



## De onderkant van de markt

Tekst ~ Andrea Hijmans  
Foto ~ Paulien van Gijn

**De doorsnee dakloze in Amsterdam wordt niet ouder dan vijftig en kampt met meerdere problemen tegelijk. 'Soms wel twintig diagnoses', weet daklozendokter Igor van Laere van de hoofdstedelijke GGD. Tijdens zijn werk in de straten en armenhuizen van Amsterdam verzamelde hij gegevens over daklozen en hun kwalen. Vorige maand promoveerde de in het AMC opgeleide arts op het onderzoek bij hoogleraar Sociale Geneeskunde Niek Klazinga. Van Laere schroomt niet om pittige uitspraken te doen. Het (straat)leven volgens een ouderwetse nieuwlichter.**

### *'Dakloosheid begint thuis'*

'Tot voor kort werden er elk jaar gemiddeld vier op de duizend huurders in Nederland uit hun huis gezet. Verzelfstandiging van woningbouwcorporaties, marktwerking, het denken in commerciële targets: het heeft allemaal bijgedragen aan een toename van het aantal huisuitzettingen. De mate waarin verschilt – sinds 2006 is er gelukkig weer wat meer politieke aandacht voor het probleem – maar het huisvesten van “de onderkant” is onder spanning komen te staan. En daardoor vallen slachtoffers. Mensen zoals Benny, die ooit bij mij op het daklozenspreekuur kwam\*. Kon niet meekomen op school, leerde nooit echt lezen en schrijven, werkte in een sociale werkplaats en woonde in bij zijn oude moeder. Tenminste, totdat die naar een verpleeghuis moest en niemand zich meer om Benny bekommerde. In zijn huis kon hij niet blijven – zijn naam stond niet op het huurcontract. De woningbouwvereniging stuurde daarover wel een brief maar die bleef ongelezen. Op z'n 43e belandde Benny op straat. Had dat niet voorkomen kunnen worden? Natuurlijk wel. Maar ja: Benny was

zélf verantwoordelijk, dicteert het moderne marktdenken. En omdat Bennie geen actie ondernam – geen actie kón ondernemen – had Bennie geen hulpvraag. Mensen als Bennie worstelen meestal met een heleboel problemen tegelijk: ze zijn verslaafd, lijden aan een gedragsstoornis, maken schulden, hun vrouw loopt bij ze weg, ze zijn misschien niet zo intelligent .... Dakloosheid is een eindpunt, maar het probleem begint al veel eerder. Thuis. '

### *'De ouderwetse plattelandsdokter moet terug in de grote stad'*

'Mijn vader was huisarts in Liempde, een dorp in Brabant, mijn moeder beheerde de apotheek aan huis. Het bij elkaar brengen van sociale en medische zorg kreeg ik met de paplepel ingegoten. Als mijn vader hoorde: “Tante Sjaan gaat niet goed”, dan ging hij erheen. Niet eerst twaalf instanties bellen en twintig formulieren invullen voor een intake. Nee: zelf kijken. Als het nodig was belde hij persoonlijk het maatschappelijk werk, de wijkzuster of het verzorgingshuis. Bovendien runde hij het zuigelingen- en kleuterbureau, bezocht z'n patiënten thuis. Zo moet het gaan.

Zonder sociale diagnose geen medische behandeling, dat is één van mijn lijfspreuken. Een andere: mislukte jeugdzorg kan leiden tot daklozenzorg. Wil je sociaal-medisch verval voorkomen, begin dan vroeg. Liefst meteen na de bevalling. Een goede kraamverzorgster signaleert problemen en geeft die door aan de wijkzuster. “*Pa zit aan de slok, kun je daar niet eens gaan kijken?*” Die wijkzuster – het kan natuurlijk ook de jeugdzorg zijn, of de schoolarts, maatschappelijk werker of schuldhulpverlening – neemt daarover contact op met de huisarts. De enige academicus in het hele zorgproces, die over analytisch vermogen beschikt, diagnoses kan stellen, overzicht houdt. In mijn ogen is de huisarts dan ook dé aangewezen persoon om als regisseur van de zorg te fungeren. Op één voorwaarde: hij moet weer een echte huisarts worden. Op huisbezoek gaan, en niet, zoals nu meestal gebeurt, in z'n eigen praktijk blijven wachten tot de spreekkamer vanzelf volstroomt.'

### *'Zorgmanagers kunnen een gevaar zijn voor de volksgezondheid'*

'In Nederland verspillen we miljoenen aan cowboys uit de adviessector. We zijn stukgemanaged door mensen die meestal van toeten noch blazen weten. Mijn grootste klacht? Sinds de komst van de Ziekenfondswet raakte sociale zorg gescheiden van medische en verdween de armenzorg. Instanties zien de



## Tiny de Wilde

?-2009

Tiny de Wilde, hoofdverpleegkundige neonatologie in het Wilhelmina Gasthuis, is op 24 november op 85-jarige leeftijd overleden. Zij was een van de beste hoofdverpleegkundigen in het Wilhelmina Gasthuis en een van de eersten in het vakgebied neonatologie, dat destijds nog 'fysiologie en pathologie van de pasgeborene' heette. Ontelbaar zijn de patiëntjes die zij heeft verzorgd, ontelbaar zijn de collegaverpleegkundigen die zij in het vakgebied heeft ingewijd en ontelbaar zijn de adviezen die zij aan aanstaande en volleeerde kinderartsen heeft gegeven. Men zou wel kunnen stellen dat zonder Tiny de Wilde de neonatologie er anders had uitgezien in Nederland. In de loop der jaren had zij een intuïtie ontwikkeld om zittend achter haar bureau in te grijpen als er iets met een baby was. En dat was vooral erg belangrijk toen we nog geen monitoring hadden. Haar organisatietalent was groot en altijd wist zij weer plaats te maken op de afdeling voor nieuwe opnamen. Zij kon een team bouwen dat zich als totaliteit inzette. Zij was een opgewekte, toegewijde en uiterst betrouwbare vrouw, rechtdoorzee en een baken in nood.

Tiny had, als één van de eersten, een speciaal oog voor de problemen van ouders van couveusekinderen, die in de tijd dat zij begon te werken nog in het geheel niet meetelden. Met Richard de Leeuw nam ze in 1975 het initiatief om ouders de gelegenheid te bieden af en toe op de afdeling te komen en hun kindje dan aan te raken. Enkele maanden later was er een gespreksavond met ouders om van hen te horen hoe zij dat vonden. Er was weliswaar veel lof voor het initiatief, maar er kwam tevens een stortvloed van kritiek over de tekortkomingen betreffende de begeleiding van ouders. Voor Tiny betekende dit dus dat we moesten doorgaan. Na veel gesprekken op ouderavonden werd in 1979 het initiatief genomen tot het oprichten van een vereniging van ouders van couveuse-kinderen: de VOC. Tiny de Wilde participeerde heel actief in de groep ouders. Ook na haar pensionering bleef ze actief en betrokken bij de vereniging.

Tiny de Wilde was een vrouw met geestdrift, zij stond voor wat zij deed en was bovenal iemand van wie je vrolijk werd als je haar weer gezien en gesproken had. We hebben een fantastisch goede tijd met haar gehad en zullen haar niet vergeten.

Richard de Leeuw, Sri Soepatmi, Nanny Koppe, medische staf.

mensen met wie ik dagelijks te maken heb soms als "patiënt volkshuisvesting", dan weer als "patiënt sociale zaken" of "patiënt volksgezondheid". En al die patiënten worden op een slordige manier overgedragen aan "dokter markt". Het aanbod regeert, de onderlaag verliest.

De cohesie is weg, en die komt alleen terug als we klachten weer systematisch in een sociale context plaatsen. Niet alleen kijken naar een afwijkende eiwit of cholesterol maar vooral naar wat er thuis gebeurt. In mijn jongere jaren werkte ik op de SEH van het AMC. Eén van mijn eerste vragen was altijd: "Waar woont u en wat doet u?" Geloof me, dat bespaart uiteindelijk een hoop geld.'

*'Er moet een baas zijn in de zorg en we moeten luisteren naar de baas'*

'Nederland wordt overspoeld door een tsunami aan zorginitiatieven en outreach-programma's. En iedereen mag meepraten. Ik heb er een hekel aan: rondetafelgesprekken waarin twintig man eindeloos vergadert over één patiënt. Wie wordt daar beter van?

Er is geen gebrek aan hulpverleners, er is gebrek aan baas. Aan leiderschap op de werkvloer. Ik ervaar het dagelijks in mijn werk als daklozendokter. Want hoe gaat dat? Ik hoor dat er iemand uitgeput in een inloopcentrum ligt. Eén blik zegt genoeg: Nu mee naar de ziekenboeg! Sociale situatie helder krijgen, maatschappelijk werk inschakelen, verpleegkundige instrueren: "Kijk naar de voeten, regel een longfoto en een geslachtsziektecontrole, zorg dat er bloed wordt afgenomen." Ik ben verantwoordelijk voor de medische kant van de zaak. Stel een diagnose, maak een plan. De week daarop kijken we hoe het ermee staat. "Wat is de bloeddruk? Is er een foto gemaakt? Een uitkering gereld? Zo nee, waarom niet? En waarom duurt het zo lang?"

Waarom duurt het zo lang? Omdat de dokter niet kan beslissen: Geef die man nu een uitkering – het is medische noodzaak. Regel een verzekering, hij heeft zorg nodig. Niemand is de baas.'

*'Straatkennis vergroten is gezondheidsverschillen verkleinen'*

'Preventie van dakloosheid levert vele jaren gezondheidswinst op. Maar in honderd jaar tijd was nog nooit vanuit geneeskundig oogpunt onderzocht wie er dakloos wordt en hoe dat gebeurt. Laaggeschoolde alleenstaande mannen tussen de 25 en de 50 jaar zijn een risicogroep, weten we nu. Er is nog véél méér kennis nodig. Daarom pleit ik voor een Sociaal Medische Monitor waarin we systematisch gegevens verzamelen over kwetsbare burgers.

Ook de opleiding van jonge dokters kan beter. Sociaal-medische armenzorg is een ambacht dat aandacht verdient. Laat studenten tijdens hun co-schap Sociale Geneeskunde meelopen met een schuldhulpverlener, een maatschappelijk werker, een huisarts voor daklozen. Kijken in de ziekenboeg of de nachtopvang. Patiënten observeren, een praatje maken op straat. Wat zie je? Hoe loopt iemand? Is het een alcoholist? Is-ie depressief? Verslaafd? Verward? Laag-intelligent? Lessen van de straat onder het motto: ook deze mensen kunnen straks jouw patiënt zijn.'

*'Ik ben vóór een tweedeling in de zorg'*

'We begonnen dit verhaal met Bennie, de man zonder hulpvraag. Ons systeem gaat uit van mondige, zelfredzame burgers. Wil je een ziektekostenverzekering: zelf afsluiten. Dokter zien: zelf naar het spreekuur. Prima als je een goede opleiding hebt en een baan. Maar er zal altijd een groep blijven die geen actie onderneemt, daartoe ook niet in staat is. Doen we niets, dan dreigen ze in de goot te belanden.

De levensverwachting van een dakloze ligt ruim een kwart eeuw lager dan die van de gemiddelde Nederlander. Twaalf jaar: dat is de gemiddelde tijdsspanne tussen dakloos worden en sterven. Daarom ben ik vóór een tweedeling: armenzorg en rijkzorg. Ben je rijk: regel het zelf, koop je eigen zorg. Ben je arm, dan helpen we je daarbij. We willen graag beschaafd zijn. Welnu, hier heb je een goede graadmeter: hoeveel mensen bevinden zich aan "de onderkant" en hoe goed zorgen we voor ze?'

\* De gegevens over Bennie zijn ontleend aan het Weekboek dat Igor van Laere schreef in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 10 januari 2009 ('Geneeskundige armenzorg: een verdwenen praktijk?') ×