

Dr. C. Akkermans is algemeen sociaal wetenschapper en als docent verbonden aan het departement Algemene Sociale Wetenschappen, Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht. E-mail: c.akkermans@uu.nl.

Binnengekomen 5 december 2007

Geaccepteerd 6 februari 2008

De toegankelijkheid van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang

Het leven op straat vergt een tol: daklozen hebben een slechte gezondheid. Zij hebben vaak last van meerdere kwalen, klachten en lichamelijke ongemakken. Het gaat hierbij vaak om ernstige en chronische problemen die het gevolg zijn van een zwervend bestaan (slechte voeding, verslaving aan alcohol, nicotine en/of drugs, slechte lichaamsverzorging en weinig zorg voor gezondheid). Huidproblemen, luchtweginfecties, (steek)wonden, spuitabcessen, loopvoeten, infecties, fracturen en gebitsklachten komen vaak voor (Toet et al., 2006; Van Laere en De Wit, 2005; Van der Poel et al., 2005). Daklozen overlijden op jongere leeftijd dan de wonende bevolking, maar tegelijkertijd maken zij veel minder gebruik van medische zorg (Bronsveld, 2004). De zorg voor hun eigen gezondheid staat niet boven aan het prioriteitenlijstje van daklozen: ze hebben wel wat anders aan hun hoofd. Voor iemand met een zwervend bestaan kan het moeite kosten om de benodigde papieren op orde te hebben en om aan alle expliciete en impliciete toegangseisen te voldoen die er aan (reguliere) medische zorg worden gesteld. Enerzijds kan de drempel om hulp te zoeken hoog zijn: vaak hebben ze geen huis- of tandarts en zijn hun ziektekostenverzekering of uitkering niet op orde (Van Laere en de Wit, 2005, p. 172). Sommige daklozen zien de noodzaak van zorg niet in, anderen koesteren groot wantrouwen jegens hulpverlening. Anderzijds

sluit het reguliere zorgaanbod vaak niet goed aan bij hun problemen en specifieke omstandigheden en krijgen daklozen niet de benodigde hulp wanneer hun zorgvraag niet in de reguliere hulpverlening past (Van Doorn, 2004; 2002). Voor iemand in deplorabele lichamelijke toestand is het moeilijk om zijn sociale problemen op te lossen – medische uitsluiting betekent hiermee ook sociale uitsluiting (Van Laere, 2006). Een kwalitatief goede en daarmee voor iedereen goed toegankelijke gezondheidszorg is ook een kwestie van sociale rechtvaardigheid (Marmot, 2005).

In de periode april-juli 2007 hebben studenten van de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht onderzoek gedaan naar medische zorg voor daklozen. Dit artikel is geschreven op basis van deze negen deelonderzoeken, met als gemeenschappelijke doelstelling: het krijgen van inzicht in de toegankelijkheid van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang.

De vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht zijn vertegenwoordigd, maar daarnaast is er ook gesproken met daklozen en hulpverleners uit Haarlem, Schiphol, Zaanstad, Apeldoorn, Zwolle, Breda en Tilburg.¹ Er zijn 85 interviews afgenomen op GGD-sprekuren, huisartsenposten, in de ziekenboeg en in instellingen voor dag- en nachtopvang.²

De brede blik, grote ambities en de korte periode van tien weken waarin relatief onervaren interviewers een voor hen nieuw en complex terrein betraden, hebben vanzelfsprekend beperkingen in het onderzoek met zich meegebracht. Er moesten keuzen worden gemaakt: instellingen voor verslavingszorg zijn buiten beschouwing gebleven en de nadruk lag op ambulante medische zorg in de eerste lijn. De literatuurstudie is beperkt, het aantal respondenten per gemeente klein en er is voornamelijk gesproken met daklozen die – al is het minimaal – gebruikmaken van (zorg)voorzieningen. Zogeheten zorgwekkende zorgmijders vormen een voor de hulpverlening slecht bereikbare groep en zij nemen ook in deze onderzoeken een marginale positie in. Het is niet mogelijk gebleken om resultaten te kwantificeren: daarvoor bieden de afzonderlijke onderzoeksverslagen te weinig gegevens of zijn de gebruikte indelingen onderling onvergelykbaar. Ondanks verschillen in de organisatie, omvang en aanpak van de zorg in de onderzochte gemeenten komt uit de onderzoeksverslagen een aantal gezamenlijke thema's naar voren, die in dit artikel zullen worden besproken.

ZORG VOOR GEZONDHEID

In 2006 werd het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang gepresenteerd, met als doel het verbeteren van de leefsituatie van de naar schatting tienduizend dak- en thuislozen in de vier grote steden. Gemeenten moeten meer verantwoordelijkheden krijgen en zelf zorg dragen voor een adequate signalering en begeleiding naar de zorg. Een van de doelstellingen is dat er voor daklozen met een verslavingsprobleem en psychiatrische problematiek (een zogeheten dubbele diagnose) voldoende voorzieningen komen. In het plan wordt een persoonsgerichte aanpak voorgesteld, gericht op sluitende samenwerking, onderling vertrouwen en een oplossingsgerichte werkhouding. Hoewel het plan in de praktijk van de openbare gezondheidszorg een grote rol speelt, is er in de tekst weinig aandacht voor medische basiszorg aan daklozen.

In beginsel heeft iedere Nederlander toegang tot (reguliere) gezondheidszorg. Sinds 1 januari 2006 zijn alle Nederlanders verplicht zich tegen ziektekosten te verzekeren. Elke verzekeraar moet iedereen die legaal

in Nederland verblijft en zich aanmeldt, ten minste het basispakket bieden. Hiermee zou de toegang tot medische basiszorg zijn gegarandeerd. Desondanks is niet iedereen verzekerd. Voor daklozen met een bijstandsuitkering wordt de zorgverzekering vaak geregeld via de gemeentelijke sociale diensten (Rensen, 2007, p. 12-14). Daklozen zonder vaste bron van inkomsten die weinig geld hebben of overhouden (bijvoorbeeld vanwege hun verslaving), lopen het meeste risico onverzekerd te zijn. Medische zorgvoorzieningen zijn over het algemeen goed toegankelijk voor wie het systeem begrijpt en zich weet te verzekeren. Voor veel daklozen verloopt de toegang tot het reguliere medische circuit moeizaam (Van der Poel et al., 2005; Van Doorn, 2002, p. 60-69). Dit kan komen doordat hulpverleningsinstellingen expliciet en impliciet eisen stellen waar daklozen door hun levenswijze en leefritme moeilijk aan kunnen voldoen, zoals het formuleren van een hulpvraag die aansluit bij het zorgaanbod, binnen openingstijden een beroep doen op zorg en op afspraak verschijnen (Van Doorn, 2004, p. 66-67). Daklozen hebben vaak geen agenda of horloge, plannen niet lang vooruit en leven bij de dag. Hierdoor is het lastig om aan de opgave te voldoen die een regulier medisch spreekuur hen stelt (vergelijk De Swaan, 1979). De redenen van daklozen om geen gebruik te maken van reguliere hulpverlening hangen mede samen met individuele of collectieve beeldvorming over deze hulpverleningsinstellingen: daklozen kunnen op grond van eigen negatieve ervaringen of negatieve verhalen die 'op straat' rondgaan, afzien van zorg. Daarnaast kan de afweging van winst- en verliesposten eraan bijdragen dat zij hulpverlening mijden: zo kan de verwachte 'winst' niet opwegen tegen de vrees voor intensief contact, voor gezichtsverlies, controleverlies of het verlies van zelfbeschikking en anonimiteit (Van Doorn, 2004, p. 60-64). Daklozeninstellingen zijn vaak beter toegesneden op de leefwereld van daklozen, maar ook hier geldt dat negatieve beeldvorming en de afweging tussen winst- en verliesposten ertoe kan leiden dat zij er liever geen gebruik van maken (Van Doorn, 2004, p. 70-75; Bronsveld, 2004).

DE ONDERZOEKEN: OPZET EN UITVOERING

De overkoepelende vraagstelling van alle deelonderzoeken luidde: hoe beoordelen dak- en thuislozen en hulpverleners de toegankelijkheid van de ziekenzorgvoorzieningen binnen de maatschappelijke opvang? De omschrijving van toegankelijkheid is overgenomen uit een recent RIVM-onderzoek naar zorg in de grote steden: 'Er is sprake van toegankelijke zorg als personen die zorg behoeven, zonder grote drempels toegang hebben tot de zorgverlening' (Verkleij en Verheij, 2003, p. 19). Onder ziekenzorgvoorzieningen binnen de maatschappelijke opvang rekenen we op dak- en thuislozen gerichte sociaal-medische voorzieningen zoals GGD-sprekuren, huisartsenposten en ziekenboegvoorzieningen. In de onderzoeken zijn grote steden betrokken met uitgebreide zorgvoorzieningen voor dak- en thuislozen, maar ook kleinere gemeenten (Schiphol, Zaanstad).

Om zicht te krijgen op het oordeel van betrokkenen is gekozen voor half gestructureerde interviews als dataverzamelingsmethode. Er zijn 85 interviews afgenomen (54 met dak- en thuislozen en 31 met hulpverleners). De geïnterviewde dak- en thuislozen bezochten het spreekuur van sociaal verpleegkundigen van de GGD of de huisartsenpost (Arnhem, Apeldoorn, Breda, Tilburg, Haarlem), verbleven in de ziekenboeg (Rotterdam) en/of maakten gebruik van dag- of nachtopvang (Apeldoorn, Zaanstad, Schiphol). In de meeste gevallen zijn de dakloze respondenten geselecteerd door een verpleegkundige, sommige student-onderzoekers hebben zelf daklozen benaderd in een dagopvang of sociaal pension. In beide gevallen is geselecteerd op 'aanspreekbaarheid' (niet onder invloed zijn, Nederlandssprekend).

De interviews met daklozen zijn over het algemeen korter dan met hulpverleners. Onder de geïnterviewde hulpverleners zijn huisartsen, daklozendokters, sociaal(psychiatisch) verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, medewerkers van een ziekenboeg en beleidsmedewerkers. De interviews zijn gehouden aan de hand van topiclijsten, die door elke onderzoeksgroep apart zijn opgesteld op basis van een korte literatuurstudie, afgestemd op hun specifieke onderzoekslocatie. Er is niet gewerkt met één gestandaardiseerde topiclijst, wat een systematische vergelijking van de onderzoeksresultaten bemoeilijkt. De thema's waren voor alle onderzoeksgroepen echter min of meer gelijk: met daklozen is onder meer gesproken over hun ervaringen met gezondheidsklachten, wat ze doen als ze ziek zijn, redenen om al dan niet behandeling te zoeken (en zo ja: bij wie), of ze hierbij problemen tegenkomen en hoe ze de contacten met hulpverleners ervaren. Een aantal onderzoeksgroepen ontleende hierbij aandachtspunten aan Van Doorn (2004) en nam vragen op over de rol van beeldvorming (verhalen over medische zorg die de ronde doen). Aan hulpverleners en beleidsmedewerkers werd onder andere gevraagd hoe de toegang tot de zorg in hun gemeente is geregeld, wat de ervaringen hiermee zijn, wat knelpunten en succesfactoren zijn en wat de aard van hun contacten met daklozen is. De interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgetikt. Vervolgens zijn aan tekstfragmenten trefwoorden (codes) toegekend. Dit gebeurde voornamelijk aan de hand van thema's uit de topiclijst. Een enkele keer bleek het nodig een nieuw trefwoord toe te voegen. Aan de hand van deze trefwoorden zijn de interviews met elkaar vergeleken en geanalyseerd. De onderzoeksgroepen analyseerden hun eigen interviews, wat resulteerde in negen afzonderlijke onderzoeksverslagen.

seerde topiclijst, wat een systematische vergelijking van de onderzoeksresultaten bemoeilijkt. De thema's waren voor alle onderzoeksgroepen echter min of meer gelijk: met daklozen is onder meer gesproken over hun ervaringen met gezondheidsklachten, wat ze doen als ze ziek zijn, redenen om al dan niet behandeling te zoeken (en zo ja: bij wie), of ze hierbij problemen tegenkomen en hoe ze de contacten met hulpverleners ervaren. Een aantal onderzoeksgroepen ontleende hierbij aandachtspunten aan Van Doorn (2004) en nam vragen op over de rol van beeldvorming (verhalen over medische zorg die de ronde doen). Aan hulpverleners en beleidsmedewerkers werd onder andere gevraagd hoe de toegang tot de zorg in hun gemeente is geregeld, wat de ervaringen hiermee zijn, wat knelpunten en succesfactoren zijn en wat de aard van hun contacten met daklozen is. De interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgetikt. Vervolgens zijn aan tekstfragmenten trefwoorden (codes) toegekend. Dit gebeurde voornamelijk aan de hand van thema's uit de topiclijst. Een enkele keer bleek het nodig een nieuw trefwoord toe te voegen. Aan de hand van deze trefwoorden zijn de interviews met elkaar vergeleken en geanalyseerd. De onderzoeksgroepen analyseerden hun eigen interviews, wat resulteerde in negen afzonderlijke onderzoeksverslagen.

FEITELIJKE DREMPELS

Als voorbeelden van drempels die de toegankelijkheid van de zorg kunnen beperken, noemen Verkleij en Verheij (2003) financiële belemmeringen, een grote geografische afstand tot zorgvoorzieningen, het ontbreken van voorzieningen en wachtlijsten. Daarnaast onderscheiden zij culturele drempels: wanneer het mensen aan informatie ontbreekt of wanneer zij geen hulp zoeken omdat ze er geen baat in zien (2003, p. 19). In ons onderzoek maken we een onderscheid tussen objectieve (feitelijke) en subjectieve toegankelijkheid (vergelijkbaar met de culturele drempels van Verkleij en Verheij). De feitelijke toegankelijkheid wordt bepaald door openingstijden en bereikbaarheid van onder meer medische sprekeren en de lengte van wachtlijsten. Het gaat hierbij ook om formele toelatingseisen: regelingen betreffende kosten en verzekering, wie komt voor welke zorg in aanmerking (ook

illegalen, onverzekerden en mensen met een dubbele diagnose)? Feitelijke aspecten van toegankelijkheid worden voornamelijk door de geïnterviewde hulpverleners genoemd: zij gaven informatie over de organisatie en toegankelijkheid van de sociaal-medische hulpverlening in hun stad en hun oordeel over de toegankelijkheid van de zorg. In de interviews met daklozen is meer nadruk gelegd op subjectieve aspecten en stonden hun ervaringen en meningen over de (beschikbaarheid van) sociaal-medische zorg centraal.

De situatie in de onderzochte gemeenten loopt uiteen, onder meer wat betreft de zorg voor illegalen, de bereikbaarheid en het aanbod van voorzieningen. Zo zijn op het sociaalverpleegkundig spreekuur in Apeldoorn illegale daklozen welkom, in Breda en Tilburg worden zij uitgesloten. In Utrecht is één bed beschikbaar voor medische zorg aan illegale daklozen, wat door betrokken hulpverleners te weinig wordt bevonden. In een aantal gemeenten is de zorg alleen toegankelijk voor daklozen uit die gemeente. Een ander aspect is de fysieke bereikbaarheid. Het vergroot de toegankelijkheid wanneer de spreekuren in (de buurt van) de dag- en nachtopvang zijn. Dit is meestal niet het geval. In Apeldoorn bevindt de huisarts die verbonden is aan de nachtopvang, zich niet in de buurt van de opvang en dan blijkt dat aan veel doorverwijzingen geen gevolg wordt gegeven. Het belang van fysieke bereikbaarheid is ook op grond van eerder onderzoek benadrukt (Bronsveld, 2004; Verkleij en Verheij, 2003).

In kleinere gemeenten zijn de voorzieningen kleinschalig. Deze kleinschaligheid heeft beperkingen: als de enige verpleegkundige afwezig is door ziekte of vakantie, kan de continuïteit van de zorg in het geding komen. Het voordeel van de kleinschaligheid ligt in 'korte lijntjes', een overzichtelijke overlegstructuur en persoonlijke contacten tussen daklozen en hulpverleners. Vaak bestaat de sociaal-medische zorg voor daklozen eruit dat een verpleegkundige van de GGD een of twee keer per week spreekuur houdt in de dag- of nachtopvang. Dat betekent dat zieke daklozen voor medische behandelingen buiten het reguliere circuit naar een grotere stad moeten. Een Zwolse dakloze vertelt:

Ik had een paar maanden geleden heel erg veel pijn in mijn mond en had ik heel erg pijn aan mijn kiezen (...) De verpleegkundige ging iets voor mij proberen te regelen, maar daar ging echt wel een heel lange tijd overheen en ik had zo'n pijn! Gelukkig kon ik uiteindelijk bij een tandarts in Rotterdam terecht (Schmidt et al., 2007, p. 27).

In Zaanstad zijn geen medische voorzieningen specifiek voor dak- en thuislozen. Ook op Schiphol waar het Leger des Heils een dienstencentrum heeft, is 'meer dan een normale verbanddoos niet aanwezig, er zijn geen bedden, er is geen arts en geen regulier spreekuur' (De Goede et al., 2007, p. 40). Enkele geïnterviewde hulpverleners (uit Haarlem, Tilburg, Breda) zijn van mening dat er meer voorzieningen zouden moeten komen: meer personeel, meer spreekuren, meer ziekenbedden. Ook gaan er, onder meer in Zwolle, Arnhem en Haarlem, stemmen op voor beter toegankelijke tandzorg voor daklozen.

De vier grote gemeenten (Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Amsterdam) hebben uitgebreide voorzieningen, waaronder een straatdokter, huisartsenpost, tandarts en/of een ziekenboeg voor daklozen. Het paradoxale aan een ziekenboeg is dat, hoewel de naam dat suggereert, het geen medische voorziening is. Degene die er verblijven, moeten echter wel lichamelijke problemen hebben (vaak met doktersverklaring) om er te worden opgenomen. Als de nood hoog is, wordt hier wel van afgeweken. In de ziekenboeg kunnen daklozen bijkomen, een paar dagen en nachten op bed blijven en aansterken: 'er wordt rust, eten en drinken gegeven' (De Goede et al., 2007, p. 30). Voor medische behandeling blijft het reguliere ziekenhuis de aangewezen plek. De doorstroom naar reguliere eerstelijnsgezondheidszorg – huisarts, tandarts – en tweedelijnsvoorzieningen is echter vaak problematisch. In Utrecht en Rotterdam benadrukken hulpverleners dat de medische zorg binnen de maatschappelijke opvang weliswaar laagdrempelig moet zijn, maar het doel blijft mensen terug te brengen in het reguliere zorgcircuit. Velen voelen zich echter beperkt in hun mogelijkheden door te verwijzen naar reguliere voorzieningen. Dit vergt goede afstemming van praktische zaken en vraagt om flexibiliteit: 'regels worden soms juist noodgedwongen genegeerd, omdat deze het soms onmo-

gelijk maken om aan iedereen die het nodig heeft, hulp te bieden' (Ebbink et al., 2007, p. 39). In bijna alle verslagen wordt gesignaleerd dat de samenwerking tussen instanties moeizaam verloopt. Het is onduidelijk of na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet het probleem van onverzekerde daklozen daadwerkelijk is afgenomen (Rensen, 2007), maar verzekeringsproblemen lijken overkomelijk. Meestal worden onverzekerde daklozen geholpen met het afsluiten van de verzekering als daarmee de benodigde medische zorg kan worden geregeld. Een groter probleem is de uitsluiting van illegalen: voor hen valt niets te regelen. Dit wordt door hulpverleners in alle onderzochte gemeenten als groot probleem gezien.

SUBJECTIEVE DREMPELS

Naast een feitelijke dimensie kent toegankelijkheid een subjectief aspect. Subjectieve toegankelijkheid heeft te maken met (voor)oordelen over de beschikbaarheid en effectiviteit van medische zorg. Het is denkbaar dat ook onder hulpverleners in de maatschappelijke opvang bepaalde verwachtingen of opvattingen heersen die het voor daklozen moeilijk maken de benodigde zorg te krijgen, bijvoorbeeld omdat hulpverleners sommige daklozen als lastig ervaren (vergelijk Van Doorn, 2004, p. 72-75). Aan de relatie tussen de beeldvorming onder hulpverleners en de toegankelijkheid van de zorg voor daklozen is in geen van de onderzoeken expliciet aandacht besteed. Wel gaan alle onderzoeksgroepen in op drempels die daklozen ervaren bij het zoeken naar medische zorg, en het belang van een goede vertrouwensband tussen dakloze en hulpverlener.

Een Amsterdamse dakloze vertelt hoe zij in het medische circuit terecht is gekomen:

Ik werd gevonden door de GGD, ik was zelf helemaal niet met mijn gezondheid bezig. Ik heb geluk gehad dat de GGD mij vond, zeker ook omdat ik nog nooit gehoord had van de medische voorzieningen (De Bruin, Beltman en Dommerholt, 2007, p. 40).

Uit dit citaat blijkt dat ze niet op de hoogte was van het bestaan van een huisartsenpost of sociaal-medisch spreekuur. Over het algemeen blijken deze voorzienin-

gen echter goed bekend bij daklozen (met uitzondering van Amsterdam en Apeldoorn). In een aantal gemeenten wordt 'reclame' gemaakt, zoals in Rotterdam waar alle informatie over medische zorg op een handzaam geplastificeerd kaartje staat ('Vragen over je gezondheid? Straatdokter'). In Utrecht is er het Straatkompas. Men weet van andere daklozen of van hulpverleners waar men terecht kan. Dit blijkt ook uit eerder onderzoek (Van der Poel et al., 2005, p. 25-26). De meeste geïnterviewde daklozen geven aan zonedig gebruik te (zullen) maken van medische zorg. Wanneer zij dat niet willen, lijkt dat niet zozeer te liggen aan gebrekkige kennis of informatie over het zorgaanbod, maar aan hun inschatting dat het niet nodig is om een arts in te schakelen. Dit kan zijn omdat ze verwachten dat hun klachten vanzelf overgaan of omdat ze denken dat medische zorg niet zal helpen. Een Tilburgse dakloze heeft besloten zich niet te laten behandelen voor zijn hepatitis C, een ernstige en besmettelijke leverziekte. Hij denkt dat het een lange en zware kuur inhoudt:

Omdat ik er geen last van heb. Ik heb gewoon geen zin in artsen. Ze kunnen wel zeggen dat ik hepatitis A tot en met Z heb! (Spoor et al., 2007, p. 21).

Ook enkele verpleegkundigen merken op dat daklozen niet snel op hen afstappen met hun lichamelijke sores: dan moeten ze immers toegeven aan hun fysieke problemen, zich laten onderzoeken en aan het medische regime onderwerpen. Zolang de lichamelijke ongemakken enigszins te dragen zijn – al dan niet met behulp van zelfmedicatie in de vorm van drank of drugs – is doktersbezoek geen prioriteit:

Nou kijk, ik lust nog wel eens een borreltje om de pijn aan mijn rug te verzachten (Schmidt et al., 2007, p. 24).

Nou, ik ben niet zo'n medicijnenman. Ik ben een paar maanden geleden een keer ziek geweest. Drie dagen had ik hoofdpijn, maar voor die huis-, tuinen keukenkwaaltjes ga ik niet naar de dokter hier (Spoor et al., 2007, p. 20).

Ik ben geen dokterloper, wil mijn verhaal niet aan de grote klok hangen. Het heft in eigen handen houden. Als er iets fout gaat, wil ik mezelf de schuld kunnen geven, niet anderen (Smid et al., 2007, p. 37).

Het niet uit handen willen geven van de regie over eigen lijf en leven kan ook een rol spelen in de afweziging om geen hulp te zoeken, zoals wordt geïllustreerd door het voorgaande citaat.

Een rode draad die door alle onderzoeksbevindingen loopt, is de relatie tussen toegankelijkheid van de zorg en wederzijds vertrouwen, persoonlijk contact en het gevoel welkom te zijn. De volgende eigenschappen van hulpverleners worden belangrijk gevonden:

- 40 betrouwbaar zijn, inlevingsvermogen hebben, goed luisteren, de tijd nemen, begrijpen wat iemand wil en respect tonen. Een Arnhemse dakloze verwoordt het als volgt:

We hebben respect voor elkaar. Dat is heel belangrijk anders kun je niet praten en begrijp je elkaar niet (Smid et al., 2007, p. 31).

Sommige daklozen ervaren hun contacten met hulpverleners als onpersoonlijk en missen iemand bij wie ze hun verhaal kunnen doen en die ze kunnen vertrouwen. Dit kan een barrière vormen om hulp te zoeken. Dit sluit aan bij bevindingen uit eerder onderzoek:

goed contact is een voorwaarde voor het winnen van vertrouwen, wat weer een voorwaarde is voor het slagen van sociaal-medische zorg (Van der Poel et al., 2005; Bronsveld, 2004). Van der Poel et al. kennen met name de verpleegkundige een belangrijke rol toe, aangezien zij aan de toegangspoort tot de zorg staat (Van der Poel et al., 2005, p. 25).

Wanneer aan daklozen die gebruikmaken (of hebben gemaakt) van medische zorg, wordt gevraagd naar hun oordeel over de kwaliteit hiervan, wordt vaak in eerste instantie gewezen op sociale aspecten: er is waardering voor betrokken hulpverleners die interesse tonen in hun levensverhaal. Pas in tweede instantie wordt de kwaliteit van de zorg gerelateerd aan de toegankelijkheid van de zorg (of zij binnen redelijke termijn de benodigde hulp hebben gekregen) en medische aspecten (of aandoeningen zijn behandeld). Ook artsen en verpleegkundigen wijzen op het belang van

een goede vertrouwensrelatie. Dit wordt gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor contact, als aanknopingspunt voor verdere hulpverlening:

Zij willen in beginsel slechts met je praten, in plaats van dat zij direct geholpen willen worden. Zij kijken eerst de kat uit de boom: wie of wat ben jij en ben jij te vertrouwen? Ben jij niet zo iemand die alles belooft en niets doet? (Mostert, Riemer en Smit, 2007, p. 28).

Als ze geen vertrouwen in me hebben, komen ze niet meer (...) Als ik mensen zomaar wat op de mouw speld of niet correct handel, eh... ja dan kun je de tent wel sluiten (Smid et al., 2007, p. 38).

Het maken van duidelijke afspraken en het nastreven van realistische doelen is erg belangrijk. Soms hebben daklozen volgens hulpverleners onrealistische verwachtingen van de geboden hulp en de mogelijkheden tot snel herstel. Ze vinden de omgang met daklozen niet altijd gemakkelijk: ze ervaren sommigen als 'lastige klanten' vanwege dronkenschap, drugsgebruik of agressie of omdat ze afspraken niet na zouden komen.³

Op een medisch consult ontbreekt vaak de tijd voor een uitgebreid persoonlijk gesprek. Het is natuurlijk van belang dat artsen en verpleegkundigen bekend zijn met de sociaal-medische situatie en voorgeschiedenis van hun cliënten. Enkele daklozen uit de grote steden ervaren het als onprettig wanneer telkens weer naar hun achtergrondverhaal wordt gevraagd (De Bruin, Beltman en Dommerholt, 2007, p. 33). Dit probleem zou deels kunnen worden ondervangen door een centraal patiëntendossier. Hoewel het aanleggen van een centraal, voor meerdere hulpverleners beschikbaar dossier problematisch is in verband met privacywetgeving, is de behoefte onder hulpverleners eraan groot: om de samenwerking, onderlinge communicatie en efficiëntie van de zorg te kunnen verbeteren (zie bijvoorbeeld Motshagen et al., 2007, p. 23). In de praktijk blijkt zo'n centraal dossier te werken: in Rotterdam hebben alle straatdokters toegang tot een virtuele praktijk, waarin iedereen die op consult is geweest, staat geregistreerd (Ebbink et al., 2007, p. 43; Van der Poel et al., 2005).

CONCLUSIE

Zwerven is slecht voor de gezondheid. Daklozen zijn ongezonder en kampen vaak met meerdere gezondheidsproblemen, maar maken minder gebruik van medische zorg dan de wonende bevolking. In dit artikel is verslag gedaan van onderzoek naar de toegankelijkheid van medische zorgvoorzieningen voor daklozen thuislozen in de maatschappelijke opvang. Aan toegankelijkheid zijn twee dimensies te onderscheiden: een feitelijke en een subjectieve. De feitelijke toegankelijkheid van medische basiszorg – met uitzondering van tandartsenzorg – is redelijk, zo concluderen vrijwel alle onderzoeksgroepen. Doorverwijzingen naar reguliere eerstelijnsgezondheidszorg – huisarts, tandarts – en naar tweedelijnsvoorzieningen komen echter vaak moeilijk tot stand. Verzekeringskwesaties worden waar mogelijk door hulpverleners geregeld. Daklozen die medische hulp nodig hebben, kunnen bij een arts of verpleegkundige terecht, met de schrijnende uitzondering van illegale daklozen. Voor illegalen valt weinig te regelen: zij vormen een uitermate kwetsbare groep voor wie de toegang tot medische zorg problematisch is.

Een aantal stemmen gaat op voor meer personeel, meer bedden, meer medische spreekuren. Afgezien van de vraag of het financieel en organisatorisch te realiseren is, is het niet vanzelfsprekend dat een ruimer aanbod de toegankelijkheid ten goede zal komen. Een verruiming van het zorgaanbod heeft weinig zin als een subjectieve drempel de toegang blijft blokkeren. Gebrek aan informatie over medische voorzieningen lijkt geen belemmerende factor te zijn: velen zijn op de hoogte van het aanbod of weten hoe ze aan die informatie kunnen komen. Dit resultaat hangt samen met de selectie van respondenten: er is alleen gesproken met daklozen die op een of andere manier gebruikmaken van de maatschappelijke opvang. Een aantal respondenten is geworven via de spreekuren van sociaal verpleegkundigen: zij hebben al toegang tot zorg. Degenen die zorg mijden of voor wie om andere redenen de gang naar hulpverlening problematisch is, zijn niet in het onderzoek betrokken. Deze selectie kleurt in hoge mate de conclusie dat daklozen over het algemeen geen drempel ervaren om zo nodig gebruik te maken van sociaal-medische zorg. Zo *nodig* is hier een

sleutelbegrip: daklozen maken de afweging in hoeverre zij medische bemoeienis nodig vinden. Enkele daklozen zoeken geen zorg voor hun klachten omdat zij geen heil van behandeling verwachten. Zij hebben het idee dat de arts of verpleegkundige toch niet veel kan doen, dat bemoeienis rompslomp geeft die niet in verhouding staat tot het resultaat, als er al verbetering optreedt. Sommigen geven aan geen bemoeienis te willen, omdat ze geen hinder van hun ziekte ondervinden '...omdat ik er geen last van heb...'. Hoewel veel daklozen aangeven geen drempel te ervaren, lijkt die drempel er in een aantal gevallen wel te zijn: sommigen wachten met het zoeken van hulp tot het niet anders kan, tot zij van mening zijn dat hulp nodig is. Een manier om deze 'milde zorgmijders' over de drempel te krijgen, lijkt te liggen in het opbouwen en onderhouden van een persoonlijke band tussen hulpverlener en cliënt, in betrokkenheid van de hulpverlener. Persoonlijke aandacht van de hulpverlener voor de dakloze is een belangrijke drempelverlagende factor. Het belang van een goede vertrouwensband tussen beiden is vaker benadrukt in onderzoeksliteratuur (Wen et al., 2007; Van Doorn, 2004; Bronsveld, 2004). De toegankelijkheid van de zorg, zo is ook op te maken uit de in dit artikel besproken verzameling onderzoeksrapporten, blijkt voor een belangrijk deel te worden bepaald door de toegankelijkheid van zorgverleners.

(Met dank aan: Igor van Laere, straatdokter Amsterdamse GG&GD.)

(Met dank aan: Igor van Laere, straatdokter Amsterdamse GG&GD.)

NOTEN

1. Het onderzoek is uitgevoerd door 31 eerstejaarsstudenten, verdeeld over negen onderzoeksgroepen. Een tiende groep van vijf studenten (Maas et al., 2007) heeft onderzoek uitgevoerd in Het Hoogeland te Beekbergen, een 24-uursvoorziening voor thuisloze mannen en vrouwen die geen drugs of alcohol gebruiken. De verblijfsduur is onbeperkt en de zorg is niet gericht op re-integratie. Dit onderzoek is buiten beschouwing gelaten: het had geen betrekking op de toegang tot zorg binnen de ambulante hulpverlening.
2. Interviews met daklozen en hulpverleners zijn afgenomen in Rotterdam bij de ziekenboeg van het

Leger des Heils, de Pauluskerk, Stichting de Ontmoeting; op Schiphol bij dienstencentrum van het Leger des Heils; in Haarlem bij de ziekenboeg en de dagopvang van het Leger des Heils en spreekuur van Dokter Damiate; in Den Haag bij de Kesslerstichting (groep zorg en wonen); in Breda bij daklozenopvang 't IJ; in Tilburg bij het sociaal pension en het dienstencentrum Traverse; in Apeldoorn bij 't Slaaphuis; in Arnhem bij dienstencentrum De Passade; in Amsterdam bij ziekenboegvoorziening De Aak en inloophuis de Kloof en in Zwolle bij dag- en nachtopvang De Herberg en dagopvang Bonjour. Daarnaast is er gesproken met daklozen in het Utrechtse opvangcentrum De Stek; met artsen van de GGD Utrecht, Rotterdam-Rijnmond, Amsterdam en West-Brabant (Breda/Tilburg) en met sociaal verpleegkundigen van de Utrechtse GGD, GGD Regio IJssel-Vecht (Zwolle), GGD Gelderland-Midden (Arnhem), GGD West-Brabant (Breda/Tilburg), GGD Kennemerland (Haarlem), het Haagse Parnassia, en met een maatschappelijk werkster bij Route 404 in Zaanstad.

3. In hoeverre ervaringen van hulpverleners met 'lastige' daklozen de toegankelijkheid van de zorg nadelig beïnvloeden, is in de onderzoeken niet verder geanalyseerd.

LITERATUUR

- Bronsveld, C. (2004) *'Het kan altijd beter...'* De sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Rotterdam. Rotterdam: Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Doorn, L. van (2004) 'Botsende werkelijkheidsopvattingen: institutionele ratio's versus de realiteit van de straat'. In: Nuy, M. en F. Brinkman (red.) (2004) *Wanorde in een mensenleven. Een bezinning op thuisloosheid*, p. 57-86. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Doorn, L. van (2002) *Een tijd op straat: een volgstudie naar (ex)daklozen in Utrecht (1991-2000)*. Utrecht: NIZW.
- Laere, I.R.A.L. van en M.A.S. de Wit (2005) *Dakloos na huisuitzetting*. Amsterdam: GG&GD cluster MGGZ-EDG.
- Laere, I.R.A.L. van (2006) 'Sociaal-medische zorg: basis van gezonde zorg'. In: *G. Vakblad over gezondheid en maatschappij*, 4(1), p. 24-5.
- Marmot, M. (2005) 'Social determinants of health inequalities'. In: *The Lancet*, 365(9464), p. 1099-1104.
- Poel, A. van der, L. Krol., W. de Jong en H. Jansen (2005) *Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter' Sociaal Medische zorg aan dak- en thuislozen in Rotterdam. Een onderzoek naar het functioneren van de straatdokter*. Rotterdam: IVO.
- Rensen, P. (2007) *Dakloos en onverzekerd in de grote stad. Een onderzoek naar de gevolgen van de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet voor daklozen in de vier grote steden*. Utrecht: Trimbo Instituut.
- Swaan, A. de (1979) *Het spreekuur als opgave. Sociologie van de psychotherapie deel 2*. Utrecht: Het Spectrum.
- Toet, J., K. Haks, E. Mazurkiewicz, R. de Vries, M. Dolman, J. Roelofs, R. Smit, E. Van Ameijden en D. Reinking (2006) *Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2005. Themarapport Zorg voor kwetsbaren*. Utrecht: GG&GD Utrecht.
- Verkleij, H. en R.A. Verheij (2003) *Volksgezondheid toekomstverkenning: zorg in de grote steden*. Bilthoven: RIVM.
- Wen, C.K., P.L. Hudak en S.W. Hwang (2007) 'Homeless People's Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters'. In: *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, issue 7, p. 1011-1017.

ONDERZOEKSVERSLAGEN STUDENTEN

- Belle, O. van, L. Broeks, L. de Bruin en N. Donkersloot (2007) *Move the walls. Een onderzoek naar ziekenzorg voor dak- en thuislozen in Haarlem en Zaanstad*. Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Bruin, M. de, W. Beltman en J. Dommerholt (2007) *Rapportage onderzoeksbevindingen en beleidsaanbevelingen rond dakloosheid: Amsterdam*. Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Ebbink, M., R. Eilers, D. Hebing en E. Hoogwout (2007) *Iedere morgen, nieuwe zorgen. Onderzoek naar medische voorzieningen voor daklozen in de stad Rotterdam*. Universiteit Utrecht: paper ASW.

- Goede, S.G.J. de, H. Hahn, S. Hilgersom en M. van Houten (2007) *Het onzichtbare plafond van daklozen. Over de ziekenboegvoorzieningen in Haarlem en op Schiphol*. Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Maas, A., B. de Jong, H. Lemain, L. de Hoogt en W. Kamp (2007) *Onderzoeksverslag ziekenboegvoorziening in Beekbergen*. Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Mostert, L., E. Riemer en W. Smit (2007) *Rapportage onderzoek*. (Utrecht/Den Haag) Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Motshagen, J., K. Schutter, C. Slofstra en M. Sloomans (2007) *Ziekenzorg, kopzorg? Een studie naar toegankelijkheid van ziekenzorgvoorzieningen voor daklozen*. (Arnhem) Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Schmidt, A., I. Perfors, D. Moonen en S. Sciarone (2007) *Ziekenzorg in Zwolle. Een rapportage over de ziekenzorg voor dak- en thuislozen in Zwolle*. Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Smid, J., Y.M. van der Werf, K.J. van de Werfhorst en T. Zoet (2007) *De deur staat open. Een casestudy naar de kwaliteit en toegankelijkheid van het sociaal-psychiatrisch spreekuur in 't Slaaphuis te Apeldoorn*. Universiteit Utrecht: paper ASW.
- Spoor, N., M. Stare, M. Verwoerd, L. de Visser en M. van de Vorst (2007) *Project ziekenzorg. Onderzoek naar de toegankelijkheid van de ziekenzorgvoorzieningen voor daklozen in Breda en Tilburg*. Universiteit Utrecht: paper ASW.

SUMMARY

This article is based on research done by bachelor students Social Science, Utrecht University, on the accessibility of healthcare for homeless people in eleven Dutch municipalities. They interviewed 54 homeless people and 31 care providers and professionals. In general, homeless people seem to find their way to health care quite adequately. However, their perceptions of the necessity and effectiveness of treatment may negatively influence their desire to seek health care. Personal attention by care providers and mutual trust can lower the barrier to obtaining health care. The conclusion is that the accessibility of health care seems to be greatly determined by the accessibility of healthcare workers.