

COVID-19: waarom een performant daklozenbeleid absoluut noodzakelijk is

A. DE ROUCK¹, C. GELEYN¹, G. HEYLENS^{2, 3}

Samenvatting

De huidige „severe acute respiratory syndrome”-coronavirus-2-pandemie (SARS-CoV-2) treft ook onze daklozenpopulatie. Daklozen leven vaak in omstandigheden waar het moeilijk is om de voorschriften rond „social distancing” en hygiëne na te leven en een snelle verspreiding van het virus in de hand werkt. Zo vormt de daklozenpopulatie ook onder de huidige maatregelen mogelijk een blijvende katalysator voor het virus, hetgeen aanleiding kan geven tot een toegenomen belasting van onze gezondheidszorg. Tegelijk betekent „coronavirus disease 2019” (COVID-19) een belangrijk gezondheidsrisico voor daklozen. Omwille van somatische comorbiditeiten behoren ze immers vaker tot een risicogroep, met een hogere mortaliteit in geval van een infectie. Daarnaast kunnen de huidige maatregelen zorgen voor een exacerbatie van reeds bestaande psychiatrische aandoeningen. Dankzij een adequaat zorgplan voor deze kwetsbare populatie kan men hierop anticiperen. Dit vraagt een inzet op preventie, screening en behandeling, maar ook op de ondersteuning van de hulpverleners die dagelijks met daklozen in contact komen. Op die manier kan men de daklozen alsook het gezondheidszorgsysteem dat momenteel onder druk staat, beschermen.

Inleiding

Wereldwijd raken mensen besmet met het „severe acute respiratory syndrome”-coronavirus 2 (SARS-CoV-2), dat door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als een pandemie wordt omschreven. Naar alle waarschijnlijkheid zal dus ook de daklozenpopulatie worden geïnfecteerd. Tsai et al. rapporteerden op 11 maart 2020 dat door de verspreiding van het virus in de Verenigde Staten en Canada ernstige gezondheidsproblemen te verwachten zijn in deze groep (1). Voornamelijk de grote steden zullen hierdoor worden getroffen gezien hun hoge daklozenpopulatie. Hoewel de situatie van de daklozen in Nederland en Vlaanderen niet helemaal te vergelijken is met die in de Verenigde Staten en Canada, is de kans zeer groot dat deze groep ook bij ons in de problemen zal komen, wat een extra belasting van ons gezondheidssysteem zal betekenen.

Dakloosheid in cijfers

Exacte gegevens omtrent de dakloosheid in onze regio's zijn moeilijk te verzamelen, voornamelijk omdat het niet evident is om de groep te definiëren en op te sporen (2). In België is er tot nader order geen nationale telling van daklozen. Een telling in Vlaanderen in januari 2014 kwam op minstens 5.378 daklozen. In het Brussels Gewest telden vrijwilligers op een willekeurige avond in maart 2017 4.094 daklozen (3). In Nederland publiceert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks een schatting van het aantal daklozen. In 2018 bleken dat er 39.300 te zijn, een verdubbeling ten opzichte van 2009. Opvallend hierbij is dat ruim 84% man is en 57% een migratieachtergrond heeft. Onder hen waren 12.600 tussen 18 en 30 jaar; 37% verblijft in een van de vier grote steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) (4).

Daklozen, een risicogroep voor verspreiding?

Daklozen leven vaak in omstandigheden die een ziekte-epidemie bevorderen. De prevalentie van andere infectieziekten ligt ook hoger bij hen. Zo is de prevalentie

¹ Assistent volwassenpsychiatrie, Universiteit Gent.

² Dienst psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent.

³ Correspondentieadres: prof. dr. G. Heylens, dienst psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent, Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent; e-mail: gunter.heykens@ugent.be

van tuberculose 20 keer hoger bij daklozen dan in de algemene populatie (respectievelijk 0,8% versus 0,005-0,032%). Men ziet ook een hogere prevalentie van hepatitis C (respectievelijk 4-36% versus 0,5-2,0%) en hiv (respectievelijk 0-21% versus 0,1-0,6%) (6). Velen leven in woonvormen waarbij ze met vele anderen op een kleine oppervlakte samenwonen, waardoor de maatregelen van „social distancing” allesbehalve evident zijn. Zo zijn er de formele instellingen (bv. de nachtopvang) en de informele plaatsen (bv. sofasurfers, kraakpanden, tentenkampen). Ook de andere richtlijnen om de overdracht van het virus te voorkomen, zijn bij daklozen vaak moeilijk te implementeren. Ze hebben bijvoorbeeld minder toegang tot de faciliteiten voor dagelijkse hygiëne. De mogelijkheden voor quarantaine bij het vermoeden van een infectie zijn bovendien veeleer beperkt. Ten slotte verplaatsen daklozen zich erg vaak (5). Dit maakt het in tijden van COVID-19 moeilijker om hen op te sporen in geval van symptomen, om de verdere overdracht van het virus te verhinderen en hen adequaat te behandelen. Er is dus een reëel gevaar dat daklozen een bron van besmetting voor anderen kunnen worden.

De gezondheidsrisico's voor daklozen

De daklozen zijn tegelijkertijd zeer kwetsbaar voor de gevolgen van het virus. De algemene gezondheid van daklozen is sowieso al precair (6, 7). In Europa komen cardiovasculaire en metabole aandoeningen (bv. hyperlipidemie, hypertensie, diabetes mellitus) vermoedelijk even vaak voor bij daklozen als bij de algemene populatie. Nochtans zorgt de slechte monitoring van deze aandoeningen bij daklozen voor een slechtere uitkomst (6). Deze comorbiditeiten zijn een risicofactor voor mortaliteit in geval van een COVID-19-infectie (8). Daarenboven zijn er meer rokers in de daklozenpopulatie dan in de algemene bevolking, wat hen extra kwetsbaar maakt voor luchtweginfecties zoals COVID-19 (6).

De mortaliteitsratio van daklozen in Rotterdam tussen 2001 en 2010 was 3,5 keer hoger dan in de algemene populatie (9). De levensverwachting op de leeftijd van 30 jaar lag voor dakloze mannen en vrouwen respectievelijk 11,0 jaar (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 9,1-12,9) en 15,9 jaar (95% BI 10,3-21,5) lager dan in de algemene populatie. Gelijkaardige cijfers ziet men voor andere Europese landen (6).

Op psychiatrisch vlak is er bij daklozen een hogere prevalentie van depressie en psychotische stoornissen.

Tevens hebben erg veel daklozen een verslavingsproblematiek, zowel aan alcohol als aan illegale middelen (ook intraveneus) (6, 10). Men telt bovendien meer fatale suicides in deze groep. In Rotterdam volgde men tussen 2001 en 2010 een groep daklozen bij wie het sterftecijfer door suicide significant hoger lag dan in de normale populatie (0,11 (95% BI 0,07-0,15) versus 0,01 (95% BI 0,01-0,01) (11). De huidige maatregelen in het kader van COVID-19 in Vlaanderen en Nederland hebben ervoor gezorgd dat vele dagvoorzieningen (bv. inloopcentra, dienstencentra, bibliotheek) voor daklozen tijdelijk niet meer operationeel zijn. Dit vermindert hun toegang tot de noodzakelijke ondersteuning en vergroot het risico op mentale gezondheidsproblemen bij deze reeds zeer kwetsbare groep hiervoor (12). Daarnaast lijken deze nieuwe en strenge medische maatregelen de angst te doen toenemen bij een groep die heel huiverachtig staat tegenover opsluiting en onvrijwillige medische zorg (13).

Een bijkomend probleem is dat daklozen minder makkelijk toegang krijgen tot en/of vinden naar de reguliere hulpverlening, maar wel meer een beroep doen op de acute diensten zoals de spoedgevallen, die bij deze pandemie net overbelast zijn met COVID-19-pathologie (6, 14).

Men kan verwachten dat al deze factoren leiden tot moeilijkheden bij het informeren, het screenen, het in quarantaine plaatsen en het behandelen van daklozen met een COVID-19 infectie. Dezelfde problematiek zag men bij de uitbraak van andere infecties bij daklozen de laatste jaren, zoals de uitbraak van tuberculose in Rotterdam en de uitbraak van infecties met *Streptococcus pyogenes* in Brussel (15, 16). Hetzelfde deed zich voor in de Verenigde Staten met de uitbraken van tyfus, hepatitis A, loopgravenkoorts en de *Shigella*-bacterie (17).

Nood aan een actieplan

Op basis van voorgaande lijkt het dan ook nodig om hierop te anticiperen met een duidelijk zorgplan voor daklozen tijdens en na op de huidige COVID-19-pandemie. Een minimumvereiste is het correct en zorgvuldig informeren van daklozen over de symptomen en de alarmsignalen van deze infectie en de voorzorgsmaatregelen die hiervoor kunnen worden genomen. Daarnaast moeten er ruimten worden ingericht waar daklozen met symptomen in quarantaine kunnen verblijven. Aangezien een belangrijk deel van de geïnfecteerden asymptomatisch blijft en de meeste daklozen in groep worden opgevangen, lijkt het actief

testen van deze populatie aangewezen (18). De opvangcentra voor daklozen moeten bovendien uitgerust zijn met voldoende (para)medisch materiaal, zodat begeleiders adequate zorg kunnen verlenen zonder zelf een infectie op te lopen.

Besluit

De aanpak van COVID-19 enerzijds en dakloosheid anderzijds zorgen voor een uitzonderlijke uitdaging. Beide problematieken lijken elkaar te versterken. Het vroegtijdig anticiperen op de moeilijkheden die hieruit voortvloeien is dan ook de enige manier om de psychologische, sociale en medische gevolgen ervan bij daklozen in Vlaanderen en Nederland te vermijden en om de druk op onze gezondheidssector niet verder te doen toenemen.

Mededeling

Geen belangenconflict of financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

COVID-19: why an effective homeless policy is absolutely necessary

The current coronavirus 2 pandemic (SARS-CoV2) will affect our homeless population. Homeless people often live in challenging conditions that make it difficult to comply with social distancing and hygiene regulations, enhancing the further spreading of the virus. Thus, even under the current measures, the homeless population is potentially a lasting catalyst for the virus, which can lead to an increased burden on our health care system. At the same time, COVID-19 represents a major health threat for the homeless. On the one hand, due to comorbidities, they belong to a risk group more often, resulting in higher mortality from infection. On the other hand, current measures may exacerbate pre-existing psychiatric conditions. It is therefore of the utmost importance to anticipate this with an adequate care plan for this vulnerable population. Efforts should be made to prevent, screen and treat these homeless people, as well as to support the social workers who interact with them on a daily basis. This is to protect both the homeless and our health care system, which is already under pressure.

Literatuur

1. TSAI J, WILSON M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health* 2020; 5: e186-e187
2. EUROPEAN TYPOLOGY OF HOMELESSNESS AND HOUSING EXCLUSION. Brussel: FEANTSA, 2005. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
3. DEMAERSCHALK E, ITALIANO P, MONDELAERS N, et al. MEHOBEL-Measuring homelessness in Belgium. Brussel: BELSPO, 2018. https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/MEHOBEL_Final%20report_FIN.pdf
4. COUMANS M, CRUYFF M, WOLF J, VAN DER HEIJDEN P. Dakloos in Nederland. *Bevolkingstrends* 2010; 58: 55-60.
5. GRAY D, CHAU S, HUERTA T, FRANKISH J. Urban-rural migration and health and quality of life in homeless people. *J Soc Distress Homeless* 2011; 20: 75-93.
6. FAZEL S, GEDDES JR, KUSHEL M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014; 384: 1529-1540.
7. MARTENS WH. A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Rev* 2001; 29: 13-33.
8. ZHOU F, YU T, DU R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-1062.
9. NUSSELDER WJ, SLOCKERS MT, KROL L, SLOCKERS CT, LOOMAN CW, VAN BEECK EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS one* 2013; 8: e73979.
10. REINKING DP, WOLF JR, KROON H. [High prevalence of mental disorders and addiction problems among the homeless in Utrecht]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1161-1166.
11. SLOCKERS MT, NUSSELDER WJ, RIETJENS J, VAN BEECK EF. [Homeless adults' most frequent cause of death is suicide or murder]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018; 162: D2626.
12. WANG C, PAN R, WAN X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: pii: E1729.
13. SCHUTT RK, GOLDFINGER SM. Homelessness, housing, and mental illness. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011.
14. GUNNER E, CHANDAN SK, MARWICK S, et al. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *Br J Gen Pract* 2019; 69: e526-e536.
15. VAN HEST R, DE VRIES G. Active tuberculosis case-finding among drug users and homeless persons: after the outbreak. *Eur Respir J* 2016; 48: 269-271.
16. DAUBY N, MIENDJE DEYI VY, DELFORGE V, et al. Streptococcus pyogenes infections with limited emm-type diversity in the homeless population of Brussels, 2016-2018. *Int J Infect Dis* 2019; 81: 52-56.
17. TSAI J, GELBERG L, ROSENHECK RA. Changes in physical health after supported housing: results from the collaborative initiative to end chronic homelessness. *J Gen Intern Med* 2019; 34: 1703-1708.
18. LI R, PEI S, CHEN B, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science* 2020. [Epub ahead of print]

