

---

# SOCIAAL MEDISCHE ZORG VOOR EN TIJDENS DAKLOOSHEID IN AMSTERDAM

**Igor van Laere**, sociaal geneeskundige  
Doctors for Homeless Foundation Amsterdam<sup>1)</sup>

## **Inleiding**

Dit artikel is een verkorte weergave van onderzoek naar sociaal-medische zorg in Amsterdam zoals deze door de GGD wordt verzorgd voor dak- en thuislozen. Daarbij worden aanbevelingen gedaan om de preventie van sociaal medisch verval te verbeteren.

## **Het onderzoek**

In Amsterdam wordt sociaal medische zorg geboden vanuit de GGD Dr. Valckenier praktijk voor dak- en thuislozen. Naast het vergroten van de sociaal medische kennis rondom dakloosheid beoogt het proefschrift (<http://dare.uva.nl/record/325935>) aanbevelingen te doen ter verbetering van preventie van sociaal medisch verval.

De centrale vraagstelling luidt:

1. Wat zijn de kenmerken van mensen met risico op sociaal medisch verval?
2. Hoe kunnen we deze mensen vinden en identificeren?
3. Hoe kunnen we deze mensen helpen voor en tijdens de verschillende fasen van dakloosheid?

Voor het antwoord op deze vragen zijn verschillende fasen van sociaal medisch verval onderzocht aan de hand van vijf subvragen, en beantwoord in vijf hoofdstukken:

1. Wat zijn de kenmerken en sociaal medische risicofactoren van huishoudens met risico op huisuitzetting?
2. Hoe effectief is het signalering- en verwijssysteem voor deze huishoudens?
3. Wat zijn de kenmerken, sociaal medische problemen en zorggebruik van recent daklozen voor en tijdens dakloosheid, gerelateerd aan hoe zij dakloos raakten?
4. Wat zijn de kenmerken, sociaal medische problemen, en sterfte, van dakloze patiënten die de GGD Dr. Valckenier praktijk bezochten?
5. Wat zijn de kenmerken, sociaal medische problemen, en sterfte, van dakloze patiënten die werden opgenomen in een ziekenboeg verbonden aan de maatschappelijke opvang?

In **hoofdstuk 1** wordt een model met subgroepen van mensen die zich in een progressieve staat van sociaal en medisch verval bevinden geïntroduceerd. In de verschillende fasen gaat het om huishoudens met een hoog risico op huisuitzetting, recent daklozen, langdurig daklozen en sterfte onder daklozen. Per fase zijn op verschillende locaties door diverse medewerkers gegevens verzameld gedurende de periode 1997-2008.

In **hoofdstuk 2** wordt de omvang van het aantal huisuitzettingen in Amsterdam en huishoudens met een hoog risico op huisuitzetting beschreven. In 2003 zijn alle Amsterdamse woningcorporaties (voor huurschuld) en alle meldpunten overlast (voor overlast) benaderd. Aan de hand van gegevens uit eigen dossiers hebben de medewerkers vragenlijsten ingevuld over de kenmerken en sociaal medische problemen van de huishoudens voor wie een huisuitzetting dreigde.

In Amsterdam vonden de afgelopen jaren rond de 4 huisuitzettingen per 1000 huurwoningen plaats. Van de 275 huishoudens met huurschuld was de meerderheid alleenstaande man, van Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse origine en tegen de veertig jaar oud. Voor meer dan de helft werden sociale problemen (financieel mismanagement en/of inkomensdaling) gerapporteerd en voor een kwart medische problemen (verslaving, psychiatrische en/of lichamelijke aandoeningen). Wanneer drugsproblematiek werd gerapporteerd bleek er een significant verhoogd risico op huisuitzetting. Van de 190 overlasthuishoudens was de meerderheid alleenstaand en tegen de veertig jaar oud. Over de etnische achtergrond waren geen gegevens beschikbaar omdat de meldpunten deze niet registreerden. Voor een derde werd financieel mismanagement gerapporteerd, voor twee derde verslaving en voor een derde psychische problemen. Financieel mismanagement toonde een significant verhoogd risico op huisuitzetting.

Voor huishoudens met een hoog risico op huisuitzetting dient men de kenmerken en sociaal medische problemen te identificeren en sociale en medische zorg gelijktijdig te bieden.

In **hoofdstuk 3** is de effectiviteit van het signalering- en verwijssysteem voor huishoudens met een hoog risico op huisuitzetting bestudeerd. Het signaleren is beoordeeld naar de mate waarin sociale en medische problemen werden gerapporteerd door de medewerkers van woningcorporaties en meldpunten overlast. Verwijzingen zijn beoordeeld aan de hand van de contacten met de hulpverlening voor de vastgestelde problemen.

Van 275 huishoudens met huurschuld had bijna drie kwart sociale problemen waarvoor bijna de helft contact met de sociale hulpverlening had. Van het kwart met medische problemen had bijna een derde contact met een medische hulpverlener. Wanneer huishoudens met huurschuld een huisbezoek kregen van een woningcorporatie dan werden zij significant minder vaak hun huis uitgezet dan huishoudens die geen bezoek kregen.

Van 190 huishoudens die overlast veroorzaakten had ruim de helft sociale/financiële problemen waarvoor een op de zeven contact had met de sociale hulpverlening. Voor de overlasthuishoudens schoot de financiële hulpverlening tekort. Bij ruim vier van de vijf huishoudens die overlast veroorzaakten bleken medische problemen te spelen. In bijna allen gevallen was er contact met medische zorgverleners.

Ter preventie van huisuitzettingen dient men probleemhuishoudens thuis te bezoeken om sociale en medische problemen te identificeren en om hen adequate sociaal medische zorg te bieden. Een centrale monitor wordt aanbevolen om te bepalen op welke huishoudens met welke problemen men zich in het bijzonder dient te richten.

In **hoofdstuk 4** zijn de recent daklozen bestudeerd. Recent daklozen (definitie: laatste eigen huisvesting tot twee jaar geleden verloren en legaal in Nederland) zijn aangesproken op straat, in de dagopvang en nachtopvang om mee te werken aan een interview. In april en mei 2004 hebben studenten sociologie gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen en gegevens verzameld over de kenmerken, de manier van dakloos raken, sociale en medische problemen, en het zorggebruik, voor en tijdens dakloosheid.

Van de 120 recent dakloze personen was de meerderheid alleenstaande man, van Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse origine, en rond de veertig jaar oud. Voor en/of tijdens dakloosheid werden schulden (gemiddeld 5000 euro), gokken,

huiselijk geweld, verslaving, psychische en lichamelijke problemen vaak gerapporteerd. Tijdens recente dakloosheid was het gebruik van middelen en gokken afgenomen, overige problemen bleven onveranderd vaak aanwezig. Voor dakloosheid waren de contacten met de hulpverlening gefragmenteerd en hadden niet geleid tot het afwenden van het verlies van de woning. In het algemeen waren er weinig contacten met medische zorgverleners.

Veertig procent van de recent daklozen was dakloos geraakt na een huisuitzetting vanwege huurschulden. Deze huishoudens woonden vaker alleen, behoorden vaker tot een migrantengroep, hadden vaker schulden en vaker alcoholproblemen, dan de recent daklozen die door andere redenen dakloos waren geraakt. Voor dakloosheid had vier van de vijf huishoudens met huurschulden contact met de schuldhulpverlening en desondanks de woning niet kunnen behouden. Een derde van de recent daklozen was door relatieproblemen dakloos geraakt. Zij rapporteerden vaak cocaine problemen en vaker huiselijk geweld dan de recent daklozen die door andere redenen dakloos waren geraakt.

De onderliggende sociale en medische problemen van mensen met een verhoogd risico op dakloosheid en van hen die dakloos zijn verdienen integrale aandacht. De hulpverlening dient deze mensen actief te identificeren en hen voor en tijdens dakloosheid continu van sociale en medische zorg te voorzien.

In **hoofdstuk 5** zijn drie groepen langdurig dakloze patiënten bestudeerd. Groep A (n=364) zijn bezoekers van een inloopcentrum en een nachtopvang, april 1997 – november 1999; groep B (n=124) zijn bezoekers van een inloopcentrum en een nachtopvang, en bewoners van drie sociale pensions, september – december 2000; en groep C (n=137) zijn bezoekers van een sociale dienst loket voor dak- en thuislozen, februari – mei 2005. Tijdens sociaal medisch werk zijn gegevens verzameld over de kenmerken, de manier van dakloos raken, en medische problemen in de drie groepen, en de redenen van bezoek en sterfte in groep A.

Van het totaal aantal dakloze patiënten (n=625) was de meerderheid alleenstaande man, van Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse origine, en rond de veertig jaar oud. De belangrijkste bronnen van dakloosheid waren relatieproblemen, schulden/huisuitzettingen en na het verlaten van de gevangenis. Tussen de drie groepen varieerde de gemiddelde duur van dakloosheid van twee tot zeven jaar. In de drie groepen rapporteerde een kwart alcoholverslaving, een derde drugverslaving, een vijfde tot twee derde psychiatrische problemen en meer dan de helft lichamelijke problemen.

In groep A waren de redenen van bezoek vooral gerelateerd aan problemen van de huid, luchtwegen, maag-darmstelsel en het bewegingsapparaat. Van deze groep presenteerde een derde een combinatie van verslaving, psychiatrische en lichamelijke problemen (trimorbiditeit). Gedurende tien jaar na het eerste contact was een vijfde overleden (20%). Dit waren meestal mannen van rond de vijftig jaar. Zij stierven bijna zeven keer vaker dan de doorsnee Amsterdammer, afgezet naar geslacht en leeftijd. Dakloze vrouwen en dakloze mannen en vrouwen tussen de 18-34 jaar stierven respectievelijk 13 en 18 keer vaker. Multivariaat analyse toonde een significant verhoogd sterfterisico bij dakloze personen met HIV, alcoholverslaving, chronisch longlijden en drugverslaving. Univariaat analyse toonde een significant verhoogd sterfterisico indien er sprake was van levercirrose of diabetes.

De gezondheid van langdurig daklozen was slecht, met vroegtijdig overlijden als eindpunt van sociaal medisch verval. Ter preventie van oplopende gezondheidsproblemen dienen dakloze mensen in een zo vroeg mogelijk stadium adequaat sociaal medisch te worden begeleid, met specifiek aandacht voor personen met een verhoogd sterfterisico.

In *hoofdstuk 6* zijn dakloze patiënten die gebruikmaakten van een ziekenboek verbonden aan de maatschappelijke opvang bestudeerd. Tijdens sociaal medisch werk in een ziekenboek zijn gegevens verzameld over kenmerken, redenen van opname, medische problemen, verwijzers, verblijfsduur, bestemming na ontslag, sterfte, en trends, in de periode 2001-2007.

Van de 629 ziekenboekgebruikers was de meerderheid man, van Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse origine en rond 45 jaar oud. Tijdens 889 opnamen waren de meest voorkomende redenen van opnamen een overlap van problemen van de huid, luchtwegen, maag en darmen, en letsel van het bewegingsapparaat. Chronische medische problemen betroffen overwegend verslaving, psychiatrische stoornissen, HIV en levercirrose. De meeste verwijzingen verliepen via algemene ziekenhuizen en GGD poliklinieken voor verslavingsbehandeling. De gemiddelde verblijfsduur bedroeg 47 dagen. Na (zelf)ontslag keerde twee derde terug naar de omstandigheden waaruit zij kwamen (straat en nachtopvang), een op tien ging naar een sociaal pension, en een vijfde werd overgeplaatst naar een algemeen ziekenhuis of een voorziening voor verzorging/verpleging.

In maart 2008 was ruim een op de zeven ziekenboekgebruikers overleden (13%). Dit waren meestal mannen van rond de vijftig jaar. Ziekenboekgebruikers overleden 7,5 keer vaker vergeleken met de doorsnee Amsterdammers, gemeten naar leeftijd en geslacht. Overlevingsanalyse, met correctie voor leeftijd en geslacht, toonde een significant verhoogd sterfterisico bij personen met HIV, kanker, levercirrose, psychiatrische stoornissen en een combinatie van verslaving en psychiatrische stoornissen.

Gedurende de studieperiode vonden per jaar minder opnamen plaats, duurden de opnamen langer en verlieten minder personen vroegtijdig de ziekenboek. De laatste jaren waren vooral mannen met verwaarlozing, persoonlijkheidsstoornissen en cocaïne problematiek opgenomen. Door de tijd heeft de ziekenboekvoorziening zich flexibel aangepast aan de problemen en zorgbehoefte van de doelgroep en de ontwikkelingen van het totale aanbod van opvang- en zorgvoorzieningen in Amsterdam.

De bevindingen bevestigen de noodzaak om dakloze mensen met een verhoogd sterfteprofiel zo vroeg mogelijk te identificeren en hen actief en probleemgericht sociaal medisch te begeleiden.

In *hoofdstuk 7* worden de antwoorden op de centrale vraagstelling beschreven. In de discussie worden de bevindingen in de vijf studies afgezet tegen het huidige beleid en projecten in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), en tegen de verantwoordelijkheden en competenties van de hulpverleners. Relevante documenten en rapporten zijn bestudeerd. In het kader van dit proefschrift is de aandacht specifiek gericht op de preventie van huisuitzettingen door huurschuld (Vroeg Eropaf methode), door overlast (Meldpunten Zorg en Overlast) en de case management praktijk voor dak- en thuislozen (GGD centrale veldtafel en veldregie voor OGGZ cliënten).

### **De kenmerken van mensen met een risico op sociaal medisch verval**

Een ruime meerderheid van mensen met een risico op sociaal medisch verval bestond uit alleenstaande mannen, van 25-54 jaar, van Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse origine, die kampten met sociale en medische problemen. De problemen betroffen het behouden of verkrijgen van huisvesting door financieel mismanagement en/of gedragsproblematiek, welke gepaard gingen met problemen door verslaving, psychiatrische en/of lichamelijke stoornissen (de combinatie = trimorbiditeit). Voor en tijdens dakloosheid bleef het demografische profiel gelijk, terwijl de sociale en medische problemen zich opstapelden met vroegtijdig overlijden als eindpunt van sociaal medisch verval. Een significant verhoogd sterfterisico werd gezien bij dakloze patiënten, vooral mannen van rond de vijftig jaar, met problemen gerelateerd aan HIV, kanker, alcoholverslaving, levercirrose, psychiatrische stoornissen, de combinatie van verslaving en psychiatrische stoornissen, chronisch longlijden en diabetes.

### **Hoe kunnen we deze mensen vinden en identificeren**

Om kwetsbare burgers te vinden dient men bovengenoemd profiel en het risico op sociaal medisch verval te kunnen identificeren. In de dagelijkse praktijk dienen hulpverleners in de huursector, welzijnssector, medische sector, justitiële sector en in maatschappelijke opvang 'gevoelig' te zijn voor signalen die kunnen duiden op kwetsbaarheid. Dit betekent dat men verder moet kijken dan de eigen discipline en 'core business'. De werkers dienen bereid en competent te zijn een bepaalde aanpak te hanteren waarin de kenmerken en sociaal medische problemen, - welke huisuitzetting, dakloosheid en vroegtijdig overlijden als gevolg kunnen hebben -, systematisch te benaderen. Op deze wijze kan men kwetsbare mensen identificeren en begeleiden naar probleemgerichte hulp.

### **Hoe kunnen we deze mensen helpen voor en tijdens dakloosheid**

Voor en tijdens de verschillende fasen van dakloosheid waren sociaal medische problemen toenemend aanwezig en resulteerden in vroegtijdig overlijden. In de praktijk van de preventie van huisuitzettingen en in de zorg voor recent daklozen speelden artsen een marginale rol. In de zorgpraktijk voor dak- en thuislozen waren GGD artsen betrokken bij langdurig en zieke daklozen die op eigen initiatief of via derden de weg naar de GGD artsen wisten te vinden. De aangeboden sociaal medische zorg, inclusief de (palliatieve) zorg in een ziekenboeg verbonden aan de maatschappelijke opvang, bereikte met name dakloze patiënten in de laatste fasen van sociaal medisch verval.

De afwezigheid van artsen in het hulpverleningsproces ter preventie van huisuitzettingen en in de eerste fase van dakloosheid komt overeen met de afwezigheid van de positie en verantwoordelijkheden van artsen in de relevante OGGZ beleidsstukken en rapporten. In de Vroeg Eropaf praktijk voor huishoudens met huurschulden, in de aanpak van de Meldpunten Zorg en Overlast en in de case management praktijk voor daklozen, is de betrokkenheid van artsen niet gegarandeerd en wordt medische zorg niet systematisch geboden. Dit betekent dat bijna daklozen en dakloze mensen afhankelijk zijn van de sociaal medische vaardigheden en kennis van trimorbiditeit van sociaal en financieel werkers, en die van sociaal (psychiatrisch) verpleegkundigen. In dit geval kan de term 'zorgwekkende zorgmijders' van toepassing zijn op zowel patiënten als artsen die zich onttrekken aan het verlenen van zorg aan deze groep mensen.

Op basis van de resultaten van de studies in dit proefschrift en de ervaringen uit de dagelijkse praktijk wordt aanbevolen om in het beleid ter preventie van sociaal medisch verval de rol en de verantwoordelijkheden van artsen te expliciteren voor de praktijk, onderwijs en wetenschap.

## **Praktijk**

Voor het bieden en verbeteren van sociaal medische zorg wordt aanbevolen de Vroeg Eropaf praktijk, de Zorg en Overlast praktijk en de case management praktijk van dak- en thuislozen integraal aan te bieden. In dit kader kan de GGD, als centrale veldregisseur in de vangnetpraktijk voor kwetsbare burgers, terugvallen op haar historische fundamenten waar artsen voor en tijdens dakloosheid expliciet optreden als regisseur in het sociaal medisch zorgproces. Artsen dienen een rol te spelen in de sociaal medische diagnostiek, het opstellen van een zorgplan, het uitzetten van preventieve en curatieve interventies, het stellen van een gerichte hulpvraag bij de verwijzing naar collega artsen in het hulpnetwerk, het verzamelen van epidemiologische gegevens en voor de indicatiestelling van zorg. Voor de uitvoering van het zorgplan en het volgen van de individuele zorg is samenwerking met sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en administratieve ondersteuning noodzakelijk.

## **Onderwijs**

Ter verbetering van de kennis over de sociaal medische zorg wordt aanbevolen om algemeen onderwijs en stages daklozenzorg te ontwikkelen voor medisch studenten en specifiek voor arts-assistenten huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde.

## **Wetenschap**

Er is onderzoek nodig naar de kenmerken, sociaal medische problemen en sterfte onder mensen die bijna dakloos of dakloos zijn. Gegevens uit dergelijk onderzoek kunnen vervolgens worden afgezet tegen de omvang, soort en de kosten van beschikbare voorzieningen, en tegen de verantwoordelijkheden en competenties van de hulpverleners. Een zogenaamde Sociaal Medische Zorgschouw dient men bij voorkeur te verrichten door actieve participatie in de dagelijkse praktijk.

## **Monitor**

De huidige OGGZ monitoren kunnen worden omgebouwd tot een monitor met een beter zicht op de problemen en zorgbehoefte van de doelgroep. Hiertoe kan een Sociaal Medische Monitor dienen (zie tabel 1) als een instrument voor de dagelijkse praktijk, om hulpverleners te leren hoe men een sociaal medische beoordeling kan uitvoeren en om tijdens het werk gegevens systematisch te leren verzamelen. Deze gegevens beogen het verkrijgen van overzicht op kwetsbare burgers, sociaal medische problemen en sterfte, en de wegen naar sociaal medisch verval.

## **Tot slot**

Hopelijk draagt de kennis in dit proefschrift bij aan beleidsverbeteringen om kwetsbare burgers eerder te identificeren om hen die hulp te bieden die bij hun problemen past. Het siert de academische wereld wanneer men de lessen van leven en sterven op straat integraal opneemt in de zorgpraktijk, onderwijs en wetenschap. De zorg voor dakloze mensen is een academische werkplaats van de straat waardig.

---

## **Noot**

<sup>1)</sup> Igor van Laere, MD, Founder and Director of the Doctors for Homeless Foundation Amsterdam. This foundation aims to share international social medical knowledge and experience in practice, education, research and policy making, to better assist poor and underserved people in our communities. [welcome@doctorsforhomeless.org](mailto:welcome@doctorsforhomeless.org)

Tabel 1: sociaal medische monitor voor mensen met risico op sociaal medisch verval

<b>DEMOGRAFIE</b>	
Naam adres postcode woonplaats Burger Service Nummer (BSN)	geslacht geboortedatum geboorteplaats geboorteland etnische origine
<b>SOCIALE PROBLEMEN</b>	<b>MEDISCHE PROBLEMEN</b>
<b><i>Onderdak</i></b> Onafhankelijk (eigenaar-bewoner/huur contract op naam) Begeleid wonen (pension / kliniek / gevangenis) Dakloos (duur dakloosheid en bron:) Huisuitzetting door huurschuld (sociale-/privé sector) Relatieproblemen, weggestuurd of zelf vertrokken Huisuitzetting door huurschuld tijdens uitzitten gevangenisstraf Huisuitzetting door extreme overlast Overige redenen (verlaten van een kliniek)	<b><i>Verslaving</i></b> alcohol drugs (tabak, cannabis, cocaine, heroïne, speed, pillen) gokken  <b><i>Geestelijke gezondheid</i></b> Psychotisch, verward, bizar Brutaal, agressief, gedragsstoornis Lethargisch, altijd moe, somber, depressief Cognitieve stoornissen / beperkte intelligentie
<b><i>Inkomen</i></b> Identiteitskaart, registratie bevolkingsregister, postadres Inkomen uit legale arbeid / illegale bron / geen inkomen Uitkering werkloosheid/arbeidsongeschiktheid (schulden) Zorgverzekering	<b><i>Lichamelijke gezondheid</i></b> Zelfverwaarlozing (body mass index) gebitsproblemen Chronische problemen longen Hart vaat ziekten / hoge bloeddruk Lever cirrose HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculose kanker diabetes epilepsie
<b><i>Activiteiten bezigheden</i></b> Doublures lager school/spijbelen en uitval middelb. school Hoogste diploma (laag, midden, hoog) werkervaring / dagbesteding / contacten politie en justitie sociaal netwerk familie / vrienden (naam, adres, telefoon)	
<b>STERFTE</b>	<b>ONNATUURLIJKE DOOD</b>
Datum van overlijden Dag in de week van overlijden Tijdstip van overlijden Vindplaats van overlijden Woonstatus bij overlijden	overdosis / intoxicatie suicide / moord accident / trauma  <b>NATUURLIJKE DOOD</b> hart en vaten longen kanker HIV/AIDS anders

Een overzicht op kwetsbare burgers en de dynamiek tussen de verschillende fasen van sociaal medisch verval bevat de volgende gegevens: demografie, drie sociale domeinen: onderdak – in relatie tot de setting en de wijze waarop mensen dakloos raken - , inkomen en bezigheden; drie medische domeinen: verslaving, geest en lichaam, en sterfte naar (on) natuurlijke doodsoorzaken. De medische problemen zijn gebaseerd op problemen welke chronische en kostbare begeleiding vergen en waarvan een significant verhoogd sterfterisico bekend is.

Bij de individuele toepassing van deze sociaal medische monitor dient de omvang en intensiteit van de in te zetten sociaal medische zorg te worden beoordeeld, ingezet, geregistreerd en gevolgd door professionals met kennis en ervaring met sociaal medisch verval.