

Een armendokter kan helpen

Daklozen zijn gebaat bij zorgverleners met de mentaliteit van een plattelandsdokter, zegt Igor van Laere. Hij heeft zijn proefschrift aan dit soort specifieke zorg gewijd.

Door **Malou van Hintum**

Igor van Laere (1965) is daklozendokter, al vijftien jaar. Hij kijkt niet op van iemand met een combinatie van hiv, diabetes, loopvoet, een open wond, schimmel, diabetes, een slecht gebit, COPD, alcoholisme, hoge bloeddruk, luizen, eczeem, geen onderdak, geen postadres, schulden en periodieke psychoses.

'Twintig diagnoses zijn helaas gewoon', zegt hij aan zijn keukentafel in een Amsterdamse Vogelzwaai, terwijl hij een trommel-tje zelfgebakken cantuccini open-trekt. Dinsdag 12 januari verdedigt Van Laere aan de Universiteit van Amsterdam zijn proefschrift *Social medical care before and during homelessness in Amsterdam*.

Wat mankeren de Amsterdamse daklozen?

'Van een onderzochte groep daklozen, meest mannen, die ik tien jaar later opnieuw benaderde, bleek een vijfde op dat moment al overleden. Ze werden gemiddeld 55 jaar. Dat betekent dat mannen uit deze groep en van deze leeftijd een bijna zeven keer hogere overlijdenskans hebben dan een doorsnee-Amsterdamse leeftijdgenoot.

'Bij daklozen gaat het altijd om mensen met sociale én medische problemen. Schulden, gokken, huiselijk geweld, verslaving, psychische en lichamelijke problemen. In het onderzoek gaven drugsgebruik en geldproblemen een significant verhoogd risico op uithuiszetting. Van de 275 huishoudens met dreigende huurschuld had meer dan de helft sociale problemen, zoals financieel mismanagement en inkomensdaling. Een kwart had medische problemen, zoals verslaving en psychiatrische en/of lichamelijke aandoeningen. Het ging meestal om alleenstaande mannen.'

Wat is de kwetsbaarste groep?

'Met name laagopgeleide, alleenstaande Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse mannen tussen de 35 en 55 jaar, die ook nog eens lijden aan een combinatie van verslaving, psychiatrische en lichamelijke problemen - de zogeheten trimorbiditeit - lopen het risico dakloos te worden.'

We weten toch allang dat er nooit maar één probleem speelt, maar altijd een complex van elkaar versterkende factoren?

'Er is eerder nooit goed onderzocht wat er precies aan de hand is, en welke factoren een extra risico vormen voor wat. En als we het zo goed wisten, hoe kan het dan dat de meerderheid van de daklozen geen adequate hulp kreeg?'

'De problemen bestaan allang, daklozen bestaan allang, maar pas de laatste jaren is er aandacht voor preventie, en worden de sociale en medische problemen van de onderlaag in kaart gebracht. Dat is noodzakelijk, want zonder zo'n sociale diagnose kun je geen medische hulp bieden.'

U zegt: je moet niet de ziekte willen genezen, maar de patiënt. En daarvoor moet je hem kennen.

'En daar is nu steeds minder tijd voor, lijkt het. In de gezondheidszorg moet alles in producten, in dbc's (diagnose-behandelcombinaties, red.) passen. Maar daar past een mens per definitie niet in. De overheid moet oppassen dat de zorg door deze zakelijke benadering niet armzalig wordt, en - hoe paradoxaal ook - bovendien veel gaat kosten. Want je begint aan de verkeerde kant.'

'Zie ik een dakloze met twintig diagnoses, dan verdient die een plek in de ziekenboeg, om hem te observeren. Vervolgens moet je goed kijken wat er nodig is: een



Igor van Laere: 'Er moet academische verwondering blijven.'

Foto Joost van den Broek / de Volkskrant

CV

- 1965** - Geboren in Nijmegen (8 maart)
- 1984 - 1992** Geneeskunde, UVA
- 1995 - 2009** GGD Amsterdam, o.a. Ambulant Medisch Team dak- en thuislozen
- 1998 - 2000** Opl. Sociale geneeskunde
- 2005 - 2007** Bestuurslid Vereniging voor Verslavings Geneeskunde
- 2007** - Mede-oprichter European Network of Homeless Healthworkers
- 2008** - Mede-oprichter Doctors for Homeless Foundation
- 2010** - Promotie

postadres, een uitkering, een zorgverzekering, schuldsanering. Dat is de basis. Als dat geregeld is, kun je medisch adequate zorg bieden. Zo niet, dan doe je aan symptoombestrijding.'

Je kunt goedkoper, sneller en beter helpen als je eerst naar de basis gaat?

'Zeker. Maar dat vraagt om kennis en vereenvoudiging.'

En dat is moeilijk?

'De centrale vraag is: wie met welke problemen heeft welke zorg nodig, hoe regelen we dat en wat moet het kosten? Dat is alles. Steek je dat sociaal-medisch in, dan gaat het sociaal om onderdak, inkomen en activiteiten. En medisch om verslaving, geest en lichaam.'

'Binnen die zes categorieën kun je kijken welke problemen het kostbaarst en schadelijkst zijn, chronisch aandacht verdienen en ingewikkelde zorg nodig hebben. Daarvoor is academisch denkwerk nodig, en dat kan beter. Je wilt niet

dat mensen dakloos worden, kwalen verzamelen en vroegtijdig overlijden. Maar dat gebeurt wél.'

Hebt u daarom de Sociaal Medische Monitor ontwikkeld?

'Die is vanuit die zorgbehoefte ontwikkeld, en die bevat onder meer deze zes categorieën. Ze zijn elk onderverdeeld in verschillende factoren, bijvoorbeeld bij 'onderdak': begeleid wonen, dakloosheid en redenen daarvoor, zoals overlast en huurschuld.'

'Bij medische problemen gaat het om chronische ziekten die veel geld kosten en een groot sterftrisico geven, zoals hart- en vaatziekten, levercirrose en hiv. Door deze monitor systematisch te gebruiken kun je kwetsbare mensen op het spoor komen en daarmee hopelijk het risico op sociaal-medisch verval verkleinen.'

Er worden al heel veel papieren ingevuld in de zorg...

'Door heel veel verschillende instanties. De hulpverlening is ge-

fragmenteerd, terwijl de patiënt een integrale aanpak nodig heeft. De sociaal-geneeskundige kan hierbij helpen. Sociale geneeskunde kijkt naar de dynamiek tussen mens, probleem en omgeving. Het is een integrale manier van kijken waarbij je de sociale en medische geschiedenis in beeld brengt. Op basis daarvan kun je de richting van adequate zorg bepalen.'

Daarvoor is het nodig de huisarts bij de hulpverlening te betrekken, zegt u. En wel op een specifieke manier: u wilt de oude plattelandsdokter terug in de stad.

'Die mentaliteit is wenselijk, maar de vraag is of het haalbaar is. Voor extreme probleemgevallen is een armendokter aan te bevelen. Je wilt dat de patiënt die de dokter echt nodig heeft, hem ook ziet. En die armendokter moet opereren als een Arts zonder Grenzen in eigen land. Op de fiets eropaf.'

Uw vader en moeder hadden een ouderwetse dorpspraktijk. Bent u

niet gewoon nostalgisch?

'Mijn ouders spraken hun patiënten op straat, in de vereniging, op huisbezoek. Dat persoonlijke contact gaf hun een goed beeld van de sociaal-medische conditie van hun patiënten. De huisarts was zichtbaar en bereikbaar. De wijkzuster was zichtbaar, en de lijnen waren kort. Er waren weinig barrières om zorg te bieden. De patiënt stond echt centraal, van wieg tot graf.'

U stelt in uw proefschrift dat de uitdrukking 'zorgwekkende zorgmijders' zowel op patiënten als op artsen kan slaan.

'Daarmee doel ik op de zorg voor daklozen. Er zijn weinig daklozendokters in ons land, terwijl er een aanzienlijke groep zwerfjongeren en dak- en thuislozen is, die de afgelopen twintig jaar alleen maar is gegroeid. Maar het aantal daklozendokters is niet meegegroeid. Vergelijk dat eens met de hiv-patiënten. Voor hen is het aantal dokters wel evenredig toegenomen, is er sprake van een gigantische zorgkwaliteit, en is de overlevingskans van de patiënten enorm verbeterd. Je kunt kwetsbare burgers in de onderlaag ook betere zorg, en betere overlevingskansen.'

Vandaar uw pleidooi voor een Leerstoel van de Straat en oprichting van het European Network of Homeless Health Workers?

'Voor de preventie van sociaal-medisch verval wil je dat toekomstige dokters zijn voorbereid op sociaal-medische problematiek. Het is daarom wenselijk dat er in onderwijs en onderzoek meer aandacht voor komt. Een leerstoel kan bijdragen aan geïntegreerde zorg voor daklozen en preventie van dakloosheid. Nu zijn te veel verschillende disciplines vooral bezig met hun eigen terrein, terwijl juist al in een vroeg stadium meer oog nodig is voor het grotere geheel.'

Zo kan de toekomstige dokter integrale zorg bieden, hoopt u.

'Ja! Met zulke bagage kan de armendokter een plaats krijgen als regisseur in de zorg. De armendokter moet een topteam zijn met een topteam van maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en artsen dat op wijkniveau opereert. Zo'n team kan samen werken aan de kwaliteit van de zorg. Op zo'n manier kun je doen wat nodig is: in je grootste probleemwijken je beste werkers neerzetten.'

'Zo kun je ook de academische verwondering terugbrengen in de stad. Dat zou ik graag zien. De sociaal-geneeskundige Arie Querido was tegen plaatsing van het AMC buiten de stad omdat zo de academische verwondering over de sociaal-medische problematiek uit de stad zou verdwijnen. Het AMC, de 'universiteit van Abcoude' zoals ik dat ziekenhuis noem, staat nu midden in de weilanden. Daardoor ontstaat de kans dat de mensen die er werken, meer naar binnen gericht zijn dan naar buiten.'

'Het zou jammer zijn als dat inderdaad het geval zou zijn, want er moet verwondering blijven over bijvoorbeeld een dakloze die voor de zesde keer in twee dagen langskomt bij de Eerste Hulp. Waarom gebeurt dat? Wat is er met zo iemand aan de hand? Je wilt niet dat door schaalvergroting en fusies in de zorg deze mensen teloor gaan.'

Waarom hebt u het eigenlijk over de armendokter?

'En de armenhuizen. Ik hou ervan om de dingen bij hun naam te noemen. Ze noemen het nu maatschappelijke opvang, maar het zijn armenhuizen. Gezien de problemen die deze mensen hebben, blijft sociaal-medische armenzorg daarom hard nodig.'