

---

# GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

## Connie Rijlaarsdam

*"Het is een andere wereld, de andere kant van de maatschappij, je moet echt kijken naar de persoon achter het probleem en dan zie je opeens iets heel anders. Ik doe dit werk nu 12 jaar en ik moet de eerste dak- en thuisloze nog tegenkomen die zegt joh ik heb mijn huis verkocht en ik ben eens leuk dakloos geworden. Daar zit een hele koffer verhalen bij en dat heeft mij gemotiveerd om dit werk te doen. Je vraagt je echt af, gebeurt dit in Nederland?"*

De gezondheidsproblemen van dak- en thuislozen zijn complex en talrijk. Een behoorlijk deel is verslaafd aan alcohol of drugs. Naast de verslaving hebben velen een psychiatrische ziekte of zijn verstandelijk beperkt. Ook het leven op straat levert risico's op voor hun gezondheid. De medische consumptie en het bezoek aan een huisarts is veel minder dan van de 'gewone' Nederlander. De levensstijl, in combinatie met gedragsproblemen die voort kunnen komen uit middelengebruik en psychiatrische stoornissen, maken dat dak-en thuislozen niet altijd passen in de reguliere zorg. Hebben we in Nederland een prima gezondheidszorgsysteem en neemt de gezondheid van de gemiddelde Nederlander toe, dit geldt niet voor dak- en thuislozen, zwerfjongeren, verslaafden, (ex-)psychiatrische patiënten, ex-gedetineerden en mensen die illegaal in Nederland verblijven.

Ook de Brabantse steden en dorpen tellen steeds meer dergelijke kwetsbare burgers. Zowel hun aantal als de ernst van hun kwetsbaarheid neemt toe. In 2010 maakten wij een factsheet over de medische zorg voor dak- en thuislozen in Noord-Brabant en haalden de volgende cijfers boven tafel: De provincie Noord-Brabant telt bijna 14.000 inwoners met ernstige problemen. Slechts 2.100 van deze mensen staan ingeschreven bij maatschappelijke opvang. Verder tellen we 2.730 daklozen, 650 zwerfjongeren en 8.450 moeilijk te bereiken mensen die wel zelfstandig wonen maar dreigen te verkommeren, de zogeheten 'stille problematiek'. Ten slotte is er een grote groep personen die niet in beeld zijn, maar waarvan vaststaat dat zij kampen met ernstige problemen op meerdere levensgebieden, zoals thuiswonende alleenstaande ouderen, mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen. Dit zijn in Brabant ruim 18.000 mensen. (Bron: Brabant geeft thuis, een gebundelde aanpak voor Brabantse dak- en thuislozen, NEOS). Op dit moment is zo'n provinciaal totaaloverzicht niet beschikbaar.

### Connie

Connie Rijlaarsdam is als verpleegkundig specialist werkzaam bij de GGD Hart voor Brabant. Ze werkt voornamelijk in de stad Tilburg en houdt zich bezig met het organiseren, coördineren en uitvoeren van sociaal-medische gesprekken voor dak- en thuislozen. Zij doet dit in samenwerking met huisartsen, zorgverzekeraars en de gemeente. Connie zoekt de dak- en thuislozen actief op.

Sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen gaat over zorg voor groepen mensen die volgens Connie buitengesloten worden als we het hebben over de gezondheidszorg. "Zij hebben diffuse hulpvragen die niet passen binnen de gehanteerde methodieken en protocollen van de instellingen. Het gaat om complexe problematiek, die overstijgend is aan wat de meeste instellingen doen. (zie tabel 1) Waar ik tegenaan loop, is de fragmentatie van de zorg.

Iedereen heeft zo zijn deelgebied en daarmee gaat het zicht op de totale situatie van een patiënt verloren. Naar lichamelijke medische problemen wordt in opvanghuizen bijvoorbeeld niet gekeken. Connie heeft veel voorbeelden bij de hand: "Een dak- en thuisloze met longontsteking, die kan ik niet zomaar volgens de gangbare richtlijnen behandelen. Dan moet je nadenken: neemt hij zijn antibiotica wel drie keer per dag in of moeten we voor een andere methode kiezen? Kan die man wel beter worden als hij op straat blijft? Wat gebeurt er als hij drank of drugs gebruikt bij de antibiotica?" Of haar ervaringen met straatprostituees: "Bij hen denkt iedereen aan condooms. Toch hebben ze bijna allemaal regelmatig geslachtsziektes, nou, dan gebruiken ze het condoom niet goed.

Tabel 1: Klachten van 75 cliënten

Klachten *	%
Gewrichtsklachten: rug, knieën, schouders, enkels, heupen	15
Huidklachten: jeuk/krabben, eczeem, pukkeltjes, schimmel, etc. (niet voeten), psoriasis	11
Psychische klachten: depressief gevoel, veel denken aan nare dingen etc., ADHD, Persoonlijkheidsstoornis	10
Longklachten: hoesten, pijn, longontsteking, slijm, astma, COPD	7
Maagklachten: pijnlijke maag/darmen, obstipatie	6
Verwondingen, pijn na trauma, wondinfecties	6
Voeten: loopvoeten, schimmelinfecties, kapotte hiel	5
Verslavingsproblematiek: leverproblemen, infiltraat in arm, (oneigenlijke) vraag naar/over medicatie	4
Oor: slecht horen, vraag om uitspuiten, oorontsteking	3
Tanden: wens naar tandarts, tandpijn, kiespijn, kaakontsteking	3
Been: trombosebeen, oedeem aan benen	3
Vrouwelijke klachten: onregelmatige menstruatie, bang voor zwangerschap, bang voor borstkanker	2
Gewicht: toe- of afname	2
Keelpijn, keelontsteking	2
Andere klachten: (o.a. spierpijn, migraine, incontinentie, griep, urineweg-infectie, collaps, epilepsie, verkouden, hooikoorts, cyste, soa, koortslip)	21

\* Eenzelfde klacht tijdens meerdere consulten/visites geuit, is geteld als 1 klacht.

Bron: Elissen et al, *De Nurse Practitioner als 'Street Nurse': Een onderzoek naar de haalbaarheid en de kosten van het Eindhovense Straatdokterproject, 2008, Maastricht University, School for Public Health and Primary Care (Caphri)*

Ze hebben meer kinderen dan de gemiddelde Nederlandse vrouw, dat is ook vreemd. Ze worden bijna allemaal uit de ouderlijke macht ontzet om begrijpelijke redenen en het zijn vaak beschadigde kinderen. Maar het is ook een vrouw die moeder wordt en een kind af moet staan. Dat is nogal wat. Tot enkele jaren geleden kwam de GGD alleen voor SOA (seksueel overdraagbare ziekten)-onderzoek en dan hadden we het alleen over condooms. Maar deze vrouwen hebben duale anticonceptie nodig. Naast condooms ook de pil, een spiraaltje of een implanon."

Het is zwaar werk, maar Connie ziet het als een uitdaging om contact te leggen en mensen toch te kunnen helpen. "Noem het succesjes. Het zijn niet mijn succesjes, het zijn natuurlijk hun succesjes. Als je je maar kunt verplaatsen in hun leefwereld. Dan dient de oplossing zich aan." Connie haalt een voorbeeld aan van een vrouw, die allerlei wonden had ten gevolge van het spuiten. Zij weigerde medicatie hiervoor, hetgeen ze deed in opdracht van stemmen in haar hoofd. "Dan kun je die wonden verzorgen, maar dat is dweilen met de kraan open", aldus Connie. Op een gegeven moment vraagt Connie aan deze vrouw of zij ook met die stemmen kan praten. Maar dat kan niet. Vervolgens vraagt ze of de vrouw Connie's vragen aan de stemmen kan stellen en dat kan wel. Connie hierover: "En dat is gelukt. Het slaat nergens op, maar toch heeft de vrouw op deze manier haar gedrag veranderd."

Dit soort oplossingen bedenkt Connie niet van te voren, het is een soort vakmanschap dat ze heeft ontwikkeld door de tijd heen. Haar vakmanschap heeft ze ingezet om een nieuwe aanpak in de sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen structureel in te voeren in Tilburg. Ze heeft samen met een huis-arts geïnventariseerd welke huisartsen in Tilburg een rol wilden spelen in de opzet van medische zorg voor dak- en thuislozen. Alle afspraken over de aanpak zijn op een A4 gezet. "We zijn pragmatisch begonnen met de afspraak dat ik alle dak- en thuislozen screen. Ik doe een lichamelijk onderzoek en bespreek de hele context. Zijn ze verslaafd? Zijn ze in behandeling? Zijn ze bekend bij psychiatrie of justitie? Hebben ze wel of niet een huisarts? Zijn ze wel of niet verzekerd?, etc. Het hele verhaal." Als Connie twijfels heeft of kennis mist bij het lichamelijke onderzoek, dan kan ze altijd met een huisarts sparren. Als blijkt dat een dak- of thuisloze een huisarts nodig heeft, dan gaat Connie het lijstje af en zorgt zo voor een verdeling over de meewerkende huisartsen. Aanvankelijk gingen de dak- en thuislozen zelf naar de huisarts, maar op verzoek van de huisartsen is dat aangepast. Connie gaat mee bij het eerste bezoek. "De achterliggende gedachte daarbij is, dat je dan een goede overdracht hebt. Geen problemen met privacy, waar instellingen vaak moeilijk over doen. Geen wantrouwen van de dak- en thuisloze over wat er allemaal over hem of haar gezegd wordt, want de persoon in kwestie zit er bij. Van te voren leg ik uit dat ik ga melden wat het probleem is en of iemand verzekerd is. Ik meld het allemaal, maar de personen in kwestie weten ook, dat ze medische zorg krijgen en als patiënt worden ingeschreven en dat de financiële afhandeling wordt geregeld."

De huisartsen in Tilburg zijn bereid om de dak- en thuislozen te behandelen en ook de illegalen mogen meeliften. De huisartsen willen wel dat hun inzet geborgd is en dat het niet alleen 'liefdewerk oud papier' is. Met de zorgverzekeraars en de gemeente maken Connie en de huisartsen vervolgens afspraken over respectievelijk een verzekeringsmodule voor dak- en thuislozen en over haar inzet vanuit de GGD. Het gaat in Tilburg om een groep van ongeveer 200 dak- en thuislozen. Omdat het goed werkt, wil men deze aanpak uitbreiden naar de residentieel dak- en thuislozen, naar de mensen die in een sociaal pension of andere opvanglocaties wonen.

Ook die hebben niet altijd medische zorg (zie tabel 2).

Connie bouwt een vertrouwensband op met deze mensen, waardoor ze ook met vragen over voeding, over hygiëne of over hun gebit bij haar komen. Connie geeft daar de volgende uitleg bij: "Ik geloof in outreachend werken en wederkerigheid. Je moet elkaar vertrouwen, het gaat niet alleen over kennis, het gaat ook over kunde. Je sluit aan bij hun leefwereld. Je moet directief zijn als dat nodig is, maar ook geduld hebben. Na verloop van tijd zie je een soort kruisbestuiving. Mensen die je kennen, brengen andere mensen mee, omdat het daar niet zo goed mee gaat. Hij hoest zo, zeggen ze dan en dat is de reden dat ze iemand meebrengen. Zo gaan ze ook op elkaar letten."

Tabel 2: Gegevens Tilburg

	2013
Feitelijk daklozen Het aantal unieke personen dat op jaarbasis gebruik heeft gemaakt van de nachtopvang bij Traverse	61
Residentieel daklozen Het aantal unieke personen dat op jaarbasis gebruik heeft gemaakt van de (ambulante) voorzieningen van Traverse	978
Zwerfjongeren Feitelijk of residentieel daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen; die in bovengenoemde cijfers opgenomen zijn	109

bron: Traverse, Tilburg

Toch gaat het werken met deze doelgroep niet van een leien dakje. "Het blijft lastig om groepen mensen die buiten de boot vallen, zoals de dak- en thuislozen, binnen de instellingen goed op de kaart te krijgen. Die instellingen zijn nog steeds, naar mijn mening, te beheersmatig en in dit werk moet je creatief durven zijn, 'out-of-the-box' durven denken, protocollen durven omzeilen." Connie vindt dat je goed moet verantwoorden wat je doet en inzichtelijk moet maken wat gebeurt. Maar zij ziet het vooral als een uitdaging om een andere werkwijze, die past bij deze doelgroep, te ontwikkelen. Dan is er wel resultaat en een betere gezondheid te boeken. In haar contacten op landelijk niveau valt het Connie op dat zij veel directer werkt dan haar collega's elders. Connie legt contacten op elk niveau als dat nodig is. Connie ziet dit directe als iets typisch Brabants. "Het is het verkokerd systeem, dat maakt dat gezegd wordt dat goede zorg voor dak- en thuislozen niet haalbaar is. Ik vind het zeker een uitdaging en dat is ook wel mijn valkuil, omdat ik daar nog wel eens fel in kan zijn. Dan denk ik van ja, kom nou maar eens op."

#### REFLECTIE

Het is bijzonder om met Connie door Tilburg te lopen. De zogenaamde zorgmijders komen juist op Connie af en vragen wanneer ze weer eens langskomt. In Nederland is een kwalitatief goed gezondheidszorgsysteem ontwikkeld met veel specialistische kennis. Connie wijst op de schaduwkant van de groeiende specialisatie, namelijk de verkokering en het geen zicht hebben op de totale situatie van patiënten. De zorg is ingesteld op de gemiddelde mens. Op basis van de gemiddelde mens worden zorgstandaarden en protocollen ontwikkeld. Maar 20% van de mensen past niet in de standaarden. Dak- en thuislozen vallen daar buiten; zij komen vaak niet eens bij de huisarts. Connie werkt voor deze groepen mensen. Hoe langer iemand op straat leeft, hoe korter de levensverwachting is; het gaat om complexe problemen en klachten. Zo heeft een aanzienlijk deel van de dak- en thuislozen een verstandelijke beperking en meer psychische en verslavingsproblemen.

Iemand als Connie kent dit soort problematiek beter dan de gemiddelde huisarts en specialist.

Connie heeft de medische kennis en huisartsenzorg om haar werk heen georganiseerd en is zo onderdeel van het zorgsysteem. Het systeem werkt wel, maar is afhankelijk van de kwaliteit van de persoon. "In complexe zorg, zoals voor dak- en thuislozen, zijn het de 'best persons' die er toe doen", zoals Gabriël van den Brink, hoogleraar maatschappelijke bestuurskunde aan de universiteit van Tilburg zegt.

In het outreachend werk van Connie, is het de persoon die er echt toe doet; niet haar specialistische kennis staat voorop. Iemand als Connie heeft directe contacten met de doelgroep, sluit aan bij hun leefwereld, begrijpt hen en heeft geen '9 tot 5 uur mentaliteit'. Het is meer dan werk voor haar. Deze betrokkenheid is belangrijk, maar ook een professionele en kritische distantie is noodzakelijk. Een balans in betrokkenheid en distantie kenmerkt Connies professionaliteit. Zij is een vrouw die doet. Ze is praktisch ingesteld, maar kan ook goed nadenken. Ze kan zich inleven in iemand die op straat leeft, maar kan ook de juiste toon aanslaan bij een wethouder. Soms is zij de luis in de pels bij de gemeente, maar dat is ook haar rol. Kortom zij is een creatief persoon en durft verder te kijken. Dat kan alleen als je echt interesse hebt in mensen, in dit geval de dak- en thuislozen.

Er komen steeds nieuwe groepen bij die buiten het huidige zorgsysteem vallen. Het is een steeds veranderende groep. Organisaties in de maatschappelijke opvang signaleren die tendensen. Door de landelijke bezuinigingen komen bijvoorbeeld steeds meer psychiatrische patiënten op straat. Ook illegale vluchtelingen en Oost-Europese werkzoekenden zijn nogal eens verstoken van vaste huisvesting en medische zorg. Hulpverleners met grote betrokkenheid, die los van de protocollen durven denken, worden daardoor steeds belangrijker. Maar het gaat niet alleen om betrokkenheid. Iemand als Connie heeft ook gezag en respect. Ze wordt herkend en gezien door de dak- en thuislozen, hulpverleners en beleidsmakers. Ze heeft de telefoonnummers van allerlei belangrijke mensen die ze kan bellen. Ze kent de 'big persons', in de termen van Gabriël van den Brink. De vraag is of het zorgsysteem kwetsbaar wordt als het van personen afhankelijk is. Of is de kracht van Connie juist dat zij 100% gebruik maakt van de mogelijkheden die een systeem biedt? Connie blijft doorvragen, ze neemt niets voor waar of vanzelfsprekend aan.

We zitten in een ingrijpend veranderingsproces in de gezondheidszorg. Van zorg in een verzuilde samenleving naar de verzorgingsstaat, vervolgens naar marktwerking en specialisatie en protocollisering en nu richting een samenleving waarin beroepseer en professionele vrije ruimte van beroepskrachten weer belangrijker wordt. Bij het Leger des Heils bijvoorbeeld pakken hulpverleners de professionele ruimte. Het management hoeft niet helemaal precies te weten hoe ze werken. Er is vertrouwen in de persoon. Dit is kwetsbaar voor een organisatie, maar wat er toe doet, is dat er een steunende omgeving rondom de werkers bestaat. Iemand als Connie vindt in de pool huisartsen, de GGZ en het veiligheidshuis haar support, dat is haar steunstructuur.



Doelgroepen als dak- en thuislozen zijn echter kwetsbaar als iemand als Connie (best person) wegvalt. Zo'n vertrouwensband is niet snel opnieuw opgebouwd met iemand anders. De 'big persons' moeten zich hiervan bewust zijn. In de zorg voor dak- en thuislozen zijn op bestuurlijk niveau ook 'goede', betrokken mensen nodig.

Nu gemeenten het hele speelveld van de zorg op hun bord krijgen, inclusief een bezuiniging, is er een kans om het anders te gaan doen. We stappen nu gelukkig af van de ingewikkelde financieringssystemen van vroeger en er wordt nu meer gekeken naar het inzetten van verschillende geldstromen in een specifieke situatie. Het is maatwerk. Gemeenten kunnen het zo inrichten dat bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid een plek krijgt. Zij kunnen Wmo- en cliëntenraden de ruimte geven. Die kunnen vragen wat dak- en thuislozen vinden van een bepaalde opvang en daar beleid op maken. Dit proces moet wel gefaciliteerd worden met ondersteuning en coaching voor een Wmo-raad of cliëntenraad, die het vervolgens zelf organiseren. Ook uit de groep dak- en thuislozen komen hier en daar mensen naar voren die zelf dagopvang gaan organiseren. Als een gemeente of opvanginstelling

vanginstelling zulke initiatieven steunt en het enigszins professionaliseert, dan ben je op de goede weg. Als je zo'n beweging kunt maken, kun je ruimte creëren voor nieuwe oplossingen. Hiervan zijn goede voorbeelden in Brabant: een initiatief waar kunstenaars en dak- en thuislozen elkaar ontmoeten en samenwerken, een kringloopwinkel waar mensen die op straat leven komen en kunnen handelen, ervaringsdeskundigen in de GGZ en verslavingszorg en de vele zelfhulpgroepen in Brabant.

Voor het maatwerk en het aansluiten op lokale initiatieven is het goed dat het geld naar de lokale gemeenten gaat, dichtbij de doelgroepen waar het om gaat. Er is wel behoefte aan het leggen van verbindingen, leren van elkaars good practices, elkaar motiveren. Gemeenten niet laten aanmodderen met bijvoorbeeld deze doelgroep dak- en thuislozen. Daar ligt een rol voor de provincie.

De provincie kan uitwisselingen stimuleren om samen naar oplossingen te zoeken voor schrijnende situaties. Hierbij de negatieve kant uit het debat halen en redeneren vanuit inclusie. Werken aan meer tolerantie voor kwetsbare groepen in de samenleving. Met name voor kennisdeling over dit soort vraagstukken is de provincie de aangewezen bestuurslaag; daar is de overview. Een actieve houding van de provincie is belangrijk richting doelgroepen die niet in beeld zijn en buiten de boot vallen. De Provinciale Raad Gezondheid moet hierin een positie innemen en thema's zichtbaar maken. Ook al is zorg geen provinciale kerntaak, de Provinciale Raad Gezondheid kan vanuit de tegenspraakpositie iets bereiken. Het gaat daarbij niet om de zorg zelf, maar om een zorginfrastructuur, waar de provincie een rol moet pakken.

---

### **Met dank aan**

- Connie Rijlaarsdam
- Frank Petter, voorzitter Provinciale Raad Gezondheid en burgemeester van Bergen op Zoom
- Sandra Timmermans, coördinator Veiligheidshuis Tilburg
- Hans Martin Don, directeur Leger des Heils Zuid-Nederland
- Myrtille Verhagen-Timmers, beleidsadviseur Provinciale Raad Gezondheid
- Rob Tips, Young Professional Provinciale Raad Gezondheid en financieel adviseur GGZ Oost-Brabant