere levensverwachting en overlijden vaak aan een niet-natuurlijke oorzaak.² Daklozen leven gemiddeld 14-16 jaar korter.³ Binnen de populatie komen psychiatrische aandoeningen meer voor, ze hebben vaker meerdere verslavingen en ruim 30% van de dakloze mensen heeft een verstandelijke beperking.⁴ Ziektebeelden als loopvoeten en sputtabcessen komen vaker voor.⁵ Door verhoogde kwetsbaarheid en hogere infectiedruk hebben ze een groter risico op infectieziekten als tb, hepatitis, scabiës en klierluis.⁶ Ze lopen ook een groter risico op ongewenste zwangerschappen en chronische ziekten.

Dakloze mensen ontvangen vaak ontoereikende zorg. Dit heeft verschillende oorzaken, patiënt-, zorgverlener- en systeemgerelateerd. We bespreken een aantal van deze barrières en geven praktische handvatten hoe deze (deels) te slechten.

Barrières tot zorg

Patiëntgerelateerd

Dakloze patiënten komen vaak rijkelijk laat. Ondanks behoefte aan zorg heeft 30% van de daklozen geen toegang tot een huisarts.⁷ Dit zorgt voor meer presentaties op de SEH, met ziektebeelden die door het uitstel nodeloos uit de hand zijn gelopen of met minder acute, maar wel ernstige pathologie die ook door een huisarts behandeld had kunnen worden.

De populatie is divers en mogelijke oorzaken van deze late presentatie zijn: onverzekerd zijn/geen geld voor zorg, schaamte, angst voor afwijzing, gebrekkige kennis van het zorgsysteem, weinig vertrouwen in anderen én zichzelf, moeizame communicatie (psychiatrie, LVB, cognitieve problemen) en het hebben van andere prioriteiten.⁷

Zorgverlenergerelateerd

Iedere zorgverlener weet het: er zijn groepen waarvoor je harder gaat lopen en groepen waarvoor je iets minder hard loopt. Een jonge moeder van 30 met een ovariumcarcinoom kan op meer empathie rekenen dan een verstokte roker tijdens zijn vijftiende opname op de vaatchirurgie. Uit onderzoek blijkt dat, wanneer we denken aan onszelf of anderen de mediale prefrontale cortex wordt geactiveerd. Wanneer we denken aan

daklozen of verslaafden is er geen activatie van dit hersengebied, maar lichten de insula en de amygdala op, gebieden die ook activeren bij het zien van afval of een vies toilet en die betrokken zijn bij afkeer en angst.⁸ Het stigma dat rust op daklozen en verslaafden kan ertoe leiden dat ze minder goede zorg ontvangen.

Daarnaast zijn zorgverleners niet altijd op de hoogte van de verhoogde prevalenties van sommige specifieke ziektebeelden bij deze patiëntengroep. Ook denken ze soms dat dakloze of onverzekerde mensen geen recht hebben op (bepaalde) zorg.

Systeemgerelateerd

Dakloze en onverzekerde mensen lopen tegen verschillende barrières in het systeem aan. Zorgverleners en zorginstanties zijn niet altijd op de hoogte van hun wettelijke plichten om zorg te verlenen. (Vermeende) financiële barrières maken dat patiënten geweigerd worden. Complexe combinaties van fysieke, verslavings- en psychiatrische ziektebeelden met ingewikkeld gedrag belemmeren regelmatig de toegang tot zorg. Gebrekkige continuïteit van zorg door moeizame follow-up en afwezige overdracht leidt tot slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere zorgkosten.

Communicatietips

- **CAVE: overvraging/overschatting (vaak LVB met disharmonisch profiel, wel streetsmart, maar weinig begrip van je medische verhaal).**
- **Check wat de patiënt begrepen heeft: vraag wat er besproken is en wat hij gaat doen. Stem af op begripsniveau van kind van 10 jaar: simpele taal, korte zinnen.**
- **Gebruik dezelfde woorden als de patiënt.**
- **Gebruik eventueel plaatjes.**
- **Herhaal kernpunten (max. 3).**
- **Praat langzaam en duidelijk.**
- **Sluit aan bij zijn leven: wat kan hij verwachten en wat moet hij doen? Check haalbaarheid.**
- **Veronderstel geen basiskennis van het lichaam.**

>



Figuur 2 Bron: Peter van Beek, *Stratzorg, een vak apart*

De barrières slechten

Het allerbelangrijkste is juist deze mensen persoonsgericht te benaderen. Dat wil zeggen dat je rekening houdt met hun bijzondere omstandigheden. Accepteer dat de realiteit van je patiënt niet in een richtlijn past. Toon empathie en oprechte nieuwsgierigheid. Pas je communicatie aan het niveau van geletterdheid en begrip van je patiënt aan. Spreek simpele taal, check wat je patiënt begrepen heeft en of hij je adviezen kan uitvoeren. Schakel een tolk in bij iemand die weinig Nederlands spreekt. Als je dit doet, is de kans groter dat je patiënt je vertelt wat er echt aan de hand is en ook dat hij je adviezen opvolgt.⁹

Het stigma 'ingewikkeld, kost veel tijd, zinloos, gedragsproblemen' kan ertoe leiden dat je je patiënt onderbehandelt. Belangrijk is dat je je bewust bent van deze negatieve tegenoverdracht en dat je alsnog de zorg levert die je patiënt verdient. Besef: als een dakloze naar de Spoed komt, is er vaak iets aan de hand.

Ken de regels. Weet dat iedere patiënt recht heeft op medisch noodzakelijke zorg. Dak- en thuisloos, verzekerd of onverzekerd, afkomstig uit NL/EU/elders, ongedocumenteerd of niet. Toegang tot gezondheidszorg is een mensenrecht, vastgelegd in zowel de Nederlandse Grondwet als in internationale verdragen.

Praktische tips en tricks

- **Behandel sneller:** de straat 'sloopt', ernstige pathologie en multimorbiditeit komen vaker voor.
- **Check uitvoerbaarheid en pas adviezen aan:** 'rust houden' of 'in koelkast bewaren' is vaak onhaalbaar.
- **Denk breed:** check op (seksueel) geweld en zwangerschap.
- **Houd rekening met gebruik:** denk aan tolerantie en interacties. Plan afspraken na middelengebruik, suppleer bij chronisch gebruik en opname ruim. Monitor ontwenning.
- **Let op (bij)werkingen:** diarree, polyurie, sedatie zijn extra belastend op straat.
- **Maak gebruik van het moment:** Combineer onderzoeken/handelingen in één contact.
- **Schrijf slim voor.** Kies een apotheek die via CAK kan declareren → kosteloos voor patiënt.
- **Toets wilsbekwaamheid:** bij twijfel.
- **Voorkom misbruik:** wees terughoudend met verslavingsgevoelige of verhandelbare medicatie.
- **Vraag door:** neem niets als vanzelfsprekend aan.
- **Wees flexibel, pragmatisch en praktisch:** protocollen passen niet altijd in hun realiteit.
- **Werk samen:** overleg met (eigen) straat-/huis- en verslavingsarts.
- **Zorg voor overdracht:** geef ontslagbrief mee, verwijst actief naar stratzorgverlener/huisarts.

Financiering van de zorg voor onverzekerden is door het Rijk geborgd.¹⁰ Bottomline: (bijna) alle zorg die gedekt wordt door de basispolis in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is gedekt voor onverzekerden. Hoe dat werkt, vind je op de website Wegwijzer Zorg aan onverzekerden

Gebrekkige continuïteit van zorg door moeizame follow-up en afwezige overdracht leidt tot slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere zorgkosten. Goede nazorg organiseren loont.

Inventariseer het lokale maatschappelijke veld. Wie is de straatdokter/verpleegkundige in de regio? Waar kan eventueel tijdelijk een bed georganiseerd

worden? Welke apotheek declareert bij het CAK? De informatie die je nodig hebt, past vaak op een A4-tje en samenwerking en afstemming verbeteren de effectiviteit van de geleverde zorg enorm. Dit maakt de kans dat je deze patiënt volgende week met hetzelfde probleem terugziet veel kleiner.

Conclusie

De dagelijkse realiteit van de dak- en thuisloze maakt dat medische richtlijnen zelden passen: rust houden is geen optie, furosemide is niet fijn als je geen toilet hebt, medicatie in de koelkast bewaren gaat niet en driemaal daags iets innemen is lastig. Een wond schoonhouden is een uitdaging en dagelijkse verbandwissel een utopie. Interacties met drugs en psychofarmaca zijn ook een punt van aandacht.

Accepteer dit. Kijk samen met je patiënt wat wél kan. Een persoonsgerichte benadering, waarbij je rekening houdt met de bijzondere omstandigheden van je patiënt is essentieel om kwalitatief goede zorg te bieden. Overleg zo mogelijk met de straatzorgverlener bij jou in de buurt. Zie de website van de Nederlandse Straatdokters Groep met een 'Overzicht straatzorgverleners'. Is de straatzorgverlener niet bereikbaar? Probeer het later nog eens. Deze groep patiënten vergt flexibiliteit. Soms in medisch handelen, vaak in organisatie van de zorg. Het is een kwetsbare groep die frequent te weinig zorg krijgt, maar het is ook een heel weerbare groep mensen, met allemaal een bijzonder verhaal. Als je toevallig even tijd hebt: luister.

Meer informatie

- Overzicht van straatzorgverleners. Beschikbaar via: <https://straatdokter.nl/straat zorg-in-kaart-3/>.
- E-learning van de LHV-Academie over zorg voor dakloze mensen en onverzekerden (geschreven voor huisartsen). Beschikbaar via: <https://academie.lhv.nl/nascholing/e-learning-zorg-voor-onverzekerden-in-de-huisartsenpraktijk/>.
- Financiële wegwijzer zorg aan onverzekerden. Beschikbaar via: <https://www.skgz.nl/files/Wegwijzer%20zorg%20aan%20onverzekerden.pdf>.

Literatuur

1. Resultaten ETHOS telling dak- en thuisloosheid. Kansfonds; 2025. Beschikbaar via <https://www.kansfonds.nl/resultaten-ethos-telling-dak-en-thuisloosheid/> [geraadpleegd op 26 november 2025].
2. Slockers MT, Slockers CJ, Beeck EF van. Daklozen overlijden het vaakst door suicide of moord. Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2626.
3. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CJ, Looman CW, Beeck EF van. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7654.
4. Straaten B van, Vervoort SCJM, Laan J van der, Wolf JRLM, Krol B, Kessels RPC. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. PLoS ONE. 2014;9(1):e86112.
5. Slockers M, Laere I van. Dakloosheid. In: Muijsenberg METC van den, Oostenberg E (red). Persoonsgerichte zorg voor iedereen: met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Prelum; 2022. Hoofdstuk 9.
6. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. The Lancet. 2014;384(9953):1529-1540.
7. 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):1-20. Beschikbaar via: <http://doi.org/10.18352/jsi.610>.
8. Harris LT, Fiske ST. Dehumanizing the lowest of the low: neuroimaging responses to extreme out-groups. Psychol Sci. 2006;17(10):847-853.
9. Oosterberg E, Muijsenbergh M van den. Eenvoudige en cultuursensitieve communicatie. In: Muijsenbergh METC van den, Oosterberg E, editors. Persoonsgerichte zorg voor iedereen: met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk. Prelum NHG/Pharos; 2022. p. 19-39.
10. Via welke regeling kan ik declareren? CAK Zakelijk, 2024. Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/via-welke-regeling-declareren/> [geraadpleegd op 19 september 2025].

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.