

KLINISCHE LES

Een dakloze, onverzekerde illegaal met multiple fracturen en een psychose

HOE KUN JE ZO'N PATIËNT DOELMATIGE ZORG VERLENEN?

Josine G. van Mill, Igor R.A.L. van Laere, Jaap Deunk en Klaas-Jan Nauta

DAMES EN HEREN,

Iedere arts kan te maken krijgen met onverzekerbare, illegale vreemdelingen. In de praktijk blijkt dat artsen onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden en onmogelijkheden om dergelijke patiënten te behandelen. Bovendien is het voor artsen in het geval van onverzekerde patiënten niet mogelijk om financieringsregelingen te negeren. Aan de hand van een casus vragen wij aandacht voor dakloze vreemdelingen met complexe sociaal-medische problematiek. Naast medisch-inhoudelijke aspecten beschouwen wij de sociale context, instanties, regelingen, zorgkosten en doelmatigheid van zorg.

Patiënt A, een 37-jarige Albanese man, zonder vaste woon- of verblijfplaats en onverzekerd, wordt na een sprong van een hoogte opgenomen in een ziekenhuis. De traumachirurg stabiliseert een bekkenringfractuur met een externe fixateur en plaatst een dynamische heupschroef rechts vanwege een mediale collumfractuur. Vervolgens wordt vanwege een distale tibiafractuur een fixateur externe over zijn rechter enkel geplaatst, die later wordt vervangen door een hybride ringfixateur. Vanwege een tibiaplateau-fractuur links wordt een achterspalk aangelegd en wordt patiënt vervolgens behandeld met een plaastosteosynthese.

Gedurende de opname heeft patiënt een delier met motorische onrust. De geconsulteerde psychiater adviseert haloperidol 5 mg tot 3 dd i.v. en vervolgens quetiapine tot een maximale dosis van 250 mg. De delirante verschijnselen gaan in remissie. Vanwege persisterende paranoïde wanen zonder stoornissen in het bewustzijn, aandacht en oriëntatie, wordt de diagnose 'psychotische stoornis' gesteld. Twee mannen die zich uitgeven voor familieleden geven aan dat patiënt in Albanië gediagnosticeerd zou zijn met schizofrenie van het paranoïde type. Zij vertellen dat patiënt sinds 3 weken in Nederland is en in die tijd voortdurend verward gedrag vertoonde met auditieve hallucinaties. Op de dag van opname treft patiënt de mannen niet thuis en is hij uit wanhoop uit het raam gesprongen.

Op de afdeling spreken wij meerdere keren met patiënt via een telefonisch beschikbare Albanese tolk. Patiënt heeft paranoïde wanen waarbij hij denkt dat zijn familie het slechtste met hem voorheeft, en 'dubbelgangerswanen' waarbij hij meent dat zijn familie zijn familie niet is.

VUmc, Amsterdam.

Afd. Ziekenhuispsychiatrie: dr. J.G. van Mill, aios psychiatrie (thans: psychiater, GGZ inGeest, Amsterdam);

drs. K. Nauta, psychiater.

Afd. Traumachirurgie: dr. J. Deunk, traumachirurg.

Social medical care consultancy, Liempde.

Dr. I.R.A.L. van Laere, arts maatschappij en gezondheid.

Contactpersoon: dr. J.G. van Mill (j.mill@ggzingeest.nl).

Gezien zijn psychose weigert patiënt terug te keren naar Albanië. Het denken is verminderd coherent, waarbij patiënt ook voor de tolk niet meer te volgen is. Patiënt krijgt olanzapine voorgeschreven, waarop de psychotische verschijnselen langzaam afnemen. Hij weigert gedurende de gehele ziekenhuisopname in te stemmen met repatriëring naar Albanië. Er wordt contact gezocht met een broer van patiënt in Albanië. Deze zegt toe patiënt te komen halen, maar is nooit verschenen. Ook de twee mannen in Nederland verlenen geen verdere ondersteuning.

Nadat de bekkenfixateur verwijderd is, wordt patiënt ter revalidatie overgeplaatst naar de somatische afdeling van een verpleeghuis, alwaar de traumachirurg hem periodiek controleert op de genezing van zijn fractuur. Patiënt mag zijn linker been na 12 weken volledig gaan belasten; de rechter tibia is na 29 weken geconsolideerd en de ringfixateur wordt poliklinisch verwijderd. Hierna mag patiënt beide benen volledig belasten. Verdere medisch-specialistische controles worden hierna niet meer noodzakelijk geacht.

De consulent psychiatrie concludeert dat er geen indicatie is voor het aanvragen van een rechterlijke machtiging. Uiteindelijk wordt een ontslagdatum vastgesteld, aangezien er geen klinische opname-indicatie meer is. Patiënt kan niet terecht bij zijn familie, heeft geen onderdak en blijft psychotisch. Door een plots opduikende vriend wordt patiënt op de dag van ontslag opgehaald. Deze vriend toont een vliegtuigticket en belooft patiënt op het vliegtuig naar Albanië te zetten.

BESCHOUWING

Deze casus beschrijft een dakloze vreemdeling die vanwege complexe problemen in totaal gedurende 30 weken klinisch was opgenomen. Er was sprake van zowel ernstig somatisch letsel als een chronische psychiatrische aandoening. Patiënt was niet verzekerd, en was ook niet verzekerd omdat hij geen verblijfsvergunning had en niet afkomstig was uit een EU-land. Hij verbleef sinds korte tijd in Nederland, en het lukte niet om de familieleden bij de behandeling te betrekken.

Hoe moeten zorgverleners met een dergelijke patiënt omgaan? De commissie 'Medische zorg voor (dreigend) uitgediende asielzoekers en illegale vreemdelingen' (commissie-Klazinga) adviseert artsen zich te scholen in het bieden van passende en verantwoorde zorg, en zich bij de zorgverlening primair te richten op medisch-inhoudelijke aspecten en niet op financieringsregelingen.¹ Conform dit advies was de hulpverlening gedurende het behandeltraject van patiënt A primair gericht op medische en zorginhoudelijke aspecten. Somatisch is patiënt volledig hersteld, maar bijkomende aspecten

maakten de zorgverlening ingewikkeld. Deze aspecten betroffen de taalbarrière, summier kennis over de sociale omstandigheden, het ontbreken van familiesteun en financiële middelen, het onverzekerbaar zijn, het weigeren mee te werken aan terugkeer naar eigen land en het ontbreken van opvang en nazorg. Een aantal aspecten beschouwen wij hier nader.

SOCIALE CONTEXT

Door de taalbarrière en de psychotische stoornis bleef de sociale context van onze patiënt in het ongewisse. Wij spraken enkele keren met hem via een telefonisch bereikbare Albanese tolk; ook nodigden wij een Albanese tolk 'live' op de afdeling uit. Volgens de KNMG is het overigens de plicht van de arts een tolk in te schakelen als de arts de patiënt onvoldoende begrijpt of als de arts aan de patiënt het beleid onvoldoende duidelijk kan maken, ook als de patiënt geen tolk kan betalen.²

De gesprekken via de tolk verliepen moeizaam vanwege zijn psychotische toestand. Wij kregen onvoldoende zicht op de reden van het verblijf in Nederland en evenmin werd duidelijk waarom de familie niet naar Nederland kwam om hem op te halen. Er was geen uitzicht op een vaste woon- of verblijfplaats en geen zorgverlener aan wie de zorg kon worden overgedragen. Het motiveren van patiënt en familie om mee te werken aan een terugkeer naar zijn eigen land was niet mogelijk. Ook kon de familie niet medeverantwoordelijk gemaakt worden voor het welzijn van patiënt. Ontslag naar de straat leek evenwel te zijn afgewend.

DAKLOZE PATIËNTEN

Als tijdens opname blijkt dat een patiënt geen vaste woon- of verblijfplaats heeft en medische zorg behoeft, kan hulp worden gevraagd aan medewerkers van de afdeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) of de afdeling Vangnet en Advies van de plaatselijke GGD, of aan een lokale straatdokter die verbonden is aan een organisatie voor maatschappelijke opvang; er zijn organisaties die beschikken over een ziekenboegfaciliteit waar vreemdelingen worden opgenomen.³ Onze patiënt was evenwel een onverzekerbare vreemdeling.

De GGD kan geen zorg bieden voor onverzekerbare patiënten, maar de collega's van de GGD zijn wel vertrouwd met patiënten met complexe sociaal-medische problematiek en de wegen naar specifieke instanties. Overigens hebben wij voor onze patiënt de GGD niet ingeschakeld. Achteraf bezien hadden wij een aantal andere opties kunnen overwegen, maar dat is niet gebeurd omdat wij onvoldoende vertrouwd waren met de regelingen en instanties. Zo hebben wij geen aandacht besteed aan het organiseren van huisartsgeneeskundige zorg voor deze patiënt. In de meeste grote steden zijn evenwel zoge-

noemde 'straatdokters' beschikbaar,³ maar ook in andere plaatsen zijn altijd huisartsen te vinden die ervaring hebben met deze categorie patiënten. Voor de continuïteit van zorg hadden wij aan een dergelijke huisarts de zorg over kunnen dragen.

Informatie over de inhoudelijke, financiële en organisatorische aspecten van de zorg voor ongedocumenteerde – dus onverzekerbare – vreemdelingen, en over het omgaan met taalbarrières is te vinden op www.huisarts-migrant.nl. Wij hadden patiënt ook in contact kunnen brengen met een vreemdelingenadvocaat of plaatselijke vrijwilligersorganisaties die zich ontfermen over illegalen. Meer informatie hierover is te vinden bij het Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (Stichting LOS, www.terminal.nl/stichtinglos) of via informatiepunt Lampion (www.lampion.info).

SAMENWERKING

Om patiënten met complexe sociaal-medische problematiek adequaat te kunnen begeleiden dient de arts zowel de sociale als de medische problemen systematisch te benaderen, een probleemgericht behandelplan op te stellen en samen te werken met verschillende disciplines en instanties.⁴ In bovenstaande casus heeft de behandelend traumachirurg onder meer de psychiater, medisch maatschappelijk werker, de revalidatiearts en de transferverpleegkundige bij de klinische zorg betrokken. Eenmalig is een multidisciplinair overleg georganiseerd voor een gezamenlijke probleemanalyse en afstemming van zorg; een evaluatiemoment is echter uitgebleven. In het verpleeghuis bleef de traumachirurg consultatief bij de zorg betrokken. Voor de psychiatrische zorg kon deze continuïteit niet worden geboden vanwege contractafspraken met een andere ggz-aanbieder.

ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

Sinds 1 januari 2009 is het Zorginstituut Nederland (ZIN) op grond van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verantwoordelijk voor het verstrekken van bijdragen aan zorgverleners die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Zorginstellingen die hiervoor een contract met ZIN hebben afgesloten, kunnen een declaratieformulier met nota indienen (zonder vermelding van persoonsgegevens) wanneer zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend die valt onder het basispakket van de Zvw en de Wet langdurige zorg (Wlz-aanspraken) aan een vreemdeling die geen zorgverzekering kan afsluiten en die de zorgkosten niet zelf kan betalen.⁵ Deze regeling geldt overigens alleen voor patiënten die niet uit een EU-land komen, bijvoorbeeld Albaniërs.

Bij onze patiënt bedroegen de kosten voor het verblijf en

de behandeling in het academische ziekenhuis bijna 42.000 euro, een bedrag dat volledig werd vergoed door het ZIN. In 2013 bedroeg het totaal gedeclareerde bedrag voor zorg verleend aan illegale vreemdelingen in Nederland bijna 30 miljoen euro (in 2011 was dit ruim 22 miljoen euro), waarvan de meerderheid (bijna 18 miljoen euro) voor rekening kwam van ziekenhuizen (60%), gevolgd door apotheken (15%), ggz-instellingen (11%) en verpleeghuizen (7%).⁶

DOELMATIGE ZORG

Om onze patiënt somatisch te laten herstellen zijn 30 weken klinische behandeling en revalidatie ingezet en hoge kosten gemaakt. Pas achteraf hebben wij in kaart proberen te brengen hoe hoog de totale kosten zijn geweest. Het is niet gelukt om inzicht te krijgen in de kosten van het verblijf en de behandeling in het verpleeghuis. Ook via ZIN bleek het niet mogelijk om inzicht te krijgen in de kosten, aangezien rekeningen voor onverzekerbare vreemdelingen ingediend moeten worden met de initialen van een patiënt, dus niet met de volledige naam. Daardoor is het voor ZIN zelf ook niet duidelijk welke naam of persoon aan een ingediende factuur gekoppeld is.

Hoewel er van artsen verwacht wordt dat zij het aspect 'kosten' meewegen bij de keus van hun behandeling, blijkt het in het geval van vreemdelingen niet mogelijk om inzicht te krijgen in het totaal van de kosten die door verschillende zorgverleners gemaakt worden. Wij vonden medisch-inhoudelijk geen aanknopingspunten voor goedkopere behandelingen. Uiteraard waren de zorgkosten lager geweest als onze patiënt na stabilisatie zou zijn overgeplaatst naar een ziekenhuis in Albanië. Volgens de commissie-Klazinga moeten artsen zich er eerst van vergewissen dat medische zorg en behandeling in het land van herkomst beschikbaar en van voldoende kwaliteit is.¹ Contact met Albanese chirurgen is er echter niet geweest omdat patiënt repatriëring weigerde.

Vanuit somatisch perspectief waren er in principe geen bezwaren om patiënt over te plaatsen naar een Albanese ziekenhuis. Alle fracturen waren inmiddels geopereerd en de fixateurs zouden – na consolidatie van de fracturen – poliklinisch verwijderd kunnen worden. De inschatting was dat deze medische zorg ook in Albanië had kunnen plaatsvinden.

Het psychiatrische ziektebeeld bracht met zich mee dat patiënt weigerde mee te werken aan terugkeer. Omdat hij wel meewerkte aan de behandeling is er geen traject voor een juridische maatregel – rechterlijke machtiging – ingezet. Wij hadden dit wel kunnen doen en patiënt daarna op kunnen nemen in een psychiatrisch ziekenhuis, om hem vervolgens te repatriëren. De vraag is of een gedwongen opname te rechtvaardigen zou zijn: pati-

LEERPUNTEN

- Elke arts kan te maken krijgen met zieke en onverzekerbare vreemdelingen.
- Artsen dienen bij zieke en onverzekerbare vreemdelingen kennis te vergaren van de sociale context, regelingen voor vergoedingen van zorgkosten en instanties die men bij de zorg kan betrekken.
- Voor zieke, dakloze vreemdelingen dient men in een zo vroeg mogelijk stadium de GGD, de huisarts of de 'straatdokter' bij de behandeling te betrekken.
- Gecontracteerde zorginstellingen kunnen oninbare kosten voor verleende zorg aan onverzekerbare vreemdelingen declareren bij het Zorginstituut Nederland.
- Actieve samenwerking, multidisciplinair overleg, inzicht in de zorgkosten en creatieve oplossingen zijn noodzakelijk in het belang van de onverzekerde patiënt en de maatschappij.

ent werkte mee aan de behandeling, nam de voorgeschreven medicatie en zou zich wellicht op vrijwillige basis psychiatrisch laten opnemen, zolang hij verzekerd was van onderdak en verzorging. Bovendien waren er alternatieven voor een gedwongen opname, zoals ambulante psychiatrische behandeling in combinatie met overplaatsing naar een verpleeghuis om de somatische zorg te waarborgen.

Achteraf was het mogelijk doelmatig geweest om vaker een multidisciplinair overleg te organiseren, om gezamenlijk te komen tot stappen voor hulp bij terugkeer naar Albanië. Meer tijd en creativiteit hadden geïnvesteerd kunnen worden om de familie actief te betrekken. Uiteindelijk kan de familie doen wat hulpverleners niet kunnen doen: de patiënt meenemen, ook tegen zijn zin. Mogelijk ontbrak het de familie in Albanië aan financiële middelen om naar Nederland te komen. Het Albanese consulaat vertelde dat het hiervoor geen financiële mogelijkheden heeft. De kosten voor het laten overkomen van een familielid en voor terugkeer naar Albanië onder verpleegkundige begeleiding zijn naar schatting 5000 euro.

Deze kosten kunnen niet gedeclareerd worden bij het ZIN, omdat deze niet zijn opgenomen in het basiszorgpakket. Aangezien de kosten voor de klinische zorg wél door het ZIN vergoed worden – in dit geval 42.000 euro plus de kosten voor 140 verpleeghuisdagen – is er voor de zorginstelling geen prikkel om te investeren in een interventie door de familie en een spoedige repatriëring.

Dames en Heren, de ziektegeschiedenis van deze dakloze vreemdeling met ernstige sociaal-medische problematiek illustreert hoe ingewikkeld en kostbaar de zorgverlening voor deze groep patiënten kan zijn. Bij onze patiënt ging het om behandeling en revalidatie na een sprong van een hoogte als een uitvloeisel van een psychotische stoornis. De combinatie van het onverzekerd zijn en het ontbreken van familiesteun, opvang en zorg na ontslag vraagt van de arts andere handelingsvaardigheden dan welke men doorgaans gewend is te bieden.

Voor het behandelen van dergelijke patiënten dienen artsen expliciet kennis te vergaren over de sociale context, specifieke regelingen en instanties die men bij de zorg kan betrekken.⁴ Het is aan te bevelen om bij zorgverlening aan dakloze vreemdelingen in een vroeg stadium de GGD of de straatdokter en sociale of juridische instanties voor vreemdelingen te betrekken. Voer periodiek multidisciplinair overleg, samen met hulpverleners van buiten het ziekenhuis. Dat helpt bij het maken van een adequate sociaal-medische probleemanalyse, het opstellen van een doelmatig behandelplan en heldere afstemming over de stappen die ondernomen moeten worden. Creatieve oplossingen zijn noodzakelijk om zowel het belang van de individuele patiënt te dienen als de totale zorgkosten voor de maatschappij te beperken.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 15 juli 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9183

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9183**

LITERATUUR

- 1 Klazinga NS, et al. Arts en vreemdeling: rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. Utrecht: Pharos; 2007.
- 2 Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg. Utrecht: KNMG; 2014.
- 3 Van Laere IR, van der Muijsenbergh M, Smit R, Sloekers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Med Contact. 2015;70:340-3.
- 4 van Laere IR. Over het ambacht sociaal medische armenzorg. Tijdschr Gezondheidswet. 2009;87:11-3.
- 5 Zorginstituut Nederland. Onverzekerbare vreemdelingen., geraadpleegd op 25 maart 2015.
- 6 Zorginstituut Nederland 8e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen. Brief van Zorginstituut Nederland aan de Minister van VWS, 18 augustus 2014.