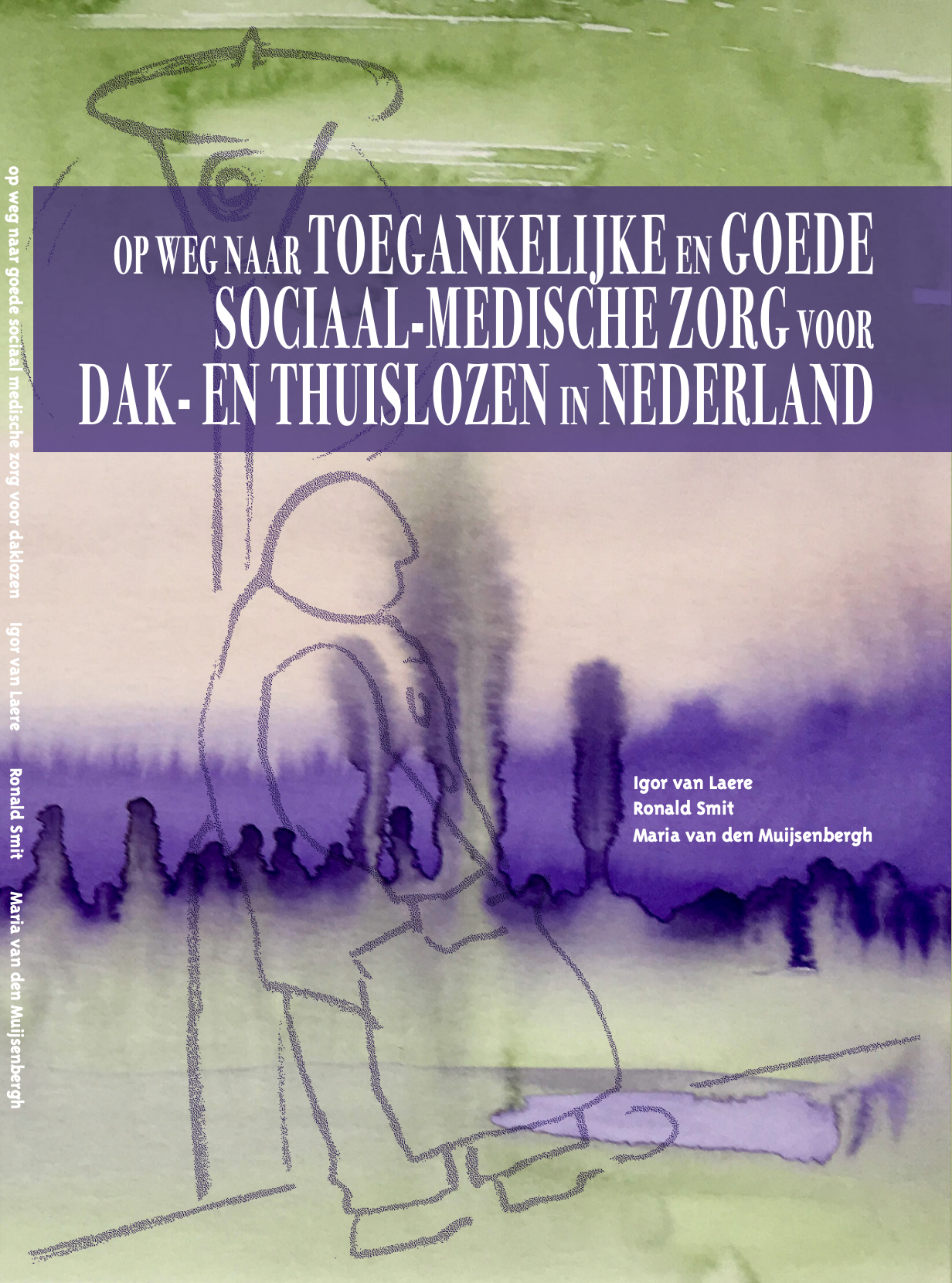




OP WEG NAAR TOEGANKELIJKE EN GOEDE SOCIAAL-MEDISCHE ZORG VOOR DAK- EN THUISLOZEN IN NEDERLAND

Igor van Laere
Ronald Smit
Maria van den Muijsenbergh

op weg naar goede sociaal medische zorg voor daklozen

Igor van Laere

Ronald Smit

Maria van den Muijsenbergh

Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland

Niet onze zintuigen bedriegen ons, slechts ons oordeel

Goethe

Inhoud

Oproep van de Straatdokters aan Staatssecretaris Volksgezondheid	3
Samenvatting	5
Inleiding.....	9
Knelpunten in de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen	9
Projectdoelen 2017-2018	9
Gewenste situatie op langere termijn	9
Projectactiviteiten	10
Opbrengsten Adessium Project	11
Projectdoel 1: Profiel doelgroep dak- en thuislozen	11
Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland	11
Inzet straatdokter in regio Gooi en Vechtstreek.....	12
Projectdoel 2: Profiel huidige sociaal medische zorg	13
Inhoud sociaal medische zorg door huisartsen / straatdokters	13
Ervaren knelpunten in de zorg en ondersteuningsbehoeften van straatdokters.....	13
Organisatie huidige sociaal medische zorg	15
Beleid en financiering sociaal medische en tandheelkundige zorg	15
Projectdoel 3: Bouwstenen toegankelijke en goede sociaal medische zorg	16
Verwijzing.....	17
Intake	18
Diagnosen	19
Begeleiding.....	20
Verantwoording van de zorg.....	21
Competenties zorgverleners in de sociaal medische zorg	22
Financiering sociaal medische zorg.....	23
Waarmee kunnen straatdokters gemeenten ondersteunen in de zorg voor dak- en thuislozen?	24
Algemene informatie Adessium Project	25
Indicatoren opbrengst Adessium Project	26
Publicaties Nederlandse Straatdokters Groep.....	33

Oproep van de Straatdokters aan Staatssecretaris Volksgezondheid

Zijne Excellentie Staatssecretaris Paul Blokhuis,

Dit rapport wordt u aangeboden door de **Nederlandse Straatdokters Groep** tijdens het *International Street Medicine Symposium* in De Doelen te Rotterdam op 4 oktober 2018.

Graag laten de Straatdokters u weten welke bouwstenen essentieel zijn om te komen tot goede en toegankelijke medische zorg voor dak- en thuislozen in heel Nederland. Uw voorspraak en steun daarbij zijn onontbeerlijk. Uitgebreide onderzoeken, expertmeetings en een pilot vormden de basis voor het formuleren van de volgende bouwstenen en daaruit voortvloeiende acties:

1. **Bouwsteen 1: eenzelfde manier van verwijzing, intake en diagnose in iedere gemeente:** voor de centrale toegang tot sociaal medische zorg voor daklozen kan worden verwezen naar een of meer locaties in de gemeente. Een gestandaardiseerde integrale intake wordt verricht door een intake-team (sociaal werker, verpleegkundig specialist, GGD arts, administratief medewerker). Aan de hand van deze sociale, verpleegkundige en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en systematisch geregistreerd. De sociale intake richt zich op onderdak, identiteitsbewijs (ID), inschrijving in de basisregistratie personen (BRP) via een briefadres, een zorgverzekering, schulden en dagbesteding. Tijdens een multidisciplinair overleg wordt door het intake-team een overzicht gemaakt van de sociaal medische (werk)diagnosen. Een probleemgericht begeleidingsplan met concrete doelen wordt opgesteld.
2. **Bouwsteen 2: begeleiding door een casemanager** van de GGD bij alle stappen die nodig zijn voor diagnostiek, herstel, stabilisatie en doorstroom naar een voorziening met zorg op maat voor de lange termijn. Dit is een hulpverlener die optreedt als spil tussen de dakloze persoon en de zorgverleners, en doorzettingskracht heeft om bepaalde knelpunten op te lossen en zaken georganiseerd te krijgen.
3. **Bouwsteen 3:** het rekruteren van **ervaringsdeskundigen** uit de doelgroep om hen te betrekken bij het naar (verdere) zorg toeleiden en ondersteunen van dakloze mensen.
4. **Bouwsteen 4: straatdokterspraktijken en ziekenboeg:** in elke gemeente met opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen moeten spreekuren op locatie en ziekenboegbedden beschikbaar zijn. Voor kleinere gemeenten moeten minimaal twee maal per week en in grote gemeenten minimaal 3x per week vrij toegankelijke inloopsprekken worden gehouden door huisartsen/straatdokters en/of straatverpleegkundigen. Ziekenboegbedden zijn een noodzakelijk onderdeel in de opvang voor observatie, diagnostiek, herstel, stabilisatie en gerichte doorstroom van de doelgroep.
5. **Bouwsteen 5: specifieke bijscholing** is nodig voor sociaal werkers, verpleegkundigen en artsen werkzaam in sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Bestaande professionele competenties voor vormen de basis, met een accent op communicatie, maatschappelijk handelen en organisatie.

Overige aandachtspunten

Kwaliteit en financiering: Voor de kwaliteitswaarborg van de sociaal medische zorg (van de intake, het analyseren en beschrijven van de sociaal medische diagnoses, het multidisciplinair overleg, het opstellen van gerichte doelen in een begeleidingsplan, het aantal daklozen en de benodigde uren voor het intake-team en casemanagers), kan de optimale inhoud en vorm in een vervolgtraject met ondersteuning van de Nederlandse Straatdokers Groep en beroepsverenigingen ontwikkeld en uitgetest worden.

Financiering sociaal medische zorg: Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van de sociaal medische zorg, het intake-team, GGD casemanagers en faciliteiten. Voor de inzet van huisarts/straatdokers en straatverpleegkundigen in de maatschappelijke opvang kunnen gemeenten specifieke contracten afsluiten met de preferente zorgverzekeraar. Gemeenten kunnen ook een financiële regeling treffen voor toegang voor tandheelkundige zorg. De financiering van opnames in een ziekenboek moet dusdanig eenvoudig zijn dat opname direct vanaf de straat mogelijk is.

Het hiervoor genoemde naar aanleiding van de resultaten van een aantal geconstateerde problemen door onderzoeken en pilot:

- Het algemene beeld is dat er grote verschillen zijn in beleid, financiering en organisatie van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen, en dat werkomstandigheden, kennis en vaardigheden van en samenwerking tussen betrokken professionals aanzienlijke verbetering behoeft. In bijna een derde van de centrumgemeenten is geen beleid voor de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Voor tandheelkundige zorg voor de doelgroep is in tweederde van de centrumgemeenten geen beleid.
- De meeste on vervulde zorgbehoeften betreffen hulp voor het organiseren van eerste levensbehoeften, financiën en schulden (een kwart was onverzekerd), het bestrijden van eenzaamheid, stress, klachten van het bewegingsapparaat en het gebit en toegang tot de GGZ voor verslaving en psychische problemen. Een derde van de geïnterviewde dak- en thuislozen wenst contact met een huisarts maar heeft dit niet.
- Volgens hulpverleners in de maatschappelijke opvang ontbreekt een sociaal medisch spreekuur in 14 van de 43 centrumgemeenten met een taak voor opvang en zorg voor dak- en thuislozen, vooral in gemeenten met minder dan 150.000 inwoners.
- Veruit de meeste straatdokers en straatverpleegkundigen (85%) hebben behoefte aan landelijke richtlijnen en specifieke nascholing.

Wij vragen uw aandacht hiervoor en bepleiten met kracht richtlijnen vanuit het ministerie voor gemeenten op basis van deze bouwstenen voor een toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland, onder uw bezielende voorspraak!

Nederlandse Straatdokers Groep

www.straadokter.nl

Samenvatting

De Doctors For Homeless Foundation (DHF) heeft met financiële ondersteuning van de Adessium Foundation de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) en het Radboudumc opdracht gegeven om onderzoek te verrichten naar de gezondheid en behoefte aan ondersteuning van dak- en thuislozen in Nederland. Tevens naar de verleende zorg door huisartsen / straatdokters en straatverpleegkundigen en hun behoefte aan ondersteuning, de huidige organisatie van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen, en naar het gemeentelijk beleid, financiering, knelpunten en tekortkomingen in deze zorg.

Aan de hand van een praktijk pilot, wetenschappelijke studies en expertmeetings zijn bouwstenen geformuleerd voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland.

De doelen van dit project waren:

1. Er is een profiel van de doelgroep dak- en thuislozen
2. Er is een profiel van de huidige sociaal medische zorg
3. Bouwstenen toegankelijke en goede sociaal medische zorg zijn in concept beschreven

Resultaten Adessium Project

Profiel dak-en thuislozen

Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland

Uit analyse van 156 interviews met dak-en thuislozen en individuele intakegesprekken met 54 daklozen in Hilversum, komt het volgende profiel naar voren.

Dak- en thuislozen waren overwegend laaggeschoolde Nederlandse mannen van rond de 45 jaar met lichamelijke, psychische en sociale problemen die met elkaar samenhangen, en onervulde zorgbehoeften. Op de voorgrond stonden eenzaamheid, verdriet - als gevolg van de slechte leefsituatie en schulden, psychiatrie, pijn, klachten van bewegingsapparaat, luchtwegen, huid, gebit, maag darmstelsel en hartvaatziekten. Bijna iedereen rookte tabak, velen gebruikten cannabis en een kwart gebruikte overmatig alcohol. Uit eerder onderzoek onder dak- en thuislozen en uit de praktijkpilot blijkt dat bij een derde sprake was van een licht verstandelijke beperking. De meeste onervulde zorgbehoeften betroffen hulp voor het organiseren van eerste levensbehoeften, financiën en schulden (een kwart was onverzekerd), het bestrijden van eenzaamheid, stress, klachten van het bewegingsapparaat en het gebit en toegang tot de GGZ voor verslaving en psychische problemen. Een derde van geïnterviewde dak- en thuislozen wenste contact met een huisarts maar had dat niet.

Profiel huidige sociaal-medische zorg

Informatie hierover is vergaard door bestudering van 882 medische dossiers van dak- en thuislozen in vier kleinere steden, een vragenlijstonderzoek onder 52 straatdokters en straatverpleegkundigen, mondelinge interviews met medewerkers van de maatschappelijke opvang in alle 43 centrumgemeenten en een vragenlijstonderzoek onder ambtenaren in 26 centrumgemeenten die verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke opvang.

Het algemene beeld is dat er grote verschillen zijn in beleid, financiering en organisatie van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen, en dat werkomstandigheden, kennis en vaardigheden van en samenwerking tussen betrokken professionals aanzienlijke verbetering behoeft.

In bijna een derde van de centrumgemeenten is geen beleid voor de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Voor tandheelkundige zorg voor de doelgroep is in tweederde van de centrumgemeenten geen beleid. Waar wel medische zorg beschikbaar was voor dak- en thuislozen was het beleid overal anders, met de inzet van verschillende medische professionals en beschikbaarheid. Vooral in kleinere gemeente ontbrak financiering. In grotere gemeenten werd gebruik gemaakt van 16 verschillende geldstromen.

Volgens hulpverleners in de maatschappelijke opvang ontbrak een sociaal medisch spreekuur in 14 van de 43 centrumgemeenten met een taak voor opvang en zorg voor dak- en thuislozen, vooral in gemeenten met minder dan 150.000 inwoners. In 12 gemeenten waar geen afspraken met huisartsen of verpleegkundigen bestonden gaf men aan hier wel behoefte aan te hebben. Ruim de helft van de hulpverleners ondervond regelmatig hoge drempels voor het verwijzen van dak- en thuislozen naar medische zorg. Verbeterpunten waren de inzet van een betrokken huisarts, structurele samenwerking en passende voorzieningen voor de doelgroep.

Van 52 ondervraagde straatdokters en straatverpleegkundigen vond ruim een derde de toegang en kwaliteit van zorg onvoldoende. De helft ondervond problemen met verwijzen naar de tandarts, GGZ en medisch specialisten. Een kwart was ontevreden over de financiering van de sociaal medische zorg. Ruim de helft vond zichzelf onvoldoende geschoold. De ruime meerderheid vond dat voor elke (nieuwe) dakloze een gestructureerde intake door een verpleegkundige en arts plaats moet vinden, inclusief een test op verstandelijke beperking. Ook gaf men aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen kan bijdragen tot betere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Veruit de meeste straatdokters en straatverpleegkundigen (85%) hadden behoefte aan landelijke richtlijnen en specifieke nascholing.

Uit de analyse van 882 patiëntendossiers bleek dat in veel dossiers informatie ontbrak over sociaal economische problemen zoals psychisch trauma in de voorgeschiedenis, redenen van dakloosheid, verstandelijke beperking of een overzicht van eerdere hulpverlening. Een systematische sociaal medische intake zou hierin volgens de geïnterviewde straatdokters verbetering kunnen brengen.

Bouwstenen voor sociaal medische zorg

Onderliggend aan de hiernavolgende bouwstenen is het streven naar een praktijk van toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor alle dak- en thuislozen in Nederland. De wettelijke verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de gemeente. Dit betekent dat binnen elke gemeente geregeld is hoe en door wie sociaal medische zorg wordt verleend en gefinancierd en waar de verantwoordelijkheden liggen, en dat de betrokken zorgprofessionals goed zijn toegerust om samen te werken en om inhoudelijk goede sociaal medische zorg te leveren. Er is uitgegaan van een optimale situatie voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg waarin de doelgroep, hun problemen en de hulpverleners centraal staan.

Verwijzing: Voor centrale toegang tot sociaal medische zorg kan een dakloos persoon worden verwezen naar een of meer locaties in de gemeente. Deze locatie geldt als een meldpunt voor daklozen zelf, burgers en hulpdiensten die bekend zijn met deze locatie.

Intake: Een integrale intake wordt verricht door een intake team dat bestaat uit een sociaal werker, verpleegkundig specialist, GGD arts, administratief medewerker. Aan de hand van een sociale, verpleegkundige en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en systematisch geregistreerd.

Diagnosen: De sociale intake richt zich met name op onderdak, identiteitsbewijs (ID), inschrijving in de basisregistratie personen (BRP) via een briefadres, een zorgverzekering, schulden en dagbesteding. Bij de medische intake gaat het om de zelf ervaren gezondheid en het functioneren op cognitief, psychisch en lichamelijke niveau, verslavingsproblematiek, het testen op het vermoeden van een verstandelijke beperking, medicatie en betrokken hulpverlening.

Tijdens een multidisciplinair overleg wordt door het intake team een overzicht gemaakt van de sociaal medische (werk)diagnosen. Een probleemgericht begeleidingsplan met concrete doelen wordt opgesteld en een casemanager van de GGD aangewezen.

Begeleiding: De benodigde begeleiding betreft alle stappen die nodig zijn voor diagnostiek, herstel, stabilisatie en doorstroom naar een voorziening met zorg op maat voor de lange termijn. De uitvoering ervan staat onder regie van de casemanager. Dit is een hulpverlener die optreedt als spil tussen de dakloze persoon en de zorgverleners, en doorzettingskracht heeft om bepaalde knelpunten op te lossen en zaken georganiseerd te krijgen. De casemanager bewaakt of de zorg is geleverd en bijdraagt aan de doelen uit het begeleidingsplan.

Uit de doelgroep te rekruteren ervaringsdeskundigen kunnen worden betrokken bij het naar (verdere) zorg toeleiden en ondersteunen van dakloze personen. Op welke wijze en in welke fase dit het beste kan en welke competenties ervaringsdeskundigen daartoe moeten hebben kan in een vervolgtraject door de NSG getest worden.

Straatdokterpraktijken en ziekenboek: In elke gemeente met opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen dienen spreekuren op locatie en ziekenboekbedden beschikbaar te zijn. Dit houdt in dat op een locatie waar dak- en thuislozen komen in kleinere gemeenten minimaal twee maal per week en in grote gemeenten minimaal 3x per week vrij toegankelijke inloopsprekken worden gehouden door huisartsen/straatdokter en/of straatverpleegkundigen. Ziekenboekbedden zijn een noodzakelijk onderdeel in de opvang voor observatie, diagnostiek, herstel, stabilisatie en gerichte

doorstroom van de doelgroep. Het intake team en straatdokters/verpleegkundigen bepalen welke dakloze persoon in aanmerking komt voor opname in de ziekenboeg. Aangewezen professionals krijgen alle vertrouwen om het juiste en goede te doen. Het aan de ziekenboeg verbonden personeel rapporteert aan de casemanager hoe het met de dakloze persoon en diens begeleidingsplan gaat en welke (nieuwe) stappen nodig zijn voor de langere termijn.

Verantwoording van de zorg: De *casemanager* volgt de dakloze persoon richting doelen uit het begeleidingsplan. De casemanager registreert probleem- en resultaatgericht en rapporteert elke drie maanden aan het intake team. Het *intake team* verzamelt de rapportages van de casemangers, bundelt de gegevens en rapporteert deze in een jaarverslag aan de gemeente.

Kwaliteit: Voor de kwaliteitswaarborg van de sociaal medische zorg (van de intake, het analyseren en beschrijven van de sociaal medische diagnoses, het multidisciplinair overleg, het opstellen van gerichte doelen in een begeleidingsplan, het aantal daklozen en de benodigde uren voor het intake team en casemanagers), kan de optimale inhoud en vorm in een vervolgtraject met ondersteuning van de NSG en beroepsverenigingen ontwikkeld en uitgetest worden.

Competenties: Sociaal werkers, verpleegkundigen en artsen werkzaam in sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen dienen specifiek te worden bijgeschoold. Bestaande professionele competenties voor vormen de basis, met een accent op communicatie, maatschappelijk handelen en organisatie.

Financiering sociaal medische zorg: Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van de sociaal medische zorg, het intake team, GGD casemanagers en faciliteiten. Voor de inzet van huisarts/straatdokters en straatverpleegkundigen in de maatschappelijke opvang kunnen gemeenten specifieke contracten afsluiten met de preferente zorgverzekeraar. In deze contracten dient een speciaal tarief voor organisatie, (intercollegiaal) overleg en coördinatie als huisarts/straatdokter worden opgenomen.

Gemeenten kunnen tevens een financiële regeling treffen voor toegang voor tandheelkundige zorg, bijvoorbeeld 750 euro per dakloze persoon per jaar voor de eerste drie jaar. Een gesaneerd gebit in drie jaar kan een doel zijn in het begeleidingsplan waarop wordt toegezien door de casemanager.

De financiering van opnamen in een ziekenboeg dient dusdanig eenvoudig te zijn dat opname direct vanaf de straat mogelijk is en het personeel tijd besteed aan het in kaart brengen en leveren van de benodigde zorg zodat de doelgroep hiermee geholpen is.

Inleiding

In het najaar van 2015 heeft de Adessium Foundation de straatdokters benaderd en opgezocht in straatdokterspraktijk Centrum voor Dienstverlening Havenzicht te Rotterdam. Tijdens deze ontmoeting zijn het werk en de knelpunten in de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland gepresenteerd. Adessium Foundation heeft hierop de straatdokters gevraagd een plan in te dienen waarin knelpunten worden geadresseerd. Vervolgens heeft de Adessium Foundation de Doctors For Homeless Foundation (DHF) de opdracht gegeven onderzoek uit te laten voeren door de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) samen met het Radboudumc Nijmegen.

Tijdens een voortraject heeft de NSG de hierna volgende knelpunten, projectdoelen 2017-2018 en de gewenste situatie op termijn opgesteld en in oktober 2016 in een plan van aanpak aan de Adessium Foundation gepresenteerd. Na goedkeuring is het project gestart. In november 2017 zijn de projectactiviteiten en tussentijdse resultaten gedeeld. Nadien zijn lopende onderzoeken afgerond en tijdens expertmeetings gedeeld en besproken, op grond waarvan bouwstenen voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen zijn geformuleerd.

Knelpunten in de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen

1. Overzicht ontbreekt van de kenmerken, sociaal medische problemen en zorgbehoeften van dak- en thuislozen in Nederland; de beschikbare kennis is beperkt en bestaat uit enkele (oudere) studies in grote steden (**profiel doelgroep**).
2. Overzicht ontbreekt van het huidige aanbod, organisatie, financiering en best practices van de straatdokter praktijken in Nederland, evenals van de inhoud van de huidige sociaal-medische zorg en behoeften van straatdokters en straatverpleegkundigen (**profiel huidige sociaal medische zorg**).
3. Kennis ontbreekt over de wenselijke samenstelling en competentieprofiel van een kernteam om goede zorg te verlenen; er bestaan geen richtlijnen voor de organisatievorm en financieringsstructuur noch van de inhoud van toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland (**bouwstenen toegankelijke en goede zorg**).
4. Overzicht ontbreekt van maatschappelijke opvangvoorzieningen, betrokken sociale en medische professionals en ervaringsdeskundigen, en van relevante beleidsmakers en financiers in Nederland (**sociaal medische zorg kaart**)

Projectdoelen 2017-2018

1. Er is een profiel van de doelgroep dak- en thuislozen
2. Er is een profiel van de huidige sociaal medische zorg
3. Bouwstenen toegankelijke en goede sociaal medische zorg zijn in concept beschreven
4. Een sociaal medische zorgkaart van Nederland is beschikbaar

Gewenste situatie op langere termijn

1. Kennis van het profiel van de doelgroep is gebruikt voor de beschrijving van optimale organisatie en inhoud van de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland.
2. Kennis van de huidige sociaal medische zorg heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van een set bouwstenen voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland.

3. Bouwstenen voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland zijn ontwikkeld, getoetst en geïmplementeerd.
4. Overzicht (mapping) van de maatschappelijke opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen in de 43 centrumgemeenten, professionals, lokaal verantwoordelijk beleidsmakers en financiers, die (in)direct betrokken zijn bij de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen, om het netwerk te versterken, kennis en ervaring te delen en toe te passen in de eigen gemeente.

Projectactiviteiten

Voor het realiseren van de projectdoelen 2017-2018 zijn via drie bronnen praktijkervaringen, kennis en inzicht vergaart.

1. *Praktijk*. In gemeente Hilversum is van december 2016 tot en met september 2017 een pilot uitgevoerd waarin de opbrengst onderzocht is van de inzet van een straatdokter in de lokale maatschappelijke opvang, voor 8 uur in de week. De projectleider heeft deze pilot uitgevoerd en geanalyseerd. De belangrijkste bevindingen worden bij de opbrengsten vermeld.
2. *Wetenschap*. Om inzicht te krijgen in de verschillende *profielen* zijn een aantal wetenschappelijke studies verricht door de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc, in samenwerking met Hogeschool Utrecht afdeling verpleegkunde en afdeling maatschappelijk werk en dienstverlening. In het hiernavolgende worden de resultaten en conclusies van deze studies samengevat. De volledige onderzoeksverslagen zijn in bijlage 1 aan dit rapport toegevoegd.
3. *Expert meetings*. In maart, juni en november 2017 en maart 2018 zijn bijeenkomsten gehouden met straatverpleegkundigen en straatdokters om vragenlijsten te testen, tussentijdse stappen en bevindingen te delen en *bouwstenen* te formuleren. Verslagen van deze bijeenkomsten zijn in bijlage 2 opgenomen.

Hiernavolgend worden de opbrengsten van projectdoelen 2017-2018 beschreven, met uitzondering van projectdoel 4 “een sociaal medische zorgkaart van Nederland”. Hiervoor is gekozen enerzijds omdat er een sociale kaart zorgvoorzieningen¹ en een atlas met opvangvoorzieningen² beschikbaar zijn. Anderzijds omdat de gegevens van betrokken individuele hulpverleners niet openbaar zijn en een dergelijk overzicht voortdurend onderhevig is aan mutaties. Voor de zorgverlening is het van belang dat de lokale hulpverleners, beleidsmakers en financiers elkaar weten te vinden.

¹ <https://www.socialekaartnederland.nl/>

² <http://www.opvangatlas.nl/dakloos>

Opbrengsten Adessium Project

Projectdoel 1: Profiel doelgroep dak- en thuislozen

Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland

Onderzoeksvraag: Welke gezondheidsklachten en psychosociale problemen ervaren dak- en thuislozen en welke behoefte aan zorg hebben zij?

Methode: Semigestructureerde vragenlijsten zijn mondeling afgenomen onder een representatieve steekproef van dak- en thuislozen in 12 gemeenten verspreid door Nederland. De vragen gingen over ervaren lichamelijke en psychische gezondheid, lichamelijke, psychische en sociale klachten en problemen, behoefte aan zorg en ervaring met zorg.

Resultaten: Geïnterviewde dak- en thuislozen (n=156, gemiddeld 44 jaar, 89% man, 62% Nederlander, 82% verzekert tegen ziektekosten) rapporteerden een indrukwekkende hoeveelheid sociaal medische problemen en onvervulde zorgbehoeften. Bijna de helft vond de eigen gezondheid slecht tot zeer slecht (46%); dit is ruim 8 keer slechter dan de algemene bevolking.³ Bij het stellen van een open vraag rapporteerde 60% gezondheidsklachten. Bij het gebruik van een lijst met meest voorkomende gezondheidsproblemen rapporteerde 94% klachten, gemiddeld 4.5 klachten per persoon. Meest genoemd werden klachten van pijn, het bewegingsapparaat, luchtwegen, huidproblemen, gebit, maagdarmbezwaren en hartvaatziekten. Bijna alle deelnemers gebruikten roesmiddelen inclusief tabak, de helft had psychiatrische problemen. Bijna alle deelnemers hadden financiële problemen, waarvan een aanzienlijk deel bestond uit zorgpremie achterstanden en boetes hiervoor. Zij noemden heel vaak somberheid, angst en verdriet ten gevolge van stress door schulden, eenzaamheid en andere sociale problemen. Mensen met veel psychosociale problemen noemden ook veel lichamelijke problemen.

De ondervraagden hadden vooral behoefte aan aandacht en hulp voor het organiseren van de eerste levensbehoeften, financiën, eenzaamheid, stress, klachten van het bewegingsapparaat en het gebit. 57% van hen had een onvervulde zorg behoefte: dit betrof vooral de GGZ en verslavingszorg, de tandarts en hulp om eenzaamheid te bestrijden. 30% van hen zou graag contact met een huisarts hebben maar had dat niet.

De ervaringen met hulpverlening waren niet altijd positief. Men vond deze te versnipperd, de regels en criteria waren te ingewikkeld of pasten niet, men had moeite zich in te schrijven bij de huisarts of het ontbrak aan geld om afspraken na te komen. De gezondheidsproblemen en behoefte aan zorg komen in grote lijnen overeen met eerder onderzoek in de vier grote steden. Uit recent onderzoek is bekend dat bij een derde van de dak- en thuislozen een vermoeden bestaat op een verstandelijke beperking.⁴

³ Bevolking 2014: zeer slecht en slecht ervaren gezondheid mannen 5.2%, vrouwen 5.9%.

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/huidige-situatie#!node-prevalentie-ervaren-gezondheid-volwassenen>

⁴ Straaten B van, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, Van de Mheen D. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. PLoS One. 2014 Jan 21;9(1):e86112.

Inzet straatdokter in regio Gooi en Vechtstreek

Bij aanvang van de pilot ontbrak het in centrumgemeente Hilversum aan een sociaal medisch spreekuur in de opvanglocatie en was weinig bekend over de gezondheidsproblemen en benodigde medische zorg voor de doelgroep. Met de inzet van een straatdokter in de praktijk is inzicht verkregen in gezondheid en zorgbehoeften bij dak- en thuislozen, hun tevredenheid met deze inzet, scholingsbehoeften bij medewerkers van de opvang en te nemen stappen ter verbetering van de zorg.

Door de straatdokter beoordeelde dak- en thuislozen (n=54, gemiddeld 43 jaar, 74% man, 65% Nederlander, 78% verzekerd tegen ziektekosten) hadden veel sociaal medische problemen en on vervulde zorgbehoeften. Men presenteerde vaak klachten van pijn, bewegingsapparaat, huid, luchtwegen en gebit. Bijna iedereen rookte tabak, bijna de helft cannabis en een kwart was verslaafd aan alcohol. Een kwart had psychotische en/of depressieve klachten. Meer dan de helft gebruikte medicatie.

Na afname van een Scil-test op het vermoeden van licht verstandelijke beperking (LVB) door de straatdokter was dit vermoeden bij 45% (14/31) het geval, wat bij de meesten niet bekend was. Bijna driekwart had een eigen huisarts en bijna een vijfde een medisch specialist. Een enkeling had het afgelopen jaar een tandarts bezocht of was in zorg voor psychiatrische aandoeningen of verslavingsproblemen.

Scholingsbehoeften van medewerkers van de maatschappelijke opvang betroffen vooral het signaleren en begeleiden van cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Uit een afgenomen schriftelijke enquête blijkt dat de doelgroep tevreden was en zich geholpen voelde door de laagdrempelige toegang tot de straatdokter op locatie.

De eindrapportage van de pilot (zie bijlage) is gedeeld met beleidsmakers van de gemeente Hilversum, manager en medewerkers van de daklozenopvang, huisartsen en Directeur Publieke Gezondheid GGD Gooi en Vechtstreek. De eerste stappen zijn gezet voor het versterken van de zorg in samenwerking met huisartsen, de inzet van een verpleegkundig specialist (vacature is uitgezet door gemeente, 16 uur per week) en extra begeleiding door zorginstelling Sherpa voor daklozen met een verstandelijke beperking. Professionals voor dak- en thuislozen die kampen met verslaving en psychiatrische aandoeningen van GGZ Centraal en de Jellinek zijn bereid vaker aanwezig te zijn in de daklozenopvang. Aan mondzorg besteedt de gemeente aandacht door in contact te treden met verzekeraars en mogelijkheden via de Wet maatschappelijke ondersteuning te optimaliseren. In november 2017 is voor medewerkers van de opvang en directe ketenpartners scholing over LVb bij dak- en thuislozen georganiseerd en zijn de pilotresultaten gepresenteerd tijdens een KNMG avondsymposium voor huisartsen en medisch specialisten uit de regio.

Projectdoel 2: Profiel huidige sociaal medische zorg

Inhoud sociaal medische zorg door huisartsen / straatdokters

Onderzoeksvraag: Wat is de aard en omvang van de huidige sociaal-medische zorg geboden door huisartsen / straatdokters aan dak-en thuislozen in Nederland?

Methode: Survey van 882 geanonimiseerde patiëntendossiers in vier straatdokerspraktijken buiten de Randstad over de periode januari 2011 tot november 2017.

Resultaten: Van 882 bezoekers was 84% man, rond de 46 jaar en 48% was geboren in Nederland. Een derde was onverzekerd (geweest) en een derde stond niet ingeschreven bij een reguliere huisarts. In totaal vonden gemiddeld 8 contacten per patiënt plaats (spreiding 1-92) waarin 1,2 klachten per contact werden gerapporteerd.

De meest gepresenteerde klachten waren psychische problemen 58%, bewegingsapparaat 31%, luchtwegen 31%, haarvatproblemen 23%, voetproblemen 14% en gebitsklachten 9%.

Het gebruik van alcohol, tabak en drugs was slecht geregistreerd, slechts bij minder dan de helft van de patiënten. Gemiddeld had elke dakloze in de onderzoeksperiode 5 recepten gekregen; 25% van alle patiënten had ooit pijnstillers gekregen en ook 25% ooit een kalmerend middel. Een kwart werd verwezen naar een medisch specialist en bijna een vijfde naar de GGZ voor psychische klachten en/of verslaving.

In veel dossiers ontbrak informatie over sociaal economische problemen zoals psychisch trauma in de voorgeschiedenis, redenen van dakloosheid, verstandelijke beperking of een overzicht van eerdere hulpverlening. Een systematische sociaal medische intake zou hierin verbetering kunnen brengen.

Ervaren knelpunten in de zorg en ondersteuningsbehoeften van straatdokters

Onderzoeksvraag: Welke opvattingen en ervaringen hebben straatverpleegkundigen en straatdokters over de organisatie en inhoud van de huidige sociaal-medische zorg aan dak-en thuislozen in Nederland en welke behoefte aan ondersteuning en scholing hebben zij?

Methode: Gestructureerde digitale vragenlijsten zijn beantwoord door 52 straatdokters en straatverpleegkundigen uit 24 gemeenten in Nederland (response 65%).

Resultaten: De algemene toegang en kwaliteit van sociaal medische zorg werd door 38% van de straatdokters en straatverpleegkundigen als onvoldoende beoordeeld. Het spreekuuraanbod was volgens 27% te beperkt; men achtte 3-5x per week een spreekuur voldoende in grote gemeenten en 2x per week in kleinere gemeenten. Volgens 94% werden dak- en thuislozen door

opvangmedewerkers mondeling gewezen op het spreekuur en volgens 54% was er schriftelijke informatie over de spreekuren beschikbaar. Tijdens het contact werd volgens de geïnterviewden standaard aandacht besteed aan de primaire klacht, psychosociale problemen en verslaving.

Wegblijven van het spreekuur werd vooral toegedicht aan het onverzekerd zijn, gebrekkig ziekte-inzicht, wantrouwen naar hulpverleners, schaamte en groepsdruk. Volgens 81% zou de toegang tot de spreekuren verbeteren door de inzet van ervaringsdeskundigen.

De spreekkamer op locatie was volgens 40% ongeschikt en volgens 29% ontbrak het hen regelmatig aan diagnostisch testmateriaal. Bijna alle straatdokters gebruikten een elektronisch patiënt dossier, 38% was niet tevreden met de wijze van data registratie en 45% wenste een regionaal toegankelijk patiëntensysteem. De helft van de respondenten liep in de praktijk tegen taalbarrières aan en wenste laagdrempelige toegang tot een tolk.

Volgens vrijwel alle respondenten (90%) heeft de doelgroep moeite met het opvolgen van medische adviezen en juiste omgang met medicatie. Als redenen hiervoor werden genoemd andere prioriteiten, gebrek aan gezonde voeding, problemen met planning, gebrek aan gezondheidsvaardigheden en moeite met taal en cultuur.

Probleemgericht inschakelen van hulp was vaak moeizaam, vooral voor het verwijzen naar de tandarts (56%), GGZ (54%) en medisch specialisten (44%). Oorzaken hiervan waren: onverzekerd zijn, strikte regels, wachtlijsten, geen geld voor de tandarts of eigen bijdrage. Verwijzingen verliepen beter wanneer een begeleider meeging en na intercollegiaal overleg.

Over de wijze van (afwikkeling van) de financiering van de sociaal medische zorg was 23% ontevreden. Vergoedingen werden bij de helft van de straatdokters geregeld door een GGD (52%), bij een kwart door een organisatie voor maatschappelijke opvang (24%), de verslavingszorg 24% of zorgverzekeraar 8%. In 8% was geen budget beschikbaar en boden artsen gratis zorg aan.

Bijna een derde (31%) van de straatdokters gebruikte een test om verstandelijke beperkingen op te sporen. Ter verbetering van het overzicht van de problemen adviseerde 94% het gebruik van een gestandaardiseerde sociaal medische intake bij alle (nieuwe) dak- en thuislozen, inclusief een test op verstandelijke beperking.

Vanwege de complexe problematiek vond 58% van de artsen en verpleegkundigen dat men onvoldoende getraind was, wat volgens 44% een negatief effect had op de kwaliteit van zorg. Zo noemde ruim de helft van de deelnemers (58%) dat hun vaardigheden om verstandelijke beperkingen te signaleren tekort schieten.

Een ruime meerderheid van 85% wenste landelijke richtlijnen en 83% had behoefte aan training. Gewenste richtlijnen en training betroffen specifieke lichamelijke aandoeningen, signaleren van en omgaan met cognitieve beperkingen, GGZ problematiek, palliatieve zorg en de organisatie van de sociaal medische zorg.

Organisatie huidige sociaal medische zorg

Onderzoeksvraag: Hoe is in 2017 de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in de 43 centrumgemeenten georganiseerd?

Methode: Gestructureerde mondeling afgenomen vragenlijst onder hulpverleners verbonden aan de maatschappelijke opvang in de 43 centrumgemeenten (response 100%).

Resultaten: In 14 centrumgemeenten (33%) werd geen sociaal medisch spreekuur gehouden en in 9 centrumgemeenten (21%) was geen enkele vorm van medische zorg aan dak- en thuislozen. In 12 centrumgemeenten waar geen afspraken met huisartsen of verpleegkundigen waren gaven respondenten aan hier wel behoefte aan te hebben. In 20 centrumgemeenten, met meer dan 150.000 inwoners, bestonden vaste afspraken met huisartsen en verpleegkundigen. Ruim de helft van de respondenten ondervond regelmatig hoge drempels voor het verwijzen naar medische zorg.

Verbeterpunten waren een vaste inzet van een huisarts met affiniteit voor de doelgroep, betere interdisciplinaire samenwerking, meer en passende voorzieningen.

Beleid en financiering sociaal medische en tandheelkundige zorg

Onderzoeksvraag: Heeft uw gemeente specifiek beleid specifiek voor sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak-en thuislozen? En zo ja, hoe is deze zorg gefinancierd?

Methode: Gestructureerde vragenlijst per e-mail onder gemeenteambtenaren met maatschappelijk opvang in de portefeuille in 43 centrumgemeenten (response 26 gemeenten, 60%).

Resultaten: In bijna een derde van de centrumgemeenten bestond geen beleid voor sociaal medische zorg en in tweederde van de centrumgemeenten ontbrak beleid voor tandheelkundige zorg. Dit was vaker het geval in centrumgemeenten kleiner dan 150.000 inwoners. In grotere steden was het beleid overal anders en werden verschillende medische disciplines ingezet die wisselend toegankelijk waren voor de doelgroep.

Vooraf in de kleinere centrumgemeenten ontbrak het aan specifieke financiering. In grotere centrumgemeenten werd volgens de respondenten gebruik gemaakt van totaal 16 verschillende geldstromen.

Projectdoel 3: Bouwstenen toegankelijke en goede sociaal medische zorg

Vraagstelling: Wat zijn bouwstenen voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg in Nederland?

Methode: In drie bijeenkomsten van straatdokters en straatverpleegkundigen (maart, juni en november 2017) zijn op basis van de resultaten van de verschillende studies en hun eigen ervaring met goede praktijkvoorbeelden bouwstenen geformuleerd voor de verschillende aspecten van toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Deze bouwstenen zijn getoetst en aangevuld in een expertmeeting in maart 2018, waar tevens besproken is op welke wijze deze gerealiseerd zouden kunnen worden, en welke inspanningen en aanvullend onderzoek nog nodig zijn (verslag bijeenkomsten zie bijlage 2).

Onderliggend aan de bouwstenen is het streven naar een praktijk van toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor alle dak- en thuislozen in Nederland. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de gemeente. Dit betekent dat binnen elke gemeente geregeld is door wie sociaal medische en tandheelkundige zorg wordt verleend en hoe deze wordt gefinancierd. Dat de betrokken zorgprofessionals goed zijn toegerust om samen te werken en inhoudelijk goede sociaal medische zorg leveren.⁵

Bouwsteen landelijke politiek en beleid

Landelijk moet de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid voor en financiering van toegankelijke en goede sociaal medische en de tandheelkundige zorg aan dak- en thuislozen worden gestimuleerd. Naast opvang, psychosociale en financiële begeleiding, vereisen de problemen van dak- en thuislozen naar wisselende zorgbehoeften gedurende verschillende fasen van dakloosheid expliciet beleid en financiering voor eerstelijnszorg, tandheelkundige zorg, verzorging, verpleging en palliatieve zorg.

Bouwstenen organisatie sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen

Tabel 1 geeft een overzicht van de benodigde bouwstenen voor verwijzing, intake, diagnostiek en begeleiding van dak- en thuislozen. Er is uitgegaan van een optimale situatie voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg waarin de doelgroep, hun problemen en de hulpverleners centraal staan. Hieronder worden de bouwstenen nader beschreven.

⁵ Ten dele zijn gemeenten hierbij afhankelijk van derden: de overheid (bijvoorbeeld het Zorg Instituut Nederland) waar het gaat om wet- en regelgeving en kwaliteitskaders, ziektekostenverzekeraars en beroepsverenigingen van zorgprofessionals.

Tabel 1: Bouwstenen organisatie sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen

VERWIJZING	dakloze zelf	centrale toegang sociaal medische zorg meldpunt	via hulpdiensten Politie, GGZ, GGD maatschappelijke opvang, wijkteam huisartsen, ziekenhuizen
INTAKE	locatie dag / nachtverblijf beveiliging keuken schoonmaak wachtruimte	intaketeam sociaal werker verpleegkundig specialist huisarts/GGD arts ervaringsdeskundige administratief medewerker beveiliging	instrumenten intake registratie systeem multidisciplinair overleg verantwoording rapportage gemeente
DIAGNOSEN	sociaal onderdak/ziekenboek ID, BRP, briefadres zorgverzekering/premie schuldsanering dagbesteding	sociaal medische diagnosen begeleidingsplan	medisch lichamelijk functioneren psychisch functioneren cognitief functioneren verslavingen medicatie
BEGELEIDING	sociale zorgverleners maatschappelijke opvang woonbegeleiders ervaringsdeskundigen vrijwilligers bewindvoerders beveiligers administratie wijkagent geestelijke verzorgers	GGD casemanager begeleidingsplan rapportage aan intake team verantwoording	medische hulpverleners huisarts/verpleegkundige arts verstand gehandicapten verslavingsarts/verpleegkundige psychiater/psycholoog/spv tandarts fysiotherapeut podoloog apotheek

Verwijzing

Voor **centrale toegang tot sociaal medische zorg** kan een dakloos persoon worden verwezen naar een bepaalde locatie in de gemeente. Deze locatie doet dienst als een meldpunt waar daklozen zelf, burgers en hulpdiensten een dakloos persoon naar kunnen verwijzen.⁶

⁶ Bekendheid met de locatie is voor iedereen van belang wanneer men zich bekommert om een dakloos persoon en deze wil wijzen op de mogelijkheid van beoordeling en begeleiding via een locatie voor centrale toegang sociaal medische zorg.

Intake

Op de locatie van de centrale toegang vindt een integrale **intake** plaats in hiervoor geschikte ruimten die voldoen aan de eisen praktijkinrichting volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).⁷

Een integrale intake wordt verricht door een **intaketeam** dat bestaat uit een HBO geschoolde *sociaal werker, verpleegkundig specialist* met kennis en ervaring in GGZ problematiek, verslaving, LVB en somatische aandoeningen, en een sociaal medisch geschoolde *GGD arts* voor kwetsbare burgers.⁸ De rol voor *ervaringsdeskundigen* uit de doelgroep in de intakefase verdient nadere exploratie door de NSG. *Administratieve inzet* is nodig voor de algemene organisatie en planning van intakes. In de werkwijze is toegang en gebruik van gegevens afgestemd conform privacy wetgeving.

Aan de hand van een sociale, verpleegkundige en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en systematisch **geregistreerd**.⁹ In Nederland worden in de steden met centrale toegang en maatschappelijke opvang verschillende intakeformulieren gebruikt, afhankelijk van de doelgroep, fase van dakloosheid en type dienstverlener. De diverse **intake instrumenten** kunnen in een vervolgetraject door de NSG worden geoptimaliseerd en aangevuld met vragen uit de Adverse Childhood Experiences (ACE) test¹⁰, Zelfredzaamheidmatrix¹¹, SCIL-test voor het vermoeden van een verstandelijke beperking¹² en de Krachtwerkmethodiek naar eigen doelen en wensen¹³.

Gegevens van de sociaal medische intake en consulten van straatdokters/verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang worden volgens de wettelijke voorschriften geregistreerd en bewaard, bij voorkeur in een onderling door de medische hulpverleners uitwisselbaar en te raadplegen elektronisch patiëntendossier (EPD); zoals het huisartsinformatiesysteem (HIS)¹⁴, het uitwisselen van medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt (LSP)¹⁵ en het landelijk communicatiepunt voor de zorg (VeCoZo)¹⁶. In een vervolgetraject kan de NSG zich oriënteren op een optimaal intake instrument en registratiesysteem.¹⁷

⁷ <https://www.lhv.nl/artikelen/serie-inrichting-van-de-praktijk>

⁸ Het intake team kan expertise en advies leveren aan onder meer huisartsen, ziekenhuizen, ambulance personeel, sociale wijkteams, teams die zich bezighouden met personen met verward gedrag en politie.

⁹ Maatschappelijke opvang voorzieningen gebruiken verschillende registratiesystemen; Regas, Clever; medische hulpverleners gebruiken een elektronisch patiënt dossier (EPD); promedico, HIS, Gino.

¹⁰ <https://www.ncjfcj.org/sites/default/files/Finding%20Your%20ACE%20Score.pdf>

¹¹ <https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/>

¹² <https://www.hogrefe.nl/shop/scil-screener-voor-intelligentie-en-licht-verstandelijke-beperking.html>

¹³ <https://www.movisie.nl/esi/krachtwerk>

¹⁴ <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/ict/huisartsinformatiesysteem-his>

¹⁵ <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/lsp>

¹⁶ <https://www.vecozo.nl>

¹⁷ Naast individuele kennis over problemen en benodigde zorg dient een dergelijk instrument een bijdrage te leveren aan kennis op populatieniveau voor preventie van dakloosheid en verbetering van de sociaal medische zorg.

Diagnosen

Sociale diagnoses

De dakloze persoon voldoet aan de regels voor opvang (zoals regiobinding) en wenst *onderdak*¹⁸. Dit kan een bed in een nachtopvang zijn maar ook in een *ziekenboeg* indien de medische conditie hierom vraagt. De maatschappelijke opvang dient te beschikken over laagdrempelige en flexibele toegang tot een ziekenboeg.¹⁹ Ziekenboegbedden zijn een noodzakelijk onderdeel in de opvang voor herstel, observatie, diagnostiek, stabilisatie en gerichte doorstroom van de doelgroep, en is tevens een voorziening voor palliatieve zorg.²⁰ Het aantal benodigde bedden is afhankelijk van de aard en omvang van problemen en zorgbehoeften van de doelgroep en bedraagt naar schatting 5-10% van de populatie dak- en thuislozen. De beddenbehoefte kan wisselen door de tijd en per seizoen.

Bij het ontbreken van een *identiteitsbewijs (ID)* moet een bewijs van vermissing geleverd worden. Indien de persoon niet staat ingeschreven in de gemeente dienen formulieren ingevuld te worden om te bewijzen wie men is.²¹

Men moet ingeschreven staan in de *basisregistratie personen (BRP)*. Bij het ontbreken van een woonadres kan men een *briefadres* gebruiken van een zogenoemde briefadresgever (zoals de maatschappelijke opvang) die hiervoor schriftelijke toestemming levert.²²

De *zorgverzekering* dient in orde te zijn en bij premieachterstand zal voor de dakloze persoon een financiële regeling getroffen moeten worden. Bij aanwezige premieachterstand worden in geval van geleverde zorg alleen de kosten uit het basispakket vergoed.²³

Het dient bekend te zijn of er sprake is van *schulden*, schuldeisers en lopende financiële verplichtingen en/of curatele, bewindvoering of mentorschap aan de orde moet zijn.²⁴

Exploratie van opleiding, werkervaring, hobby's, sociaal netwerk, talenten en wensen is nodig voor het bepalen een *dagbesteding*, ter preventie van verveling, eenzaamheid, passiviteit en ongezond gedrag.²⁵

¹⁸ <http://www.opvangatlas.nl/dakloos>

¹⁹ Stedelijk Kompas OGGZ bouwstenen centrumgemeenten <https://assets.trimbos.nl/docs/ef72e273-8374-46c8-bbf8-04842d6da866.pdf>

²⁰ Laere IR van, Wit MAS de, Klazinga NS. Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study. BMC Health Services Research 2009,9;208.

²¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/paspoort-en-identiteitskaart/vraag-en-antwoord/wat-moet-ik-doen-als-ik-mijn-paspoort-of-identiteitskaart-kwijt-ben>

²² <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/vraag-en-antwoord/kan-ik-een-briefadres-krijgen-als-ik-geen-vast-woonadres-heb>

²³ <https://www.zorgverzekeringslijn.nl/>

²⁴ <https://www.rechtspraak.nl/Voor-advocaten-en-juristen/Reglementen-procedures-en-formulieren/Civiel/Curatele-bewind-en-mentorschap/Paginas/default.aspx>

²⁵ Voltaire: Le travail éloigne de nous trois grands maux: l'ennui, le vice, et le besoin. (De arbeid bevrijdt ons van drie grote rampen: de verveling, de ondeugd, en de armoede). Candide, 1759.

Medische diagnoses

Aan de hand van een gestructureerde medische intake wordt de gezondheidstoestand in kaart gebracht. Het gaat om de zelf ervaren gezondheid en het functioneren op cognitief, psychisch en lichamelijke niveau, verslavingsproblematiek, het testen op het vermoeden van een verstandelijke beperking en medicatie gebruik. Van alle dakloze personen wordt met schriftelijke toestemming van betrokkenen informatie van vroegere en actuele zorgverleners opgevraagd, geanalyseerd en samengevat.

Tijdens een **multidisciplinair overleg** wordt door het intake-team een overzicht gemaakt van de sociaal medische (werk)diagnosen en een probleemgericht **begeleidingsplan** opgesteld. Bij de intake betrokken professionals en casemanager (zie verder) nemen deel aan dit structureel georganiseerd overleg over zowel casuïstiek als afspraken over verwijzing, een warme overdracht en wijze van veilige informatie-uitwisseling, zodat betrokken dak- en thuislozen een sluitend zorgaanbod ervaren. Voor de kwaliteitswaarborg van dit overleg kan de optimale inhoud en vorm ervan in een vervolgtraject door de NSG ontwikkelt en uitgetest te worden.

Begeleiding

Door het intake-team wordt tijdens het multidisciplinair overleg een **casemanager van de GGD** aangewezen en een overzicht met sociaal medische diagnoses en de eerste noodzakelijke stappen uit het **begeleidingsplan** gedeeld. In het begeleidingsplan worden concrete doelen opgesteld. De uitvoering van de benodigde begeleiding staat onder regie van de casemanager. Dit is een HBO geschoolde hulpverlener die optreedt als spil tussen de dakloze persoon en de zorgverleners, en heeft doorzettingskracht om bepaalde knelpunten op te lossen en zaken georganiseerd te krijgen. Het aantal daklozen per casemanager en te besteden tijd per dakloze persoon varieert en is afhankelijk van aard en ernst van de problemen en kan wisselen door de tijd.²⁶ De benodigde begeleiding betreft alle stappen die nodig zijn voor herstel, diagnostiek, sociale en medische stabilisatie en doorstroom naar een voorziening met zorg op maat voor de lange termijn. Aan de hand van observaties en nadere diagnostische bevindingen kunnen gedurende de begeleiding doelen worden bijgesteld en kan duidelijk worden wat de meest optimale voorziening en zorg moet zijn.

Voor het uitvoeren van het begeleidingsplan worden per probleem daartoe **sociale en medische zorgverleners** ingezet. De casemanager bewaakt of de zorg is geleverd en bijdraagt aan de doelen uit het begeleidingsplan. In geval een dakloos persoon wordt opgenomen in een ziekenhuis, GGZ of justitiële voorziening dan meldt de casemanager dit aan het intake-team, zodat de arts/verpleegkundig specialist van het intake-team, met toegang tot actuele medische gegevens en medicatie, met de behandelend collega van de instelling kan overleggen om de zorg af te stemmen. Een bezoek van de dakloze persoon in de instelling en persoonlijk contact met de collega's versterkt de zorg.

²⁶ Voor multiprobleemgezinnen (het voorland van menig dakloze) wordt een case load met 3-10 gezinnen geadviseerd, afhankelijk van de aard en de ernst van de problemen en de fase waarin het gezin verkeert in de interventie. Holwerda A, Jansen D, Reijneveld S. De Effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: een overzicht. Groningen UMCG, 2014; pagina 28-29.

In elke gemeente met opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen is outreachende medische zorg gerealiseerd.²⁷ Dit houdt in dat op een locatie waar dak- en thuislozen komen in kleinere gemeenten minimaal twee maal per week en in grote gemeenten minimaal 3x per week vrij toegankelijke inloopsprekken worden gehouden door huisartsen/straatdokters en/of straatverpleegkundigen. Indien bekend is in welke opvangvoorziening de dakloze persoon wordt opgevangen dan kan de arts en/of verpleegkundig specialist van het intake-team de aan de opvangvoorziening verbonden huisarts/straatdokter/straatverpleegkundige een warme overdracht verzorgen en een gerichte hulpvraag stellen in lijn met specifieke doelen uit het begeleidingsplan. Hetzelfde geldt voor de sociaal werker van het intake-team die zich richt tot medewerkers van de maatschappelijke opvang en andere sociale dienstverleners. De casemanager volgt de dakloze persoon en ziet vervolgens toe op de doelen uit het begeleidingsplan.

Ervaringsdeskundigen worden betrokken bij het naar (verdere) zorg toeleiden en ondersteunen van dakloze personen.²⁸ Op welke wijze en in welke fase dit het beste kan en welke competenties ervaringsdeskundigen daartoe moeten hebben kan in een vervolgtraject door de NSG getest worden.

Verantwoording van de zorg

De *casemanager* volgt de dakloze persoon en de voortgang van het begeleidingsplan. De casemanager registreert probleem- en resultaatgericht en rapporteert elke drie maanden aan het intake-team.

Het *intake-team* verzamelt de rapportages van de casemanagers, bundelt de gegevens en rapporteert deze in een jaarverslag aan de gemeente. De rapportage beschrijft doelgroep, probleemgebieden en voortgang van de behaalde doelen uit het begeleidingsplan. Het intake-team geeft de gemeente sociaal medisch zorgadvies ter verbetering van de toegang en kwaliteit van de zorg voor de doelgroep.

Voor de kwaliteitswaarborg van de sociaal medische zorg (van de intake, het analyseren en beschrijven van de sociaal medische diagnoses, het multidisciplinair overleg, het opstellen van gerichte doelen in een begeleidingsplan, het aantal daklozen en de benodigde uren voor het intake-team en casemanagers), dient de optimale inhoud en vorm in een vervolgtraject door de NSG ontwikkeld en uitgetest worden.

Bestaande goede voorbeelden van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in verschillende gemeenten kunnen in een vervolgtraject door de NSG worden gedeeld. Op basis daarvan kan in enkele gemeenten het ontwikkelen en effectueren van lokaal sociaal medisch beleid worden uitgetest en op effect (o.a. kosteneffectiviteit) onderzocht.

²⁷ Laere IR van. *Caring for homeless people: can doctors make a difference?* British Journal of General Practice 2008; 58 (550): 367.
http://www.doctorsforhomeless.org/wp-content/uploads/van-Laere_Caring-for-Homeless-people-Can-Doctors-make-a-difference_BJGP_May-2008.pdf

²⁸ <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/ervaringsdeskundigen-gesprekspartner-gemeente-over-dak-thuislozen>

Competenties zorgverleners in de sociaal medische zorg

Sociaal werkers, verpleegkundigen en artsen werkzaam in sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen dienen hiervoor specifiek worden bijgeschoold.²⁹ In een vervolgtraject kan de NSG samen met sociale, verpleegkundige en medische beroepsverenigingen (BPSW³⁰, NHG, LHV, V&VN³¹, VAV³²) een competentieprofiel opstellen, zoals bijvoorbeeld een competentieprofiel voor huisartsen in achterstandswijken is vastgesteld.³³ Tevens kan met beroepsverenigingen worden overlegd of en zo ja voor welke onderwerpen multidisciplinaire richtlijnen of adviezen ontwikkeld moeten en/of kunnen worden.

Bestaande competenties voor sociaal werkers³⁴, verpleegkundigen³⁵ en artsen³⁶ vormen de basis, met een accent op communicatie, maatschappelijk handelen en organisatie. Voor de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen gaat de aandacht specifiek uit naar de volgende vaardigheden en bijscholing:

- Communicatieve vaardigheden voor het herkennen van en op maat communiceren met mensen met een verstandelijke beperking of laaggeletterdheid, mensen met chronisch psychiatrische problemen, migranten met taalbarrière, motiverende gespreksvoering en / of andere technieken gericht op het versterken van zelfredzaamheid.
- Het verrichten van een intake, het bespreken van casuïstiek, het vaststellen en organiseren van benodigde diagnostiek, het opstellen, uitvoeren en volgen van een begeleidingsplan, interprofessionele samenwerkingsvaardigheden, supervisie en intervisie.
- Kennis van verslaving en complicaties, gedragsproblematiek, chronische psychiatrie, cognitieve stoornissen en specifieke lichamelijke problemen zoals ernstige verwaarlozing, loopvoeten, gebit, (besmettelijke) infectieziekten, screening en vaccinaties, luchtwegen, huid, letsels, wonden, maagdarmsstelsel en hart vaatziekten. Tevens aan poli farmacie en medicatieveiligheid, en specifieke kennis voor palliatieve zorg.
- Kennis van en inzicht in sociale problemen samenhangend met eenzaamheid en schulden, en de organisatie van het lokale sociale domein.

²⁹ Laere IR van, Withers JS. Integrated care for homeless people - sharing knowledge and experience in practice, education and research: Results of the networking efforts to find Homeless Health Workers. European J Public Health 2008;18(1):5-6.

http://www.doctorsforhomeless.org/wp-content/uploads/van-Laere-Withers_Integrated-Care-Homeless-People_EJPH-2008.pdf

³⁰ <https://www.bpsw.nl/> Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk

³¹ <https://www.venvn.nl/> Beroepsvereniging verzorgenden en verpleegkundigen

³² vereniging artsen volksgezondheid, website in ontwikkeling

³³ <https://www.lhv.nl/uw-beroep/aanbod/bijzondere-patientengroepen/patienten-achterstandswijken>

³⁴ <https://www.bpsw.nl/> Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk

³⁵ https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

³⁶ <https://www.nspoh.nl/canmeds/>

Financiering sociaal medische zorg

Intaketeam en casemanager. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van de centrale toegang tot sociaal medische zorg, het intake team, GGD casemanagers, het faciliteren van multidisciplinair overleg, supervisie, intervisie, scholing, deskundigheidsbevordering en borgen van kwaliteit.

Straatdokter. Voor de inzet en verrichtingen van huisarts/straatdokter en straatverpleegkundigen in de maatschappelijke opvang kunnen gemeenten een contract afsluiten met de preferente zorgverzekeraar. Zoals de 'Overeenkomst Dak- en thuislozen zorg' (ZilverenKruisAchmea)³⁷ of de Module 'Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang' (VGZ). In deze contracten dient naast een speciaal tarief voor consulten en verrichtingen een tarief voor organisatie, (intercollegiaal) overleg en coördinatie als huisarts/straatdokter te worden opgenomen.

Straattandartsen. Gemeenten kunnen een financiële regeling treffen voor de toegang tot tandheelkundige zorg, bijvoorbeeld 750 euro per dakloze persoon per jaar voor de eerste drie jaar. Een gesaneerd gebit in drie jaar is een doel in het begeleidingsplan waarop wordt toegezien door de casemanager. Gemeenten kunnen gebruikmaken van 33 beschikbare centra voor bijzondere tandheelkunde in Nederland.³⁸ Goede voorbeelden zijn Jouw Mondzorg in Utrecht en Tandartsenpraktijk 010 in Rotterdam.^{39 40}

Onverzekerd. Zorgkosten die gemaakt worden voor rechthebbende dakloze personen die niet verzekerd zijn kunnen gedeclareerd worden via een landelijk meldpunt.⁴¹ In geval van bijvoorbeeld een premieachterstand kan informatie worden ingewonnen bij de zorgverzekeringslijn.⁴²

Ziekenboeg. Het intake team en straatdokter/verpleegkundigen bepalen welke dakloze persoon in aanmerking komt voor opname in de ziekenboeg. Hiertoe dient de financiering via eenvoudige wegen te kunnen worden georganiseerd. Vanwege het ontbreken van onderdak moet direct opname in de ziekenboeg mogelijk zijn en dienen er geen drempels te zijn voor indicatiestelling of machtigingen voor de financiering. Het aan de ziekenboeg verbonden personeel rapporteert aan de casemanager hoe het met de dakloze persoon en het begeleidingsplan gaat en welke (nieuwe) stappen nodig zijn voor de langere termijn. Het personeel dient minimale tijd te moeten besteden aan het invullen van formulieren voor de financiering. Tijd moet worden besteed aan het in kaart brengen en leveren van de benodigde zorg zodat de doelgroep hiermee geholpen is.

³⁷ <file:///C:/Users/Igor%20van%20Laere/Downloads/overeenkomst-Huisartsenzorg-dak-en-thuislozen-GGD-2018-2020.pdf>

³⁸ <https://www.zorgkaartnederland.nl/centrum-voor-bijzondere-tandheelkunde>

³⁹ <https://www.jouwmondzorg.nl/>

⁴⁰ Reinier de Vrie. Huwelijksaanzoek door nieuwe tanden. Straattandarts Didi Landman in Tandartsenpost 010 Rotterdam. Nederlands Tandartsenblad, mei 2017.

⁴¹ <https://www.meldpuntongezekerdenzorg.nl/>

⁴² <https://www.zorgverzekeringslijn.nl/>

Waarmee kunnen straatdokters gemeenten ondersteunen in de zorg voor dak- en thuislozen?

De Nederlandse Straatdokters Groep kan adviseren en ondersteunen voor

1. Ontwikkelen en effectueren van lokaal sociaal medisch zorgbeleid voor kwetsbare burgers.
2. Ontwikkelen en implementeren van een specifiek intake instrument en registratiesysteem.
3. Beoordelen en begeleiden van de intake, het opstellen van een begeleidingsplan met concrete doelen, vorm en inhoud geven aan een multidisciplinair overleg en casemanagement.
4. Doelgroep gericht competentieprofiel voor sociaal werkers, ervaringsdeskundigen, verpleegkundigen en artsen.
5. Monitor en onderzoek naar effect van sociaal medische zorg (o.a. kosteneffectiviteit).
6. Beschrijven van voorbeelden van goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen.

Algemene informatie Adessium Project

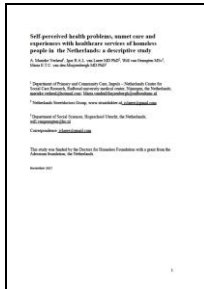
Project titel	Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland
Organisatie	<i>Stichting Doctors for Homeless Foundation (DHF)</i> www.doctorsforhomeless.org Rolf de Witt Huberts, voorzitter DHF Rolfdwh@ziggo.nl Eric-Jan van Dam, secretaris DHF EricJan.vanDam@gunnebo.com
Financiële administratie	Dick van Dijk, penningmeester DHF DickvanDijk@mail.com
Projectleiding en praktijk	<i>Nederlandse Straatdokters Groep (NSG)</i> www.straatsdokter.nl Dr. Igor van Laere, sociaal geneeskundige, voorzitter NSG ivlaere@gmail.com Drs. Ronald Smit, sociaal geneeskundige, Volksgezondheid Utrecht Bestuurslid DHF rbj.smit@utrecht.nl
Wetenschappelijk onderzoek	<i>Department of Primary and Community Care Radboudumc Nijmegen</i> Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh, huisarts/straatsdokter en bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale Eerstelijnszorg Maria.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl
Duur project	Januari 2017 – mei 2018

Indicatoren opbrengst Adessium Project

Projectdoel 1: profiel doelgroep dak- en thuislozen

Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland

1. Marieke Verheul. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands. Verslag onderzoeksstage afdeling Eerste lijns geneeskunde Radboudumc November 2017.



2. Igor van Laere. De straatdokter en sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek. Eindverslag van een pilootproject. Nederlandse Straatdokers Groep, juli 2017.



3. Fayka van Opijnen en Dilek Sanli. De (psychosociale) gezondheidsproblemen en zorgbehoeften van Nederlandse dak- en thuislozen. Onderzoeksrapportage Social studies Hogeschool Utrecht en Nederlandse Straatdokers Groep, december 2017.



4. Verheul AM, Laere IR van, Muijsenbergh ME van den. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands: a descriptive study (paper in progress)

Projectdoel 2: profiel huidige sociaal medische zorg

Inhoud van de huidige sociaal medische zorg door huisartsen / straatdokters

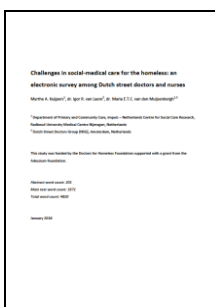
5. Silke Rabelink. Medical problems of homeless people as presented to street doctors and nurses and the healthcare provided in the Netherlands. Verslag onderzoeks stage afdeling Eerste lijns geneeskunde Radboudumc, november 2017.



6. Rabelink S, Laere IR van, Muijsenbergh ME van den. Medical problems of homeless people as presented to street doctors and nurses and the healthcare provided in the Netherlands (paper in progress)

Inhoud sociaal medische zorg: knelpunten en ondersteuningsbehoeften van straatdokters

7. Myrthe Kuijpers. Social medical care for homeless people in the Netherlands: experiences and needs of street doctors and nurses. Verslag onderzoeks stage afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, januari 2018.



8. Kuijpers M, Laere IR van, Muijsenberg ME van den. Social medical care for homeless people in the Netherlands: experiences and needs of street doctors and nurses (paper in progress)

Inzicht in huidige organisatie sociaal medische zorg

9. Milo Huijgens, Kim van Daalen, Inez Remmel, Quirine Vernooij, Eline Kromwijk. Sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Hoe is deze georganiseerd in 43 centrumgemeenten van Nederland? Hogeschool Utrecht / Nederlandse Straatdokters Groep, mei 2017.



10. Dalen K van, Kromwijk E, Muijsenbergh M van den, Laere IR van, Sassen B. Medische zorg voor daklozen in Nederland niet overal vanzelfsprekend. Verslag van een onderzoek in 43 centrumgemeenten. TVZ 2018;128(4):46-51.



Beleid en financiering sociaal medische en tandheelkundige zorg in 43 centrumgemeenten

11. Laere I van, Smit R, Muijsenbergh M van der. Sociaal medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen: een inventarisatie van beleid en financiering in 43 centrumgemeenten. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2018.



Straatdokters expert bijeenkomsten

25-26 maart 2017 Conferentiecentrum Hoorneboeg Hilversum

Deelnemers

1. Amy van Beurden (Tilburg)
2. Andrea van der Gevel (Rotterdam)
3. Dick van Dijk (penningmeester DHF)
4. Eric-Jan van Dam (secretaris DHF)
5. Fifi Groenendijk (Nijmegen)
6. Igor van Laere (Hilversum)
7. Marcel Slockers (Rotterdam)
8. Maria vd Muijsenbergh (Nijmegen)
9. Michiel Vermaak (Rotterdam)
10. Monique van Denderen (Utrecht)
11. Richard Starmans (Den Haag)
12. Rolf de Witt Huberts (voorzitter DHF)
13. Ronald Smit (Utrecht)
14. Sarah Voss (Den Bosch)
15. Wendy Broeren (Nijmegen)



Tijdens deze expertmeeting is de opzet en aanpak van het Adessium project gepresenteerd en besproken. Aan bod kwamen praktische aangelegenheden en adviezen voor deelname van straatdokters en straatverpleegkundigen aan interviews en dossieronderzoek in straatdokterspraktijken.

Vijf studenten van de Hogeschool Utrecht hebben een vragenlijst over de organisatie van sociaal medische zorg in 43 centrumgemeenten voorgelegd aan experts, opmerkingen en adviezen verwerkt en gezamenlijk is de vragenlijst ter plaatse vastgesteld.

De tussentijdse praktijkervaringen van de straatdokter in pilot-gemeente Hilversum zijn gedeeld en adviezen ingewonnen over zorgbehoeften, inzet ketenpartners en scholing medewerkers.

Het bestuur van de Doctors For Homeless Foundation is geïntroduceerd en heeft uiteengezet waaruit de ondersteuning van het Adessium Project vanuit de Foundation bestaat en welke steun de Nederlandse Straatdokters Groep in de toekomst kan verwachten.

De kandidatuur en het thema voor het organiseren van het International Street Medicine Symposium in Rotterdam in 2018 is besproken.

13 juni 2017 Straatdokters Symposium Verkadefabriek 's-Hertogenbosch

Deelnemers: 86 artsen, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen, sociaal werkers, verzekeraars, onderzoekers en beleidsmakers. Deelnemerstevredenheid (response 78%): 8.3.

Studenten van hogeschool Utrecht presenteerden bevindingen over de organisatie van sociaal medische zorg in de 43 centrumgemeenten. Groepsdiscussie succesfactoren voor toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland.

De gezondheid van daklozen is over het algemeen slecht, is het nodig om altijd een huisarts / verpleegkundige te betrekken bij de zorg voor daklozen?

- Ja, hierover is men het unaniem eens.
- Door het bieden van een vast spreekuur in opvangvoorzieningen, eventueel later op de dag, of op straat of waar daklozen zich ophouden. Elke (nieuwe) dakloze verdient medische aandacht.
- GGD Amsterdam biedt dagelijks een inloopsprekuren voor daklozen, van 9-12 uur, op 3 locaties
- Ook andere steden bieden vaste inloopsprekuren door huisartsen/straatdokters of verpleegkundig specialisten/sociaal verpleegkundigen
- Er wordt opgemerkt dat huisartsen lokaal niet voldoende op de hoogte zijn van de sociaal medische voorzieningen en inzet van straatdokters en straatverpleegkundigen in hun gemeente/regio en waar en hoe straatdokters te bereiken zijn.



Hoe is wordt de sociaal medische zorg gefinancierd?

- Gemeentelijke bijdragen
- Zorgverzekeraars, volgens speciale afspraken, vooral met VGZ zijn er positieve ervaringen.
- Noodfonds, gebruik door GGD voor bepaalde noodzakelijk zorg. Genoemd bezwaar is het bepalen en toepassen van criteria om hier gebruik van te maken, versus eigen bijdragen en verzekerbare zorg of via extra bijstand of via WMO gelden.
- Algemeen beeld toont een wisselende en onduidelijke financiering

Daklozen hebben een slecht gebit, hoe is de mondzorg geregeld?

- In Den Bosch is onlangs tandartsen schoolbus ingezet in de vakantieperiode
- Via GGD West Brabant bieden tandartsen pro Deo consulten voor acute gebitsproblemen.
- Elders wordt mondzorg door studenten tandheelkunde geboden
- In Amsterdam kan er via het inloophuis op zondag gratis mondzorg verkregen worden.
- Voor preventieve mondzorg worden positieve ervaring gedeeld over Oral-B, die gratis minitubes tandpasta en speciale tandenborstels voor prothesen beschikbaar heeft gesteld.
- Straattandarts informatie, zie http://www.straatdokter.nl/?page_id=1269

Daklozen moeten veel lopen, hebben gebrek aan schone sokken en schoenen, plus bij gebrek aan hygiëne en slechte weerstand ontstaan er vaak loopvoeten, hoe is voetzorg geregeld?

- In Utrecht is de pedicure met pensioen en wordt niet vervangen
- In Rotterdam waren er voor het kampioenschap in 2017 goedkope Feyenoord-sokken voor daklozen.
- In Amsterdam worden vanuit de soepbus sokken gedeeld.

- Leger des Heils biedt landelijk in opvangvoorzieningen sokken.
- In Nijmegen is een Voetenfonds opgericht, (geen cadeau maar schenking van patiënten aan een vetrekkend huisarts, thans straatdokter), waaruit daklozen met een hulpverlener kunnen winkelen voor sokken en schoenen.
- Analoog aan voedselbank wordt een sokkenbank voorgesteld, plek waar men kan rusten, voetbad nemen en weer verder met schone sokken; donatie van sokken en soda door winkelketens is gewenst.

Hoe verloopt de samenwerking met de GGZ?

- Dordrecht GGD en 5 GGZ partners, via medewerker direct toegang, pasklare intake, labelloze DBC, ook hier wordt een goede samenwerking met VGZ genoemd en bijdrage gemeente voor Team Toe leiding Bemoeizorg; multidisciplinair team inclusief diverse artsen.
- Rotterdam nachtopvang leger des Heils, beoordeling door straatverpleegkundige en sociaal psychiatrisch verpleegkundige met directe toegang tot straatdokter, korte wachttijd GGZ.
- Tilburg SMO Traverse heeft een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in dienst, met impuls en hulp van Schakelteam aanpak verwarde personen.

Hoe verloopt de samenwerking met de gemeente?

- Kennemerland, maandelijkse bijeenkomst van noodteam onder voorzitterschap van gemeente; goed om elkaar te zien en taken af te stemmen; betaald uit WMO.
- Advies is om wethouders uit te nodigen op daklozenspreekuur, problemen en werk tonen
- Steunpunt Schiphol, team bijeen, toe leiding naar zorg, werkt goed
- Rotterdam, ziekenboeg verpleegbedden voor langdurig herstel, 60 dagen nodig om mens achter de problemen te leren kennen en diagnostiek en herstelplan realiseren.
- Baarn, Leger des Heils, kort en langdurige verpleegzorg voor daklozen beschikbaar, landelijk
- Algemeen wordt gesteld dat alle centrumgemeenten een ziekenboeg mogelijkheid zouden moeten hebben; geeft rust, herstel van vertrouwen in de hulpverlening, minder crisis, minder draaideurbewegingen, op basis van diagnostiek en behandeling observaties mogelijk, hier kijken waar de talenten en mogelijkheden van mensen liggen.

11-12 november 2017 Conferentiecentrum Hoorneboeg Hilversum

Deelnemers

1. Amy van Beurden (Tilburg)
2. Andrea van der Gevel (Rotterdam)
3. Fifi Groenendijk (Nijmegen)
4. Huub de Weerd (Rotterdam)
5. Igor van Laere (Hilversum)
6. Marcel Slockers (Rotterdam)
7. Maria van den Muijsenbergh (Nijmegen)
8. Marlieke Ridder (Rotterdam)
9. Michiel Vermaak (Rotterdam)
10. Richard Starmans (Den Haag)
11. Rob van Valderen Antonissen (Tilburg)
12. Sarah Voss (Den Bosch)
13. Ton Serrarens (Nijmegen)
14. Wendy Broeren (Nijmegen)



Tijdens deze expertmeeting zijn de bevindingen uit de diverse onderzoeken gepresenteerd.

Per onderdeel is gesproken over de betekenis van de uitkomsten voor het formuleren van bouwstenen voor de organisatie, inhoud en financiering van de sociaal medische zorg.

Er zijn suggesties gedaan voor het opstellen van bouwstenen voor overheid en gemeenten, zorgorganisaties en hulpverleners.

27 maart 2018 stichting Pharos Utrecht

Deelnemers

1. Andrea van der Gevel (straatverpleegkundige, CVD Havenzicht Rotterdam)
2. Anne-Marie van Bergen (senior adviseur Thuis in de wijk Movisie, Utrecht)
3. Annette Duenk (senior beleidsmedewerker GGD GHOR Nederland)
4. Edo Paardekooper-Overman (Landelijke Cliëntenraad Sociale Zekerheid en Cliëntenraad MO G4)
5. Els Reijn (arts M&G GGD Haaglanden Den Haag)
6. Erik Dannenberg (voorzitter Divosa, vereniging gemeentelijke leidinggevendend sociaal domein)
7. Ico Kloppenburg (beleidsmedewerker VNG)
8. Igor van Laere (arts M&G/straatsdokter, voorzitter NSG)
9. Marcel Slockers (huisarts/straatsdokter Rotterdam)
10. Maria van den Muijsenberg (huisarts/straatsdokter/hogleraar Radboudumc /Pharos)
11. Reinier Schippers (bestuurslid stichting Werkplaats COMO Amsterdam)
12. Rolf de Witt Huberts (voorzitter Doctors for Homeless Foundation)
13. Ronald Smit (arts M&G Volksgezondheid Utrecht)

Presentatie: opbrengst landelijk onderzoek Nederlandse Straatsdokers Groep

- gezondheidsproblemen en zorgbehoeften 156 dak- en thuislozen in 12 gemeenten
- bezoeken 886 dak- en thuislozen aan 4 stratsdokerspraktijken buiten de Randstad
- ervaringen en behoeften van 52 stratsdokers en verpleegkundigen in 24 gemeenten
- organisatie sociaal medische zorg in 43 centrumgemeenten
- beleid en financiën sociaal medische en tandheelkundige zorg in 43 centrumgemeenten

Opmerkingen en suggesties over de organisatie en inhoud sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen

- bundeling van financieringsstromen, ministerieel interdepartementaal en gemeentelijk
- brede denktank betrokken partners
- toegang tot zorg moet beter, aanbod moet breder en groter
- hulp moet zich breder richten op (verborgen) kwetsbare groepen
- hulp moet eerder en integraal geboden worden
- verbinding hulp sociaal en medisch versterken
- mens moet centraal staan en gezien worden
- er moet maatwerk geleverd worden
- artsen moeten eerder betrokken worden bij kwetsbare groepen
- stratsdokers en hun expertise met de lessen van de straat moeten zichtbaarder zijn
- de nachtopvang en crisisopvang moeten 24 uren opvang zijn, verpleegbedden in grote steden
- sluitende keten, hulp moet rond de mens en diens problemen staan
- landelijke coördinatie en richtlijnen voor sociaal medische zorg
- scholing integraal bieden voor versterken expertise in multiële sociaal medische problematiek
- toezicht en toetsing zorg voor kwetsbare burgers
- maatschappelijke kosten dak- en thuislozen in beeld brengen (instituut publieke waarden)
- genoemde dromen zijn vreemd, het gaat om basisvoorwaarden, meer doen

Wens ervaringsdeskundigen

- breder en vaker aan de voorkant betrokken zijn
- inzetten als volwaardige betaalde krachten binnen teams, werkplaatsen, ontwikkelpraktijk
- investeren in ervaringskennis voor jeugd en volwassen kwetsbare burgers

Wat kunnen gemeenten doen?

- veiligheid en overlast, recht op toegang tot goede zorg, ontschotting financiën, sociaal en medisch domein verbinden in de wijk en maatschappelijke opvang (vangnet - oggz), vertrouwen in de hulpverleners
 - hulp van straat dokters inroepen om de sociaal medische zorg te implementeren, ontwikkelen en versterken; wedstrijd uitschrijven voor de gemeente die het beste voor dak- en thuislozen wil zorgen?
- Vervolg Adessium project

Publicaties Nederlandse Straatdokers Groep

Tot de doelstellingen van de Nederlandse Straatdokers Groep behoort het uitdragen van kennis en ervaring over de sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen. Hiermee wil zij professionals, onderzoekers, beleidsmakers, financiers en de algemene bevolking deelgenoot maken van het belang en de noodzaak van het organiseren van toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Sinds de oprichting van de Nederlandse Straatdokers Groep, op 23 juni 2014, zijn de hiernavolgende publicaties van straatdokers gedeeld en te vinden op www.straatsdokter.nl.

Publicaties

1. Slockers MT, Nusselder WJ, Looman CW, Slockers CJ, Krol L, van Beeck EF. The effect of local policy actions on mortality among homeless people: a before-after study. Eur J Public Health. 2014 Sep 15. pii: cku155.
2. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CJ, Looman CW, van Beeck EF. Sterfte en levensverwachting bij daklozen. Prospectief cohort onderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7654.
3. Laere I van. Bemoeien met kwetsbare burgers en zorg in Brabant Noord Oost. Den Bosch: GGD Hart voor Brabant, december 2014.
4. Laere I van, Muijsenbergh M van der, Smit R, Slockers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Straatdokers bepleiten landelijk beleid. Medisch Contact 2015; 70(8): 340-43.*
5. Laere I van, Lohuis G. Signalen toename verwarde personen. Over een brief van de minister, mediaberichten en lessen van de straat. Tijdschr Participatie Herstel 2015; 24(2):4-10.
6. Schout G, Jong G de, Laere I van. Pathways towards evictions: an exploratory study of the inter-relation dynamics between evictees and service providers in the Netherlands. Journal Housing Built Environment 2015; 30(2): 183-198.
7. Mill JG van, Laere I van, Deunk J, Nauta K-J. Een dakloze, onverzekerde illegaal met multiple fractures en een psychose. Hoe kun je zo'n patient doelmatige zorg verlenen? Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A9183.
8. Slockers MT, Baar FPM, den Breejen P, Slockers CJ, Geijteman ECT, Rietjens JAC. Palliatieve zorg voor een dakloze. Klinische les. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159: A9287.
9. Slockers MT, Nusselder WJ, Looman CWN, Slockers CJT, Krol L, Beeck EF. Maatregelen voor daklozen verbeteren de leefomstandigheden voor daklozen en Rotterdammers, maar leiden niet tot sterfteafname. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2015; 93(5): 172-175.
10. Slockers M, Laere I van, Smit R. Straatdokers slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D214.*
11. Muijsenbergh M van den. Een andere pet maar dezelfde zorg – straatdokterpraktijken en politie. Cahiers Politiestudies Jaargang 2016-3, nr.40 p.125-132.
12. Lohuis G, van Laere I. Psychiatrie: niets te verliezen en gewoon weggelopen? Deviant Tijdschr tussen Psychiatrie en Maatschappij, juli 2016.

13. Slockers M, Laere I van. Dak- en thuislozen. In: Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Praktische tips en inspirerende voorbeelden. Redactie: Muijsenbergh M van den, Oosterberg E. Nederlands Huisartsen Genootschap en Pharos, september 2016; hoofdstuk 9.2: 175-182.
14. Laere I van, Slockers M, Muijsenbergh M van den. Huisarts kan dakloosheid voorkomen. Huisarts & Wetenschap 2017;60(7): 360-362.*
15. Slockers M, van Laere I, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts & Wetenschap 2017;60(7): 363-365.*
16. Lohuis G, Laere I van. Het belang van specialistische bemoeizorg. Lessen van een explosieve casus. Sociale Psychiatrie 2017; 36 (121): 56-60.
17. Reijn E, Henken S, Keetman M. Wie zorgt er voor daklozen? Inzicht in gezondheidsproblematiek en zorgaanbod voor daklozen in Den Haag. Epidemiologisch bulletin 2017; 52 (4): 4-17.
18. Slockers M. Dakloos door minimal brain damage. Klap op Karels kersenpit. TAVG juni 2017.
19. Laere I van. De straatdokter en sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in Regio Gooi en Vechtstreek. Eindverslag van een pilotproject. NSG DHF, juli 2017.*
20. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, van Beeck EF. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? Eur J Public Health 2018.
21. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, van Beeck EF. Daklozen overlijden het vaakst door suïcide of moord. Ned Tijdschr Geneesk 2018;162: D2626.
22. Laere I van, Smit R, Muijsenbergh M van den. Sociaal medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen: een inventarisatie van beleid en financiering in 43 centrumgemeenten. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, TSG 2018.*
23. Daalen K van, Kromwijk E, Muijsenbergh M van den, Laere I van, Sassen B. Sociaal-medische zorg daklozen niet overal vanzelfsprekend. TVZ Tijdschrift voor verpleegkunde in praktijk en wetenschap 2018;128(4):46-51.*
24. Laere I van, Smit R, Muijsenbergh M van den. Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland. Nederlandse Straatdokers Groep, Radboudumc Nijmegen, 2018.*

* Publicaties uit onderzoek op initiatief van de Nederlandse Straatdokers Groep

De straatdokter en sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek

Eindverslag van een pilotproject

Dr. Igor van Laere, sociaal geneeskundige/straatdokter
social medical care consultancy
Nederlandse Straatdokter Groep
Doctors for Homeless Foundation

Hilversum, juli 2017

Inhoud

Inleiding	3
Pilotproject in centrumgemeente Hilversum	4
Verkennd voortraject regio Gooi & Vechtstreek	4
Aantal dak- en thuislozen	4
Stakeholders	4
Bouwstenen sociaal medisch zorgmodel	5
De straatdokter en sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in Regio Gooi & Vechtstreek.....	6
Doelstellingen pilotproject	6
Doelgroep	6
Werkwijze	6
Gewenste opbrengsten	6
Doelstelling 1: De aard en omvang van sociaal-medische problemen en zorgbehoeften van dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek.	7
Kenmerken en dakloosheid	8
Actuele lichamelijke klachten	9
Chronische lichamelijke aandoeningen	9
Verslaving en psychiatrische aandoeningen	10
Medicatie gebruik	10
Gezondheidszorg gebruik	11
Verstandelijke beperking	11
Medisch advies	11
Verwijzingen	12
Conclusie	13
Doelstelling 2: Tevredenheid van dak- en thuislozen met de inzet van de straatdokter in daklozenopvang de Cocon.....	14
Doelstelling 3: Versterking van het sociaal medisch zorgnetwerk en de scholingsbehoeften van medewerkers van daklozenopvang de Cocon.....	15
Kernteam en schil zorgpartners in de Cocon	15
Versterken zorgnetwerk	15
Opbrengst overleg met stakeholders.....	15
Scholingsbehoeften medewerkers Cocon.....	16
Doelstelling 4: Advies voor de benodigde disciplines, werkwijze en financiering voor structurele borging van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Gooi & Vechtstreek.....	17
Advies voor benodigde interventies	17
Advies voor de werkwijze en financiering	17
Advies voor benodigde disciplines.....	18
Sociaal werker	18
Verpleegkundig specialist	19
Huisarts/straatdokter	19
Ervaringsdeskundige	19
Schil van zorgpartners	19
Literatuur.....	20
Bijlage 1: Tussentijdse evaluatie pilotproject sociaal medische zorg voor daklozen in Regio Gooi en Vechtstreek.....	21
Bijlage 2: Verslaglegging overleg met stakeholders.....	23
Bijlage 3: Sociaal medische zorg voor de OGGz doelgroep volgens Tilburgs model	25
Bijlage 4: Journalisten op bezoek bij de straatdokter	26

Inleiding

Het aantal dak- en thuisloze mensen in Nederland is de afgelopen jaren gestegen van 18.000 in 2009 naar 30.500 in 2016.[1] Vooral mannen tussen de 35 en 55 jaar, overwegend laag opgeleid, met een beperkt sociaal vangnet, financieel wanbeheer, gezondheidsproblemen en/of beperkingen, zijn het meest kwetsbaar om, vaak na een huisuitzetting door huurschulden, dakloos te raken.[2] Deze kwetsbare groep kampt met de gevolgen van verslavingen, psychiatrische stoornissen, lichamelijke aandoeningen en verstandelijke beperkingen, waardoor zelfzorg, administratieve verplichtingen en het nakomen van afspraken belemmerd worden.[3-7] Sterfteonderzoek onder dak- en thuislozen in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam toonde een sterk verlaagde levensverwachting.[8-10]

In Nederland ontbreken organisatorische en inhoudelijke richtlijnen voor sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen. In de maatschappelijke opvang is de inzet van artsen en verpleegkundigen wettelijk niet geborgd en in de praktijk niet overal structureel ingebed in de 43 centrumgemeenten met een door de overheid aangewezen taak voor opvang en bescherming.[11-13] Als gevolg hiervan zijn dakloze mensen voor hulp bij medische problemen afhankelijk van hun eigen inzicht, van observaties en handelen van sociaal werkers en van de aanwezige mogelijkheden om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg. Gezien de complexe en multi-pele sociale en medische problemen en kans op vroegtijdige sterfte hebben juist deze mensen laagdrempelige toegang nodig tot zorg die niet alleen oog heeft voor hun lichamelijke problemen, maar ook voor hun psychische en sociale situatie. Dit noemen we integrale sociaal medische zorg.



In 2015 was de nulmeting van de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland, volgens de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) www.straatdokter.nl, als volgt.[5]

- 1) Overzicht ontbreekt van de kenmerken, sociaal medische problemen en zorgbehoeften van dak- en thuislozen; de beschikbare kennis is beperkt en bestaat uit enkele studies in grote steden. **(profiel doelgroep)**
- 2) Overzicht ontbreekt van het huidige aanbod, organisatie, financiering en best practices van straatdokterpraktijken, alsmede van de inhoud van de huidige sociaal-medische zorg. **(profiel huidige sociaal medische zorg)**
- 3) Kennis ontbreekt over de wenselijke samenstelling en competentieprofiel van een kernteam om goede sociaal medische zorg te verlenen; er bestaan geen richtlijnen voor de organisatievorm en financieringsstructuur noch van de inhoud van toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen **(basiselementen toegankelijke en goede zorg)**.
- 4) Overzicht ontbreekt van maatschappelijke opvangvoorzieningen, betrokken sociale en medische professionals en ervaringsdeskundigen, en van relevante beleidsmakers en financiers **(sociaal medische zorg kaart)**

Pilotproject in centrumgemeente Hilversum

De huidige pilot maakt onderdeel uit van een landelijk NSG project *“Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland”*, waarin wetenschap en praktijk stap voor stap elkaar versterken ter ontwikkeling en implementatie van een repliceerbaar sociaal medisch zorgmodel voor dak- en thuislozen in Nederland. Voor het onderdeel praktijk heeft de Nederlandse Straatdokters Groep zich gericht tot centrumgemeente Hilversum. Wethouder Zorg Eric van der Want en naaste medewerkers Eva Hamelink en Hans Uneken waren direct enthousiast en gaven groen licht voor het inventariseren van de behoeften van daklozen en professionals in de praktijk en het opstellen van een projectplan.

Verkenkend voortraject regio Gooi & Vechtstreek

Tijdens een verkennend voortraject, van mei tot en met september 2016, heeft de NSG, ondersteund door de Doctors for Homeless Foundation, gekeken naar de omvang van de populatie dak- en thuislozen in de regio, zijn gesprekken gevoerd met stakeholders en is de praktijksituatie afgezet tegen een sociaal medisch zorgmodel met vier bouwstenen.

Aantal dak- en thuislozen

Voor het bepalen van de omvang van risicogroepen waaronder dak- en thuislozen met meerdere sociaal-medische problemen, waarvoor intensieve en permanente individuele arrangementen nodig zijn, kan men uitgaan van 1-5% van de bevolking.[14] Voor een schatting van het aantal dak- en thuislozen in centrumgemeente Hilversum met 88.000 inwoners en regio Gooi en Vechtstreek met 120.000 inwoners zou het gaan om 120-600 personen.

De omvang van de populatie dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek en het gebruik van de daklozenopvang de Cocon in Hilversum varieert door de tijd. In 2006 waren er naar schatting 385 unieke personen bekend: 230 feitelijk daklozen, minimaal 124 residentieel daklozen en een groep met huisvestingsproblemen.[15] Van 2010-2014 vonden in de regio jaarlijks circa 40 huisuitzettingen op 13.000 woningen plaats (80% vanwege huurschuld). Van de 32 opvangplaatsen in de Cocon maakten in dezelfde periode jaarlijks gemiddeld 207 mensen gebruik (spreiding 143-312; ruim 80% man): naar type gebruik ging het om het passantenverblijf door 71%, het sociaal pension door 15%, de noodopvang door 12%, begeleid zelfstandig wonen door 5% en er waren zes buitenslapers bekend.[16] In 2015 maakten 179 mensen gebruik van de Cocon, waarvan 15% van buiten de regio afkomstig was.[17]



Stakeholders

Voor een indruk over de organisatie van de sociaal medische zorg zijn stakeholders in de gemeente benaderd en persoonlijk gesproken. Het betroffen namens de Gemeente Hilversum: wethouder Zorg, twee managers sociaal plein en een beleidsmedewerker; Daklozenopvang de Cocon: manager en drie begeleiders; Huisarts verbonden aan de Cocon; GGD directeur publieke gezondheid en een voorheen bij de doelgroep betrokken sociaal verpleegkundige; Teamleiders bemoeizorg vanuit GGZ Centraal en Jellinek verslavingszorg.

Bouwstenen sociaal medisch zorgmodel

Voor de beoordeling van de organisatie van de sociaal medische zorg voor daklozen in de gemeente Hilversum is de praktijksituatie afgezet tegen een door ervaren straatdokters vooraf opgesteld sociaal medisch zorgmodel met vier bouwstenen: 1) zorgteam, 2) zorg in uitvoering, 3) zorg buiten kantoor en bij crisis, en 4) zorg en kwaliteit. Dit leverde het volgende beeld op.

Situatie bouwstenen sociaal medisch zorgmodel voor dak- en thuislozen in Hilversum 2016

Zorg team	<i>Situatie</i>
Kernteam structurele inzet	Onvolledig, geen arts/verpleegkundige
Schil zorgpartners	Beschikbaar, sociale kaart
Competenties	Onbekend
Specifieke scholing	Sociaal geschoold
Verantwoordelijkheden	Naar functie sociaal werker
Communicatie	Met huisarts bij problemen
Zorg in uitvoering	
Consultatie op locatie	Beperkt, op afroep
Beoordeling en advies	Beperkt, probleemgericht
Behandelpplan	Beperkt
Verwijzingen	Beperkt en hoge drempel huisarts
Multidisciplinair overleg	Elke 2 weken, zonder arts
Tandheelkunde	hoge drempel tandarts
Medicatieveiligheid	Onbekend, eigen beheer
Zorg buiten kantoor en bij crisis	
Huisarts	Huisartsenpost Blaricum
Forensisch arts (politiecel)	GGD artsen
Spoedzorg somatisch	SEH Tergooi Ziekenhuizen
Spoedzorg psychiatrisch	GGZ Centraal Crisisdienst
Spoedzorg verslaving	GGZ Centraal Crisisdienst
Vangnet / oggz team 24/7	Crisiscoördinator 24/7 bereikbaar
Veiligheid en orde	Politie, interventie specialist
Zorg en kwaliteit	
Integrale intake bij aanmelding	Medische intake ontbreekt
Probleemanalyse	Beperkt, medisch ontbreekt
Behandelpplan	Beperkt op medisch gebied
Sociaal medische zorg	Niet te beoordelen
Medische registratie en data verzameling	Ontbreekt
Medische monitor en evaluatie	Ontbreekt

De resultaten van de verkennende voorstudie met de situatie van de bouwstenen zijn aan de stakeholders bijeen gepresenteerd op 20 september 2016. Hierop is door de NSG, de Cocon en de gemeente gezamenlijk een pilotproject opgesteld. Na goedkeuring door de bestuurlijke regio Gooi & Vechtstreek is een straatdokter ingezet voor 9 uur per week voor de duur van zes maanden.

Op 12 december 2016 is de straatdokter van start gegaan in de Cocon. Met begeleiders, manager en het team van de Cocon bijeen zijn diverse overlegmomenten geweest over de doelen, verwachtingen, ervaringen en de voortgang. Met de manager van de Cocon en een beleidsmedewerker van gemeente Hilversum is op 26 maart 2017 een tussenrapportage (bijlage 1) besproken en op 13 juni 2017 is overleg geweest over te zetten stappen voor structurele borging van de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek.

De straatdokter en sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in Regio Gooi & Vechtstreek

Doelstellingen pilotproject

- 1) Inzicht verkrijgen in de aard en omvang van sociaal-medische problemen en zorgbehoeften van dak- en thuislozen.
- 2) Inzicht verkrijgen in de tevredenheid van dak- en thuislozen met de inzet van de straatdokter in daklozenopvang de Cocon.
- 3) Versterken van het sociaal medisch zorgnetwerk en inzicht verkrijgen in de scholingsbehoeften van medewerkers van daklozenopvang de Cocon.
- 4) Advies voor de benodigde disciplines, werkwijze en financiering voor structurele borging van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek.

Doelgroep

Alle dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek. Zowel bestaande als nieuwe dak- en thuislozen die al dan niet gebruikmaken van het zorgaanbod van daklozenopvang de Cocon.

Werkwijze

Voor een periode van zes maanden heeft de gemeente Hilversum een straatdokter ingezet voor het verrichten van de volgende activiteiten:

- 1) Het op locatie verrichten van een sociaal medisch beoordeling bij 40-60 dak- en thuislozen.
- 2) Het verrichten van een tevredenheidsonderzoek onder beoordeelde dak- en thuislozen over hun ervaringen met de straatdokter.
- 3) Aan de hand van de aard van de sociaal medische problemen zichtbaar maken van de benodigde zorg en daarmee de probleemgerichte inzet van artsen, verpleegkundigen en sociaal werkers, en de behoeften aan scholing bij de medewerkers van de Cocon. Kennisoverdracht en versterken van samenwerking door als straatdokter zelf zoveel mogelijk mee te draaien in het zorgproces.
- 4) Aan de hand van aard van de sociaal medische problemen en de aard en werkwijze van het hulpn netwerk zichtbaar maken van benodigde disciplines, werkwijze en financieringsstructuur. Dit met het oog op het structureel borgen van sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in Gooi & Vechtstreek.

Gewenste opbrengsten

- 1) Dat het aantal dak- en thuislozen bij wie de aard en omvang van sociaal medische problemen en zorgbehoeften in kaart is gebracht.
- 2) Dat de ervaringen van dak- en thuislozen met de straatdokter zijn gedocumenteerd.
- 3) Advies voor de versterking van de samenwerking van het zorgnetwerk en behoeften aan scholing bij medewerkers van daklozenopvang de Cocon.
- 4) Advies voor de benodigde disciplines, werkwijze en financiering voor een structurele borging van sociaal medische zorg in regio Gooi & Vechtstreek, dit in samenspraak met de stakeholders.

Doelstelling 1: De aard en omvang van sociaal-medische problemen en zorgbehoeften van dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek.

In daklozenopvang de Cocon werd een aparte kamer beschikbaar gesteld om dak- en thuislozen te kunnen ontvangen. Bij de balie en op de deuren naar de gemeenschappelijke ruimte stond aangekondigd dat men de straatdokter elke maandagochtend kon bezoeken. Gebruikmakers van de Cocon werden hier door de begeleiding op gewezen, konden zichzelf of elkaar aanmelden of werden op maandagochtend gevraagd of men de straatdokter wilde bezoeken. Indien niemand zich had aangemeld dan ging de straatdokter de ruimten in om contact te leggen en mensen uit te nodigen voor een gesprek. Slechts een enkeling weigerde; een sterk verwaarloosde man die binnensmonds in gesprek was met het plafond, of nors 'daar heb ik geen behoefte aan' of 'ik heb een eigen huisarts'.



Tijdens een semi-gestructureerd gesprek kwam de *sociaal medische zorg biografie* aan de orde. Bij een enkeling was dit niet mogelijk omdat men te verward, gehaast of onrustig was. Om inzicht in de sociale achtergrond te krijgen, om medische problemen te kunnen duiden, vroeg de straatdokter naar waar men vandaan kwam, waar en in wat voor een gezin men opgroeide, naar school ging, relaties of kinderen had, waar men werkte en of er schulden waren. Om voorts te vragen waar, hoe en wanneer men in het daklozencircuit terecht was gekomen. Medisch ging de aandacht uit naar actuele en chronische lichamelijke aandoeningen, het gebruik van roesmiddelen, psychische klachten en gebruik van medicatie. Diagnosen werden door de bezoeker zelf gemeld, door de straatdokter op basis van ervaring gesteld en/of bevestigd na contact met de huisarts of andere zorgprofessionals. Voor het gebruik van de gezondheidszorg werd gevraagd naar een zorgverzekering, eigen huisarts, wanneer men voor het laatst bij de huisarts, tandarts, medisch specialist of andere zorginstelling was geweest. Vervolgens werd een test op verstandelijke beperking afgenomen. Vanwege het ontbreken van een onderzoeksbank werd het lichamelijk onderzoek beperkt tot lengte, gewicht, bloeddruk, pols, luisteren naar hart en de longen, inspectie van voeten en of de zere of afwijkende plekken op het lichaam die men aanwees.

Naar bevindingen gaf de straatdokter (preventief) advies of handelde overeenkomstig de klacht, in samenspraak met de persoonlijk begeleider en zorgpartners. Van elk bezoek werd een uitvoerig verslag gemaakt. Voor een grondige sociaal medische beoordeling en verslaglegging was per persoon gemiddeld twee uur tijd nodig. Na het bezoek gaf de begeleider de bezoeker een enquêteformulier om enkele vragen te beantwoorden of men tevreden was met het bezoek aan de straatdokter.

In periode 12-12-2016 tot en met 12-6-2017 zijn 54 dak- en thuislozen door de straatdokter beoordeeld tijdens 97 contactmomenten; 1-5 contacten per persoon. Menigeen wist de straatdokter meer dan eens te bezoeken, ook indien men een eigen huisarts had. Zeker als men geen geld had om de eigen huisarts (in een naburige gemeente) te bezoeken, een afspraak te maken, er op tijd te moeten verschijnen en in een wachtkamer te wachten. De meesten maakten de indruk het prettig te vinden om zonder afspraak in de Cocon direct toegang tot de straatdokter te hebben. Men sprak openhartig en deelde hun levenspijn. Ook zijn enkele journalisten bij de straatdokter op bezoek geweest en hun bevindingen zijn in bijlage 4 te vinden.

Kenmerken en dakloosheid

Tabel 1 toont dat van de 54 bezoekers driekwart man was, de gemiddelde leeftijd totaal en van de mannen was 43.6 jaar, die van vrouwen was 49.1 jaar (spreiding 24-61 jaar), tweederde was van Nederlandse origine, bijna driekwart was laag opgeleid (lager dan havo), 22 personen hadden 1 of meer kinderen, waarvan bij 8 personen de kinderen jonger dan 18 jaar waren. Ruim de helft was dakloos geraakt in Hilversum (58%), de overigen in omliggende gemeenten en 1 persoon kwam van buiten de regio.

Tabel 1: kenmerken van 54 bezoekers van de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017

geslacht en leeftijd	N	%
man	40	74%
vrouw	14	26%
gemiddelde leeftijd (spreiding) in jaren	43.6 (19-61)	
land van herkomst		
Nederland	35	65%
Curacao 2, Suriname	3	6%
overige landen*	16	30%
hoogste opleiding met diploma (n=50)		
lagere school/LOM	16	32%
LBO/LTS	3	6%
mavo/vmbo	17	34%
havo/vwo	5	10%
mbo	6	12%
hbo/universiteit	3	6%
kinderen	22	42%
kinderen <18 jaar	8	36%
dakloos geraakt in gemeente (n=53)		
Hilversum	31	58%
binnen regio #	21	40%
buiten regio	1	2%
dakloos geraakt door		
relatieproblemen/zelf weg of weggestuurd/3x huiselijk geweld	16	30%
huurschuld (zelf, partner of ouder)	16	30%
(terug) uit buitenland en geen woning meer/huurschuld	8	15%
uit GGZ instelling/zelf weg/conflict/geweld	7	13%
marginaal gehuisvest, kraakpand, tent, boot	4	7%
verlies woning tijdens detentie/huurschuld	2	4%

*Bosnie 1, Colombia 2, Irak 1, Iran 1, Polen 1, Somalie 2, Spanje 1, Syrie 2, Thailand 1, Turkije 1, Zuid-Sudan 1
Blaricum 2, Bussum 7, Huizen 2, Laren 1, Loosdrecht 1, Naarden 2, Soest 1, Weesp 5

Men vertelde dakloos geraakt te zijn door een relatiebreuk door onmin met huisgenoten, burens of huisbaas. Vaak gemeld werden huurschuld, al dan niet door eigen toedoen, of opgelopen tijdens verblijf in het buitenland of in detentie. Voorts het verlaten van een (GGZ) instelling. Werkverlies, schulden, geen uitkering kunnen krijgen bij samenwonen, geen sociaal netwerk om na een relatiebreuk op terug te vallen, gedragsproblemen, huiselijk geweld gepleegd of ondergaan en verwerven en gebruiken van roesmiddelen, waren genoemde factoren die tot verlies van huisvesting hadden bijgedragen. Tweederde was korter dan een jaar (opnieuw) dakloos, de rest 1-12 jaar. Een enkeling was buitenslaper in een tentje of zelfgemaakte hut. Schulden liepen uiteen van een paar honderd euro tot anderhalve ton; door niet betaalde zorgpremies, boetes, (internet)aankopen, telefoonrekeningen bij diverse aanbieders en faillissement. Voor regelingen voor afbetaling en verstrekken van zakgeld waren bewindvoerders vaak betrokken.

Actuele lichamelijke klachten

Tabel 2 toont in totaal 101 gepresenteerde lichamelijke klachten, 1-3 klachten per persoon. Pijn door trauma, overbelasting, veel lopen, slechte houding, verwaarlozing, al dan niet gecombineerd met stress, onrust en angst werden het meest gepresenteerd. Gevolgd door klachten van de huid, loopvoeten, gebit, maagdarmstel en luchtwegen. Bij de meesten was de gebitstoestand slecht, ontbraken tanden en kiezen of waren prothesen gebroken of verdwenen.



Tabel 2: gepresenteerde actuele lichamelijke klachten door 54 bezoekers van de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017

actuele klachten	N
pijn/trauma hoofd/nek/ schouders/heupen/ knieën	24
stress/ onrust/angst	15
huid/loopvoeten/schimmelinfecties	14
gebit pijn klachten	13
maagdarm/keelklacht/misselijk/braken/aambeien	11
luchtwegen/hoest/kortademing	6
zenuwstelsel/tintelingen	6
kno/oorsuizen/gehoorsverlies	3
ogen/visusstoornissen	3
urinewegen/soa	3
hartvaatstelsel/hoge bloeddruk	3
Totaal aantal klachten	101

Chronische lichamelijke aandoeningen

Tabel 3 toont 78 chronische aandoeningen bij 41 bezoekers; 1-4 per persoon, en 13 bezoekers rapporteerden geen chronische lichamelijke aandoeningen. Bijna de helft maakte een onverzorgde tot ernstig verwaarloosde indruk. Chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat, hartvaatproblemen en chronisch longlijden werden het meest gepresenteerd.

Tabel 3: gepresenteerde chronische lichamelijke aandoeningen door 41 van 54 bezoekers van de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017

chronische aandoening	N	%
verwaarlozing/onverzorgd	25	46%
pijn hoofd/nek/schouders/rug/artrose/gewrichten	11	20%
hartvaatstelsel, hoge bloeddruk	9	17%
copd luchtwegen	6	11%
ogen/visusstoornissen/schade	5	9%
zenuwstelsel/epilepsie/insulten	5	9%
diabetes behandeld met tabletten en/of insuline	4	7%
maagdarm/alvleesklier	4	7%
genitaal/baarmoeder/nierstenen	3	6%
huid/eczem	2	4%
schildklier	2	4%
oren/tumor	1	2%
HIV-infectie	1	2%
totaal chronische somatische aandoeningen	78	

Verslaving en psychiatrische aandoeningen

Tabel 4 toont dat bijna alle bezoekers verslaafd waren aan een bepaald middel (94%). Het gebruik van tabak, cannabis en alcohol stond op de voorgrond. Bijna de helft rapporteerde of vertoonde psychiatrische klachten (48%), met name angst, depressie en psychotische stoornissen. Sommigen meldden spontaan diverse diagnoses uit het handboek psychiatrie, waarschijnlijk door de vele contacten met de hulpverlening. Zo sprak een vrouw: 'ik heb een bipolaire stoornis type 2, een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, ik heb soms last van randpsychotische verschijnselen, ik denk dat ik ADHD heb, mijn vriend mishandelt me, ik begrijp niet waarom ik telkens naar hem toe ga.'

*Tabel 4: middelengebruik en psychiatrische aandoeningen *bij 54 bezoekers van de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017.*

	N	%
middel	51	94%
nicotine	48	89%
cannabis	23	43%
alcohol	14	26%
slaap/kalmeringstabletten	10	19%
opiaten	6	11%
cocaine	5	9%
speed	5	9%
psychiatrische aandoeningen	26	48%
psychotische stoornis	14	26%
depressie	14	26%
angststoornissen	11	20%
PTSS	10	19%
ADHD	6	11%
Borderline persoonlijkheidsstoornis	3	6%

*Bezoekers konden meerdere middelen gebruiken en psychiatrische aandoeningen hebben.

Medicatie gebruik

Bezoekers rapporteerden medicatie op voorschrift, toonde een overzicht van de apotheek en/of een plastic tas vol met doosjes, flesjes of puffers, en/of vond overleg plaats met de huisarts/apotheek ter controle. Men had de medicatie in eigen beheer.

Tabel 5 toont dat meer dan de helft (55%) van de bezoekers 1 tot 12 verschillende medicijnen gebruikte. Van de medicatie gebruikers had meer dan helft psychiatrische medicatie, bijna tweederde medicatie voor lichamelijke aandoeningen en ruim eenderde nam 1-3 verschillende soorten pijnstillers, waaronder opiaten. Van 1 bezoeker was het medicatie gebruik niet bekend.

Tabel 5: medicatie gebruik bij 53 bezoekers van de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017.

medicatie	N	%
gebruikt medicatie (totaal 103 middelen; 1-12 pp)	29	55%
psychiatrische medicatie (totaal 27 middelen; 1-5 pp)	16	55%
somatische medicatie (totaal 63 middelen; 1-9 pp)	18	62%
pijnstillers (totaal 13 middelen; 1-3 pp)	10	34%

Gezondheidszorg gebruik

Tabel 6 toont dat de meeste bezoekers verzekerd waren (78%), bijna driekwart had een eigen huisarts, die volgens tweederde van hen het afgelopen half jaar zou zijn bezocht. Negen bezoekers waren actueel in zorg bij een medisch specialist (gynaecoloog, internist, longarts, oogarts, orthopeed, neuroloog, neurochirurg, revalidatiearts).

De tandarts werd zelden bezocht het afgelopen jaar, ondanks de slechte gebitstoestand. Desgevraagd zou menig een graag naar de tandarts willen voor pijnklachten en het saneren van het gebit. Maar een dergelijk bezoek vereist een aanvullende verzekering en financiële middelen om de tandarts te kunnen betalen. Velen staan onder bewind waarmee naast het zakgeld geen financiële ruimte is voor het betalen van de tandarts. Daarnaast moeten er tandartsen bereid zijn om de doelgroep in hun praktijk te ontvangen en kunnen omgaan met hun specifieke omstandigheden, angst en gedragingen.



De hoge mate van verslaving werd niet teruggezien in het gebruik van de verslavingszorg. Meer dan de helft rapporteerde voormalige GGZ contacten, actueel een op de vijf, terwijl bij meer dan de helft psychiatrische problematiek speelde.

Tabel 6: gerapporteerd gebruik van de gezondheidszorg door 54 bezoekers van de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017.

gezondheidszorg	N	%
heeft een zorgverzekering	42	78%
heeft een eigen huisarts	39	72%
huisarts bezoek laatste 6 maanden (N=39)	27	67%
medisch specialist actueel	9	17%
tandarts bezoek laatste 12 maanden	6	11%
verslavingszorg ooit	17	31%
verslavingszorg actueel	6	11%
GGZ ooit	30	56%
GGZ actueel	11	20%

Verstandelijke beperking

Na een training te daklozenopvang CVD Havenzicht te Rotterdam (Michiel Vermaak, arts verstandelijk gehandicapten, en Ronald Verstraaten, maatschappelijk werker)[20] is de straatdokter eind januari 2017 gestart met het afnemen van de Scil-test. Met 14 vragen (over hoogste schooldiploma, speciale hulp op school, lezen, schrijven, taal, rekenen en het tekenen van een klok), kan men 28 punten scoren. Bij diegene die 19 punten of lager scoort is er een vermoeden op verstandelijke beperking. Na de afname van de test is diverse keren contact geweest met de experts uit Rotterdam ter controle van de interpretatie van de score.

In totaal heeft de straatdokter bij 31 bezoekers een volledige Scil-test kunnen afnemen (57%). Bij drie personen was het niet mogelijk vanwege taalbarrière, anderen waren onder invloed, in de war, ontbrak concentratie of er was te weinig tijd. Er waren 14 bezoekers die 19 punten of lager scoorden (45%), drie bezoekers scoorde exact 19 punten; de laagste score was 8 en de hoogste 26 punten.

Medisch advies

Na het gesprek en onderzoek kregen bezoekers individueel advies, over hun klachten maar ook preventieve zorgadviezen gericht op zelfzorg, dieet, vitaminen, stress, slapen, verslaving, medicatie en pijn. Uitleg werd gegeven over bepaalde klachten en/of gebruik van medicatie, vaak in combinatie met roesmiddelen en andere medicijnen. Enkele keren is medicatie voorgeschreven voor bezoekers die geen huisarts hadden.

Verwijzingen

Voor een 42 jarige man, die bekend was met diabetes en zenuwpijnen in zijn hele lichaam, maar nu met pijn op de borst, werd met spoed een ambulance besteld. Gelukkig was het geen hartinfarct en knapte hij weer op. Later heeft de straatdokter voor deze man een brief voor een aangepaste woning geschreven, die hij heeft gekregen.

Een zwaar verwaarloosde 51 jarige drinker met een psychotische stoornis kwam hoestend aangezet. Na beoordeling en overleg met de eigen huisarts kon hij daar meteen terecht voor de behandeling van een beginnende longontsteking.

Enkele bezoekers met acute gebitsklachten kregen het advies een tandarts te raadplegen, met hulp van de persoonlijke begeleiding. Het lukte niet om een locale tandarts bereid te vinden, ook kon men niet terecht bij de straattandarts in Amsterdam of Utrecht. Ter verlichting nam men pijnstillers en roesmiddelen.

Thuiszorg werd ingeschakeld voor een 50 jarige man met overgewicht, diabetes, oedeem en open wonden aan een onderbeen. De eigen huisarts regelde de machtiging en receptuur voor wondzorg en zwachtels.



Een 55 jarige man werd gezien met een lang bestaande lelijke plek op de rug en angst om hier naar te laten kijken. Na beoordeling, overleg en verwijzing werd hij behandeld door de dermatoloog, die de plek verwijderde en de man later dankbaar kwam vertellen dat het goed was.

Een alcoholverslaafde man van 46 slikte twintig jaar een medicijn tegen epilepsie, maar de huisarts en de verslavingsarts wisten niet wie dit voorschreef en ook de neuroloog had hij al die jaren niet bezocht. Pas nog had hij een insult doorgemaakt, er was geen zicht op pillen inname. Na rondspeuren werd duidelijk dat de medicatie op een lijst van een apotheek stond en chronisch werd geleverd. De huisarts werd hierover ingelicht en gevraagd een neuroloog te betrekken.

Een jongeman van 23 jaar was uitgeput en in cocaïne-crisis geraakt en werd na overleg met de Jellinek verwezen en opgenomen in een verslavingskliniek. Maar eerst kon hij terecht bij zijn eigen huisarts omdat hij bloed plaste.

Voor enkele mannen en vrouwen, die nooit naar hun huisarts gingen, werd contact gezocht met behandelaars in de GGZ en na het sturen van een verwijsbrief was zorg tot stand gekomen.

Drie recent dakloze jongemannen hadden een lage Scil-test score en werden in overleg met de persoonlijk begeleider met een verwijsbrief van de straatdokter aangemeld bij Sherpa ter nadere beoordeling en begeleiding in geval van een verstandelijke beperking. Om deze hulp te kunnen starten vroeg Sherpa de gemeente om een machtiging.

Conclusie

De straatdokter beoordeelde het afgelopen half jaar in de Cocon 54 dak- en thuislozen, onder wie 40 mannen van gemiddeld 43 jaar en 14 vrouwen van gemiddeld 49 jaar. Driekwart was laaggeschoold, een aanzienlijk deel had (opgroeende) kinderen en de meesten hadden forse schulden. Men was relatief kort dakloos, meestal door een relatiebreuk, huurschuld of vertrek uit een zorginstelling.



Een indrukwekkende hoeveelheid lichamelijke problemen werd aangetroffen. Na het afnemen van de Scil-test was er bij ruim eenderde mogelijk sprake van een verstandelijke beperking. Bijna iedereen gebruikte roesmiddelen en zowat de helft kampte met psychiatrische aandoeningen, waarvoor men beperkt gebruik maakte van de GGZ. Meer dan de helft gebruikte medicatie vanwege pijnklachten, chronische lichamelijke en psychiatrische aandoeningen. Tweederde had naar eigen zeggen het voorgaande half jaar de eigen huisarts bezocht. De gebitstoestand was overwegend verwaarloosd, slechts enkelen hadden naar eigen zeggen het afgelopen jaar een tandarts bezocht. Deze kenmerken, bronnen van dakloosheid en gezondheidsproblemen komen overeen met die van dak- en thuislozen elders in Nederland. [18-19]

Doelstelling 2: Tevredenheid van dak- en thuislozen met de inzet van de straatdokter in daklozenopvang de Cocon.

Na het bezoek aan de straatdokter kregen de bezoekers een enquêteformulier om hun mening te geven over een bezoek aan de eigen huisarts en ervaringen met de straatdokter. Tabel 7 toont dat ruim tweederde het formulier had ingevuld. Bijna alle bezoekers vonden het prettig de straatdokter te bezoeken, voelden zich geholpen en zouden nog eens teruggaan.

Tabel 7: Tevredenheid van 54 bezoekers over de straatdokter in Daklozenopvang de Cocon in Hilversum, december 2016 - juni 2017.

Tevredenheid daklozen over straatdokter	n	%
vragenlijst ingevuld	37	69%
wil/kan niet invullen	12	22%
vertrokken	5	9%
vond het prettig om de straatdokter te kunnen bezoeken	34	92%
voelde zich geholpen door de straatdokter	29	78%
zou nog eens teruggaan naar de straatdokter	26	70%

Hoe vindt u het om naar uw huisarts te gaan?

“Als het nodig is. Belangrijk. Binnenkort 1e afspraak. Fijn. Geen probleem 4x. In orde maar in Bussum. Lastig ivm vast afspraak of op spreekuur. Leerzaam. Leuk 2x. Moeilijk, na brief GGZ. Nee. Niet erg. Niet mijn hobby. Noodzakelijk. Normaal 2x. Nvt. Prettig. Prima 4x. Sneu. Soms moeilijk. Wat moet dat moet, liever niet. “

Vindt u het prettig om de straatdokter te kunnen bezoeken?

“Ik weet het nog niet. Deze arts had oog en oor voor mij. Fijn dat mogelijkheid er is. Geen onprettige ervaring. Goed initiatief. Heel erg prettig, goede verbetering voor daklozen. Het is goed dat mensen die optie hebben, goed initiatief, niet iedereen heeft een vaste huisarts en kunnen dan anders nergens terecht. Wel fijn dat er iemand voor je is. Ook prima. Vooral als ik geen geld heb om naar mijn eigen huisarts te gaan. Nee. Prettig?”

Wat vindt u van de straatdokter?

“Aardige man 9x. Andere kijk op dingen, weet wat het is om geen eigen huis te hebben. Attent, subsidiewaardig. Behulpzaam 4x. Fijne vent. Goed luisterend. Goed mee te praten. Goed 5x. Goed initiatief 3x. Goeie kerel, keurig gekleed. Heel prettig mens. Het lijkt me een sympathieke man en een goede dokter. Hij is een kundig dokter. Laagdrempelig. Leuke vent. Moeilijk een mening te vormen. Nuttig. Oke. Oog en oor. Op zich heel goed. Prima 2x. Weet ik nog niet. Weet je goed je verhaal kwijt kan. Wel goed.”

Voelt u zich geholpen door de straatdokter?

“Fijn gesprek gehad. Gedeeltelijk, alleen zou de straatdokter de Cocon frequenter mogen bezoeken en mensen de straatdokter mogelijk opbellen. Nee, verkeerde diagnose. Nee ivm financiële problemen. Nee, want ik weet nog niets. Neen. Niet echt, kan beter. Per welk geval? Prima. Voel me wel geholpen. Zeer zeker. Zeker.”

Zou u nog eens teruggaan naar de straatdokter?

“Als het echt nodig is 3x. Geen idee. Hangt er van af 2x. Heel zeker 2x. Met concrete vragen. Misschien voor een korte vraag. Misschien 2x. Nee. Nu wel (grapje). Wellicht.”

Doelstelling 3: Versterking van het sociaal medisch zorgnetwerk en de scholingsbehoeften van medewerkers van daklozenopvang de Cocon.

Kernteam en schil zorgpartners in de Cocon

Het kernteam voor de clienten in de Cocon bestond voorheen uit persoonlijk begeleiders, een GGD sociaal verpleegkundige, met name voor onverzekerde clienten, en een huisarts die clienten in eigen praktijk ontving of op afroep een visite in de Cocon aflegde. Na de decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten in 2015 zijn de GGD verpleegkundige en de vergoeding voor de inspanningen van de huisarts weggevallen. Bij aanvang van dit pilotproject eind 2016 waren de drempels naar medische zorg voor zowel clienten als begeleiders hoog. Wel was er samenwerking met zorgpartners voor onder meer sociaal herstel, financiële hulp, verslaving, psychiatrie, verstandelijke beperking, crisis en veiligheid, inclusief een tweewekelijks casuïstiekoverleg.

Versterken zorgnetwerk

Gedurende de zes maanden inzet van de straatdokter in de Cocon ging de aandacht uit naar het contact leggen met en vertrouwen winnen van de clienten, begeleiders en zorgpartners, het inventariseren van de sociaal medische problemen en adviseren over de benodigde zorg. Aan de hand van het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens werden de zorgbehoeften zichtbaar voor zowel de individuele client als de beoordeelde populatie. Bij het ontbreken van een verpleegkundige kwamen alle medische taken neer op de straatdokter en was deze rol voor zowel de begeleiders in de Cocon als de straatdokter een uitdaging. Voor versterking van de zorg vond frequent overleg plaats met Coconleiding Harro Koeleman en Marion Greiderer en betrokken stakeholders; de verslaglegging hiervan is te vinden in bijlage 2.

Opbrengst overleg met stakeholders

- Huisarts Nol Bollongino van Medisch Centrum Artsenij is bereid om de doelgroep te blijven bedienen. Binnen de praktijk zal hij inventariseren of de medische zorg verdeeld kan worden onder de collega huisartsen. Zeker indien de vangnettaak door een verpleegkundig specialist vanuit de GGD wordt ingezet, die voorwerk verricht en zorg helpt coördineren, is de eerstelijnszorg te versterken. Huisarts Bollongino merkt op dat hij het afgelopen half jaar amper voor consulten vanuit de Cocon is gevraagd, vanwege de inzet van de straatdokter. Er is een nieuwe huisartsenpraktijk in de buurt van de Cocon die mogelijk openstaat voor nieuwe patienten. Enkele andere nabije huisartsen vinden dat de doelgroep goede medische zorg verdient, maar hebben op dit moment onvoldoende tijd om structureel bij te dragen.
- GGD directeur publieke gezondheid Rene Stumpel is bereid te faciliteren voor de inzet van een verpleegkundig specialist en verzekeringsmodule huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang, in samenspraak met de gemeente. De Nederlandse Straatdokers Groep is bereid om binnen het netwerk te helpen recruterende van een verpleegkundig specialist, die mogelijk deels in Hilversum en deels in een andere gemeente de doelgroep helpt bedienen.
- ACTA hoogleraar sociale tandheelkunde Ad de Jongh is bereid mee te werken aan een pilot ter inventarisatie van de gebitsstoestand en kosten voor herstel bij de doelgroep. Met tandartsen en mondhygienisten in de buurt van de Cocon dient nog overleg plaats te vinden.
- Vanuit Sherpa hebben Hans Calis en Elsbeth Bank inmiddels LVB professional Cynthia Janssen ingezet ter versterking van vroegtijdige beoordeling en begeleiding.
- Verslaving en psychiatrie: gespecialiseerde GGZ, Albertine Wierbos van Jellinek outreach is bereid vaker aanwezig te zijn in de Cocon.

Scholingsbehoeften medewerkers Cocon

Er is door de Cocon medewerkers zelf een scholingsplan opgesteld. Uit gesprekken met de begeleiders blijken er scholingsbehoeften voor het vroegtijdig signaleren en specifiek benaderen van verstandelijk beperkten op de voorgrond te staan. Hiertoe kunnen enkele begeleiders getraind worden, onder meer in het leren afnemen van de Scil-test. Hierdoor kan eerder hulp van LVB professionals van Sherpa worden ingeroepen. Dit is hard nodig want zo konden enkele recent (opnieuw) dakloos geraakte jongemannen de overprikkeling en stress van het daklozencircuit niet aan, werden boos, dronken of stoned en moesten door wangedrag noodgedwongen elders afkoelen. Met dit gedragspatroon liepen zij op meerdere terreinen mank, met telkens een deuk in het zelfvertrouwen en uitstoting door gedragsproblemen uit werderzijds onbegrip. Hoewel de begeleiders intuïtief aanvoelden dat het functioneringsniveau van de jongemannen beperkt was, de uitslag van de scil-test kon de vermoedens bevestigen en passende hulp met een verwijsbrief van de straatdokter worden ingeschakeld.

Door vroegsignalering van LVB wordt er betere en goedkopere zorg geleverd en vermindert het aantal agressieve incidenten, zo leert de ervaring in de daklozenopvang in Rotterdam.[20] Naast het vroegsignaleren dient de hulp van Sherpa zo vroeg mogelijk ingezet te kunnen worden; dat kan indien de drempels tot het verkrijgen van een WMO machtiging laag zijn.

Voor het trainen van Cocon medewerkers en direct betrokken zorgpartners is LVB expert Michiel Vermaak uit Rotterdam bereid gevonden een workshop te geven op 7 september 2017. Een box met Scil 18+ startpakket volwassenen met handleiding, 50 Scil 18+ zelfscorende formulieren met opdrachtformulieren en instructiekaart, is te bestellen via

<http://www.hogrefe.nl/klinische-diagnostiek/producten-single/scil-screener-voor-intelligentie-en-licht-verstandelijke-beperking.html>



Doelstelling 4: Advies voor de benodigde disciplines, werkwijze en financiering voor structurele borging van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Gooi & Vechtstreek.

Advies voor benodigde interventies

Inherent aan de omvang en aard van de multiële problematiek van dak- en thuislozen dient het kernteam in samenwerking met de schil van zorgpartners sociaal medische zorg te bieden met als doel maatschappelijke herstel en tegelijkertijd het inzetten van interventies ter preventie van gezondheidsproblemen, ongewenst gedrag, klinische opnamen, crisisinterventies en vroegtijdig overlijden. In dit kader is plaats voor positieve gezondheid indien de doelgroep zich erkent weet, geholpen voelt en prikkels krijgt om de eigen de regie op te pakken. Dan pas wordt de weg geplaveid naar maatschappelijk herstel. Hiervoor is een integrale aanpak en nauwe samenwerking noodzakelijk voor adequate sociaal medische diagnostiek, behandeling en begeleiding.

Benodigde interventies zijn gericht op:

- passende woonvorm, inkomen, schuldsanering, bezigheden, sociale relaties en zingeving
- zelfverzorging, voeding, beweging, slaaphygiene, dag-nacht ritme, schaamte, angst en stress
- lichaamsbeleving, gebit, visus, pijn, luchtwegen, huid, voeten en infectieziekten
- gebruik van tabak, cannabis en alcohol, maar ook van cocaine, speed, kalmeringspillen en opiaten; gebruik van roesmiddelen als zelfmedicatie en pijnstilling; gedragsverslavingen
- psychiatrische aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel, cognitieve stoornissen
- verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsstoornissen
- polyfarmacie en medicatie veiligheid

Advies voor de werkwijze en financiering

Voor de situatie in de Cocon wordt aanbevolen om een verpleegkundig specialist in te zetten. De verpleegkundig specialist heeft sinds 2012 een in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) verankerde bevoegdheid tot het indiceren, uitvoeren en delegeren van een aantal medische handelingen. Een verpleegkundig specialist diagnosticeert, behandelt en verwijst patiënten naar eerste en of tweedelijns zorgvoorzieningen. Maakt zelf de afweging of intercollegiaal overleg gewenst is, controle van activiteiten achteraf is vooral gericht op intercollegiale toetsing. Als zelfstandige behandelaar vallen verpleegkundig specialisten onder het medisch tuchtrecht, staan ingeschreven in het BIG register en om geregistreerd te blijven is jaarlijks een minimum aantal bijscholingen noodzakelijk. In diverse steden in Nederland is de inzet van de verpleegkundig specialist samen met een huisarts/straatdokter gerealiseerd, zie Tilburgs Model in bijlage 3.

De keuze voor een verpleegkundig specialist komt voort uit het feit dat deze bevoegdheden heeft en zelfstandig mag handelen, voorschrijven en verwijzen. Aan het optreden van de verpleegkundig specialist dient altijd een huisarts verbonden te zijn als coach en supervisor. Door de inzet van de verpleegkundig specialist wordt het bezoek van de doelgroep aan de huisartsenpraktijk beperkt.

Bij de inzet van een sociaal verpleegkundige zal de huisarts waarschijnlijk vaker gevraagd moeten worden voor een beoordeling, voorschrift of verwijzing. In dat geval is het door de doelgroep en de medewerkers gewenst dat de huisarts in de Cocon een wekelijks spreekuur houdt, waarbij de huisarts wordt ondersteund door de sociaal verpleegkundige die de problemen en zorgbehoeften van cliënten vooraf inventariseert en na het huisartsconsult de zorg coördineert.

Voor dak- en thuislozen in Gooi & Vechtstreek wordt aanbevolen een verpleegkundig specialist in te zetten gedurende 16 uur per week. Dit op basis van de omvang en telkens nieuwe aanwas van de populatie, de tijd die nodig is voor een adequate beoordeling, registratie, overleg, begeleiding, verzorging, casuïstiekbeoordeling en het bouwen aan de netwerkcontacten. Het betreft 12 uur voor het bieden van spreekuur en beoordelingen op vaste tijden wanneer cliënten in de Cocon aanwezig zijn (spreekuurtijden op maandag, woensdag en vrijdag van 9-13 uur) en 4 uur voor multidisciplinair overleg, zorgcoördinatie en administratie (op donderdag van 12-16 uur).

Na een systematische beoordeling maakt de verpleegkundig specialist een samenvatting van de bevindingen. Ter kennismaking gaat de cliënt samen met de verpleegkundig specialist naar een van de betrokken huisartsen, bij wie om toebuurt de nieuwe patiënt wordt ingeschreven, met een maximum van rond de tien patiënten per huisarts. Voor de systematische beoordeling wordt vermeld dat de Nederlandse Straatdokers Groep doende is met het ontwikkelen van een wetenschappelijk onderbouwd en voor de praktijk hanteerbaar format voor artsen en verpleegkundigen.

Als ondersteuner, coach en supervisor van de verpleegkundig specialist dient een huisarts in de buurt van de Cocon als huisarts/straatdokter te fungeren en een vast moment te kiezen voor overleg en afstemming. De taken van de huisarts/straatdokter staan vermeld in bijlage 3. Om als huisarts inzicht te krijgen in de rol, taken en belasting van het werk als huisarts/straatdokter is het mogelijk om in contact te treden met collega's met een dergelijke ervaring in andere gemeenten.

De financiering voor huisartsenzorg voor de doelgroep heeft diverse mogelijkheden. Er kan een zogenaamde 'Overeenkomst Dak- en thuislozenzorg' met een zorgverzekeraar worden afgesloten, waarin voorwaarden over declaratie, verantwoordelijkheid van de duur van de consulten, verrichtingen, kwaliteit, controle en evaluatie zijn opgenomen. De GGD'en in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht hebben ervaring met dergelijke contracten bij ZilverenKruisAchmea. In Tilburg wordt gewerkt met de VGZ module 'gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang'. Wanneer rekening wordt gehouden met het mobiele karakter van de doelgroep kunnen passantenarieven door de huisarts worden gedeclareerd.[21] Voor registratie, informatie, verwijzing en declaratie van consulten dienen de huisarts/straatdokter en verpleegkundig specialist toegang te hebben tot diverse online systemen. Een UZI-pas is nodig voor declaratie van consulten bij rechthebbende onverzekerde dak- en thuislozen.[19] <https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl/>

Advies voor benodigde disciplines

Een Zorg Team dient, volgens de experts van de Nederlandse Straatdokers Groep, te bestaan uit een kernteam en een schil van zorgpartners. Een kernteam bestaat uit een sociaal werker, verpleegkundig specialist en een huisarts/straatdokter, bij voorkeur ondersteund door een ervaringsdeskundige.

Sociaal werker

De sociaal werker is de poortwachter richting voorzieningen voor een briefadres, uitkering, inkomen, schuldsanering, woontraject, begeleiding, dagbesteding en zingeving. Helpt bij (her)aanmelding voor een zorgverzekering en inschrijving bij een huisartsenpraktijk. Verzamelt sociale gegevens, observeert gedrag, middelengebruik, begeleidbaarheid en signalen die kunnen duiden op lichamelijke aandoeningen. Het aanreiken van de verzamelde informatie is voor de verpleegkundige en de huisarts/straatdokter van groot belang voor het kunnen duiden van klachten en gedrag en het bepalen van (de haalbaarheid van) stappen richting medische diagnostiek en behandeling.

Verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist gaat actief naar de doelgroep voor het aanbieden van een systematische gezondheidsbeoordeling, het inventariseren van de context, multimorbiditeit, medicatie en betrokken zorgverleners. Kennis van verslaving en psychiatrie is noodzakelijk. De verpleegkundig specialist draagt bij aan het verzamelen van gegevens ter medische diagnostiek, signaleert, observeert, verzorgt, bewaakt en geeft (preventief) advies over gezondheidsproblemen aan de doelgroep en zorgpartners. Participeert in het multidisciplinaire casuïstiekoverleg. Draagt bij aan de opbouw van medische dossiers, verwijst en begeleidt naar eerste en tweedelijns gezondheidszorg, ontwikkelt zorg op maat en implementeert preventieve taken. Hiermee is verpleegkundige de schakel tussen de sociale en medische hulpverleners en heeft een belangrijke signaalfunctie voor de public health. <http://www.straatsdokter.nl/wp-content/uploads/2017/06/Presentatie-Tilburg.pdf>

Huisarts/straatsdokter

De huisarts/straatsdokter is de medische poortwachter richting zorgvoorzieningen voor verslaving, psychiatrische stoornissen, lichamelijke aandoeningen en cognitieve beperkingen. Het kunnen duiden van klachten, problemen en gedrag vraagt kennis en ervaring met het overlevingsgedrag en de stress van het daklozenbestaan, lichaamsbeleving, psychopathologie in combinatie met middelengebruik en omgang met hulpinstanties door de doelgroep. De huisarts/straatsdokter is het aanspreekpunt voor de verpleegkundig specialist en treedt op als coach en supervisor. Heeft toegang tot diverse elektronische bestanden voor dossiervoering, medische informatie, zorgverzekering en verwijzing: Huisartsen Informatie Systeem (HIS), Landelijk Schakelpunt (LSP), Veilige Communicatie in de Zorg (VeCoZo) en ZorgDomein. Specifiek voor de doelgroep treedt de huisarts/straatsdokter op als aanspreekpunt voor collega artsen, creëert begrip en goodwill in het medisch circuit, faciliteert aansluiting bij de huisartsenpost voor 24-uurs zorg en bemiddelt en coördineert bij problemen in de toegang tot zorg. Helpt bij de vertaling van signalen voor de public health, samen met de GGD.

Ervaringsdeskundige

“Tegenwoordig worden in de zorg en dagbesteding steeds meer ervaringsdeskundigen ingezet.[22] Dat zijn voormalige cliënten die voldoende hersteld zijn om functies te vervullen in de zorg, als vrijwilliger of na een extra opleiding als ervaringsdeskundige beroepskracht, dit past in onze visie op herstel ondersteunende zorg vertelt trainer Floris Bary van Leger des Heils De Achterkant in Utrecht. Frank Vader, projectleider van het Leger des Heils, bevestigt dit: “Het doel van de training is tweeledig: het werkt positief voor het herstelproces van de cliënten zelf, doordat ze hun ervaring in kunnen zetten als competentie. Anderzijds kunnen we deze ervaring breder inzetten ten bate van onze organisatie, medewerkers en cliënten. We voegen op deze manier echt iets toe aan de hulpverlening, door ervaring van binnenuit in te zetten.”

<https://www.legerdesheils.nl/midden-nederland/ervaringsdeskundigen-inzetten-in-de-zorg>

Schil van zorgpartners

De schil van zorgpartners is even groot als het aantal problemen en acties die nodig zijn voor sociale en medische reparatie, herstel, stabilisatie, verbetering en veiligheid. Het is de lokale situatie die de mogelijkheden en beschikbaarheid van bepaalde hulp bepaald. In ieder geval dienen professionals voor schuldsanering, verslavingsproblematiek, psychiatrische aandoeningen, verstandelijke beperking en mondzorg nauw betrokken te zijn om de integrale zorg gezamenlijk te bieden aan de kwetsbare populatie dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek.

Literatuur

1. Coumans AM, Cruyff MJLF, Van der Heijden PGM, Wolf J, Schmeets H. Estimating homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Social Indicators Research* 2017; 130: 189-212. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/aantal-daklozen-in-zes-jaar-met-driekwart-toegenomen>.
2. Laere IR van, Wit MAS de, Klazinga NS. Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health* 2009, 9: 3.
3. Slockers M, Laere I van. *Dak- en thuislozen*. In: Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Praktische tips en inspirerende voorbeelden. Redactie: Muijsenbergh M van den, Oosterberg E. Nederlands Huisartsen Genootschap en Pharos, september 2016; hoofdstuk 9.2: 175-182.
4. Laere I van, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Ned Tijdsch Geneesk* 2001; 145 (24): 1156- 60
5. Laere I van, Muijsenbergh M van der, Smit R, Slockers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. *Straatdokter* bepleiten landelijk beleid. *Medisch Contact* 2015; 70(8): 340-43.
6. Everdingen C van. Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden. Leger des Heils/Van Everdingen ZorgConsult, 2015.
7. Straaten B van, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, Van de Mheen D. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS One*. 2014 Jan 21;9(1):e86112.
8. Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Universiteit van Amsterdam, 2009 [Proefschrift]. <http://dare.uva.nl/record/325935>
9. Temorshuizen F, Bergen van APL, Smit RBJ, Smeets HM, Ameijden van EJC. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry* 2013.
10. 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(10):e73979.
11. VNG. Kwaliteitseisen beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Handreiking voor gemeenten. Ontwikkeld als onderdeel van het programma opvang en bescherming. Q-consult/Vereniging Nederlandse Gemeenten, mei 2016.
12. Aanpak verwarde personen: sociaal medische zorg dreigt op de achtergrond te raken. Brief van GGD-GHOR Nederland aan Tweede Kamerleden, 23-5-2016.
13. <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=28545&m=1464172658&action=file.download>
14. Wolf J. Niemand tussen wal en schip. Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties. Nijmegen: Academische werkplaats OGGZ, 2015.
15. Biesma S, Stoep R van der, Nijkamp R, Bieleman B. Gooische daklozen. Aard en omvang daklozen Gooi en Vechtstreek. Rotterdam-Groningen: Intraval, februari 2008. (volgens registratiecijfers van diverse instellingen en schattingen uit het veld)
16. Planije M, Tuynman M. De opvang bekeken De maatschappelijke opvang in Hilversum: aard en omvang van de doelgroep en het ondersteuningsaanbod. Utrecht: Trimbos Instituut, 2015.
17. Uneken H. Houtskoolschets Bescherming en Opvang. Regio Gooi en Vechtstreek, Sociaal Domein, februari 2016.
18. Slockers M, van Laere I, van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wetenschap* 2017; 60(7).
19. Laere I van, Slockers M, van den Muijsenbergh M. De huisarts kan dakloosheid voorkomen. *Huisarts Wetenschap* 2017; 60(7).
20. Noordhuis P. 30% van de dak- en thuislozen heeft een IQ onder de 70. Wat is de rol van de AVG? *Tijdschrift Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (TAVG)* 2017; 35(2): 66-69.
21. https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_REG_17621_01_Tariefbeschikking_huisartsen_en_multidisciplinaire_zorg_2017.pdf
22. Bultink D, Hermens F, Steketee M. Zelfsturing en inzet ervaringsdeskundigheid. Een onderzoek onder OGGZ-cliënten in de dagbesteding. Verwey Jonker Instituut, maart 2016.

Straatdokter activiteiten, publicaties en media berichten:

www.straatsdokter.nl
www.doctorsforhomeless.org
www.streetmedicine.org

Bijlage 1: Tussentijdse evaluatie pilotproject sociaal medische zorg voor daklozen in Regio Gooi en Vechtstreek

In december 2016 hebben de Regiogemeenten besloten mee te werken aan het lange termijn project “Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland” van de Nederlandse Straatdokers Groep (www.straadokter.nl). De Regiogemeenten fungeren hierbij als pilot-gemeente om de sociaal medische zorg aan daklozen in de regio Gooi & Vechtstreek te helpen ontwikkelen en implementeren. In samenwerking met de regio Gooi en Vechtstreek en Daklozenopvang de Cocon is dr. Igor van Laere als straatdokter begonnen met een medisch spreekuur voor gebruikers van De Cocon. Deze eerste tussentijdse evaluatie schetst de voortgang van het project in de periode half december 2016 tot half maart 2017. De evaluatie is opgebouwd rond de volgende gestelde doelen:

1. In kaart brengen van de aard en omvang van sociaal-medische problemen van en het adviseren van dak- en thuislozen.
2. Versterken van het sociaal medisch zorgnetwerk en scholen van medewerkers van de Cocon.
3. Adviseren van betrokken ketenpartners voor de benodigde disciplines, werkwijze en financiering voor structurele borging van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Gooi & Vechtstreek.

Aard en omvang sociaal-medische problemen

1. Hoeveel deelnemers zijn in de eerste fase gesproken?

In de periode 12-12-2016 tot en met 14-3-2017 zijn 35 dak- en thuisloze mensen door de straatdokter beoordeeld, gedurende 52 contactmomenten. Van de 35 dak- en thuislozen is tweederde man (66%) en de gemiddelde leeftijd is 45 jaar. De jongste is 19 jaar en de oudste 61 jaar. Ruim tweederde (69%) heeft een Nederlandse origine. Men is overwegend laagopgeleid. Bijna de helft heeft kinderen (46%), waarvan bij 63% de kinderen jonger dan 18 jaar zijn. Tweederde is dakloos geraakt in Hilversum (66%), de rest in Bussum, Huizen, Soest en Weesp. De wegen naar dakloosheid waren een relatiebreuk (41%), huurschulden (26%) en het (moeten) verlaten van een GGZ/RIBW instelling (18%). Driekwart is korter dan een jaar dakloos, overigen 1-12 jaar.

2. Wat is de frequentie met de eigen huisarts en andere partners van het zorgnetwerk die aan de Cocon verbonden zijn?

Op het moment van contact met de straatdokter heeft 80% een zorgverzekering en een eigen huisarts; 8 personen hebben de huisarts verbonden aan de Cocon, 20 personen hebben 18 verschillende huisartsen en 7 personen hebben geen huisarts. De helft (49%) rapporteerde de laatste zes maanden contact met de eigen huisarts, de rest ging jaren niet of gaat nooit naar de huisarts. Een enkeling rapporteerde een bezoek aan de tandarts het afgelopen jaar. Bijna eenderde (31%) rapporteerde dat men ooit in contact is geweest met de verslavingszorg, actueel 6%. Ruim de helft (57%) was naar eigen zeggen ooit in contact met de GGZ, actueel 20%.

3. In hoeverre wordt de aard van de benodigde zorg zichtbaar na een beoordeling door de straatdokter?

De straatdokter richt zich op actuele en chronische gezondheidsproblemen.

De meest geïdentificeerde klachten zijn: pijn 51%, huidproblemen 37%, gebitsklachten 20%, luchtwegen 17%, onrust en stress 17% en maagdarmschillen 14%; in totaal 66 somatische klachten.

De meest geïdentificeerde chronische somatische aandoeningen zijn: ernstige verwaarlozing 51%, hartbloedvaten en hoge bloeddruk 20%, bewegingsapparaat 17%, longaandoeningen 11%, visuele stoornissen 9% en diabetes 9%; in totaal 55 chronische somatische aandoeningen bij 29 personen.

De meest geïdentificeerde chronische aandoeningen van verslaving en psychiatrie zijn: nicotine 89%, cannabis 43%, alcohol 34%, kalmeringspillen 17%, opiaten 11%, cocaïne en speed elk 9%; psychotische stoornissen 29%, depressie 20%, angst 20%, PTSS 17% en ADHD 9%. Bij 1 persoon was een licht verstandelijke beperking bekend.

Voor gerapporteerde gezondheidsproblemen gebruikt de helft medicatie (49%), in totaal 65 middelen (1-10 per persoon); van hen gebruikt 47% psychiatrie medicatie, 76% somatische medicatie (totaal 43 middelen) en 47% neemt pijnstillers. Bij 13 personen heeft de straatdokter een SCIL-test naar verstandelijke beperkingen afgenomen; bij 5 personen wijst de score richting LVB.

4. Op welke wijze wordt de sociaal medische beoordeling verricht?

De straatdokter voert een gesprek, doet lichamelijk onderzoek en met toestemming van de client is er overleg met een begeleider en zo mogelijk met betrokken hulpverleners. De straatdokter bespreekt de privacy met de client en medische gegevens worden niet zonder toestemming gedeeld en dan alleen met medische professionals. De bevindingen worden gerapporteerd en alleen het sociale gedeelte wordt met de begeleiding gedeeld. Een totale intake duurt gemiddeld twee uur, inclusief rapportage. Herhaalcontacten vragen een consultatietijd van 10-30 minuten, afhankelijk van de geïdentificeerde problematiek, en exclusief de tijd voor noodzakelijk overleg en te organiseren zorg.

5. Worden deelnemende dak- en thuislozen gevraagd naar hun ervaringen met de straatdokter?

Ja, na contact krijgt de client van de begeleider een formulier met vragen over de straatdokter.

6. Wat is de overall ervaring van deelnemers?

Van de 35 bezoekers hebben er 21 de enquête ingevuld (60%), 4 waren vertrokken en 10 konden of wilden deze niet invullen. De ruime meerderheid (76%) was tevreden over het initiatief van de straatdokter en voelde zich geholpen. Vijf personen waren deels of niet tevreden.

Vindt u het prettig om de straatdokter te kunnen bezoeken? Meestal ja. Genoteerd werd ‘Heel erg prettig, goede verbetering voor daklozen’, ‘fijn dat deze mogelijkheid er is’, ‘het is goed dat mensen die optie hebben, goed initiatief, niet iedereen heeft een vaste huisarts en kunnen dan anders nergens terecht’, ‘vooral als ik geen geld heb om naar mijn eigen huisarts te gaan’, ‘geen onprettige ervaring’ en ‘fijn dat er iemand voor je is’.

Voelt u zich geholpen door de straatdokter? Meestal ja. Genoteerd werd: ‘nee, niet echt, kan beter’, ‘nee, want ik weet nog niets’, ‘nee, verkeerde diagnose’, ‘per welk geval?’, ‘gedeeltelijk, alleen zou de straatdokter de cocon frequenter mogen bezoeken en mensen de straatdokter mogelijk opbellen’.

Voortgang sociaal medisch zorgnetwerk

7. **Hoe is de afstemming met partners in het zorgnetwerk m.b.t. de medische zorgbehoefte van deelnemers aan het medisch spreekuur?**
Na elke beoordeling vindt overleg plaats met de begeleider of coördinerend begeleider van de Cocon om problemen te delen en af te stemmen. Probleemgericht wordt contact opgenomen met de relevante partners in het zorgnetwerk. Met toestemming van de dakloze client wordt de huisarts gebeld en bevindingen schriftelijk gedeeld.
8. **Is er gebruik gemaakt van probleemgerichte inzet van artsen, verpleegkundigen en sociaal werkers?**
Ja, huisarts, medisch specialist, verpleegkundigen Jellinek en GGZ en begeleiding Cocon.
9. **Worden er bij alle personen aantekeningen gemaakt?**
Ja, van elke beoordeling wordt een uitvoerig sociaal medisch verslag gemaakt
10. **Op welke wijze worden opgedane ervaringen geborgd?**
Nog nader uit te werken
11. **Is er een begin gemaakt voor een "model" voor het eindrapport?**
Het eindrapport volgt de vraagstelling en methode zoals in de projectaanvraag gesteld.

Kennisdeling en scholing

12. **Op welke wijze wordt de intake medewerkers van De Cocon betrokken bij de zorgbehoefte van de deelnemer?**
Voor en na beoordeling wordt met toestemming van de client informatie tussen straatdokter en begeleiding van de Cocon uitgewisseld.
13. **Welke kennisoverdracht vindt er plaats?**
Er wordt naar gestreefd om zoveel mogelijk probleemgericht ervaringen en bevindingen van de straatdokter met de begeleiding en overige hulpverleners te delen.
14. **Is er scholingsbehoefte gebleken bij medewerkers van de Cocon?**
Gericht op de meest voorkomende problemen bij de doelgroep is expertise noodzakelijk op het gebied van verslaving, psychiatrie, LVB en het signaleren van somatische alarmsignalen.
15. **Wat zijn de ervaringen van de transitiecoördinator en management van de Cocon?**
Belangrijk en goed dat er aandacht is voor medische problemen van de doelgroep. Dit was een lacune in het aanbod. De bevindingen laten zien dat er evident medische aandacht nodig is. Dat elke (nieuwe) client uitvoeriger beoordeeld moet worden met meer aandacht voor de algehele gezondheid.
Op lichamelijk gebied geldt dit met name voor voeding, vitaminetekorten, gebitsproblemen, visusstoornissen, pijnklachten en beweging. Meer aandacht is nodig voor verslaving om met name het gebruik van nicotine, cannabis en alcohol te beperken. Tevens is er meer en actievere aandacht nodig voor het opsporen en behandelen van psychiatrische stoornissen en verstandelijke beperkingen.
Vanwege de aard, omvang en de complexiteit van elkaar beïnvloedende gezondheidsproblemen dient de doelgroep in een zo vroeg mogelijk stadium beoordeeld te worden door een ervaren arts. Juist met oog op preventie van verdere gezondheidsschade, crisisopnamen en vroegtijdig overlijden. De grote meerderheid van de ondervraagde klanten beoordeelt de inzet van de straatdokter positief.

Rapportage door Igor van Laere in samenwerking met Harro Koeleman en input van team Cocon
Hilversum, 24-3-2017

Bijlage 2: Verslaglegging overleg met stakeholders

12-12-2016 overleg manager Cocon, coördinerend begeleider Cocon en straatdokter

- Het directe zorgnetwerk is door de manager op de hoogte gebracht van de inzet van de straatdokter; Cocon medewerkers, betrokken huisarts, Jellinek en GGZ.
- Vooralsnog is de straatdokter de komende 24 weken elke maandag aanwezig in de Cocon.
- De straatdokter maakt een A4 waarin hij zichzelf voorstelt en de doelgroep uitnodigt gebruik te maken van de straatdokter. De straatdokter heeft een sleutel voor toegang tot de voorziening gekregen en er komt digitale toegang tot dossiers in computersysteem Kwintes.
- Er is een spreekkamer. Een onderzoeksbank is niet meer beschikbaar. Wel een weegschaal.
- De doelgroep wordt als eerste gezien door een begeleider van de Cocon. Na intake wordt de client met de straatdokter besproken. De client wordt uitgenodigd voor een consult bij de straatdokter. Na het consult worden zorgbehoeften en adviezen besproken met de begeleider en zo nodig worden acties uitgezet en overleg gevoerd met partners in de zorg.
- Na het contact met de straatdokter wordt door de begeleider aan client gevraagd een paar vragen te beantwoorden over hoe men het consult heeft ervaren en de antwoorden worden vermeld op een formulier. Het zou mooi zijn als het team begeleiders hiervoor enkele vragen zou willen formuleren vanuit het perspectief van de client.
- Het is de verwachting dat de komende zes maanden 40-60 clienten door de straatdokter worden beoordeeld. Van elke beoordeling maakt de straatdokter een verslag. De straatdokter zoekt uit of en hoe dit verslag gedeeld kan worden; dit vanwege privacy en beroepsgeheim. De handreikingen over het delen van gegevens binnen de OGGZ en die van de KNMG worden geraadpleegd.
- Voor (semi)acute medische problemen kan de straatdokter worden geraadpleegd.

16-1-2017 overleg manager Cocon en straatdokter

- Om zoveel mogelijk (nieuwe) clienten door de straatdokter te laten beoordelen is het gewenst dat clienten zo goed mogelijk op de hoogte zijn. Men is over het algemeen niet geneigd om zelf te komen. Het kan zijn dat men de straatdokter met lichamelijke klachten associeert, maar voor alle gezondheidsproblemen is men welkom. Hoe kan het team hier optimaal in ondersteunen?
- Van bezoekers van de straatdokter is het wenselijk om over zo veel mogelijk (ooit) bekende informatie te beschikken, voorafgaand aan het bezoek. Clienten geven hiervoor tot dusver altijd mondeling toestemming. Alle informatie en vooral ook eigen observaties en 'intuïtie' van medewerkers zijn van belang om een zo volledig mogelijk beeld te kunnen krijgen.
- De straatdokter is benieuwd naar de stand van zaken rond de zorgverzekering; inschrijving huisarts, actief betrokken hulpverlening, behandelplan, wat gaat goed en wat lukt (nog) niet?
- Na beoordeling maakt de straatdokter een verslag met een advies. Hoe wordt de wijze van verslaglegging en de adviezen door het team ervaren? Zijn de adviezen bruikbaar? Worden ze opgepakt? Wat is het resultaat? Terugkoppeling naar de straatdokter?
- Tevredenheidsonderzoek. Er is een formulier waarop bezoekers hun mening over de straatdokter kunnen aangeven. Het is wenselijk dat het team bekijkt wie op welke wijze kan ondersteunen, inclusief de 11 clienten die al gezien zijn.

23-1-2017 overleg met manager Cocon, 5 begeleiders en straatdokter

- Welkom bij de straatdokter: bij de balie en toegang tot de rookruimte is een A4 zichtbaar waarop staat dat mensen bij de straatdokter terecht kunnen.
- Prettig: straatdokter heeft plezier in contact met doelgroep en team, verloopt prettig. Team is blij met straatdokter en steeds meer clienten vragen naar de straatdokter.
- Hulpvragen vanuit team: mogelijke hulpvragen van team aan straatdokter; niet alleen somatisch, maar ook verslaving, gedrag, psychiatrie, vermoeden verstandelijke beperking. Vastlopen traject, ontbreken motivatie. Algemeen advies.
- Informatie delen: begeleiding kan voor/nabespreken van clienten met straatdokter, om hulpvraag van team en adviezen van straatdokter te verhelderen. Vooraf zoveel mogelijk (schriftelijke) informatie verzamelen, vragen bedenken en delen met straatdokter.
- Omgang met privacy: elke client wordt expliciet gevraagd of informatie tussen Cocon en straatdokter gedeeld mag worden.
- Verslag straatdokter: in het verslag van de straatdokter naar begeleider wordt geen medische informatie gedeeld, wel worden sociale problemen en algemene gezondheidsadviezen gegeven, na mondeling akkoord van client.
- Verslag aan eigen huisarts: straatdokter stuurt zo moegelijk een sociaal medisch verslag aan de eigen huisarts, na toestemming van client.

18-4-2017 overleg manager Cocon en straatdokter

- Versterken netwerk: Bij eerste contact tussen client en begeleiding is het aan te bevelen de aandacht gericht op veel voorkomende problematiek te versterken en deze te vermelden op een aan te passen intakeformulier; met name verslaving, psychiatrie, somatiek en LVB en of hiervoor hulpverlening actueel is: huisarts, somatisch specialisten, verslavingszorg, GGZ en Sherpa, apotheek (medicatieoverzicht) etc.
- Afspraak met Jellinek en GGZ over inzet, verwijzen, beoordelen en afstemming. Gezamenlijke input integraal intake formulier (vermijden overlap en laten herhalen van verhalen door clienten)
- Inzet tandheelkundige zorg is een belangrijk aandachtspunt; ACTA?
- Er is een scholingsplan opgesteld voor team Cocon; Specifieke scholing LVB nodig, behoeften voor training binnen team.

18-4-2017 overleg met huisarts in de buurt van Cocon en straatdokter

- Gesproken over pilotproject inzet straatdokter, complexe sociaal medische problemen bij de doelgroep en behoefte aan het delen van zorg met huisartsen in de buurt van de Cocon. Er zijn vier praktijken in de nabij omgeving. Het wenselijk als we met de huisartsen wederzijdse wensen en mogelijkheden kunnen bespreken.
- Afgesproken dat de huisarts eerst met de collega's gaat overleggen.

20-4-2017 overleg met hoogleraar sociale tandheelkunde ACTA en straatdokter

- Verkenning mogelijkheden voor het starten van een pilotproject met studenten tandheelkunde en tandarts supervisor : Hoe is de gebitsstoestand van dak- en thuislozen, wat moet er gebeuren en wat zijn de kosten. Wat zijn de behoeften en ervaringen van de doelgroep met de inzet van de straattandarts? Om met deze informatie mondzorg structureel te organiseren en borgen, in samenspraak met gemeente en zorgverzekeraars.
- Afgesproken dat een projectplan wordt geschreven en binnen ACTA de mogelijkheden worden bekeken.

21-4-2017 overleg met twee senior medewerkers van Sherpa en straatdokter

- Versterken netwerk: Een aanzienlijk deel van de cliënten in de Cocon scoort laag op de Scil-test waarmee een vermoeden op een verstandelijke beperking bestaat. Cliënten met LVB kunnen door straattaal en rappe tong hun beperkingen maskeren maar vastlopen, verkeerde en schadelijke keuze maken en stappen zetten die hen doen afglijden wanneer structuur en een veilige omgeving wegvalt of ontbreekt. Eenmaal in het daklozencircuit zijn zij extra kwetsbaar. Zij hebben een specifieke benadering en begeleiding nodig om onvermogen en faalangst door overmatige prikkels, overvraagd worden, frustraties, woede en agressie beter te leren hanteren.
- Afgesproken wordt dat de straatdokter een aantal cliënten met een vermoeden op LVB actief gaan verwijzen naar Sherpa. Binnen Sherpa hebben een aantal medewerkers affiniteit met de doelgroep. Per aanmelding wordt de gemeente benaderd voor een machtiging om uren hulpverlening voor de doelgroep te kunnen inzetten.

24-4-2017 overleg met teamleider Jellinek, manager Cocon en straatdokter

- Huidige situatie: Uit de tussenevaluatie blijkt een laag bereik van de Jellinek. Van de 44 cliënten die tot dusver door de straatdokter zijn gezien rapporteerden 4 cliënten actueel contact met de Jellinek. Na het doorlopen van de lijst met 44 cliënten blijken er 9 thans aangemeld of in zorg.
- Verhogen bereik en versterken samenwerking: In het tweewekelijks groot overleg worden cliënten met opvallende problematiek op hoofdlijnen besproken en afspraken gemaakt. Hierdoor kunnen bepaalde cliënten met minder opvallend gedrag of problematiek niet aan bod komen. Voorheen had Jellinek wekelijks contact over cliënten met coördinerend begeleider in de Cocon.
- Afspraak: Jellinek gaat eerder en vaker met team Cocon in gesprek over (nieuwe) cliënten. Lijst beoordeelde cliënten wordt nog nader bekeken op wie in zorg is.

Op 24-4-2017 overleg met directeur GGD, manager Cocon en Straatdokter

- Bij de benadering van de doelgroep past het concept van positieve gezondheid. Deze is gericht op eigen kracht en mogelijkheden van mensen, tegen de achtergrond van hun beperkingen en aandoeningen. De GGD ziet het als behorend tot de publieke gezondheidstaken om bij te dragen aan het versterken van het vangnet voor sociaal kwetsbare burgers. Door actief deel te nemen in het zorgproces en te helpen met de monitoring van OGGZ problematiek in de regio.
- Van de straatdokter wordt in het kader van de pilot een advies verwacht over de invulling van een ideaal model voor sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Bij de invulling hoort een beschrijving van de rol van de begeleider van de Cocon en de inzet van een verpleegkundige, een op basis van op de meest voorkomende problemen gericht format voor gegevens verzameling, waarmee een overzicht ontstaat op de sociaal medische problemen en welke medische zorgpartners betrokken zijn of moeten worden. Hieruit volgt de organisatiestructuur en financiering.

6-6-2017 overleg met manager Cocon, 5 begeleiders en straatdokter

- Het team blij met de aanwezige en laagdrempelige medische zorg van de straatdokter. Voor het bereiken van zorgmijders. Voorschrijven van medicatie. Het verzorgen van verwijzingen binnen de gezondheidszorg. Het afnemen van de Scil-test en verwijzen naar Sherpa. Ondersteuning voor WMO indicaties.
- De straatdokter complimenteert de begeleiders en vrijwilligers voor het ingewikkelde en stressvolle werk wat zij verzetten om een zware doelgroep te bedienen. De omvang en aard van de sociaal medische problematiek is ernstig, de hulp van buiten is beperkt en vraagt grote inspanningen deze te vinden, bereiken en in beweging te krijgen.
- Scholingsbehoeften: Het is gewenst dat enkele begeleiders getraind worden voor het afnemen van de Scil-test tijdens intake fase 2, dit is het moment waarop een begeleidingstraject wordt ingezet bij gemotiveerde cliënten.

20-6-2017 overleg met huisarts in de buurt van Cocon en straatdokter

- Huisarts heeft uitgebreid met collega-huisartsen in de buurt gesproken en een zorgvuldige afweging gemaakt ten aanzien van zorg en begeleiding van de groep dak- en thuislozen. Om deze zorg zo optimaal mogelijk te geven is echter voldoende tijd nodig, welke thans niet gegarandeerd kan worden. Er zijn teveel andere (urgente) zaken waardoor huisartsen helaas noodzaak zijn grenzen te stellen.
- Gemeld wordt dat er twee huisartspraktijken recent in de omgeving zijn overgenomen door nieuwe collega's en dat zij mogelijk nieuwe patiënten tegemoet zien.

3-7-2017 overleg met huisarts medisch centrum Artsenij in de buurt van Cocon en straatdokter

- Bereidheid tot inventarisatie om binnen praktijk de zorg onder collega's te verdelen, zeker met komst GGD verpleegkundig specialist en hulp bij realiseren van randvoorwaarden via speciale daklozenmodule van verzekeraar.

Bijlage 3: Sociaal medische zorg voor de OGGz doelgroep volgens Tilburgs model

Inleiding: Binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) gaat het om mensen met meervoudige problematiek die zorg nodig hebben, maar hier niet zelf om vragen omdat ze er meestal niet toe in staat zijn. De gezondheidsproblemen van de doelgroep zijn complex en talrijk. Hun medische consumptie en 'zorgzoekgedrag' wijkt af van de 'gewone' Nederlander. In 2011 is het gelukt een Tilburgs model te ontwikkelen en borgen voor het leveren van sociaal medische zorg aan de dak- en thuislozen. Hierin werken gemeente, GGD verpleegkundig specialist, huisartsen en een zorgverzekeraar samen.

Doelgroep met ingewikkelde problematiek

Interactie van meerdere problemen: dakloos/ sociaal/somatisch/ verslaafd/psychiatrisch/etc.

Het is lastig om een integraal beeld van de gezondheidssituatie te krijgen.

Verschillende disciplines betrokken, geen coördinatie voor passende aanpak en behandelingen.

Kostbare groep: fragmentatie bij multimorbiditeit leidt tot grotere problemen en zorgkosten.

Sociaal medische zorg: Huisartsenzorg moet voor iedere kwetsbare burger met complexe problematiek in principe beschikbaar zijn. Door omstandigheden is dit niet altijd het geval. Bij medische instanties wordt vaak een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, terwijl dit aspect juist vaak een drempel vormt. Daardoor schiet de medische zorg voor deze doelgroep tekort. Om de doelgroep te bereiken is een *outreachinge werkwijze* een belangrijke voorwaarde voor succes. Voor goede zorg op maat zal men alle aspecten, die bij de persoon horen, mee moeten wegen: *maatwerk*. Vanwege de interactie van de vele problemen is dat bij deze doelgroep essentieel. Daarnaast blijkt *actieve screening* zinvol. Vooral omdat betrokken personen niet spontaan klachten aangeven en omdat symptomen gemakkelijk aan de levensstijl kunnen worden toegeschreven terwijl somatische problemen de oorzaak kunnen zijn. Een ander belangrijk punt is het *coördineren* van de somatische zorg. Door het veelal ontbreken van de mogelijkheid van de cliënt om zelfstandig aan de basale behoeften te voldoen, ontstaat chronische, discontinue en meervoudige zorgbehoefte, die een goede coördinatie nodig heeft. De sociaal medische zorg moet dus niet alleen beschikbaar zijn, maar ook worden georganiseerd en actief aangeboden. Ten slotte is ook *preventie* bij deze doelgroep belangrijk. Er is veel gezondheidswinst te behalen door gerichte inzet op het voorkomen van (nog meer) somatische problemen.

Pilot sociaal medische zorg in Tilburg: In 2010 is in Tilburg met behulp van extra financiële middelen van de gemeente en van Stichting Fonds Achterstandsgelden een pilot gestart, gericht op het verbeteren van de sociaal medische zorg. Een groep huisartsen is gevormd die zorg willen leveren voor deze doelgroep. De verpleegkundig specialist van de GGD Hart voor Brabant leidt en begeleidt de doelgroep richting deze huisartsen. De verpleegkundig specialist zorgt voor de outreachende benadering, maatwerk, actieve screening, coördinatie en preventie. De verpleegkundig specialist is goed bekend met de doelgroep en de ketenpartners. Er is regelmatig overleg tussen verpleegkundig specialist en coördinerend huisarts.

Rol coördinerend huisarts/straatdokter

aanspreekpunt voor verpleegkundig specialist, coaching en supervisie

aanspreekpunt voor zijn collega huisartsen, in nauwe samenwerking met de regionale huisartsenvereniging

aansluiting huisartsenpost; 24-uurs zorg borging

creëren van goodwill bij collega huisartsen voor opname OGGz doelgroep in praktijk

connectie met ziekenhuizen, bemiddeling en coördineren bij problemen

toegang tot diverse bestanden (HIS, LSP, Vecozo).

Rol verpleegkundig specialist

Patiënt: case-finding en actief aanbieden van outreachende, somatische screening, bieden van laagdrempelige, sociaal medische zorg, inventariseren van context en multimorbiditeit, inventariseren welke ketenpartners betrokken zijn bij patiënt, doorverwijzen/begeleiden naar 1^e/2^e lijn, intermediair.

Zorg: participeert in het casuïstiekoverleg van het Zorghuis. Binnen dit overleg richt men zich op volwassenen en gezinnen (waaronder de OGGz-doelgroep) met meervoudige en complexe problematiek. Dit betekent ondermeer korte lijnen en daardoor betere afstemming tussen de verschillende organisaties.

Beleid: opbouw medische dossiers, ontwikkelen maatwerk, implementeren preventieve taken, signaalfunctie (o.a. onverzekerden, infecties, trends).

Resultaat: Volgens dit model is er sprake van sociaal medische zorg voor de OGGz doelgroep in Tilburg. Er is een goede samenwerking tussen, de huisartsen, verpleegkundig specialist, gemeente Tilburg, VGZ en het Zorg- en Veiligheidshuis Midden-Brabant en het werkt. Huisartsenzorg wordt geboden en er wordt maatwerk geleverd.

Financiële afspraken: Omdat er in Tilburg structurele afspraken rondom de sociaal medische zorg gemaakt zijn heeft VGZ zich bereid verklaard om een ander verrichtingentarief voor de huisartsen te hanteren. Door de participerende huisartsen kan er gebruik gemaakt worden van de module 'gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang'.

Oprichters: Wil Wouts, huisarts en Connie Rijlaarsdam, verpleegkundig specialist GGD Hart voor Brabant. Tilburg, 2012.

Actuele contactpersonen sociaal medische zorg Tilburgs model (2017)

Rob van Valderen - Antonissen, coördinerend huisarts/straatdokter. Tel: 013-5423225; huisarts@rvanvalderen.nl

Amy van Beurden, verpleegkundig specialist, GGD Hart voor Brabant. Tel: 0900 4636443; a.van.beurden@ggdhvb.nl

<http://www.straadokter.nl/wp-content/uploads/2017/06/Presentatie-Tilburg.pdf>

Bijlage 4: Journalisten op bezoek bij de straatdokter

De afgelopen maanden zijn enkele journalisten bij de straatdokter op bezoek geweest om te praten over de sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen, hun levenspijn en de wegen naar betere zorg. De media zijn belangrijk om dak- en thuislozen een stem te geven en lessen van de straat te delen met een breed publiek.

Tijdens het gesprek met de journalist voor de Amsterdamse daklozenkrant kwam ex-dakloze Marc de spreekkamer binnen, hij vond het goed om mee te werken aan het interview en had geen bezwaar om met de straatdokter op de foto te gaan. Toen hij het resultaat in de daklozenkrant later kreeg overhandigd glunderde hij: 'dat hebben we samen toch maar mooi gefikst dok'. Het gaat goed met Marc in zijn eigen appartement, af en toe komt hij nog een bakkie doen in de Cocon en om de straatdokter de hand te schudden.

De volgende bijdragen zijn hierna te lezen:

Brechtje Keulen. Een dakloos lijf is een versleten lijf. Z! De Amsterdamse Straatkrant, april-mei 2017; nr 7, blz 16-18.

<http://www.z-krant.nl/>

Petra Noordhuis. 30% van de dak- en thuislozen heeft een IQ onder de 70. Wat is de rol van de AVG? Tijdschrift Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (TAVG) 2017; 35(2): 66-69.

<http://nvavg.nl/tavg/>

Corrie Kooijman. Een goede straatdokter heeft een groot netwerk. LAD, Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, juli 2017; nr.18, blz 12-13.

<https://issuu.com/lad-magazine/docs/lad-magazine-juli2017-web>

Meer interviews met straatdokters en straattandartsen in Nederland zijn te vinden via

http://www.straatsdokter.nl/?page_id=176

Sociaal-medische zorg daklozen niet overal vanzelfsprekend

Auteurs

**KIM VAN
DAALEN**

vierdejaars student
verpleegkunde,
Hogeschool Utrecht

ELINE

KROMWIJK

vierdejaars student
verpleegkunde,
Hogeschool Utrecht

**MARIA VAN DEN
MUIJSENBERGH**

bijzonder hoogleraar
Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte, integrale eerste-
lijnszorg, Department
of Primary and
Community Care,
Impuls – Netherlands
Center for Social Care
Research, Radboud
university medical center, Nijmegen

IGOR VAN LAERE

sociaal geneeskundige/
straatdokter en
Coördinator
Nederlandse
Straatdokers Groep,
www.straadokter.nl

**BARBARA
SASSEN**

hogeschooldocent,
University of Applied
Sciences, Hogeschool
Utrecht



CORRESPONDENTIE
IGOR VAN LAERE,
IVLAERE@GMAIL.COM

Bij dak- en thuisloze mensen wordt significant vaker een combinatie van somatische aandoeningen, verslavingen, psychiatrische problemen en verstandelijke beperking gezien dan bij andere bevolkingsgroepen.² In sommige gemeenten zijn zogenaamde straatdokers en straatverpleegkundigen in het leven geroepen om deze mensen de nodige sociaal-medische zorg te geven. Onderzoek in 43 centrumgemeenten brengt de huidige organisatie van deze zorg in beeld.



TREFWOORDEN

- Dak- en thuislozen
- Straatdokter

In Nederland groeide het aantal dak- en thuisloze mensen van naar schatting 17.800 in 2009 naar 30.500 in 2016.¹

Dak- en thuisloze mensen leven onder moeilijke omstandigheden, waarbij de zoektocht naar onderdak, geld, voedsel en kleding de prioriteit heeft. Men kan onverzekerd zijn, beperkte kennis hebben over de gezondheidszorg, het moeilijk vinden zich te voegen naar het aanbod en de regels van opvang- en zorginstellingen en hulpverleners wantrouwen.^{1,2,3,4} Doordat deze kwetsbare groep nogal eens laat of niet in zorg komt, krijgen aandoeningen de kans om te verergeren. De sterftekans onder dak- en thuislozen is drie tot zeven keer groter dan die van de gemiddelde Nederlandse populatie.^{4,5}

Om deze redenen is toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor deze kwetsbare groep van groot belang. Sociaal-medische zorg is persoonsgerichte, integrale en multidisciplinaire zorg waarbij – naast opvang, sociale en financiële ondersteuning – aandacht is voor verslaving, psychische aandoeningen, lichamelijke problemen en verstandelijke beperkingen.^{2,3,4} In de praktijk van de sociaal-medische zorg spelen verpleegkundigen een belangrijke rol. Zij leggen contact met de doelgroep en zorgpartners, signaleren problemen op

systematische wijze, zien toe op de medicatie en ondersteunen de huisartsen bij hun spreekuren op locatie. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn, in reactie op een zichtbare populatie dakloze mensen in enkele grote steden in Nederland, zogenaamde straatdokters en straatverpleegkundigen werkzaam. Hun taak is om actief naar de doelgroep toe te gaan en deze mensen de medische zorg te bieden die zij nodig hebben. Zo zijn door de tijd diverse straatdokterpraktijken ontstaan.^{2,3,4} Om de krachten te bundelen is in 2014 de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) opgericht, om gezamenlijk bij te dragen aan toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen.

SOCIAAL KWETSBAAR

In Nederland zijn 43 centrumgemeenten door de overheid aangewezen om opvang en bescherming te organiseren voor sociaal kwetsbare burgers die in de betreffende of omliggende gemeenten dakloos zijn geraakt. De sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen, zowel binnen als buiten de opvang, is echter wettelijk niet geborgd. Ook ontbreken richtlijnen voor de organisatie en financiering. Daarmee is er geen zicht op deze zorg in Nederland. Eerder NSG-onderzoek toonde grote verschillen in organisatie en beschikbaarheid van sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in 14 regio's in Nederland.³ In een landelijk project heeft de NSG studenten betrokken om te helpen inzicht te krijgen in het profiel van de sociaal-medische zorg. Voor dit onderdeel was de onderzoeksvraag: 'Hoe is de huidige organisatie van de sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in de 43 gemeenten in Nederland?' In dit artikel presenteren wij de onderzoeksresultaten en aanbevelingen voor de praktijk.

METHODE

Dit kwantitatief beschrijvend onderzoek is uitgevoerd door vijf studenten verpleegkunde van de Hogeschool Utrecht in samenwerking met straatdokters en straatverpleegkundigen van de NSG. Om inzicht in de organisatie van de

TABEL 1 RESPONDENTEN UIT 43 CENTRUMGEMEENTEN NAAR DISCIPLINE EN INSTELLING

Discipline	Arts	VPK	Soc. Werk*	Anders**	Totaal
Instelling	n	N	n	n	n
Opvangvoorziening	0	5	19	6	30
Ggd	1	8	0	1	10
Huisarts	3	1	0	0	4
Ggz	0	1	2	0	3
Verslavingszorg	0	2	0	0	2
Totaal	4	17	21*	7	49

* 12 Maatschappelijk werkers en 9 sociaal pedagogische hulpverleners

** Managers, coördinatoren en leidinggevenden

sociaal-medische zorg te krijgen stelden de onderzoekers een vragenlijst op. De vragen richtten zich op het verzamelen van gegevens over de discipline, de werkgever van de geïnterviewde, het lokale aanbod van medische spreekuren, de beschikbaarheid van verpleegkundigen en/of (huis)artsen, samenwerkingsafspraken met opvanginstellingen, en barrières en verbeteringen voor de toegang tot de medische zorg. Tijdens een expertmeeting in maart 2017 bespraken de onderzoekers met zes straatdokters en zes straatverpleegkundigen alle vragen. De vragen werden vervolgens aangepast en de vragenlijst werd definitief vastgesteld. De vragenlijst bestond uit 29 gesloten en 11 open vragen. Met hulp van het netwerk van NSG werd in elke centrumgemeente gezocht naar een sleutelfiguur die betrokken was bij of bekend met de lokale organisatie van de opvang en de sociaal-medische zorg. Dit waren bij voorkeur professionals met een medische/verpleegkundige achtergrond. Als die niet beschikbaar waren werden sociaal werkers, woonbegeleiders of managers van opvangvoorzieningen voor een interview benaderd.

In de periode april-juni 2017 hebben vijf studenten verpleegkunde de interviews afgenomen. Aanvankelijk *face to face*, vervolgens telefonisch. Alle respondenten gaven toestemming voor het opnemen van het interview en anonieme dataverwerking.⁶ Data zijn verwerkt met SPSS 24 en beschrijvend statistisch geanalyseerd. De kwalitatieve gegevens uit de open vragen zijn getranscribeerd en

door twee studenten afzonderlijk gecoördineerd en geïnterpreteerd.

RESULTATEN

Kenmerken geïnterviewden

In totaal zijn 49 sleutelfiguren in 43 centrumgemeenten geïnterviewd. In zes gemeenten kon de respondent niet alle vragen beantwoorden en is een tweede respondent van een andere instelling in die centrumgemeente geïnterviewd. Tabel 1 toont de discipline van de respondenten en de instelling waarvoor zij werkten. De meeste respondenten werkten in een opvangvoorziening (61 procent) als sociaal werker (43 procent). Vijf verpleegkundigen waren werkzaam in een opvangvoorziening en acht vanuit een ggd. In totaal werden drie huisartsen en een ggd-arts geïnterviewd.

ORGANISATIE SOCIAAL-MEDISCHE ZORG

Tabel 2 toont het aanbod van sociaal-medische spreekuren en de samenwerkingsafspraken in de 43 centrumgemeenten. De centrumgemeenten zijn verdeeld naar het aantal inwoners in vier groepen (A t/m D), vanuit de gedachte dat grotere gemeenten meer dak- en thuisloze mensen en een groter zorgaanbod hebben.

Volgens de respondenten werd er in 29 centrumgemeenten (67 procent) in opvanginstellingen een sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuisloze mensen gehouden; in acht centrumgemeenten door een arts, in zeven centrumgemeenten door een sociaal verpleegkundige en in twee

TABEL 2 ORGANISATIE MEDISCHE SPREEKUREN VOOR DAK- EN THUISLOZE MENSEN IN 43 CENTRUMGEMEENTEN

	totaal		A	B	C	D
Aantal inwoners (x1000)	44-853		44-100	100-150	150-200	200-853
Aantal centrumgemeenten	N=43		N=16	N=10	N=9	N=8
	N	%	%	%	%	%
Medisch spreekuur voor daklozen in gemeente	29	67	56	60	89	75
Geen medisch spreekuur voor daklozen in gemeente	14	33	44	40	11	25
Arts houdt spreekuur in opvanginstelling	4	9	0	10	0	38
Samenwerkingsafpraak tussen huisarts en opvanginstelling	20	47	25	60	78	38
Geen vaste samenwerking met huisarts en geen spreekuur in de opvanginstelling	19	44	75	30	22	25
Verpleegkundige houdt spreekuur in opvanginstelling	19	44	38	10	56	88
Vaste samenwerkingsafpraak tussen verpleegkundige en opvanginstelling	6	14	13	30	33	0
Geen vaste samenwerking met verpleegkundige en niet werkzaam in de opvanginstelling	18	42	50	60	11	13

centrumgemeenten door een verpleegkundig specialist. In overige centrumgemeenten hield een andere instantie een medisch spreekuur. In centrumgemeenten tot 150.000 inwoners (A en B) werd in iets meer dan de helft een medisch spreekuur in de opvanginstellingen geboden. In negen centrumgemeenten bleek geen enkele vorm van sociaal-medische zorg specifiek voor de doelgroep te zijn, bij klachten verwijst men mensen naar een huisartsenpost of andere zorginstelling. Volgens de respondenten hadden 20 centrumgemeenten (47 procent) vaste samenwerkingsafspraken met een huisarts, met name in centrumgemeenten met 100-200.000 inwoners (B en C). In 16 centrumgemeenten wordt samengewerkt met de lokale huisarts, maar niet op vaste basis. In 19 centrumgemeenten (44 procent) was er volgens de respondenten een verpleegkundige vast betrokken bij de medische zorg voor dak- en thuisloze mensen, vooral in de centrumgemeen-

ten met meer dan 200.000 inwoners. In zeven andere centrumgemeenten werkten verpleegkundigen samen, maar zonder vaste afspraken hierover en in zes centrumgemeenten zouden deze afspraken er wel zijn. 11 centrumgemeenten meldden dat verpleegkundigen niet betrokken waren bij de medische zorg voor dak- en thuisloze mensen.

BARRIÈRES EN VERBETERINGEN

Ruim de helft van de 49 respondenten (59 procent) gaf aan soms moeite te hebben om cliënten te kunnen verwijzen voor medische zorg, vooral wanneer er geen samenwerkingsafspraken met huisartsen of andere zorgprofessionals waren. Twaalf respondenten hadden specifiek behoefte aan een spreekuur in de opvanginstelling door een vaste huisarts, doordat men moeilijke toegang tot de huisarts had ervaren. Andere barrières voor toegang tot zorg waren het ontbreken van een geldig identiteitsbewijs of

regiobinding van de dak- of thuisloze persoon.

Op de vraag wat men van het aanbod van sociaal-medische zorg in hun gemeente vond, antwoordden twaalf respondenten met 'matig' of 'onvoldoende'. Bijvoorbeeld: 'Er is te weinig opvang aanwezig', 'Er vallen nog te veel mensen tussen wal en schip' en 'De huisarts is moeilijk bereikbaar'. Gerapporteerde verbeterpunten waren laagdrempelige toegang tot zorg, vaste inzet van huisartsen met affiniteit voor de doelgroep, verbetering van de interdisciplinaire samenwerking en het aanbieden van meer en passende voorzieningen.

DISCUSSIE

Voor de organisatie van de sociaal-medische zorg adviseert de NSG landelijke coördinatie en ondersteuning.^{3,7} In deze kwantitatieve studie bleek dat door het ontbreken van landelijke richtlijnen, de centrumgemeenten op hun eigen manier de doelgroep en hun complexe problematiek benaderen. Dit zien we ook terug in de grote verschillen in organisatie van de sociaal-medische zorg in de 43 centrumgemeenten.

In sommige centrumgemeenten is er geen sociaal-medische zorg georganiseerd en/of wordt bij gezondheidsproblemen naar de lokale huisarts verwezen. Daarbij ondervond een aanzienlijk deel van de respondenten moeite bij het doorverwijzen van dak- of thuisloze mensen naar medische zorg wanneer er geen vaste samenwerkingsafspraken waren met zorgprofessionals. Dit terwijl bekend is dat een goede en vaste samenwerking binnen de eerstelijnszorg voor dak- en thuisloze mensen van groot belang is om hen tijdig te bereiken en passende zorg te bieden.^{8,9}

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er van alle 43 centrumgemeenten een beeld van de sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen is verkregen. Wel moeten we dit beeld met enige terughoudendheid benaderen, omdat er per centrumgemeente slechts één of twee respondenten zijn geïnterviewd. Daarnaast was niet in elke centrumgemeente een arts of verpleegkundige betrokken bij de doelgroep en hadden de respon-

denten wisselende kennis en ervaring over de toegang tot medische zorg voor de doelgroep.

CONCLUSIES

Een goede samenwerking tussen verpleegkundige en huisarts draagt bij aan het tijdig opsporen en behandelen van specifieke gezondheidsproblemen die vaak voorkomen bij dak- en thuislozen én aan preventie van dakloosheid.^{2,4,10} De ervaring leert dat straatdokterpraktijken de reguliere huisartsenpraktijken ontlasten van dakloze bezoekers en dat ziekenboegbedden in de opvanginstellingen kostbare ziekenhuisopnamen voorkomen.^{3,4}

Dit onderzoek laat zien dat sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in Nederland niet overal vanzelfsprekend is.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Vanwege het gezondheidsprofiel en verhoogde sterftekans van dak- en thuislozen geven wij de volgende aanbevelingen om een passend sociaal-medisch zorgaanbod te realiseren:

- Het introduceren van landelijke richtlijnen voor de organisatie van de medische zorg in elke centrumgemeente, ongeacht het aantal dak- en thuisloze mensen.
- Dak- en thuislozen moeten in elke centrumgemeente toegang hebben tot sociaal-medische zorg, door het bie-

den van laagdrempelige en voldoende vaste spreekuren in opvanginstellingen.

- Deze spreekuren moeten worden geboden door sociaal verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en/of huisartsen die afiniteit hebben met de doelgroep en bekend zijn met de complexe problematiek en de wegen binnen het lokale zorgnetwerk.
- In elke centrumgemeente moeten vaste samenwerkingsafspraken zijn tussen opvanginstanties, huisartsen en verpleegkundigen. De centrumgemeenten en zorgverzekeraars moeten hiervoor een faciliterende rol innemen. 

NOOT

Voor een bijdrage aan dit onderzoek danken wij de straatdokters en straatverpleegkundigen van de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) en alle geïnterviewde professionals betrokken bij de sociaal-medische zorg in de 43 centrumgemeenten. Verder gaat onze dank uit naar studenten verpleegkunde Quirine Vernooij, Inez Rimmel en Milo Huijgens die met ons dit onderzoek hebben verricht. Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van de Doctors for Homeless Foundation, www.doctorsforhomeless.org en een *grant* van de Adessium Foundation.

REFERENTIES

1. **Centraal Bureau Statistiek.** Aantal daklozen in zes jaar met driekwart toegenomen. 2016, 3 maart. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/aantal-daklozen-in-zes-jaar-met-driekwart-toegenomen>.
2. **Slockers M, van Laere I, van den Muijsenbergh M.** Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts & Wetenschap 2017; 60, 360-2.
3. **Laere I. van, Muijsenbergh, M. van den, Smit, R. e.a.** Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Medisch Contact 2015;70, 340-343.
4. **Laere I. van.** Social medical care before and during homelessness in Amsterdam [dissertation]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2009.
5. **Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, e.a.** Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. PLoS One 2013;8.
6. **Andriessen, DO.** Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Hbo-raad vereniging voor hogescholen 2010. Beschikbaar via: [file:///C:/Users/Ineke/Downloads/gedragscode-praktijkgericht-onderzoek%20\(3\)](file:///C:/Users/Ineke/Downloads/gedragscode-praktijkgericht-onderzoek%20(3).).
7. **Fazel S, Geddes J & Kushel M.** The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet 2014;384, 1529-40.
8. **Steward, J, Holt, CL, Pollio, DE, e.a.** Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/experts. Patient Preference and Adherence 2016; 153-158.
9. **Elissen, AMJ, Raak, AJA van, Derck, EWCC, e.a.** Improving homeless persons' utilisation of primary care: lessons to be learned from an outreach programme in The Netherlands. International journal of social welfare 2013; 80-89.
10. **Laere I van, Slockers M & Muijsenbergh, M van den.** Huisarts kan dakloosheid voorkomen. Huisarts & Wetenschap 2017;60; 363-5.

Samenvatting

- Doel van het hier beschreven onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de organisatie van de sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in de 43 verschillende centrumgemeenten.
- Uit het onderzoek blijkt dat deze organisatie in alle 43 centrumgemeenten verschillend is georganiseerd. Vanuit de instanties is niet altijd een

- vaste samenwerking met artsen en verpleegkundigen en toegang tot ketenpartners verloopt soms moeizaam.
- De onderzoekers bevelen aan om landelijke richtlijnen op te stellen ter bevordering van de organisatie van dak- en thuislozenzorg en laagdrempelig toegankelijke sociaal-medische zorg in elke centrumgemeente mogelijk te maken.



Sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen

Een inventarisatie van beleid en financiering in 43 centrumgemeenten

Igor van Laere · Ronald Smit · Maria van den Muijsenbergh

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting *Achtergrond.* In Nederland zijn 43 centrumgemeenten door de overheid aangewezen voor opvang en zorg van dak- en thuislozen. Volgens ambtelijke richtlijnen moeten professionals van de maatschappelijke opvang de medische toestand beoordelen en afspraken maken met gezondheidszorg-aanbieders. Onbekend is in hoeverre deze centrumgemeenten hiervoor beleid hebben ontwikkeld en hoe dit wordt gefinancierd.

Methode. Met hulp van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) bij de opvang betrokken ambtenaren in alle 43 centrumgemeenten per e-mail benaderd en gevraagd naar de aanwezigheid van specifiek beleid en financiering van deze zorg binnen hun gemeente.

Resultaten. Van 26 centrumgemeenten kwam een reactie; de respons was 60%. Ruim een kwart van de deelnemende gemeenten (27%) meldde geen beleid te hebben voor sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen, en twee derde (65%) heeft geen beleid voor tandheelkundige zorg voor deze groep. Vooral gemeenten kleiner dan 150.000 inwoners hebben geen beleid. In de overige deelnemende gemeenten rapporteerde men uiteenlopende afspraken over de inzet van verschillende medische hulpverleners of voorzieningen. Voor de financiering rapporteerden de cen-

trumgemeenten in totaal minimaal zestien geldstromen.

Conclusie. Centrumgemeenten geven op eigen wijze invulling aan beleid en financiering van sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen, en in vele gemeenten ontbreekt beleid. Landelijke VNG-richtlijnen voor de organisatie en financiering van deze zorg zouden gemeenten kunnen ondersteunen in hun beleid.

Trefwoorden dak- en thuislozen · sociaal-medische zorg · tandheelkunde · zorgbeleid · zorgfinanciering

**Primary and dental care for homeless populations in the Netherlands
 An inventory of organizational and financial policies in 43 center-cities**

Abstract *Background.* In response to a growing homeless population, the Dutch Government has appointed 43 municipalities as 'center-cities' to provide shelter and social relief services. Despite known multiple morbidity and early mortality in homeless populations, guidelines to access primary and dental care are lacking.

Methods. By e-mail, we asked relevant policy makers in the 43 center-cities questions about the existence and/or content of organizational and financial policies for primary and dental care for homeless people. *Results.* 26 Center-cities answered the questions, a response of 60%. In one quarter (27%) specific policies for primary care for homeless people were lacking and two thirds (65%) had no policies for dental care for homeless people, mostly in cities up to 150,000 citizens. In other cities a variety of policies and different medical professionals or services were reported. To cover health costs, the cities reported in total at least 16 different budget sources.

I. van Laere (✉)
 Nederlandse Straatdokers Groep, Amsterdam, Nederland
 ivlaere@gmail.com

R. Smit
 Volksgezondheid Gemeente Utrecht, Utrecht, Nederland

M. van den Muijsenbergh
 Department of Primary and Community Care,
 Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Praktijk Buitenzorg, Straatdokerspraktijk Nijmegen,
 Nijmegen, Nederland



Conclusion. In the Netherlands, specific policies and budget for the organization and access to primary and dental care for homeless people vary per city and are often lacking in smaller cities. To improve access to primary and dental care for homeless people, national guidelines are recommended.

Keywords Homeless populations · Primary care · Dental care · Care policies · Care funding

Inleiding

Het aantal geregistreerde dak- en thuislozen in Nederland is de afgelopen jaren gestegen van 18.000 in 2009 naar 30.500 in 2016 [1]. Vooral mannen tussen de 35 en 55 jaar, overwegend laag opgeleid, met een beperkt sociaal vangnet, en bij wie sprake is van financieel wanbeheer, gezondheidsproblemen en/of beperkingen lopen het grootste risico om dakloos te raken, vaak na een huisuitzetting door huurschulden [2]. Deze groep kampt met de gevolgen van verslavingen, psychiatrische stoornissen, lichamelijke aandoeningen, een slechte gebitstoestand en verstandelijke beperkingen [2–6]. Sterfteonderzoek onder dak- en thuislozen in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam toonde een sterk verlaagde levensverwachting aan, vooral bij dakloze jongeren en vrouwen [6–8].

Een enquête over het aanbod en de knelpunten in de sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen, onder 57 bij deze zorg betrokken artsen en verpleegkundigen in veertien regio's in Nederland, liet een grote variatie zien in het aanbod van medische of verpleegkundige spreekuren in verschillende soorten opvanglocaties, met beperkt of geen aanbod in kleinere gemeenten, wisselende financiering en een tekort aan deskundig personeel [9].

In Nederland ontvangen 43 zogenoemde *centrumgemeenten* financiële middelen van het Rijk (via de Wmo) voor de maatschappelijke opvang van dak-

en thuislozen. Deze middelen zijn bedoeld om burgers die in de betreffende of omliggende gemeenten dakloos worden op te vangen of beschermd te laten wonen. In mei 2016 presenteerde de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) haar handreiking met kwaliteitseisen waaraan de maatschappelijke opvang dient te voldoen [10]. In de specifieke kwaliteitseisen voor de nachtopvang en crisisopvang wordt het volgende gesteld: 'de professional van de organisatie dient een inventarisatie van de medische toestand (ziekte, zwangerschap, medicatie) uit te voeren' en 'de organisatie moet aantonen welke afspraken men heeft met gezondheidszorgaanbieders'. In genoemde handreiking wordt de ggz als enige gezondheidszorgaanbieder nadrukkelijk genoemd. Het blijft onduidelijk aan welke voorwaarden de toegang tot en betrokkenheid van een huisarts en tandarts moeten voldoen. Expliciete eisen waaraan een professional van de opvangorganisatie moet voldoen om de medische toestand te mogen beoordelen ontbreken. Hierdoor is de praktische invulling van sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen onvoldoende geborgd in de kwaliteitseisen. Dit is in tegenspraak met de wettelijke borging van medische zorg voor het bereiken en begeleiden van kwetsbare groepen op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz). De Wmo vermeldt de borging van medische professionaliteit zonder een nadere omschrijving. Ook de Wet publieke gezondheid (Wpg) voor de basistaak kwetsbare groepen schiet hierin tekort [11, 12].

Beleid ten aanzien van de sociaal-medische zorg voor daklozen en het toezicht op de uitvoering hiervan is gewenst, gezien de hierboven beschreven hiaten in de toegang tot en beschikbaarheid van sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in verschillende centrumgemeenten. Niet bekend is echter in hoeverre centrumgemeenten beleid hebben ontwikkeld voor de sociaal-medische en tandheelkundige zorg aan dak- en thuislozen, en hoe deze zorg wordt gefinancierd.

De Nederlandse Straatdokers Groep

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn in reactie op een groeiende en daardoor zichtbare populatie dakloze mensen in enkele grote steden *straatverpleegkundigen* en *straatdokers* werkzaam, die actief naar de doelgroep toegaan om deze medische zorg te bieden. Zo zijn door de tijd diverse straatdokerspraktijken ontstaan en houden medisch hulpverleners, veelal huisartsen, spreekuren in de maatschappelijke opvang [4–6]. Om de kennis en ervaring met deze zorg te bundelen heeft in 2014 een aantal huisartsen en sociaal geneeskundigen uit diverse steden de *Nederlandse Straatdokers Groep* (NSG) opgericht om gezamenlijk bij te dragen aan toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland (www.straadokter.nl).

Kernpunten

- In Nederland is de sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen wettelijk niet geborgd in de 43 centrumgemeenten met een taak voor opvang en zorg.
- Navraag leert dat centrumgemeenten ($n=26$; respons 60%) op eigen wijze invulling geven aan beleid en financiering van deze zorg voor de doelgroep, en in vele (kleinere) centrumgemeenten ontbreekt specifiek beleid.
- Voor de financiering ervan werden door de centrumgemeenten gezamenlijk minimaal zestien geldstromen gerapporteerd.
- Landelijke richtlijnen voor organisatie en financiering van sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen in alle centrumgemeenten van Nederland zouden deze gemeenten kunnen ondersteunen in hun beleid.

In 2017 heeft de NSG, in samenwerking met het Radboudumc Nijmegen en de Hogeschool Utrecht, onderzoek gedaan naar de zelf ervaren gezondheid en zorgbehoefte van dak- en thuislozen in Nederland, de inhoud en organisatie van de huidige sociaal-medische zorg in straatdokerspraktijken en de ervaringen van straatverpleegkundigen en straatdokers. Nog niet gepubliceerde gegevens uit dit onderzoek tonen een doelgroep die de eigen gezondheid vaak als slecht ervaart en menige onvervulde zorgbehoefte heeft waarvoor hoge drempels voor de toegang tot zorg worden ervaren. Betrokken medische professionals ervaren de toegang en kwaliteit van de sociaal-medische zorg vaak als onvoldoende. Meer dan de helft van de professionals vond zichzelf onvoldoende deskundig en de ruime meerderheid rapporteerde een behoefte te hebben aan landelijke richtlijnen en scholing, onder meer voor de organisatie van de sociaal-medische zorg. In dit artikel beschrijven wij een inventariserend onderzoek naar gemeentelijk beleid en financiering van de sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen in de 43 Nederlandse centrumgemeenten.

Methode

Voor dit inventariserende onderzoek hebben we de VNG benaderd met het verzoek om beleidsmakers betrokken bij de maatschappelijke opvang en bescherming van kwetsbare burgers in de 43 centrumgemeenten per e-mail de volgende vragen voor te leggen:

1. Is er in uw centrumgemeente beleid van kracht dat specifiek gericht is op de *sociaal-medische zorg/straatdokerspraktijk*, zodat dak- en thuislozen laagdrempelige toegang tot eerstelijnszorg hebben (anders dan de bestaande VNG-richtlijn voor de maatschappelijke opvang)? Zo ja, biedt uw centrumgemeente hiervoor financiële (Wmo-)middelen en waarvoor worden deze middelen specifiek ingezet?
2. Is er in uw centrumgemeente beleid of een regeling van kracht specifiek gericht op het toegankelijk maken van *tandheelkundige zorg* voor dak- en thuislozen? Zo ja, biedt uw centrumgemeente hiervoor financiële (Wmo-)middelen en waarvoor worden deze middelen specifiek ingezet?

De reacties uit de centrumgemeenten zijn geclusterd in vier groepen op basis van het aantal inwoners. Uit een eerdere inventarisatie van de NSG bleek dat de aanpak in de kleinste centrumgemeenten anders was dan in de grootste [9]. We hebben de gegevens zo beschreven dat ze niet te herleiden zijn tot de betreffende centrumgemeenten.

Resultaten

Via de e-mail reageerden 26 van de 43 centrumgemeenten; een respons van 60 %. De antwoorden kwamen van negentien (beleids)adviseurs, vijf (senior) be-

leidsmedewerkers, één beleidscoördinator en één arts Maatschappij en Gezondheid.

Beleid

De antwoorden liepen uiteen van 'geen beleid' tot een beschrijving van de wijze waarop de sociaal-medische zorg in de betreffende centrumgemeente geregeld werd. Niet alle antwoorden waren eenduidig of volledig. In tab. 1 zijn in de tabelvakken voor iedere gemeente apart de gerapporteerde antwoorden vermeld, gevolgd door het aantal gemeenten dat 'geen beleid' heeft gemeld, afgezet tegen het aantal inwoners. Zeven van de twaalf deelnemende centrumgemeenten tot 150.000 inwoners hebben volgens de respondenten geen specifiek beleid voor sociaal-medische zorg (58 %); elf van deze twaalf gemeenten hebben geen beleid voor tandheelkundige zorg (92 %). In veertien centrumgemeenten waar wel beleid of een schets van sociaal-medische zorg bestond, rapporteerde men afspraken tussen de gemeente en de GGD, huisartsen, sociaal verpleegkundigen en/of verpleegkundig specialisten over de inzet van gesprekken in de maatschappelijke opvang of consultatie op afroep. Vijf andere centrumgemeenten stelden dat er sprake was van een gebrek aan formeel beleid en gaven aan dat er wel afspraken waren gemaakt tussen de maatschappelijke opvang en lokale huisartsen of tandartsen. In de steden met meer dan 150.000 inwoners speelde de GGD volgens de respondenten in meer of mindere mate een rol in de praktijk door de inzet van sociaal verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten. In één gemeente waren GGD-artsen direct bij de sociaal-medische zorg betrokken. In twee van de zeven centrumgemeenten met meer dan 200.000 inwoners was er volgens de respondenten 'geen beleid' voor tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen.

Financiering

Tab. 2 toont een overzicht van de financiering van sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen in de deelnemende centrumgemeenten. In vijf (vier kleine en een middelgrote) van de 25 gemeenten ontbrak specifieke financiering van sociaal-medische zorg (20 %). Van 22 centrumgemeenten die over de financiering van de tandheelkundige zorg rapporteerden gaven acht 'geen financiering' (36 %) aan; dit waren vijf gemeenten tot 150.000 inwoners en drie grotere gemeenten. Overige centrumgemeenten rapporteerden voor de financiering van sociaal-medische en tandheelkundige zorg gezamenlijk mogelijk 24 financiële bronnen en geldstromen (genummerd in tab. 2). Uit de antwoorden van de centrumgemeenten was meestal niet te achterhalen wat uit welke bron werd bekostigd. Hierdoor is het onduidelijk of het dezelfde bronnen waren die verschillend werden benoemd of dat het om afzonderlijke bronnen ging.

Tabel 1 Door ambtenaren uit 26 centrumgemeenten gerapporteerd beleid specifiek voor sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen, naar aantal inwoners^{a,b}

Inwoners	Sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen	Tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen
<100.000	Geen beleid 4x	Geen beleid 7x
(n= 7)	Afspraken GGD verpleegkundige spreekuren	
	Afspraken verpleegkundig specialist 8 uur per week	
	MO heeft contact met huisartsen en tandartsen	
100.000–150.000	Geen beleid 3x	Geen beleid 4x
(n= 5)	Afspraken met 2 huisartsen op afroep beschikbaar voor MO	Toegang tandarts via stichting
	Afspraken met huisartsenpraktijk	
150.000–200.000	Contractafpraak spreekuur verpleegkundig specialist en huisarts	Geen beleid 4x
(n= 7)	Afspraken sociaal verpleegkundige spreekuren 2x per week en ziekbedden	Samenwerking met tandartspraktijk
	Afspraken GGD sociaal verpleegkundige spreekuren 2x per week	Via verpleegkundige verwijzing naar een tandarts
	Afspraken GGD sociaal verpleegkundige spreekuren 1x per week	Drie dagdelen tandheelkundige zorg beschikbaar
	MO heeft afspraken met de eerste lijn	
	Afspraken met diverse zorgpartners om eerstelijnszorg te bieden	
	Afspraken GGD verpleegkundige spreekuren	
>200.000	MO heeft afspraken met huisartsen	Geen beleid 2x
(n= 7)	Afspraken GGD sociaal verpleegkundige spreekuren	Academisch project samen met verzekeraar en verslavingszorg
	Straatdokter; huisarts en verpleegkundig specialist beschikbaar	Toegang tot bijzondere tandheelkunde en tandartsen voor acute klachten
	Afspraken GGD verpleegkundige spreekuren	Daklozentandartsen beschikbaar via opvanginstellingen
	Afspraken straatdokter, verpleegkundige, ziekenboeg	Straattandartsen beschikbaar via opvanginstellingen
	Afspraken straatdokerspraktijk, verpleegkundige, ziekenboeg	Toegang bijzondere en academische tandheelkunde, project gratis tandarts
	Afspraken GGD-sprekuren, ziekenboeg	

MO maatschappelijke opvang

^a De kolommen dienen afzonderlijk gelezen te worden, er is geen relatie tussen de antwoorden onder sociaal-medische zorg en tandheelkundige zorg. In de tabelvlakken staan de antwoorden zoals ze zijn gerapporteerd door de gemeenten, of er werd 'geen beleid' vermeld

^b Situatie in 26 van 43 centrumgemeenten in Nederland eind 2017

Indien we ervan uitgaan dat voor de financiering via de GGD eenzelfde gemeentelijke financieringsbron geldt, en er daarmee acht keer overlap is (in tab. 2 nummer 1, 5, 9, 10, 11, 12, 13 en 17), dan zijn in totaal minimaal zestien financieringsbronnen gerapporteerd.

Beschouwing

Ruim een kwart van de deelnemende gemeenten (27 %) meldde geen beleid te hebben voor sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen, en twee derde (65 %) heeft geen beleid voor tandheelkundige zorg voor deze groep. Vooral in gemeenten kleiner dan 150.000 inwoners ontbreekt beleid. In de overige deelnemende gemeenten rapporteerden uiteenlopende afspraken over inzet van verschillende medische hulpverleners of voorzieningen. Voor de financiering werden door de centrumgemeenten gezamenlijk minimaal zestien geldstromen gerapporteerd.

Deze inventarisatie laat zien dat beleid en financiering van de sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen in de hiervoor verantwoordelijke centrumgemeenten sterk uiteenloopt en nogal

eens ontbreekt. Dit bevestigt de indruk die straatverpleegkundigen en straatdokters in een enquête over deze zorg gaven [9]. Ter verbetering van de zorg voor dak- en thuislozen hebben zowel medewerkers werkzaam in de maatschappelijke opvang als betrokken medisch hulpverleners aangegeven behoefte te hebben aan richtlijnen, onder andere voor de organisatie van de zorg, naast een uitwisseling van goede ervaringen [9, 13].

Beleid

Gezien deze behoefte, en het feit dat effectieve organisatievormen voor het bieden van outreachende, laagdrempelige sociale en medische integrale zorg voor dak- en thuislozen bekend zijn [7, 12, 14, 15], verdient het aanbeveling om voor gemeenten landelijke richtlijnen te ontwikkelen voor de organisatie van sociaal-medische zorg, waarop gemeenten hun beleid kunnen funderen, en uitvoering hiervan kunnen faciliteren en financieren.

Een kwaliteitseis aan de opvanginstellingen is dat ze uitvoering moeten geven aan de richtlijn medische en farmaceutische zorg maatschappelijke opvang [10]. Uit ervaring weten wij dat het verwijzen van dak- en

Tabel 2 Door ambtenaren uit 26 centrumgemeenten gerapporteerde financiering specifiek voor sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen, naar aantal inwoners ^{a,b}

Inwoners	Sociaal-medische zorg	Tandheelkundige zorg
<100.000	– Inzet verpleegkundigen structureel in GGD-pakket (1)	– Collectieve zorgverzekering minima (2); bijzondere bijstand (3); noodfonds (6)
(n= 7)	– Collectieve zorgverzekering minima (2); bijzondere bijstand (3); charitas (4)	– Collectieve ziektekostenverzekering minima (2)
	– Budget voor verpleegkundige 8 uur per week (5)	– Noodpotje (6)
	– Geen financiering 4x	– Geen financiering 4x
100.000–150.000	– Via basisafspraken met MO-aanbieder (7)	– Bijzondere bijstand (3)
(n= 5)	– Maatwerkbudget (8)	– Maatwerkbudget (8)
	– Bijzondere bijstand (3)	– Financiering via derdengelden (giften, fundraising) (4)
	– Collectieve zorgverzekering voor minima (2)	– Geen financiering 1x
		– Niet gerapporteerd 1x
	– Jaarlijks GGD-budget voor onverzekerden en aanvullend medische zorg (9)	
150.000–200.000	– Jaarlijks GGD-budget (10)	– Collectieve zorgverzekering minima (2); bijzondere bijstand (3); noodfonds (6)
(n= 7)	– Prijsafspraken verpleegkundige zorg en ziekenboeg (11); charitas (4)	– Geen financiering 2x
	– Subsidie aan GGD (10); noodfonds (6); decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang (12)	– Niet gerapporteerd 4x
	– GGD-verpleegkundige betaald uit decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang (12)	
	– Budget voor daklozenpraktijk (13)	
	– Geen financiering 1x	
	– Niet gerapporteerd 1x	
>200.000	– Potje voor apotheekkosten en ongedocumenteerden (14)	– Reguliere verzekering (16) en begroting afdeling tandheelkunde (21)
(n= 7)	– Sprekuren gefinancierd uit de bijdrage aan de GGD (10)	– Wmo-noodfonds onder voorwaarden (6 of 18)
	– Gemeentelijke tegemoetkoming voor zorg aan ongedocumenteerden (15)	– Tandartsen kunnen basiszorg bij pijnklachten (extracties) declareren bij de gemeente (22)
	– Zorgverzekeringswet (16)	– Budget voor kosten daklozentandarts buiten zorgverzekering (23)
	– Zorgbudget inclusief medicatie, laboratorium en 7 × 24 uur dekkend zorgsysteem (17)	– Bijzonder consulttarief basisverzekering (24), fonds bijzondere noden (6 of 18), charitas (4)
	– Financiering straatdokters via GGD (10)	– Geen financiering 1x
		– Niet gerapporteerd 1x
	– Straatdokters, verpleegkundigen en ziekenboeg via GGD (10), Wmo (18), Wlz (19), ELV (20)	

MO maatschappelijke opvang; Wmo Wet maatschappelijke ondersteuning; Wlz Wet langdurige zorg; ELV eerstelijnsvoorziening

^a De kolommen dienen afzonderlijk gelezen te worden, er is geen relatie tussen de antwoorden onder sociaal-medische zorg en tandheelkundige zorg. Per tabelvlak staan de antwoorden zoals ze door centrumgemeente zijn gerapporteerd en zijn de financieringsbronnen genummerd

^b Situatie in 26 van 43 centrumgemeenten in Nederland eind 2017

thuislozen naar reguliere huisartsenpraktijken zowel in kleine als in grote steden om verschillende redenen moeizaam verloopt. De aansluiting tussen dak- en thuislozen en de reguliere zorg is niet vanzelfsprekend, vandaar dat straatdokterspraktijken in ons huidige stelsel als intermediair zorgstation fungeren.

Zo is het mogelijk dat het Rotterdamse en Utrechtse opvangbeleid met inbedding van een straatdokterspraktijk heeft bijgedragen aan een toename van de kwaliteit van leven van dak- en thuislozen die sociaal-medische zorg ontvingen [16, 17]. Vanwege hun slechte gebitstoestand, een veel voorkomende premieachterstand en ontoereikende aanvullende zorgverzekeringen is tandheelkundige zorg voor kwetsbare burgers moeilijk bereikbaar [4, 5]. Ervaringen met een laagdrempelige toegang tot straattandartsen

in diverse grote steden leren dat een gesaneerd gebit dak- en thuislozen niet alleen beschermt tegen ernstige infecties, maar hen ook helpt met een opstap naar maatschappelijk herstel en participatie in de samenleving [18]. Gemeenten bieden collectieve verzekeringen aan mensen met een laag inkomen, waarbij het eigen risico kan worden afgekocht en er vergoedingen zijn voor aanvullende zorg, zoals fysiotherapie en beperkte tandheelkundige zorg. De premie is hoger door de afkoop van het eigen risico. Het is voorstelbaar dat de premie voor de aanvullende zorg voor een deel van de dak- en thuislozen een te hoge drempel is.

Financiering

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld op grond van vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Bij de uitvoering van de Zvw spelen private zorgverzekeraars een belangrijke rol in een stelsel waarbij sprake is van geregleerde marktwerking onder publieke randvoorwaarden. Voor de overige vormen van zorg en ondersteuning zijn de Wmo en de Jeugdwet verantwoordelijk [19]. Financiering van somatische en tandheelkundige zorg, zoals beschreven in de Zvw, valt buiten de context van de Wmo. Voor dak- en thuislozen is de route naar een zorgverzekering echter een weg vol hobbels. De toegang tot sociaal-medische en tandheelkundige zorg specifiek voor dak- en thuislozen is daardoor feitelijk niet gegarandeerd. De praktijk leert dat het door het ontbreken van een eenduidige financiering ingewikkeld, tijdrovend en frustrerend is om toegang tot sociaal-medische en tandheelkundige zorg te realiseren voor mensen zonder zorgverzekering of met een premieachterstand [20].

Hoewel de in 2006 ingevoerde Zvw stelt dat de verzekerde bij premieachterstanden te allen tijde verzekerd blijft voor de basisverzekering, bleek dat de verzekeraars hier weinig tot geen gehoor aan gaven. Zo ontbreekt de garantie dat de verzekeraar bij premieachterstand de kosten van de verrichting door medische hulpverleners vergoedt. In 2009 werd de eis aan alle verzekernemers verscherpt en moest men traceerbaar zijn in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). In de jaren na deze verscherping zagen wij een epidemie van dak- en thuislozen met een premieachterstand [20]. Met een premieachterstand en zonder eigen huisarts is het voor dak- en thuislozen moeilijk om toegang tot de reguliere zorg te krijgen. Beschikbaarheid van een vrij toegankelijke straatdokter op de locatie van de opvangvoorzieningen verlaagt deze drempel.

Hoewel het belangrijk is om de financiering van de zorg beter te regelen, zal alleen goede financiering kwetsbare dakloze mensen in beginsel onvoldoende helpen. De problemen van de dak- en thuislozen op andere leefgebieden dienen gelijktijdig te worden aangepakt, wat de kans op toeleiding naar en toegang tot de reguliere zorg vergroot.

Beperkingen van dit onderzoek

In dit onderzoek zijn ambtenaren niet gevraagd naar hun kennis over de organisatie van de sociaal-medische zorg. De verschillen tussen de antwoorden doen sterk uiteenlopende kennis vermoeden. Over de situatie in de niet-responderende, vooral kleinere gemeenten kunnen we geen uitspraken doen, maar we zien geen aanleiding te vermoeden dat deze gemeenten substantieel vaker wel beleid hebben.

Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

Wil de zorg voor dak- en thuislozen verbeteren, dan zullen er landelijke richtlijnen moeten komen voor de organisatie van sociaal-medische en tandheelkundige zorg [9, 15]. De verschillende beleidsterreinen, waaronder wonen, zorg en financiën, kennen onvoldoende overlap. Beleidsmakers houden vaak krampachtig vast aan hun eigen beleidsonderdeel en geven weinig tot geen ruimte om het beleid vanuit meerdere invalshoeken te benaderen. We adviseren de VNG, in samenwerking met de betreffende ministeriële departementen, landelijke richtlijnen op te stellen om eenvoudige en effectieve wegen te bieden voor de uitwerking en financiering. Een wettelijke en structurele inbedding van de organisatie en financiering van de sociaal-medische en tandheelkundige zorg in de Wmo en Wpg (inclusief een structurele voorziening voor onverzekerde Nederlanders en onverzekerde burgers uit andere landen) geeft een gemeente de plicht én (meer) mogelijkheden om kwetsbare mensen op te vangen en te beschermen tegen een onwenselijke maatschappelijke teloorgang. Hier kan gewerkt worden aan maatschappelijk herstel en komt op een gegeven moment de weg vrij om de geleverde medische zorg via de Zvw te laten verlopen.

Voor de praktijk bevelen wij gemeenten aan om voor dak- en thuislozen specifiek beleid rond sociaal-medische en tandheelkundige zorg te formuleren, en ervoor te zorgen dat er een getrainde huisarts/straatdokter en straatverpleegkundige beschikbaar zijn. De NSG kan hierbij ondersteunen met onder meer bouwstenen en bijscholing.

Tot slot: dak- en thuislozen met multiële sociaal-medische problemen en een beperkte levensverwachting [6–8] vragen om een toegankelijk en passend zorgaanbod, inclusief wettelijke borging en daarmee landelijke richtlijnen voor organisatie en financiering van de sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor deze kwetsbare mensen in onze samenleving.

Het huidige onderzoek is tot stand gekomen met ondersteuning van de Doctors for Homeless Foundation en financiering van de Adessium Foundation.

Literatuur

1. Coumans AM, Cruyff MJLF, Heijden PGM van der, et al. Estimating homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Soc Indic Res.* 2017;130:189–212.
2. Laere IR van, Wit MAS de, Klazinga NS. Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health.* 2009;9:3.
3. Straaten B van, Schrijvers CT, Laan J van der, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS ONE.* 2014;9(1):e86112.

4. Slockers M, Laere I van, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wet.* 2017;60(7):360–2.
5. Reijn E, Henken S, Keetman M. Wie zorgt er voor daklozen? Inzicht in gezondheidsproblematiek en zorgaanbod voor daklozen in Den Haag. *Epidemiol Bull.* 2017;52(4):4–17.
6. Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2009. <http://dare.uva.nl/record/325935>.
7. Temorshuizen F, Bergen APL van, Smit RBJ, et al. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: a register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry.* 2014;60(5):426–35.
8. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, et al. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? *Eur J Public Health.* 2018;28(2):248–52.
9. Laere I van, Muijsenbergh M van der, Smit R, et al. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. *Straatdokter bepleiten* landelijk beleid. *Med Contact.* 2015;70(8):340–3.
10. VNG. Kwaliteitseisen beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Handreiking voor gemeenten. Ontwikkeld als onderdeel van het programma opvang en bescherming. Utrecht: Q-consult/Vereniging Nederlandse Gemeenten; 2016.
11. <http://www.invoeringwmo.nl/content/7-8-en-9-maatschappelijke-opvang-openbare-geestelijke-gezondheidszorg-verslavingsbeleid>. Geraadpleegd op 27 maart 2018.
12. GGD-GHOR Nederland, redactie. Aanpak verwarde personen: sociaal-medische zorg dreigt op de achtergrond te raken. Brief van GGD-GHOR Nederland aan Tweede Kamerleden. Utrecht: GGD-GHOR Nederland; 2016. ISBN 23.5.2016. <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=28545&m=1464172658&action=file.download>.
13. Blok C de, Kok A, Ridder J de. Professionals in de opvang voor dak- en thuislozen aan het woord. *Betere daklozenopvang* tegen lagere kosten. *Soc Bestek.* 2018;1:54–6.
14. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet.* 2017; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31959-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1).
15. 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(9953):1529–40.
16. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, et al. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001–2010. *PLoS ONE.* 2013;8(10):e73979.
17. Vermeulen K, Toet J, Ameijden E van. Eindrapportage hostelonderzoek Utrecht. *Beter af met bad, bed, brood en begeleiding?* Utrecht: GG&GD, Bureau Epidemiologie en Informatie; 2005.
18. Literatuur en nieuwsberichten over straatdokter: http://www.straatsdokter.nl/?page_id=1269. Geraadpleegd op 27 maart 2018.
19. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/d264531c5bd30ce1e9d6d4a88ff96179_Het_Nederlandse_Zorgstelsel.pdf. Geraadpleegd op 27 maart 2018.
20. Slockers M, Laere I van, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2016;160:D214.

Gezondheidsproblemen bij daklozen

INLEIDING

Heeft u dakloze patiënten in uw praktijk? Wordt u tijdens uw dienst weleens geconfronteerd met een dakloze patiënt? Dakloze patiënten zijn anders dan andere patiënten: hun problemen zijn anders, hun ziekten zijn anders en hun begeleiding en zorg zijn anders. Elders in dit nummer (pagina 363) beschrijven we hun algemene kenmerken en wat de huisarts kan doen om te voorkomen dat kwetsbare patiënten dakloos worden. In dit artikel behandelen we enkele aandoeningen en klachten die vooral bij daklozen voorkomen en gaan we in op aandachtspunten die van belang zijn voor de huisarts.

PRESENTATIE

Dak- en thuislozen kampen met allerlei gezondheidsproblemen, maar vaak gaan ze pas naar de dokter als het echt niet anders kan. Doktersbezoek heeft geen hoge prioriteit wanneer een groot deel van de energie en tijd opgaat aan overleven, eten en onderdak zoeken. Als ze gaan, kan het de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk zijn, de Spoedeisende Hulp of een straatdokterpraktijk.¹⁻⁶ Veel daklozen voelen zich niet thuis in reguliere huisartsenpraktijken. Ze schamen zich dat het zo slecht met hen gaat of voelen zich aangestaard door de andere patiënten in de wachtkamer als ze er onverzorgd uitzien. In sommige praktijken worden ze geweerd als ze onverzekerd zijn.⁷ Vooral huisartsen in binnensteden en in de nabije om-

Jan

Jan is 48 jaar en heeft in de horeca gewerkt. Hij hoestte steeds meer en werd zo benauwd dat hij zijn werk niet meer kon doen en zich ziek moest melden. Na vier maanden bleek dat hij longkanker had. Door zijn ziekte liep zijn inkomen terug. Hij kon de huur niet meer betalen en raakte zijn huis kwijt. Omdat Jan op straat een eind aan zijn leven wilde maken, bracht de politie hem naar een ggg-crisisopvang, waar men hem wist te stabiliseren. Op voorspraak van de straatdokter kreeg hij in de daklozenopvang een verpleegbed en begeleiding, en worden hem, in samenwerking tussen de straatdokter en medisch specialisten, bestraling en chemotherapie geboden.

geving van maatschappelijke opvangvoorzieningen zien regelmatig dakloze patiënten in de praktijk. Ze zijn daar vaak nogal wat tijd aan kwijt.

De beoordeling van dakloze patiënten is niet eenvoudig: vaak zijn er complexe omstandigheden en problemen die het hulpzoekgedrag beïnvloeden, het moment en de wijze van presentatie zijn vaak verre van ideaal. Tijdens het consult moet de huisarts bedacht zijn op aandoeningen die hij bij andere patiënten van dezelfde leeftijd niet vaak ziet en bovendien moet hij niet alleen letten op lichamelijke problemen, maar ook alert zijn op verslavingen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.^{8,9} Ruim 40% van de daklozen heeft zowel psychische als lichamelijke problemen, meer dan de helft gebruikt verdovende middelen en daklozen hebben ook vaker dan gemiddeld last van verslavingsproblematiek, psychosen en depressies.^{3,6,10} Al deze problemen kunnen interfereren met de somatische klachten. Bovendien is de kans groot dat een dakloze patiënt nog andere lichamelijke problemen heeft die hij niet uit zichzelf te berde brengt.

Samenvatting

Slockers M, van Laere I, van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wet* 2017;60(7):360-2.

Dakloze patiënten zijn anders dan andere patiënten: hun problemen zijn anders, hun ziekten zijn anders en hun begeleiding en zorg zijn anders. In dit artikel behandelen we enkele aandoeningen en klachten die vooral bij daklozen voorkomen en gaan we in op aandachtspunten die van belang zijn voor de huisarts. De beoordeling is niet eenvoudig: de problemen zijn complex, de presentatie is niet altijd adequaat. Men moet bedacht zijn op ongebruikelijke aandoeningen en alert zijn op verslavingen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen. Veelvoorkomende somatische problemen zijn huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn en problemen met ogen, voeten en gebit. In Nederland wordt de daklozenzorg geleverd door (huis)artsen en verpleegkundigen in straatdokterpraktijken; in Amsterdam en Rotterdam is door de maatschappelijke opvang een 'ziekenboeg' opgezet.

De kern

- Bij dak- en thuislozen moet men bedacht zijn op verslaving, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.
- Veelvoorkomende somatische klachten zijn huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn en problemen met de ogen, de voeten en het gebit.
- Daklozen zijn vaak ook zorgmijders; bij ernstige gedragsstoornissen is bemoeizorg geïndiceerd.
- Een behandeling met opiaten of psychofarmaca moet altijd gegeven worden onder toezicht en begeleiding.
- De enige effectieve aanpak is een integrale aanpak in samenwerking met vangnetteams, wijkteams, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, ggz en vaak ook de politie.
- Palliatieve zorg voor zwaar verslaafde daklozen kan erg ingewikkeld zijn; samenwerking met deskundigen is vereist.

Nederlandse Straatdokter Groep (NSG), Amsterdam, www.straatdokter.nl: dr. I. van Laere, sociaal geneeskundige-straatdokter, coördinator NSG. Gezondheidscentrum DWL-de Esch; M. Slockers, huisarts-straatdokter (tevens tehuis voor daklozen CVD Havenzicht, Rotterdam). Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, onderzoekscentrum Impuls, Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Nijmegen: dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts-straatdokter-onderzoeker • Correspondentie: slockers@knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

GERAPPORTEERDE KLACHTEN

In een onderzoek waarbij 513 dak- en thuislozen in de vier grote steden werden geïnterviewd, noemden zij de volgende zes klachten het vaakst: pijn in de nek, rug en gewrichten (42%), gebitsproblemen (40%), last van de ogen (39%), de luchtwegen (29%), de voeten (25%) en de huid (15%).¹¹ In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar de redenen waarom dak- en thuislozen huisartsen raadplegen. Enkele oudere sociaal-medische onderzoeken rapporteren wisselende prevalenties, die verschillen per setting, methode en beoordelaar. Uit rapportages van straatdokter in de vier grote en drie kleinere steden komen de volgende contactredenen achtereenvolgens naar voren als de zes belangrijkste: huidaandoeningen, luchtweginfecties, nek-, rug- en gewrichtspijn, gebitsproblemen, voetproblemen en maag-darmbezwaren. Dit komt redelijk overeen met de lijst die de daklozen zelf noemen.¹⁻⁶

Vanwege de onderliggende risicofactoren kan een aandoening bij dakloze patiënten snel verergeren, zodat een bezoek aan de SEH of zelfs een ziekenhuisopname nodig is; 199 van de 513 geïnterviewde dak- en thuislozen was dit naar eigen zeggen weleens overkomen.¹¹

SPECIFIEKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Loopvoeten

Lang lopen en staan in combinatie met slecht schoeisel, slechte voethegiëne en risicovol gedrag kan leiden tot 'loopvoeten'. Er zijn allerlei symptomen, zoals clavi, callus, verlengde teennagels, maceratie, blaarvorming, laceraties, chronische ulcera, metatarsalgie of marsfractuur.¹² Daklozen met loopvoeten hebben onderdak en voetverzorging nodig, vooral ook om te voorkomen dat er een infectie bijkomt waardoor de patiënt in een ziekenhuis moet worden opgenomen.

Infecties

Een zwervend bestaan maakt de huid kwetsbaar. Verwondingen, middelengebruik, ondervoeding, slechte hygiëne en de gemeenschappelijke slaapzalen en douches in passantenverblijven verhogen het risico op huidinfecties. Aandoeningen als tinea pedis, onychomycose, candidiase, scabiës, interdigitaal erythrasma, erysipelas, cellulitis en zelfs klierluis (*Pediculus humanus*) komen dan ook vaak voor.^{1-4,12}

Diezelfde kwetsbaarheid en infectiedruk leiden ertoe dat ontstekingen in de mond en in het gebit, hiv-infecties, tuberculose en hepatitis onder daklozen veel vaker voorkomen dan in de algemene bevolking.^{13,14}

Chronische pijn

Veel dak- en thuislozen hebben pijn. In een onderzoek onder 152 dak- en thuislozen in Toronto meldde 37% intense en beperkende chronische pijn, vooral in rug, knieën en schouders. De oorzaak was meestal een verwonding. Als pijnstilling gebruikten de respondenten vaak alcohol en drugs; de medische behandeling vonden ze veelal onvoldoende.¹⁵ Meer aandacht voor pijnklachten bij dak- en thuislozen lijkt op zijn plaats.



Huisartsen zijn een onmisbare schakel bij het realiseren van toeganke-lijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen.

Luchtwegklachten

Van de 629 daklozen die de ziekenboeg van het Leger des Heils in Amsterdam opnam in de periode 2001-2007 werd 33% opgenomen vanwege een pneumonie.¹⁶ Vooral middelengebruik, COPD en ondergewicht zijn risicofactoren voor een infectie van de lagere luchtwegen. Bijna alle daklozen roken, velen gebruiken cannabis. Bij cocaïnegebruikers ziet men de zogeheten cracklong, een vroege en invaliderende vorm van COPD; opiaatgebruik kan een onderliggende pneumonie maskeren. Bij dergelijk zware luchtwegklachten hebben daklozen onderdak en verpleegkundige ondersteuning nodig om te kunnen herstellen.

Oogklachten

In het interviewonderzoek in de vier grote Nederlandse steden meldde 39% van de respondenten dat ze visusklachten hadden, zoals moeite met lezen.¹¹ Bij 1141 daklozen die onderzocht werden in een Londense oogkliniek telde men 38% bijzienden en 21% verzienden, en had 35% eigenlijk een bril nodig vanwege ongecorrigeerde refractiefouten.¹⁷ Het zou goed kunnen dat visuele beperkingen in combinatie met middelengebruik voor een belangrijk deel debet zijn aan de frequente letsels bij daklozen. Visuele klachten bij daklozen verdienen aandacht.

Verstandelijke beperking

Bijna eenderde (29 tot 31%) van de dak- en thuislozen heeft een verstandelijke beperking.^{8,9} Menig dakloze lijkt rap van tong, maar de straattaal die hij spreekt kan onvermogen verbergen en een verstandelijke beperking verbloemen. Als een dakloze patiënt een verstandelijke beperking heeft, is het van groot belang dat hulpverleners daarvan op de hoogte zijn. Als de patiënt op onbegrip stuit en overvraagd wordt, kan onvermo-

gen omslaan in agitatie en zelfs agressief gedrag – wat in het daklozencircuit en aan diverse loketten niet ongebruikelijk is. Veel hulpverleners beseffen niet dat agitatie juist een copingmechanisme is, een uiting van onmacht van iemand die overvraagd wordt. Het is aan te bevelen in zulke situaties een arts voor verstandelijk gehandicapten te consulteren (<http://nvavg.nl>).

Verzoek om medicatie

Polyfarmacie is bij veel dak- en thuislozen een probleem. Ze gebruiken vaak meerdere middelen, waaronder benzodiazepinen en opiaten, en de huisarts moet extreem terughoudend zijn met het voorschrijven van die middelen aan dakloze gebruikers. Patiënten zijn soms geneigd tot manipulatie. Huisartsen kunnen beter geen gehoor geven aan verhalen dat de pillen zogenaamd voortijdig opgebruikt of verloren zijn. Ook het voorschrijven van methadon aan deze patiënten moet in handen blijven van verslavingsartsen om ongewilde overdosering of pillenhandel te voorkomen.

Het is helaas onmogelijk als huisarts op de hoogte te zijn van alle medicatie die een dakloze patiënt door andere artsen krijgt voorgeschreven of via verschillende apotheken dan wel illegaal verkrijgt.

Palliatieve sedatie

In de terminale zorg voor harddruggebruikers blijkt soms dat palliatieve sedatie extreem moeilijk te bereiken is. Door het chronisch gebruik zijn hun receptoren minder gevoelig geworden voor opiaten en benzodiazepinen. In een dergelijke situatie moet advies worden ingewonnen bij een ervaren straatdokter en een palliatief team.¹⁸

INTEGRALE ZORG

Als een dakloze patiënt bij de huisarts komt met een somatische klacht, geeft dat de huisarts een ingang om ook naar andere problemen te vragen. Doordat de patiënt kwetsbaar is op meerdere levensgebieden, is de enige aanpak die effectief is een integrale aanpak, die rekening houdt met andere dan alleen medische problemen. Dat vereist intensieve samenwerking met bijvoorbeeld het vangnetteam van de GGD, sociale wijkteams, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, ggz en vaak ook de politie.¹⁹ Zeker bij daklozen die zorg weigeren, excessief verslaafden die teloorgaan en daklozen met psychiatrische problematiek is outreachende bemoeizorg en *assertive community treatment* (ACT) essentieel.

Een dergelijk integrale aanpak is niet alleen mogelijk, maar ook heilzaam voor daklozen én voor de maatschappij. In 2006 is in de vier grote steden begonnen met een plan van aanpak voor de maatschappelijke opvang, waarbij vanuit de AWBZ zorg, begeleiding en opvang werd aangeboden aan ex-

daklozen, in goede samenwerking tussen opvang, woningcorporaties, GGD, ggz en verslavingsinstellingen. Dit resulteerde in een rustiger straatbeeld en een groter veiligheidsgevoel bij burgers. De behoefte aan detentieplaatsen nam af. Het aantal patiënten met tuberculose daalde met 75% – in Londen steeg het in diezelfde periode met 50%. De aansturing vanuit de GGD en de ondersteuning door vangnet- en adviesteams bleek heel belangrijk.²⁰

SOCIAAL-MEDISCHE ZORG

Medische zorg moet laagdrempelig en outreachend zijn om daklozen te kunnen bereiken. De hulpverlener moet het lokale hulpnetwerk goed in beeld hebben, juist omdat de sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in ons land overal anders is georganiseerd.²¹

In de jaren negentig zijn in Amsterdam, Eindhoven, Rotterdam en Utrecht ‘ziekenboegen’ opgezet, verpleegbedden in de maatschappelijke opvang waar huisartsen/straatdokter en straatverpleegkundigen indiceren en zelf zorg bieden. Deze ziekenboegen hebben zich onmisbaar gemaakt omdat ze de mogelijkheid bieden tot herstel, time-out, diagnostiek en goed kijken naar welke zorg iemand op langere termijn nodig heeft.

Ook hebben (huis)artsen samen met verpleegkundig specialisten straatdokterpraktijken opgezet. Deze praktijken leunen zwaar op de verpleegkundigen; zij leggen contact, signaleren systematisch problemen, zien toe op de medicatie en ondersteunen de huisartsen tijdens spreekuren-op-locatie. De ervaring leert dat straatdokterpraktijken de reguliere huisartsenpraktijken ontlasten van dakloze bezoekers en dat ziekenboegbedden kostbare ziekenhuisopnamen voorkomen.¹⁶ In 2014 hebben de straatdokterpraktijken zich verenigd in de Nederlandse Straatdokter Groep (NSG) om hun specifieke kennis en ervaring te delen.²¹ Met het uitdragen van ‘lessen van de straat’ zoals in deze nascholing probeert de NSG toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen te realiseren. Huisartsen zijn een onmisbare schakel in die zorg. Raadpleeg www.straatsdokter.nl voor berichten, publicaties en symposia van de straatdokter! ■

LITERATUUR

- 1 Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartssprekuren voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactoorzaken, diagnoses en verrichtingen. Huisarts Wet 1992;35:342-4.
- 2 Van der Maat TGM, Falke PTLA, Van Doorn JW. Medisch spreekuren voor dak- en thuislozen. Over het bestaansrecht van een bijzondere grootste delijke voorziening. Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage 1997;32:5-9.
- 3 Van Laere I, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogeheten dr.Valckenier-sprekuren in Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1156-60.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

LITERATUUR

- 1 Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartsensprekuren voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactoorzaken, diagnoses en verrichtingen. *Huisarts Wet* 1992;35:342-4.
- 2 Van der Maat TGM, Falke PTLA, Van Doorn JW. Medisch spreekuren voor dak- en thuislozen: Over het bestaansrecht van een bijzondere grootstedelijke voorziening. *Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage* 1997;32:5-9.
- 3 Van Laere I, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogeheten dr.Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156-60.
- 4 Van der Poel A, Krol L, De Jong W, Jansen H. Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter', sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in Rotterdam: Verslag van een onderzoek naar het functioneren van de Straatdokter. Rotterdam: IVO, 2005.
- 5 Elissen A, Van Raak AJ, Derckx EW, Vrijhoef HJ. Improving homeless persons' utilisation of primary care: lessons to be learned from an outreach programme in The Netherlands. *International Journal of Social Welfare* 2013;22:80-9.
- 6 Jongeneel M. Factsheet sociaal-medische zorg dak- en thuislozen West-Brabant. Bergen op Zoom/Breda. GGD West-Brabant; 2016.
- 7 Sloekers M, Van Laere I, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D214.
- 8 Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS One* 2014;9:e86112.
- 9 Reifenschweiler N, Wolf J, Van den Muijsenbergh M. Suspected intellectual disability among homeless people in Nijmegen: What is the prevalence? Nijmegen: Radboudumc, 2016.
- 10 Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008;5:e225.
- 11 Al Shamma S, Van Straaten B, Boersma S, Rodenburg G, Van der Laan J, Van de Mheen D, et al. Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in 2,5 jaar, eindrapportage Coda-G4. Rotterdam: IVO; 2015.
- 12 Van Laere I. 'Loopvoeten' bij zwervers. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2481-4.
- 13 Van Laere I. Amsterdamse daklozen hebben een slecht gebit. *Tandarts Praktijk* 2003;24(11):26-8.
- 14 Fazel S, Geddes J, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529-40.
- 15 Hwang SW, Wilkins E, Chambers C, Estrabillo E, Berends J, MacDonald A. Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC Fam Pract* 2011;12:73.
- 16 Van Laere IR, De Wit MA, Klazinga NS. Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:208.
- 17 D'Ath PJ, Keywood LJ, Styles EC, Wilson CM. East London's homeless: a retrospective review of an eye clinic for homeless people. *BMC Health Serv Res* 2016;16:54.
- 18 Sloekers M, Baar F, Den Breejen P, Sloekers C, Geijteman, Rietjens J. Palliatieve zorg voor een dakloze. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A9287.
- 19 Van den Muijsenbergh M. Een andere pet maar dezelfde zorg: straatdokterpraktijken en politie. *Cahiers Politiestudies* 2016;(40):125-32.
- 20 Sloekers M, Nusselder W, Looman C, Sloekers C, Krol L, Beeck E van. Maatregelen voor daklozen verbeteren de leefomstandigheden voor daklozen en Rotterdammers, maar leiden niet tot sterfteafname. *TSG* 2015;93:172-5.
- 21 Van Laere I, Van den Muijsenbergh M, Smit R, Sloekers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem: Straatdokter bepleiten landelijk beleid. *Medisch Contact* 2015;70:340-3.

Huisarts kan dakloosheid voorkomen

INLEIDING

Bent u als huisarts in staat om patiënten in uw praktijk te herkennen die een hoog risico hebben om dakloos te raken? Wat kunt u doen om dakloosheid te voorkomen? Hoe is de gezondheid van daklozen en hoe kunnen huisartsen bijdragen aan toegankelijke en goede zorg voor dak- en thuislozen? Twee artikelen in dit nummer proberen een antwoord te geven op deze vragen, aan de hand van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek en op basis van dertig jaar ervaring met sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen in Nederland.

In deze nascholing beschrijven we risicofactoren voor dakloosheid, kenmerken van Nederlandse dak- en thuislozen, en hoe de huisarts kan helpen voorkomen dat een patiënt dakloos wordt. In het nascholingsartikel elders in dit nummer behandelen we de ziekten die bij dak- en thuislozen veel voorkomen, hun zorggebruik en wat de huisarts of straatdokter kan doen om te zorgen dat dak- en thuislozen toegang krijgen tot goede zorg.

Afhankelijk van de conjunctuur, de politieke aandacht, de definitie en de telmethode varieert het aantal dak- en thuislozen in Nederland. In 2012 waren er volgens het CBS 27.300 dak- en thuislozen; de Federatie Opvang berekende dat in datzelfde jaar 57.761 mensen gebruikmaakten van opvangvoorzieningen.^{1,2} In de schattingen van het CBS is het aantal dak- en thuislozen de laatste acht jaar gestegen van 17.800 in 2009 tot 30.500 in 2016. Daarmee wordt ook de kans steeds groter dat er daklozen in uw praktijk ingeschreven staan of naar uw spreekuur komen.

Samenvatting

Van Laere I, Sloekers M, Van den Muijsenbergh M. Huisarts kan dakloosheid voorkomen. *Huisarts Wet* 2017;60(7):363-5.

Door het stijgende aantal dak- en thuislozen in Nederland neemt de kans toe dat de huisarts een dak- of thuisloze op het spreekuur krijgt. Dak- en thuislozen zijn kwetsbaar, door hun achtergrond en doordat psychosociale en gezondheidsproblemen zich opstapelen. Daardoor is hun levensverwachting fors lager dan die van de algemene bevolking. Huisartsen kunnen veel leed en maatschappelijke kosten voorkomen door bij kwetsbare patiënten tijdig sociaal-medische problemen te signaleren en het wijkteam of de GGD in te schakelen. Dat kan door goed op te letten bij patiënten met het volgende profiel: de alleenstaande, laagopgeleide man die zijn baan of relatie verliest, die gokt, drinkt of drugs gebruikt, misschien met een lichte verstandelijke beperking of psychische klacht. Vaak komen deze patiënten naar de praktijk vanwege een somatisch probleem of vragen ze om slaap- of kalmeringsmiddelen. Onverzekerdheid is vaak een eerste signaal; hulp aan onverzekerden is sinds kort te declareren via het Centraal Administratiekantoor (CAK).

PROFIEL VAN DE DAKLOZE

In vergelijking tot de algemene bevolking zijn dak- en thuislozen vaker man, 30 tot 49 jaar oud en met een niet-westerse achtergrond.¹ Het karakteristieke profiel is een laagopgeleide man van rond de veertig met een overwegend disharmonische en gekwetste jeugd. Hij heeft moeite met het organiseren en behouden van relaties, werk en inkomen; administratie, financiën, de zorgverzekering en de (digitale) omgang met instanties stellen hem voor grote problemen. Hij heeft een matige of ernstige verslaving (alcohol, nicotine, cannabis, soms harddrugs) en de kans is groot dat hij ook psychiatrische problemen heeft, beperkte verstandelijke vermogens en somatische aandoeningen. Menig dakloze heeft te maken gehad met de kinderbescherming, internaten en justitie.

Onderzoeken onder de bezoekers van de maatschappelijke opvang en straatdokterpraktijken in de vier grote steden in Nederland bevestigen dit profiel.³⁻⁸ Van de 410 dak- en thuislozen die deelnamen aan een cohortonderzoek was 80% man en 60% allochtoon, de gemiddelde leeftijd was 40 jaar (spreiding 20 tot 74 jaar), 42% had nooit goed contact gehad met vader of stiefvader en 26% was in de jeugd emotioneel of lichamelijk mishandeld. Bijna driekwart (72%) was laag tot zeer laag opgeleid, slechts 8% had een reguliere betaalde baan en 88% had schulden (mediaan € 8500); 11% was onverzekerd.³ In een ander onderzoek onder 387 daklozen in de vier grote steden had 29%

De kern

- Dak- en thuislozen hebben een sterk verminderde levensverwachting door een stapeling van gezondheidsproblemen.
- Daklozen zijn kwetsbaar door hun achtergrond, vaak een combinatie van problemen met huisvesting, relaties, inkomen, dagbesteding, verslaving, psychiatrische stoornissen, somatische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.
- Patiënten met een verhoogde kans op huurachterstand en huisuitzetting zijn meestal alleenwonend, man, 25 tot 45 jaar oud, met schulden, justitiële contacten en verslavingsproblematiek.
- Patiënten zonder briefadres raken onverzekerd; dit kan een eerste signaal zijn van dakloosheid, meer dan een onverzorgd uiterlijk.
- Huisartsen kunnen dakloosheid soms voorkomen door actief te vragen naar huurachterstand en op tijd het sociaal wijkteam in te schakelen.

Nederlandse Straatdokter Groep (NSG), Amsterdam, <http://www.straatdokter.nl>; dr. I. van Laere, sociaal geneeskundige straatdokter, coördinator NSG, Gezondheidscentrum DWL-de Esch; M. Sloekers, huisarts-straatdokter (tevens tehuis voor daklozen CVD Havenzicht, Rotterdam), Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, onderzoekscentrum Impuls, Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Nijmegen; dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts-straatdokter-onderzoeker • Correspondentie: ivlaere@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

zeer waarschijnlijk een verstandelijke beperking – bij de algemene bevolking is dat 0,7%. Psychosociale stress, somatisatie, depressie en middelenafhankelijkheid kwamen bij daklozen met een verstandelijke beperking significant vaker voor dan bij andere daklozen.⁹

Mettertijd stapelen de psychosociale en gezondheidsproblemen zich op; dak- en thuislozen hebben dan ook een sterk verhoogd risico om vroegtijdig te overlijden.¹⁰⁻¹² Van de 364 bezoekers van de GGD-straatdokterpraktijk in Amsterdam was tien jaar later een vijfde overleden op de gemiddelde leeftijd van 55 jaar.¹⁰ In Rotterdam was de levensverwachting van dakloze mannen op 30-jarige leeftijd 11 jaar lager dan bij de algemene bevolking, die van dakloze vrouwen was bijna 16 jaar lager.¹² Doodsoorzaken waren vooral ongelukken, moord, zelfmoord, intoxicatie, psychiatrische stoornis, aids, cirrose, hart- en vaatziekte en kanker.¹⁰⁻¹²

OOZAKEN VAN DAKLOOSHEID

De bekendste stap naar dakloosheid is huisuitzetting.¹³ In de meeste gevallen (85%) is de reden huurachterstand, minder vaak gaat het om chronische overlast, woonfraude of wiet-teelt.¹⁴ Een verhoogd risico om uitgezet te worden hebben vooral alleenstaande mannen van 25 tot 45 jaar; financieel wanbeheer en drugsverslaving spelen vaak een rol.^{10,15} Een relatief grote groep heeft een migratieachtergrond.¹³

Daklozen zelf noemen een scala aan oorzaken voor hun dakloosheid. Het meest genoemd worden financiële problemen, een conflict of een breuk in de relatie, gedwongen huisuitzetting en ontslag uit detentie. Daaronder liggen meestal andere problemen, zoals verlies van werk, alcohol, drugs, gokken, een psychische stoornis of het overlijden van een naaste.^{3,10,13}

DE ROL VAN DE HUISARTS

De huisarts kan een belangrijke rol spelen door signalen van (dreigende) dakloosheid op te vangen, en kan soms misschien zelfs een huisuitzetting voorkomen. Dat kan door goed op te

letten bij patiënten met het bovenbeschreven profiel: de alleenstaande, laagopgeleide man die zijn baan of relatie verliest, die gokt, drinkt of drugs gebruikt, die misschien een lichte verstandelijke beperking of psychische klacht heeft. Vaak komen deze patiënten naar de praktijk vanwege een somatisch probleem of vragen ze om slaap- of kalmeringsmiddelen.

Huurachterstand

Tijdens het contact kunt u vragen hoe het thuis gaat, of er financiële problemen zijn, of er een huurachterstand is. In Amsterdam is aangetoond dat huishoudens die tijdens een uitzettingsproces contact hadden met hun huisarts significant minder vaak hun huis werden uitgezet dan huishoudens die dat niet hadden.¹⁰

Bij patiënten met problemen en een huurachterstand heeft het zin het sociaal wijkteam in te schakelen. Dat kan de financiële situatie beoordelen en in samenwerking met de woningcorporatie maatregelen nemen om huisuitzetting te voorkomen. U kunt het wijkteam vragen u de afloop te laten weten.

Het is voor deze patiënten belangrijk dat u proactief handelt en niet het initiatief bij hen laat, want over het algemeen zullen ze niet uit zichzelf contact opnemen met een sociaal wijkteam – of met welke instantie ook. Een telefoontje kan uw patiënt en de samenleving enorme schade besparen als u ermee voorkomt dat uw patiënt uit huis wordt gezet. U kunt zulke taken ook actief delegeren naar de poh-ggz.

Onverzekerd zijn

Patiënten die dakloos worden, verliezen hun briefadres en daarmee hun zorgverzekering.¹⁶ Dakloze patiënten kunnen een beroep op u doen zonder dat u weet dat ze dakloos zijn; slechts weinigen presenteren zich als klassieke zwerver en u kunt dus niet afgaan op uiterlijke verzorging. Dat een patiënt onverzekerd is geraakt, kan wel een signaal zijn van dakloosheid: sommigen slapen tijdelijk op de bank bij familie of vrienden voordat ze aankloppen bij de maatschappelijke opvang.

Bij deze patiënten is het zinvol te vragen naar hun verblijfplaats en of ze hulp krijgen van een opvanginstelling. Indien de medische conditie erom vraagt, kunt u uw patiënt actief verwijzen voor onderdak en zorg – wederom met een telefoontje naar een opvanginstelling, naar een straatdokter of naar de GGD-afdeling Vangnet en Advies.⁴ Ook hier is terugkoppeling gewenst, zodat u zich ervan kunt vergewissen dat uw patiënt daadwerkelijk is opgevangen. Dit bespaart wellicht een kostbare ziekenhuisopname of crisisinterventie op straat.

Subsidieregeling onverzekerden

Onder andere doordat de Nederlandse Straatdokers Groep alarm heeft geslagen,¹⁶ heeft het ministerie van VWS een 'subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' ingesteld.¹⁷ Per 1 maart 2017 kunnen huisartsen op basis van deze regeling medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerde patiënten. Om deze zorg te kunnen factu-

HULP VOOR ONVERZEKERDEN

Nederlanders

- Voer binnen 24 uur na het consult online de gegevens van de patiënt in via www.meldpuntverzekerdenzorg.nl.
- Stuur vervolgens de declaratie naar het CAK.¹⁷

EU-onderdanen

- EU-ingezetenen zonder werk hebben alleen verzekeringsrecht in hun eigen EU-land.
- Crisisondersteuning via de GGD-afdeling Vangnet en Advies of via de lokale voorziening Bemoeizorg of OGGZ.
- Hulp aan ingezetenen van Oost-Europese EU-landen loopt via de Stichting Barka (www.barkanl.org).

Vreemdelingen en ongedocumenteerden

- Voor medisch noodzakelijk basiszorg kan de huisarts een passanten-tarief rekenen.
- Het CAK kan een bijdrage geven van 80% van de oninbare voorde-ring.¹⁸



Foto: Srdjan Randjelovic/Shutterstock.

Tijdig sociaal-medische problemen bij kwetsbare patiënten signaleren en gericht hulp inschakelen kunnen dakloosheid en vroegtijdig overlijden voorkomen.

reren, moet de huisarts binnen 24 uur een melding doen bij de GGD via www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl. Nadat de patiëntgegevens zijn ingevoerd, stuurt het meldpunt een declaratieformulier dat kan worden ingediend bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Het is vervolgens de taak van de gemeente om contact op te nemen met de onverzekerde voor het verschaffen van een briefadres. Zodoende worden deze mensen weer verzekerd en kan reguliere zorg geleverd worden zonder drempels.

Voor ongedocumenteerde vreemdelingen die géén EU-ingezetene zijn, kunnen huisartsen een passantenarief declareren bij het CAK [kader].¹⁸ In geval van crisis, teloorgang of zorgweigering bij een onverzekerbare patiënt kunt u contact opnemen met de lokale GGD-afdeling Vangnet en Advies, die hulp biedt bij terugkeer naar het eigen land.¹⁹

TOT SLOT

Huisartsen zijn bij uitstek in de gelegenheid om bij kwetsbare patiënten tijdig sociaal-medische problemen te signaleren en gericht hulp in te schakelen om dakloosheid en vroegtijdig overlijden te voorkomen. Met enige moeite is de geleverde zorg ook te declareren. Raadpleeg www.straatsdokter.nl voor berichten, publicaties en symposia van de straatdokter. ■

LITERATUUR

- 1 Coumans AM, Cruyff MJLE, Van der Heijden PGM, Wolf J, Schmeets H. Estimating homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Social Indicators Research* 2017;130:189-212.
- 2 Kengetallen over de cliënten in de maatschappelijke opvang. Amersfoort: Federatie Opvang, 2013.
- 3 Van Straaten B. On the way up? Exploring homelessness and stable housing among homeless people in the Netherlands [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.

LITERATUUR

- 1 Coumans AM, Cruyff MJLF, Van der Heijden PGM, Wolf J, Schmeets H. Estimating homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Social Indicators Research* 2017;130:189-212.
- 2 Kengetallen over de cliënten in de maatschappelijke opvang. Amersfoort: Federatie Opvang, 2013.
- 3 Van Straaten B. On the way up? Exploring homelessness and stable housing among homeless people in the Netherlands [dissertation]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.
- 4 Van Laere I, Van der Muijsenbergh M, Smit R, Sloekers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem: Straatdokter bepleiten landelijk beleid. *Medisch Contact* 2015;70: 340-3.
- 5 Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartsspreekuur voor dak- en thuislozen: Een inventarisatie van contactoorzaken, diagnosen en verrichtingen. *Huisarts Wet* 1992;35:342-4.
- 6 Van der Maat TGM, Falke PTLA, Van Doorn JW. Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen: Over het bestaansrecht van een bijzondere grootschedelijke voorziening. *Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage* 1997;32:5-9.
- 7 Dekker HS, Kocken PL, Schrader WE. Het Rotterdamse sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuislozen. Eindevaluatie van een experiment. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.; 1994.
- 8 Van Laere I, Buster M. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr.Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156- 60.
- 9 Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS One* 2014;9:e86112.
- 10 Van Laere I. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam [dissertation]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009.
- 11 Temorshuizen F, Van Bergen APL, Smit RBJ, Smeets HM, Van Ameijden EJC. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60:426-35.
- 12 Nusselder WJ, Sloekers MT, Krol L, Sloekers CT, Looman CW, Van Beeck EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS One* 2013;8:e73979.
- 13 Van Laere IR, De Wit MA, Klazinga NS. Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health* 2009;9:3.
- 14 Hoeveel huisuitzettingen zijn er per jaar? [internet]. Den Haag; Aedes, 2016. https://www.aedes.nl/feiten-en-cijfers/bewoners_geraadpleegd_april_2017.
- 15 Van Laere IR, de Wit MA, Klazinga NS. Preventing evictions as a potential public health intervention: characteristics and social medical risk factors of households at risk in Amsterdam. *Scan J Public Health* 2009;37: 697-705.
- 16 Sloekers M, Van Laere I, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D214.
- 17 Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg onverzekerden. Den Haag: VNG, 2017. https://vng.nl/onderwerpen/index/maatschappelijke-ondersteuning/beschermde-wonen-maatschappelijke-opvang/nieuws_geraadpleegd_april_2017.
- 18 Regeling onverzekerbare vreemdelingen: Declaratieformulier zorgverleners. Den Haag: CAK, 2017. https://www.hetcak.nl/vragen/subsidieregeling-zorg-aan-onverzekerden_geraadpleegd_april_2017.
- 19 Van Mill JC, Van Laere I, Deunk J, Nauta K-J. Een dakloze, onverzekerde illegaal met multiële fracturen en een psychose: Hoe kun je zo'n patient doelmatige zorg verlenen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A9183.

'TANDARTSEN ZOUDEN MEER OOG MOETEN HEBBEN VOOR DAKLOZEN'

Sociaal geneeskundige Igor van Laere is voorvechter van sociaal-medische armenzorg. In de dagelijkse praktijk als straatdokter – bij daklozenopvang De Cocon in Hilversum – ziet hij vaak daklozen met grote gebitsproblemen. Hij verwondert zich over het feit dat de tandheeskundige professie zo weinig aandacht voor deze groep heeft en daagt hen uit om mondzorg aan dak- en thuislozen te bieden. **door Frank van Wijk**

Dit is niet de eerste keer dat Igor van Laere aan het woord komt in dit tijdschrift. Hij was er ook al in te vinden in een editie uit 2003, naar aanleiding van een met Bert Molendijk van het Jellinek Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde uitgevoerd onderzoek naar de tandzorg voor daklozen. De uitkomsten waren onthutsend. Slechts een enkeling meldde zich spontaan met een gebitsprobleem, terwijl een derde van de ondervraagde daklozen in de laatste drie maanden tandpijn had gehad. Een kwart had moeite met eten door ontbrekende of afgebroken tanden en slechts 26 procent had in het jaar ervoor de tandarts bezocht, tegenover 77 procent in de algemene bevolking.

Wat is er sinds die tijd gebeurd? 'Niet veel', zegt Van Laere, 'geen structurele verandering ten goede in ieder geval. Dakloosheid is gerelateerd aan sociale, politieke en economische omstandigheden. Beleidsmaatregelen maken slachtoffers. We zien dit nu ook weer aan de zogenaamde pechmannen, bij wie geen sprake is van verslaving of psychiatrische problemen, maar bij wie het probleem het gevolg is van de pech ooit een verkeerde afslag te hebben genomen. Ook de recente economische crisis speelt natuurlijk een rol in de groei van deze groep. Toen ik eens in de Verenigde Staten was zag ik daar veel van dergelijke mannen: niet verslaafd en soms zelfs keurig gekleed, maar door een scheiding of de medische kosten

Frank van Wijk is freelance journalist gespecialiseerd in de gezondheidszorg.

voor een ziek kind wel dakloos geworden. Maar we hebben zeker ook nog de klassieke zwervers die wel verslaafd zijn of psychiatrische problemen hebben, al dan niet gehandicapt door een verstandelijke beperking. En een grote groep onzichtbaren: de bankslapers en illegalen, vaak jongeren ook. Aan die laatste groep wordt echt veel te weinig aandacht besteed. Een gebrek aan beschaving van de samenleving, een kwalijke zaak. Mensen nemen foute beslissingen



Igor van Laere (Foto's Karin Stroo)





en daarin zouden we ze moeten begeleiden in plaats van ze ervoor te bestraffen, maar dat gebeurt te weinig. Dan verlies je mensen. Feitelijk hebben we sinds de Middeleeuwen in beschaving weinig vooruitgang geboekt.'

De mond als spiegel van de gezondheid

Tijdens dat onderzoek in 2003 werkte Van Laere bij de GGD in Amsterdam. 'Daklozen werden ook toen verwaarloosd door de gezondheidszorg en universiteiten', zegt hij. 'Ik vraag mij echt af wat de rol en betekenis is van het onderdeel 'sociale tandheelkunde' in de opleiding. In de sociale geneeskunde is het overigens vergelijkbaar, waar je voor het co-schap drie weken mag meelopen met een verzekerings- of keuringsarts. De studenten zouden drie maanden moeten meelopen in de sociale psychiatrie en de daklozenzorg, maar ook bij de sociale dienst en de

schuldhulpverlening om de realiteit van deze mensen beter te begrijpen en het oordeel over hen te leren uitstellen. Daklozen hebben enorm veel drempels voor behoud van een goede gezondheid: stress, lage weerstand, slecht en onregelmatig eten, veel roesmiddelen en weinig vitamines. De mond weerspiegelt dat. Bovendien hebben ze hoge schulden, zitten in bewindvoering en krijgen zakgeld. Er zijn wel gemeenten die voor deze mensen een aanvullende daklozenverzekering regelen zodat ze naar de tandarts kunnen, maar er zijn geen landelijke richtlijnen.'

Geen bruggen

Voor de verbinding van de straat met de sociale tandheelkunde heeft Van Laere onlangs contact gezocht met Ad de Jongh, hoogleraar sociale tandheelkunde bij het ACTA, om studenten te betrekken voor een stage mondzorg voor daklozen. Hij vertelt: 'De Jongh

was meteen enthousiast, maar nadat ik een projectvoorstel had geschreven bleek het niet in het onderwijsprofiel te passen. Net zoals daklozen niet in de gezondheidszorg passen. Zo slaan we geen bruggen. Dit terwijl Amerikaans onderzoek uitwijst dat studenten die in hun opleiding zijn geconfronteerd met daklozen later in hun praktijkvoering meer compassie voor deze mensen tonen. Een schaars voorbeeld van onderzoek op dit gebied trouwens. Toets maar eens "homeless", "dental" en "Netherlands" in op Pubmed. Nul hits. Wat zegt dat over de sociale tandheelkunde in ons land?'

Onno Hoes, voorzitter van het *Schaakteam Personen met Verward Gedrag*, stelde onlangs op ons straatdokers-symposium voor dat er net als pro deo advocaten ook pro deo tandartsen zouden moeten zijn. Een idee waarin Van Laere zich helemaal kan vinden. 'Mijn idee is dan om dat pro deo werk



van tandartsen voor daklozen te belonen met accreditatiepunten', zegt hij. 'Gewoon een punt per uur werk voor deze doelgroep, dan maak je er voor de tandarts en de daklozen een win-win-situatie van.'

Angst en schaamte

Bij De Cocon, waaraan Van Laere voor een halfjaar verbonden is, heeft hij tot nu toe 55 mensen uitvoerig sociaal-medisch beoordeeld. Hij vertelt: 'Negentig procent had een ongesaneerd gebit, dertien procent kwam met gebitsklachten en zes mensen hadden het afgelopen half jaar de tandarts bezocht wegens acute pijn. Pas op het moment dat de nood het hoogst is. Soms gaan ze dan ook wel naar een afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis, het totaal verkeerde loket.'

Dit lost niet het probleem op dat niet iedere dakloze naar de tandarts toe wil. 'Natuurlijk', zegt Van Laere, 'er is angst en schaamte. En naar de tandarts gaan is ook gedoe. Ik zou het daarom heel mooi vinden als hier bij de daklozenopvang een tandartsstoel stond. Maar het zou ook goed zijn als tandartsen hun maatschappelijk gezicht lieten zien. Niet afwachten tot er projecten komen of tot stichtingen met ideeën komen, maar zelf contact zoeken met de opvangvoorzieningen in de buurt waarin je praktijk gevestigd is. Gewoon je hand reiken. Projecten zijn vaak maar tijdelijk. Neem het ontheemdenproject van Jan Willen Oortwijn in Amsterdam, dat verdween toen de subsidie werd stopgezet. Er zijn dus echt pioniers nodig, zoals Didi Landman in Rotterdam en Sharif Tairie

in Amsterdam, die deze zorg structureel helpen inbedden. Allebei tandartsen uit een ander land van herkomst die het normaal vinden om sociale projecten te doen binnen hun eigen vakgebied.'

De straattandarts

In enkele steden is specifieke mondzorg voor daklozen opgezet door zogenaamde straattandartsen (http://www.straadokter.nl/?page_id=1269). Hier bestaat de afspraak dat een dakloze die naar de straattandarts gaat wordt vergezeld door een medewerker van de daklozenopvang, voor uitleg en geruststelling en voor het ondersteunen bij het regelen van een identiteitsbewijs en aanvullende verzekering. Van Laere: 'Hiervan kunnen we leren en gegevens verzamelen om zicht op problemen, kosten en behandelresultaten te krijgen. Dus ook hier wil ik de tandheelkundige academie oproepen de wetenschappelijke hand te reiken.'

De rol van de zorgverzekeraar

En hoe gaan de zorgverzekeraars met de problematiek van mondzorg voor daklozen om? 'Hun gun ik meer nieuwsgierigheid naar de werkelijkheid', zegt Van Laere diplomatiek. 'Ik hoop dat ze – net als de politici – eens komen kijken in de 'armenhuizen' waar wij werken voor deze mensen. Het zou goed zijn als de zorgverzekeraars samen met gemeenten tot afspraken zouden komen om structurele mondzorg voor alle daklozen mogelijk te maken. Het is zó belangrijk. Een slecht gebit kan allerlei gezondheidsklachten veroorzaken, van abscessen tot long- en hartklepontstekingen.

En er zullen altijd daklozen blijven, dus een structurele aanpak is echt nodig.'

Gebrek aan onderzoeksdata

Van Laere beseft dat het aan data ontbreekt uit sociaal-tandheelkundig onderzoek. 'Er is niemand – geen tandarts, gezondheidswetenschapper of GGD professional – die heeft uitgezocht om welke gebitsproblemen bij daklozen het precies gaat in Nederland, wat het kost om hen adequate behandeling te bieden en wat de beste manier zou zijn om die behandeling voor elkaar te krijgen', zegt hij. 'De academische verwondering over mensen in de onderlaag is belabberd. Ook de hogescholen zouden meer kunnen doen: maatschappelijk werk, sociale dienstverlening, mondhygiënist. Ze zouden net als *Artsen zonder Grenzen* naar de gebieden kunnen gaan waar de nood het hoogst is, maar dan in eigen land. Met een mobiele unit moet heel veel mogelijk zijn. De eigen tandartsstoel hoeft echt niet de grens te zijn voor mondwerkers in de gezondheidszorg.'

Ook aan de koepels KNMT en ANT doet Van Laere de oproep om de mondzorg voor daklozen te agenderen. 'Het staat ook gewoon goed om dat te doen', zegt hij, 'het is professioneel en het is sociaal wenselijk. Volgens mij hebben tandartsen het niet slecht. Ze zouden het zich best kunnen veroorloven een halve dag per week iets anders binnen hun eigen vakgebied te doen dan louter te werken voor hun eigen patiënten. En daklozen geef je een betere toekomst. Daar word je echt een mooier mens van.'



30% van de dak- en thuislozen heeft een IQ onder de 70

Wat is de rol van de AVG?

Petra Noordhuis

'Ik ben een dokter van de gemeente en ik heb ervaring met mensen met wie het niet zo goed gaat en die vroeger leerproblemen hadden op school.' Zo stelt Michiel Vermaak zich voor. Daar herkennen de dak- en thuislozen die op zijn spreekuur komen zich bijna altijd in. Met het label 'verstandelijk gehandicapten' hebben ze niet zoveel. Michiel zelf ook niet bij deze groep, maar een aantekening in hun dossier is wel handig om zijn cliënten naar de juiste hulp te kunnen verwijzen. Ik zoek hem op tijdens zijn spreekuur op Havenzicht in Rotterdam.

Havenzicht bestaat uit een nachtopvang en een verpleegafdeling voor dak- en thuislozen. Op Havenzicht woont ook nog een aantal ex dak- en thuislozen. Ronald Verstraaten is de maatschappelijk werker op Havenzicht en Michiel Vermaak draait er een AVG spreekuur.

Hoe ben je hier als AVG beland?

'Barbara van Straaten promoveerde in 2016 op een onderzoek naar dakloosheid en stabiele huisvesting in de vier grote steden.¹ Bijna 30% van de daklozen bleek een verstandelijke beperking te hebben (een IQ onder de 70). In de algemene bevolking is dat ongeveer 2%. De uitkomsten van dit onderzoek waren voor de gemeente Rotterdam aanleiding om ook een AVG in te zetten bij de hulp aan dak- en thuislozen. En nu draai ik hier eens per maand een vast spreekuur en kom regelmatig op verzoek langs. Mijn cliënten worden geselecteerd door Ronald Verstraaten, die in het eerste kennismakingsgesprek bij iedereen de SCIL screening afneemt.'

Wat houdt de SCIL screening in?

'De SCIL is geschikt om snel te screenen op een mogelijke lichte verstandelijke beperking (LVB). Het gaat om een korte screeningslijst die in negen van de tien gevallen een LVB correct voorspelt. Dat iemand een LVB heeft, is eigenlijk nooit direct zichtbaar, maar het is wel van grote invloed op het algemeen functioneren en de benadering die iemand nodig heeft. Het gaat bij een LVB om een combinatie van een lager dan gemiddeld IQ én beperkingen in het gedrag, die leiden tot problemen in het maatschappelijk functioneren.'

Het is dus de combinatie van een LVB met andere factoren, die tot problemen leidt?

Ronald: 'Ja. Vorige week was hier een kennis van me, die ongediplomeerd is. Uit nieuwsgierigheid heeft hij de SCIL screening gedaan. Een score onder de 19 is een indicatie dat er mogelijk sprake is van een LVB. Hij scoorde 13 punten, terwijl hij wel leidinggevende in een productieomgeving is. Hij vroeg me toen of hij dom is, maar dat is hij dus niet. Hij is zelfredzaam en dát maakt het grote verschil. Hij heeft een beter aanpassingsvermogen en is sociaal-emotioneel verder ontwikkeld dan onze cliënten. Hij heeft een netwerk om zich heen en redt zich dus wel.'

Michiel: 'We hebben hier weleens een Libanon-veteraan gehad, die de test erg slecht maakte, terwijl hij hoogopgeleid was. Hij bleek een posttraumatische stress stoornis (PTSS) te hebben, waardoor hij niet in staat was om de test goed te maken. De SCIL is dus een indicator, die gecombineerd wordt met een gesprek en een inventarisatie van de problemen.'

Ze weten precies welk verhaal ze moeten vertellen om zo weinig mogelijk last van artsen en andere hulpverleners te hebben.

Hoe kan het dat een LVB zo lastig te herkennen is voor artsen die geen AVG zijn?

'Onze cliënten komen vaak met een prachtig (aangeleerd) verhaal bij een arts. Dan vertellen ze bijvoorbeeld dat ze in Engeland gewoond hebben. Je zou daar zo overheen kunnen praten, maar als AVG zijn we gewend om door te vragen. Als je in dit geval tussendoor even vraagt wat de hoofdstad van Engeland ook alweer is, dan moeten ze je het antwoord schuldig blijven. Ze weten precies welk verhaal ze moeten vertellen om zo weinig mogelijk last

van artsen en andere hulpverleners te hebben. Ze zijn streetwise. Dat er meer aan de hand is, merk je pas als je een test doet of als je extra vragen stelt.'

Wat is de meerwaarde van de AVG bij de dak- en thuislozenzorg?

'De AVG heeft vooral meerwaarde bij het signaleren van een LVB. Je ziet het in deze populatie echt niet aan de buitenkant en je hoort het niet tijdens een oppervlakkig gesprek. Ik werk ook bij het Veiligheidshuis, een samenwerkingsverband van justitie, zorg en bestuur. Daar worden de complexe gevallen besproken, vaak 'draaideurcriminelen' met een verstandelijke beperking, maar dat laatste is daar nog onvoldoende bekend.

Dan wordt er bijvoorbeeld gezegd dat de cliënt een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft, terwijl die persoon een sociaal-emotionele leeftijd van vier jaar heeft. En kinderen van vier hebben allemaal een antisociale persoonlijkheidsstoornis, als je hun gedrag afzet tegen dat van een gezonde volwassene. Bekijk je hun gedrag vanuit het perspectief van een vierjarige, dan is passender zorg en ondersteuning mogelijk, die rekening houdt met hun verstandelijke beperking.

Cliënten met een verstandelijke beperking blijken vaak goed te floreren in detentie.

Cliënten met een verstandelijke beperking blijken vaak goed te floreren in detentie. Dat is niet omdat ze zich als een psychopaat heel gehaaid aanpassen, maar het is omdat ze goed gedijen in een omgeving met structuur en duidelijke regels. In die wereld snapt iemand met een LVB zijn omgeving. Helaas onderkent de psychiater de LVB niet altijd. Logisch, want ze zijn er niet in opgeleid.'

Is er wel een kentering op dat gebied?

'Ja, Jannelien Wieland (psychiater) promoveerde in 2016.² Eén van de conclusies van haar onderzoek is dat sommige psychiatrische stoornissen vaker of juist minder vaak worden vastgesteld bij patiënten met een LVB. Zo komen posttraumatische stressstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen veel voor bij deze patiënten. Dit is belangrijke informatie, omdat het invloed heeft op de manier waarop je de geestelijke gezondheidszorg voor deze groep patiënten organiseert.'

Terug naar jouw spreekuur. Na de SCIL screening komt iemand dan bij jou. Hoe gaat het dan verder?

'Ronald verwijst zo'n vijf tot zes mensen per spreekuur naar me door. Daarvan verschijnt ongeveer tweederde daadwerkelijk. Ik heb dan een gesprek met ze, samen met iemand van MEE. De meeste mensen die mijn spreekuur bezoeken hebben een verstandelijke beperking én ggz-problematiek, zoals een verslaving of een depressie. Desondanks zijn ze in de ggz niet op hun plek. Als ze daar uitbehandeld zijn, dan hebben ze namelijk nog steeds die LVB. De kans dat ze na hun behandeling wéér in de problemen komen, is dan heel groot.'

Carlo wil geen geld, hij wil een huis

Carlo (41) is op Curaçao geboren. Hij maakte zijn school niet af en ontmoette verkeerde 'vrienden'. Zij stimuleerden hem om bolletjes te slikken en op het vliegtuig naar Nederland te stappen. Carlo kreeg tienduizend euro per transport, wat slechts een druppel op de gloeiende plaats van het drugstransport is. Hij liet zich hier zes keer voor gebruiken, waarbij hij vier keer werd gepakt. Nu vindt hij het tijd om zijn leven op orde te maken.

Carlo: 'Ik wil graag in Nederland blijven. Op Curaçao is het gevaarlijk voor me. Daar vinden dagelijks schietpartijen plaats in het criminele circuit. Bovendien wil Curaçao me helemaal niet terug hebben. En Schiphol kom ik ook niet meer in.

In Nederland woon ik op straat. De gemeente geeft me elke maand wel wat geld, maar dat ben ik zo weer kwijt aan allerlei mensen die nog geld van me tegoed hebben. En ik moet veel boetes betalen, want af en toe steel ik eten. Ik heb er ook mooie schoenen van gekocht. Kijk, honderdtien euro! Maar eigenlijk hoef ik dat geld niet. Ik wil gewoon een woning.'

Michiel: 'Wij hebben Carlo getest en vervolgens maken we bij de gemeente duidelijk welke hulp hij nodig heeft. Heel kort door de bocht: de opvang en zorg hier kost geld en als dakloze veroorzaakt hij overlast. Door hem een woonplek (met begeleiding) en budgetbeheer te bieden kunnen we kosten besparen en de overlast beperken. En niet onbelangrijk: voor Carlo zelf is het ook de beste structurele oplossing.'

Van jeugdzorg naar daklozenzorg?

Hoe is het mogelijk dat licht verstandelijke beperkten (LVB) zo lang verborgen blijven en pas ontdekt worden als ze na veel ellende in het daklozencircuit terechtkomen? Hebben we als samenleving zo weinig observerend vermogen thuis, op school en op het werk, dat we deze mensen chronisch overschatten en chronisch onder druk zetten? Zijn we te druk met het kijken op onze schermpjes dat we niet in staat zijn om gedrag van anderen te duiden?

Igor van Laere, coördinator van de Nederlandse Straatdoktersgroep: 'De straatdokters vinden het onacceptabel dat een groep mensen in onze samenleving veel signalen afgeeft die niet gezien of gehoord worden. Het signaal dat men het zelf niet kan, dat men aan vele loketten laat zien dat men het niet kan of ervan wegblijft. Het signaal dat men hulp en begeleiding nodig heeft niet zelfstandig kan wonen, overleven en bezig zijn. Signalen dat men eerst dakloos moet raken om vervolgens via omweg, psychosociale crisis, detentie en klinieken pas begeleid gaat wonen.'³



Igor van Laere

De Nederlandse Straatdokters Groep vindt het belangrijk dat we overal op elkaar letten en dat we vragen of we mogen helpen vanuit een vanzelfsprekende dienstbaarheid. Juist voor mensen met wie het niet zo goed gaat en die vroeger leerproblemen hadden op school.'

Wat kun jij dan voor hen doen om die problemen te voorkomen?

'Door mensen een 'vlaggetje' mee te geven krijgen ze hopelijk passender hulp. Ze worden geholpen met een woning, een uitkering, dagbesteding etc. Vervolgens moeten we wel de vinger aan de pols houden door bijvoorbeeld eens per week koffie te gaan drinken en te kijken hoe het gaat. Dit doen we via de ambulante ondersteuning. Die kan dan zien of er bijvoorbeeld niet een stapel onbetaalde rekeningen ligt. Of dat ze meerdere telefoonabonnementen hebben omdat die zo 'voordelig' waren. Wij kunnen ze als AVG niet rechtstreeks naar een passende woonomgeving leiden, maar onze brief in het dossier (waarin staat dat er waarschijnlijk sprake is van een laag verstandelijk vermogen) helpt daarbij dus wel.

De gemeente koopt eigenlijk voornamelijk bij de ggz in, wat betreft de hulp aan dak- en thuislozen. De gemeente had voorheen nooit contact met AVG's of VG instellingen. En dat is jammer, want zowel in de ggz als in de psychiatrie wordt de verstandelijke handicap te weinig onderkend. We hebben in Nederland 2,3 miljoen mensen met een IQ onder de 85. Zij zijn niet ziek en geen patiënt, maar ze zijn wel extra kwetsbaar. Ze lopen een hoger risico om in de problemen te komen, door een minder groot aanpassingsvermogen en een sociaal emotionele achterstand. Dat ze die achterstand hebben geeft niet, want ze horen er net zo goed bij als elk ander. Er moet alleen wel rekening mee gehouden worden.

Dak- en thuislozen met een verstandelijke beperking krijgen vaak niet de juiste zorg. Niet passende zorg kost erg veel geld, waarbij het resultaat van de investering ook nog eens onvoldoende is. Bovendien blijven onze cliënten tegen justitie en tegen de regelgeving aanlopen. Ze begrijpen al die regels niet. Dan hebben ze bijvoorbeeld een afspraak om drie uur met iemand van de hulpverlening, maar tijdens de SCIL screening blijkt dat ze geen klok kunnen kijken. Ze zijn dus niet in staat om op die afspraak te verschijnen, maar door de hulpverleners wordt het vaak als desinteresse of demotivatie gezien.'

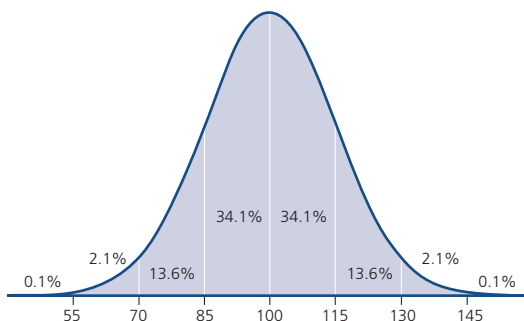
Meer lezen, zien of bijwonen?

- www.straadokter.nl
- www.streetmedicine.org
- www.doctorsforhomeless.org
- 'Zorg beter begrepen' van het Sociaal en Cultureel Planbureau (verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking).
- Uitzending gemist: De Straatdokter (EO).
- Interview met psychiater Witte Hoogendijk: <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/02/09/ons-alarmsysteem-gaat-te-vaak-af-6619980-a1545503> (NRC)

Je vertelde eerder dat je weleens te horen hebt gekregen dat je als AVG 'discrimineert' door mensen op IQ in te delen, omdat je tegelijkertijd zegt dat ze gewoon bij 'wij' horen en geen aparte groep vormen.

'Ja. Het 'vlaggetje' in het dossier heeft absoluut nut bij het vervolgtraject in de begeleiding naar passende hulp, maar natuurlijk plak ik liever ook geen labels. Het gaat hier om een groot deel van de bevolking. Die kun je niet allemaal een etiket geven. Ze maken gewoon onderdeel uit van de maatschappij, net als de mensen die een bovengemiddeld IQ hebben. Mensen met een verstandelijke beperking hebben ook niet per definitie problemen. De kans dat ze problemen krijgen is misschien wel net zo groot als bij de 'gemiddelde mens', maar de kans dat ze er niet zelf uitkomen is wel een stuk groter. Ze overzien de consequenties van hun handelen wat minder goed, bijvoorbeeld als ze boetes niet betalen.'

Bij het schrijven van dit artikel zitten we midden in de kabinetsformatie. Wat moet er landelijk gebeuren, vind jij?



'Als je naar deze IQ curve kijkt, dan zitten de beleidsmakers over het algemeen op een IQ van 115 en hoger. De mensen die in de problemen zitten, hebben een IQ van 85 of lager. Die aantallen zijn even groot, maar beide groepen kennen elkaar niet. Ik vraag het weleens aan mensen die mijn colleges volgen: als je nu je telefoon pakt en je kijkt in je contactenlijst, hoeveel mensen zijn er dan met een IQ onder de 85? Ik durf te wedden dat het er geen één is, tenzij het een familielid is.'

Hoe zorg je ervoor dat de beleidsmakers dan wel weten wat er speelt en wat er nodig is?

'Het gaat om bewustwording. We moeten beseffen dat er in Nederland 2,3 miljoen mensen zijn die net iets minder snel dingen oppakken of doorhebben en dat zij kwetsbaarder zijn en zo nodig passende hulp nodig hebben. En dat deze groep een hoger risico heeft op psychosociale stress, depressie, somatisatie, dakloosheid en verslaving. Je zou het dan bijna kunnen zien als symptomen. Als iemand in deze groep marihuana gaat roken omdat hij de wereld niet begrijpt, dan heeft het geen zin om hem alleen van die verslaving af te helpen.

Er zit een probleem onder en dat moet onderkend worden. Bij het Veiligheidshuis heb ik de stelling: iedereen die een high impact target is, heeft een verstandelijke beperking tot het tegendeel is bewezen.'

Ronald: 'Ook in detentie zou men direct moeten starten met een SCIL screening. Gelukkig wordt dit steeds meer toegepast.'

Michiel: 'De mensen die ik vandaag gesproken heb zijn allebei onlangs uit detentie gekomen. Vervolgens kunnen ze hun leven niet op orde krijgen wat betreft woonruimte en uitkering en dan belanden ze vervolgens weer hier. Ze veroorzaken opnieuw overlast en dat kost ons veel gemeenschapsgeld. Naast het feit dat we een passende oplossing voor de dak- en thuislozen zoeken, besparen we dus ook gemeenschapsgeld door een structurele oplossing te bieden.'

Wat is je pleidooi voor deze groeiende groep mensen?

'We zouden in onze divers samengestelde maatschappij meer rekening moeten houden met de kwetsbaren en hun behoeften en aandachtspunten. Tot nu toe is daar te weinig aandacht voor, wat erg zorgwekkend is.

De hoeveelheid verwarde mensen neemt toe, omdat de wereld te ingewikkeld voor een groep mensen wordt. De hoeveelheid prikkels wordt groter en niet iedereen heeft het aanpassingsvermogen om zich in die sterk veranderende wereld te handhaven. We zijn als mensen ook helemaal niet gemaakt om in zo'n stressvolle omgeving te leven.'

Ronald: 'Mijn moeder pleitte altijd voor rust, reinheid en regelmaat. Als je deze voorwaarden niet in je leven hebt en je kunt ze ook niet zelf regelen, dat val je van het ene probleem in het andere.'

Michiel: 'En daar wil ik als AVG graag verandering in brengen.'

Referenties

- ¹ Straaten B van. *On the way up. Exploring homelessness and stable housing among homeless people in the Netherlands*. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2016. http://codag4.nl/wetenschappelijke_publicaties
- ² Wieland J. *Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care*. Leiden University Medical Center (LUMC), 2016. <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/38454>
- ³ Laere I van. *Social medical care before and during homelessness in Amsterdam*. Universiteit van Amsterdam, 2009 [Dissertatie]. <http://dare.uva.nl/record/325935>

Petra Noordhuis

Tekst en de rest, www.tekstenderest.nl ■

Straattandarts in Tandartsenpost 010

Huwelijksaanzoek door nieuwe tanden

Iedere donderdagmiddag draait tandarts Didi Landman het spreekuur 'straattandarts' in Tandartsenpost 010 in Rotterdam. Ze behandelt er mensen die, vaak na verslavingen en schulden, weer terug proberen te keren naar een min of meer normaal leven. Een rij mooie tanden helpt daarbij. Maar dan moet je wel komen opdagen. Een reportage.

TEKST: REINIER VAN DE VRIE; BEELD: JAN DE GROOT, AMSTERDAM

> **13.15** uur. Op deze zonnige maartse dag schuifelen er bij mijn aankomst in de hal van de Spoedeisende Hulp (SEH) van het Erasmus MC een vijftal mannen op een bank of ze lopen onrustig heen en weer, druk mompelend met elkaar. Hun leeftijd ligt zo tussen de veertig en zestig jaar, ze dragen voornamelijk donkere kleding, met een jack en sneakers aan. Het zijn mannen die je zomaar buiten op een bankje in het park kunt treffen, maar met wie je normaal gesproken liever geen contact maakt. Ze werpen ongedurig, maar ook een beetje angstig een blik op de glazen pui waarachter de tandartsenpost zich bevindt. Ze moeten wachten tot de deur van het slot gaat en ze ieder op hun beurt gehaald worden.

Tandartsenpost 010 is gevestigd in de Spoedeisende Hulp (SEH) in het Erasmus MC. De circa 180 tandartsen van de Rotterdamse Tandartsen Vereniging (RTV) hebben op deze manier hun spoed- en noodgevalendienst geregeld. In de tandartsenpost

zijn drie behandelkamers, waarvan er een op donderdagmiddag gebruikt wordt voor de straattandarts. Voor vijftig euro per uur huurt Didi Landman er dan een behandelkamer.

Haar assistente Wil Karsten moet ze zelf betalen. De behandelingen brengen ook nog eens heel veel administratie met zich mee. Beslist geen vetpot dus, maar het is haar passie om ook deze patiëntencategorie te helpen. "Ik word er helemaal blij van", zegt ze met haar vrolijk aanstekelijke lach en haar Zuid-Afrikaanse accent.

13.20 uur. Een assistent van de SEH laat me binnen en brengt me naar behandelkamer 3 waar de deur openstaat en Landman druk bezig is een grote, zware man een prothese aan te meten. Na deze eerste patiënt kan ik in een hoekje van de niet al te grote behandelkamer op een krukje plaatsnemen. Ondertussen maakt assistente Wil de behandelstoel schoon. Geen overbodige luxe als daar iemand enorm op heeft liggen zweten.



13.30 uur. James is een kleine man met een bril en colbertje. Hij loopt achter een rollator omdat hij recent aan zijn heupen is geopereerd. Landman vraagt of het goed is dat ik bij de behandeling aanwezig ben. James vraagt of ik musicus ben, omdat ik volgens hem op blues- en rockmuzikant Elvin Bishop lijkt. Geen antwoord afwachend, zegt hij dat hij hier maar wat graag aan het lachgas gaat. Om er direct op te laten volgen dat hij, toen hij vorige week op een terrasje zijn cappuccino en gebakje wilde afrekenen, dat niet hoefde omdat tandarts Landman die hem daar had zien zitten dat al had gedaan.

Tussen al die verhalen door wordt zijn nieuwe prothese aangemeten. De tandarts vindt hem er twintig jaar jonger uitzien. Hij biedt begeleider Frans Willemse direct een handtekening aan. Alleen met diens “één, twee, zes” weet hij moeizaam en met pijnlijk vertrokken gezicht uit de behandelstoel te komen.

Willemse werkt al sinds 1993 voor instellingen en projecten in de verslavingszorg. Hij begeleidt de bewoners, die bijvoorbeeld verblijven in de maatschappelijke opvang van Havenzicht of Begeleid Wonen, overal heen en spreekt hun taal.

Het is maar goed dat hij de afspraken in de gaten houdt, want zonder hem zouden veel bewoners niet gaan of er op het laatste moment van af zien. Zonodig begeleidt hij ze ook naar de mka-chirurg of tandtechnisch laboratorium Elysee Dental voor het bijstellen van prothesewerk.

13.50 uur. De volgende patiënt voor een prothese is Peter, een hiv-patiënt. De tandarts trekt bij dit soort patiënten als extra maatregel dikkere handschoenen aan. Maar Peter komt niet opdagen. In zijn plaats arriveert Alfred, een man met vlassig baardje, oorbel en smalle kaken. “Ik ben wel een beetje bangig”, komt hij binnen. Hij komt voor zijn nieuwe bovenprothese, krijgt uitgebreide uitleg en een speciale tandenborstel. “Wat jofel zeg! En welke tandpasta moet ik nemen, Zendium?” De prothese poetsen boven een wastafel met een laag water, begrijpt hij ook: “O, is ‘ie van porselein, dat ‘ie in stukken kan vallen?” Ondertussen maakt hij de tandarts het compliment dat ze puur werkt om kwaliteit te leveren.

Van mij wil hij weten of ik voor het *Algemeen Dagblad* werk. Nee, een bluesmuzikant zag hij echt niet in me. Landman wil de tandsteen, mede ontstaan door roken, op zijn onderste voortanden verwijderen. Daar was hij dus bangig voor.

Met zijn smalle onderkaak is het belangrijk om die tanden te behouden. Composietkronen zijn de oplossing, maar daarvoor moet eerst een nieuwe machtiging worden aangevraagd.

Terwijl Landman de data in de computer invoert, vertelt Alfred dat hij COPD-patiënt is, en verslaafd is geweest aan heroïne en cocaïne. Nu gebruikt hij alleen nog alcohol. “Het leven moet ook nog een beetje leuk blijven.” Na uitleg over de verdere procedure, zegt hij dat hij nog nooit zoveel uitleg van een tandarts heeft gekregen: “U bent een echte professional”. En ja, hij heeft het die middag nog druk, hij moet nog naar zijn ex. Als afscheid krijg ik een boks van hem.



> **Bij de straattandarts worden alleen verzekerde patiënten behandeld. Voor behandelingen moet een machtiging worden aangevraagd. Bij Zilveren Kruis, CZ en VGZ loopt dat goed, maar DSW en Ditzo doen om principiële redenen niet mee.**

14.20 uur. Daar is dan toch Peter, een kleine man met een kaal hoofd, een blinkend groot horloge aan zijn pols en een flinke ketting om zijn nek. Ook hij komt voor een prothese die hem er twintig jaar jonger moet doen uitzien. "Als ik me dan ook twintig jaar jonger ga voelen", zegt hij laconiek. Toch doet hij snel kokhalzend zijn nieuwe gebit uit. Hij verklaart dat hij de laatste dagen heeft moeten overgeven. Hij moet duidelijk nog aan zijn nieuwe prothese wennen.

14.30 uur. Mohamed met baardje en petje komt binnen met de opmerking dat het hier wel een horrorfilm lijkt. Landman negeert de opmerking en vraagt of hij blij is met zijn nieuwe prothese. Van ontroering weet hij niets te zeggen, maar hij steekt wel een paar keer triomfantelijk zijn duim omhoog. Bij het weggaan krijgt de tandarts een big smile.

14.40 uur. Ook de volgende patiënt komt een prothese passen. Landman: "Straks moet u alle vrouwen van u afslaan." Maar dat doet hem weinig... hij valt niet op vrouwen.

14.50 uur. De vorige dag zijn onder algehele narcose alle kiezen van Susanne, die hiv heeft, door de mka-chirurg getrokken. Vandaag komt ze haar bovenprothese passen. Zij en haar vriend, die er bij is, zijn enorm trots dat ze dit heeft doorstaan. Ze steken zeer verliefd een duim naar elkaar omhoog als ze de prothese in heeft.

Zij: "Het voelt wel een beetje vreemd aan."

Hij: "Je moet natuurlijk altijd wat te zeuren hebben."

Landman: "Daar zijn we vrouwen voor, hè!"

Hij tegen mij: "Dat schrijf je toch zeker wel op?"

Zij vol trots: "Dat is mijn verloofde."

Vanwege de nieuwe tanden zijn ze de vorige dag verloofd en hebben ze trouwplannen, vertellen ze Landman die zegt: "Dan mogen wij toch zeker wel op de bruiloft komen?"

Hij: "Zeker weten."

Bij het afscheid geeft hij de tandarts een elleboog, want hij weet dat deze uit hygiëneoverwegingen geen handen schudt.

Landman werkt veel samen met mka-chirurg Allard Rinksma uit het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel, die al het narcosewerk doet: "Zonder hem zou ik dit werk niet kunnen doen."

15.00 uur. Ook Fred komt een prothese passen. Hij wordt erg moe van al die behandelingen. Een mooi gebit? Hij blijft wat gereserveerd. Als kleur kiest hij, zoals hier de meeste patiënten, voor B1. Van zijn gouden tand, die hij 27 jaar geleden gewoon voor de sport heeft genomen, moet hij binnenkort afscheid nemen.

15.10 uur. De volgende patiënt komt niet opdagen, omdat zijn hond is ontsnapt. Landman: "Hij heeft niet eens een hond, ze verzinnen soms de raarste smoezen om niet te hoeven komen."

15.10 uur. Rick, met petje, jas en rugzak. Er moeten twee vullingen bij hem worden gedaan en een endo. Vanwege een lekke band heeft hij een half uur moeten lopen.



Maar: "Voor een mooi gebit wilde ik mijn afspraak niet missen." Hij werk vrijwillig als kok. Landman: "U bent de eerste dunne kok die ik tegenkom." Hij eet altijd matig. Volgt een heel verhaal over zijn favoriete wokgerecht met kruiden. Of ik voor de lengtemeting even P17 en B 19,5 wil noteren. Tijdens de endo blijkt er in de achterliggende kies een gat te zitten. Dat wordt een gratis vulling, omdat er geen machtiging voor is aangevraagd. Tijdens de behandeling gaat Ricks telefoon twee keer. Landman grapt: "Waar blijft de kok?" Na de behandeling heeft Rick klaar: 'Ik heb honger gekregen van al dat lucht happen.' Bij het weggaan vergeet hij nog bijna zijn rugzakje. Dat zou jammer zijn, want daar zit zijn avondeten in.

16.15 uur. Nelson, met een hoog voorhoofd, donker van uiterlijk met krullend lang haar voorzien van de nodige gel. Hij vindt het best dat er een journalist bij is, maar wil geen vragen beantwoorden. Hij hoeft niet zo nodig beroemd te worden. Zijn nieuwe gebit vindt hij duidelijk niets, het gehemelte is veel te roze. En het zit ook niet eens lekker. Landman licht toe en legt uit, maar hij blijft narrig. Misschien vond hij dat hij te lang moest wachten. Hij stond gepland voor 15.00 uur, maar was toen niet in de wachtkamer te bekennen.

16.30 uur. De volgende patiënt is Coskun. Tegen begeleider Frans heeft hij gezegd dat hij een afspraak had. Maar hij staat niet ingepland omdat hij geen verdere behandeling meer wilde. Er is dus ook geen machtiging. Landman: "We zeggen gewoon dat we een wondcontrole willen doen." Assistente Wil moet daar erg om lachen. Maar hij blijkt vertrokken te zijn. Opeens is het werk om half vijf gedaan. Dat is meevallen. Een vroegertje, de voorgaande drie weken werd het steeds zes uur.



Assistente Wil vindt het leuk werk, zeker ter afwisseling met dat in de eigen praktijk. Ze vindt het mooi om mensen te helpen weer in de maatschappij te komen.

17.00 uur. Iets over vijfen wordt tandarts Landman opgehaald, om naar een bijeenkomst van team Dental Runners (Roparun) in Amsterdam te gaan, waarvan ze de drijvende kracht is.



TER DISCUSSIE

Straatdokters slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen

Marcel T. Slockers, Igor R.A.L. van Laere en Ronald B.J. Smit

De Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) signaleert een toename van het aantal onverzekerde patiënten dat geen verzekeringsrecht heeft. Daarom luiden wij in dit artikel de noodklok over een zogenoemde 'onverzekerdenepidemie' onder Nederlandse dak- en thuislozen. Hierbij beperken we ons tot die Nederlanders die geen adres hebben en die daardoor onverzekerd zijn geraakt. Praktisch betekent dit dat zorgverleners geen aanspraak maken op vergoeding voor de geleverde zorg, tenzij lokaal specifieke financiële regelingen zijn getroffen met een GGD.

Namens de NSG vragen we begrip voor de omstandigheden die eraan hebben bijgedragen dat deze mensen onverzekerd zijn en voor hoe ingewikkeld het voor hen is om zich opnieuw te verzekeren. Tot slot doen wij aanbevelingen om de toegang tot de medische basiszorg voor dak- en thuislozen te verbeteren om onnodig individueel leed en onnodige kosten voor de samenleving te voorkomen.

ONVERZEKERDENEPIDEMIE

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek is het aantal personen dat minimaal 6 maanden een premieachterstand heeft bij een zorgverzekeraar vanaf 2010 met 22% gestegen naar bijna 300.000 in 2014. Hierbij moet worden opgemerkt dat wanbetalers die niet bekend zijn in de Basisregistratie Personen, niet kunnen worden meegerekend en dat er geen registratie naar woonstatus wordt verricht, waardoor het aantal dak- en thuislozen onder de wanbetalers onbekend is.

De maatregelen die de overheid heeft genomen om dit probleem van wanbetaling tegen te gaan, hebben niet het

juiste effect gesorteerd.^{1,2} Sterker nog, deze maatregelen pakken averechts uit voor dak- en thuislozen die niet staan ingeschreven in een gemeente of die geen postadres hebben. In 2014 besloten de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS mensen zonder inschrijving bij de burgerlijke stand uit de zorgverzekering te zetten: zonder adres dus geen ziektekostenverzekering.

Dak- en thuislozen hebben de allerlaagste levensverwachting.^{3,4} Bovendien kampt deze kwetsbare groep met de gevolgen van verslavingsproblematiek, psychiatrische aandoeningen en verstandelijke beperkingen, waardoor administratieve verplichtingen en het nakomen van afspraken belemmerd worden.⁵⁻⁸ Juist deze mensen hebben laagdrempelige medische basiszorg nodig.

In elke gemeente is de medische basiszorg voor dak- en thuislozen anders georganiseerd. Ook ontbreken landelijke coördinatie en richtlijnen daartoe. Door het gebrek aan eenduidige registratie ontberen we vergelijkbare praktijkgegevens.⁶ In januari 2016 hield de NSG een enquête onder circa 100 artsen en verpleegkundigen binnen het NSG-netwerk naar het aantal onverzekerde dakloze patiënten dat de praktijken van de straatdokters bezoekt, en dit onderzoek leverde wel gegevens op.

Bij de straatdokter in Rotterdam was in 2013 een kwart van het aantal nieuwe dakloze patiënten onverzekerd; in 2015 was dat al de helft. In de Nijmeegse daklozenpraktijk Buitenzorg was 18% van alle patiënten onverzekerd in 2014 en 31% in 2015. In kleinere steden zijn exacte aantallen onbekend of beperkt beschikbaar, maar ook daar stijgt het percentage onverzekerden. Recent onderzoek onder daklozen bij het Leger des Heils in Dordrecht en Venlo laat zien dat de helft van de ondervraagden geen geldige verzekering heeft.⁷

BEPERKTE TOEGANG TOT ZORG

'Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.' Zo begint de beroepseed die alle artsen afleggen. De praktijk is soms echter anders. De ervaring van de NSG leert dat medisch specialisten en huisartsen onverzekerde dakloze patiënten buiten acute situaties om minder snel accepteren voor medische zorg. In de dagelijkse praktijk worstelen straatdokters met de gevolgen

Gezondheidscentrum DWL-de Esch, Rotterdam.

Drs. M.T. Slockers, huisarts/straatdokter.

Doctors for Homeless Foundation, Amstelveen.

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

Gemeente Utrecht, Uitvoeringsorganisatie Volksgezondheid, Utrecht.

Drs. R.B.J. Smit, arts maatschappij en gezondheid, profiel beleid en advies.

Contactpersoon: drs. M.T. Slockers (slockers@knmg.nl).

TABEL Factoren die bijdragen aan het feit dat dak- en thuislozen geen zorgverzekering hebben*

factor

kenmerken van dak- en thuislozen

wantrouwen naar instanties en hulpverlening
verslaving, psychiatrische aandoeningen en achterdocht
verstandelijke beperking, achterstand in lezen en schrijven
geen klok kunnen lezen, afspraken niet nakomen
inadequaat financieel handelen en schulden maken
premieachterstand, aanmaningen en boetes voor zorgverzekering
niet begrijpen of kunnen omgaan met regels, formulieren en DigiD
weigeren handtekening te zetten of niet meewerken aan procedures

wet- en regelgeving

verplicht bezit van geldige legitimatie
verplicht bezit van woon- of postadres
verplichte inschrijving in Basisregistratie Personen
verplicht aanmelden bij zorgverzekeraar
bezit van inkomsten voor premieafdracht aan zorgverzekeraar

regels voor toegang tot opvang en hulp

binding met centrumgemeente of regio†
bewijs van dakloosheid gedurende bepaalde periode
aanmelding bij coördinatiepunt voor daklozen‡
opvangpas als bewijs voor toegang tot nachtopvang
gebruik moeten maken van nachtopvang gedurende bepaalde periode
verplicht meewerken aan herstel

dienst- en hulpverlening

onbekendheid met regels en procedures bij hulpverleners en ambtenaren
attitude en bejegening door hulpverleners en ambtenaren
daadkracht van casemanagers of maatschappelijk werkers
overzicht van alle schulden in BKR en wie deze gaat aanpakken
boetes van CJIB en geen mogelijkheid tot kwijtschelding
trage procedures bij gemeenten, sociale dienst en verzekeraars
bewijs van ontslag uit detentie nodig voor heraanmelding bij verzekeraar
verwerkingsachterstand van verzekeringsstatus in VECOZO

BKR = Bureau Kredietregistratie; CJIB = Centraal Justitieel Incassobureau.

* Resultaten van een e-mailenquête van de Nederlandse Straatdokers Groep in januari 2016 op basis van antwoorden van 29 professionals uit 13 gemeenten of regio's (Amsterdam, Bergen op Zoom, Breda, Den Bosch, Flevoland, Groningen, Haarlem, Nijmegen, Oss, Rotterdam, Tilburg, Utrecht en Zwolle).

† Nederland heeft 42 centrumgemeenten met overheidssteun voor de maatschappelijke opvang van mensen die dakloos zijn geraakt in een van de 42 steden of omliggende gemeenten (regiobinding).

‡ Een coördinatiepunt heet Centrale Toegang of Centraal Onthaal, afhankelijk van de gemeente.

van het behandelen van een onverzekerde dakloze, zoals blijkt uit de volgende casus.

Casus Een Nederlandse, dakloze man van 42 jaar wordt tijdens een straatdokersprekkuur ziek en verward bin-

nengedragen door een eveneens dakloze kameraad. Volgens deze vriend is patiënt 11 maanden dakloos nadat hij zijn huis was uitgezet vanwege een huurschuld. Al zwerfend is zijn paspoort gestolen. Hij staat nergens meer officieel ingeschreven, heeft geen postadres en is niet meer verzekerd. Patiënt is bekend met insulineafhankelijke diabetes mellitus, maar heeft gedurende enkele weken geen insuline gespoten. Na beoordeling door de arts wordt hij verwezen naar een ziekenhuis en opgenomen op de IC. Bij ontslag uit het ziekenhuis krijgt hij een recept mee voor insuline. Tevergeefs tracht hij zijn medicatie op te halen bij een apotheker, maar deze weigert de dure insuline mee te geven omdat patiënt niet verzekerd is.

WAAROM ONVERZEKERD?

In onze enquête vroegen we ook naar factoren die kunnen bijdragen aan de onverzekerde status van dak- en thuislozen. 29 respondenten noemden diverse factoren, die gerelateerd zijn aan zowel kenmerken van dak- en thuislozen als regels en handelwijzen van instellingen en dienstverleners (tabel).

Dak- en thuislozen hebben beperkingen of aandoeningen die intensieve begeleiding vereisen. Zo heeft ongeveer 30% van de daklozen in de Randstad een verstandelijke beperking.⁷ In Dordrecht en Venlo heeft zelfs circa 90% van de daklozen een verstandelijke beperking of psychiatrische ziekte.⁸ Zij kunnen zorgverleners op het verkeerde been zetten, bijvoorbeeld doordat iemand die recent dakloos is geraakt, streetwise gedrag vertoont. Zeker als door een 'mooi verhaal' een onderliggende verstandelijke beperking niet wordt opgemerkt, bestaat de kans dat zorgverleners de zelfredzaamheid van deze burgers overschatten. Verslaving en onaangepast gedrag zijn belemmerende factoren waardoor het niet lukt om adequaat het papierwerk voor diverse instanties te regelen. Het omgaan met computers en het aanvragen van een DigiD is voor veel daklozen een groot probleem.

HULP NODIG BIJ VERZEKEREN

Gemeenten verschillen nogal in de manier waarop zij omgaan met mensen die gedurende een periode geen adres hebben. Als een gemeente constateert dat iemand niet is ingeschreven, is zij gerechtigd onderzoek te doen; dit kan enkele weken duren. Bij het ontbreken van een geldige identiteitskaart treedt wederom vertraging op. Als iemand geen woon- maar wel een postadres heeft, duurt het nog een tijd voordat dit administratief is verwerkt door een zorgverzekeraar. Kortom, als iemand zich voor de eerste keer of opnieuw wil verzekeren, is dit een langdurig en intensief traject, waarbij hij of zij moet voldoen aan specifieke eisen. Maar veel van onze mensen lukt dit niet op eigen kracht, zodat de maatschappelijke

opvang en casemanagers een belangrijke rol moeten spelen om hen hierbij te helpen. Daklozen zijn in dezen sterk afhankelijk van een hulpnetwerk.

Vervolg casus Hoe gaat het verder met de patiënt die geen insuline kreeg van de apotheker? Hij gaat met zijn insulinerecept terug naar de straatdokter. Die regelt dat hij hulp krijgt van een casemanager, zodat hij zich opnieuw kan verzekeren. Patiënt moet wel bewijzen dat hij dakloos is en al die tijd in de gemeente verbleef. Ook moet hij een opvangpas regelen bij een coördinatiepunt; afhankelijk van de gemeente heet dit Centrale Toegang of Centraal Onthaal. De snelheid waarmee iemand weer verzekerd is, is afhankelijk van de gemeente en vooral ook van de ervaring en de autoriteit van de begeleidende medewerker. Een tijdspanne van enkele weken is niet ongewoon. In enkele gemeenten gebruiken medewerkers van een 'Vangnet en Advies'-team in dienst van een GGD gerichte afspraken om het gehele traject van inschrijving en verzekering te bespoedigen. Tot het moment dat hij opnieuw verzekerd is, wordt de insuline voor patiënt verzilverd via een financiële regeling tussen een aangewezen apotheek en een GGD. De straatdokter en een verpleegkundige die verbonden is aan een opvangvoorziening, bieden hem diabeteszorg.

AANBEVELINGEN

Zoals deze casus laat zien kan het ontberen van een zorgverzekering grote consequenties hebben voor een patiënt en zijn zorgverleners. Een stijging van het aantal onverzekerde daklozen heeft ernstige gevolgen voor het individu, vraagt extra inspanningen van zorgverleners en leidt tot kosten.⁹ Om de toegang tot de medische basiszorg voor deze groep te verbeteren doen wij de volgende aanbevelingen:

- Aan de landelijke en lokale bestuurders en alle hulpverleners vragen we begrip voor de mens achter de onverzekerde persoon en het benodigde talent en geduld te laten zien wanneer een dakloze zich voor de eerste keer of opnieuw wil verzekeren.
- De beroepseed dient aan de poort van het ziekenhuis en die van de huisartsenpraktijk gerespecteerd te worden. Concreet betekent dit dat de zorgplicht voor deze doelgroep voorop staat.
- Nederlandse straatdokters verlangen van het ministe-

rie van VWS en het ministerie van Veiligheid en Justitie een praktisch, eenvoudiger en sneller beleid zodat mensen zonder adres en andere onverzekerde personen zich kunnen verzekeren voor ziektekosten, in samenwerking met zorgverzekeraars en gemeenten.

- Kwetsbare mensen zonder adres moeten versneld verzekerd kunnen worden met hulp van aangewezen medewerkers, al dan niet van de GGD. Deze medewerkers moeten het vertrouwen van de gemeente hebben een uitspraak te doen over de rechtmatigheid van de verzekering, ook zonder dat alle formaliteiten verwerkt zijn, zoals het hebben van een identiteitskaart en een adres en het betalen van premieachterstanden.
- Mensen die na detentie geen adres hebben, hebben problemen om zich opnieuw te verzekeren. Tijdens detentie is justitie namelijk verantwoordelijk voor de medische zorg en wordt de zorgverzekering bevroren. Na vrijlating wordt de verzekering echter niet geactualiseerd. Voor mensen zonder adres is het moeilijk zich opnieuw te verzekeren. Het is daarom van groot belang dat mensen bij ontslag uit detentie worden geholpen bij het krijgen van een adres.
- Bij verwarde en zorgmijdende mensen moeten we een zogenoemde 'in zorgstelling' inclusief verzekering introduceren, zodat psychiatrische en somatische zorg geleverd worden.¹⁰ De NSG dringt aan op de mogelijkheid rechthebbende Nederlanders op doktersadvies direct te verzekeren voor medisch noodzakelijke zorg.
- Voor onverzekerde medische basiszorg aan mensen zonder adres moet een financiële noodvoorziening beschikbaar zijn, vergelijkbaar met de regeling voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning bij Zorginstituut Nederland.

Als deze aanbevelingen worden opgevolgd, kunnen wij als straatdokters ons richten op wat echt noodzakelijk is: zorgen voor mensen met de laagste levensverwachting in onze samenleving.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 9 maart 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D214

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D214**

LITERATUUR

- 1 VWS-Verzekerdenmonitor. 2015. Den Haag: Ministerie van VWS; 2015.
- 2 CBS: Meer wanbetalers zorgpremie sinds 2010. Persbericht CBS; 16 oktober 2015.
- 3 Nusselder WJ, Sloekers MT, Luuk Krol L, et al. Sterfte en levensverwachting bij daklozen. Prospectief cohortonderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A7654.
- 4 Termorshuizen F, Bergen van APL, Smit RBJ, Smeets HM, Ameijden van EJC. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60:426-35.
- 5 Smit RBJ, Bergen van APL, Ameijden van EJC. Changes in insurance status of a cohort public mental health clients in Utrecht after the introduction of a new health insurance system: The impact of intensified case management. In: *Health Insurance. Issues, Challenges and Perspectives*. Abrahamsen E, Fagerland A, red. Hauppauge: Nova Science Publishers; 2012:37-55.
- 6 Van Laere I, van den Muijsenbergh M, Smit R, Sloekers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. *Straatdokers bepleiten landelijk beleid*. *Med Contact (Bussum)*. 2015;70:340-3.
- 7 Van Everdingen C. Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden. Sittard: Van Everdingen ZorgConsult; 2015.
- 8 Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS ONE*. 2014;9:e86112.
- 9 Sloekers MT, Nusselder WJ, Looman CW, Sloekers CJ, Krol L, van Beeck EF. The effect of local policy actions on mortality among homeless people: a before-after study. *Eur J Public Health*. 2014;25:290-2.
- 10 Sloekers M. Tijd voor Ruttecare. *Blog Medisch Contact* 2 november 2015.

dr. Igor van Laere

arts M&G, Doctors for Homeless
Foundation

dr. Maria van den Muijsenbergh

huisarts en senior onderzoeker,
Radboud UMC Nijmegen en Pharos,
expertisecentrum gezondheidsver-
schillen Utrecht

drs. Ronald Smit

arts M&G, Volksgezondheid, ge-
meente Utrecht

drs. Marcel Stockers

huisarts, straatdokter Rotterdam

STRAATDOKTERS BEPLEITEN LANDELIJK BELEID

Basiszorg voor daklozen is urgent probleem

De Nederlandse Straatdokters Groep luidt de noodklok over de medische zorg aan dak- en thuislozen. Om basiszorg voor deze groep mensen te kunnen garanderen, is landelijke coördinatie vereist.

ISTOCK

De laatste jaren is in Nederland het geschatte aantal dak- en thuislozen toegenomen, van 23.300 in 2010 naar 26.300 in 2012.¹ Als gevolg daarvan stijgt niet alleen de druk op de maatschappelijke opvang, maar ook die op de gezondheidszorg. Het gaat om een heterogene populatie van Nederlanders, mensen uit de overige Europese lidstaten en niet-Europeaanen. De laatsten hebben veelal geen verblijfsvergunning. Dak- en thuislozen hebben meerdere sociaal-medische problemen, maar de drempels naar de reguliere gezondheidszorg zijn hoog.² Sinds enkele decennia bestaan in grotere steden sociaal-medische spreekuren, ook wel straatdokterpraktijken genoemd.³⁻⁷ Er zijn echter geen landelijke richtlijnen of organisatievormen voor deze medische zorg. Daarom hebben straatdokters uit Amsterdam, Den Bosch, Rotterdam, Nijmegen en Utrecht op 23 juni 2014 de Nederlandse Straatdokters Groep opgericht. Het doel is te komen tot landelijke richtlijnen en financiering van de sociaal-medische zorg, het stimuleren van dataverzameling over de gezondheid en zorgconsumptie van dak- en thuislozen, en het ontwikkelen van onderwijsmateriaal voor studenten en professionals. De eerste stap was het opsporen, bijeenbrengen en bevragen van artsen en verpleegkundigen die zich voor deze groep inzetten. Dit gebeurde onder meer door een schriftelijke enquête, in september 2014. In dit artikel bespreken we de eerste resultaten hiervan. Overigens is het veelzeggend dat de enquête niet meer oplevert dan een inventarisatie van het aanbod en ervaringen met knelpunten (zie tabel). Er wordt namelijk weinig geregistreerd, het kost veel tijd om gegevens te halen uit registratiesystemen, en het gaat overal anders. We gebruiken voor ons verhaal daarom ook andere, soms oudere, onderzoeken. Recent materiaal is er alleen uit Rotterdam en Utrecht. Het gebrek aan informatie onderstreept de verwaarlozing van dataverzameling in de medische zorg aan dak- en thuislozen.

Tabel Straatdokterpraktijken in Nederland (n=57)*

Discipline	N	%
verpleegkundige	32	56%
arts	21	37%
zorg-/teamcoördinator	4	7%
Zorginstelling waar men werkt		
GGD	29	51%
huisartspraktijk	11	19%
maatschappelijke opvang	5	9%
ggz	4	7%
bemoeizorgteam	4	7%
overige	4	7%
Spreekuurlocaties		
dagopvang	21	37%
nachtopvang/crisisopvang	20	35%
sociaal pension/24-uursopvang	10	18%
huisartspraktijk	10	18%
ziekenboeg voor daklozen	8	14%
straat	6	11%
overige	12	21%
Samenwerkende partners		
sociaal verpleegkundige	28	49%
sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	21	37%
maatschappelijk werk	21	37%
huisarts	21	37%
GGD-arts	14	25%
psychiater	13	23%
verpleegkundig specialist	12	21%

*Respondenten uit Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Groningen, Zwolle, Enschede, Apeldoorn, Arnhem, Nijmegen, Gooi en Vechtstreek, Flevoland, Breda, Tilburg, Den Bosch, Oss, Land van Cuijk.

Straatdokterpraktijken

Via de sneeuwbalmethode zijn 112 personen die werkzaam zijn in de dak- en thuislozenzorg via een online-enquête benaderd met vragen over de lokale organisatie en financiering van deze zorg, de knelpunten die ze tegenkomen en de behoeften aan ondersteuning. Uit achtien steden en regio's hebben 57 personen gereageerd: een respons van 51 procent (zie tabel). Ruim de helft werkt als

verpleegkundige en meestal vanuit een GGD. Van de artsen waren er dertien huisarts, drie arts maatschappij & gezondheid, drie specialist ouderengeneeskunde, één arts verstandelijk gehandicapten en één psychiater. Alleen in Amsterdam zijn artsen vanuit de GGD direct betrokken bij de daklozenzorg.⁵ Spreekuren worden door de respondenten geboden op 56 vaste locaties, vooral in voorzieningen voor dag- en nachtopvang.

Het aantal spreekuren varieert sterk tussen de verschillende steden. Respondenten buiten de vier grote steden bieden hooguit een of twee keer per week enkele uren spreekuur.

Knelpunten die aan het licht kwamen zijn onder te verdelen in drie groepen: de kwetsbaarheid van de populatie, de financiering en een tekort aan deskundig personeel.

Kwetsbare populatie

Alle respondenten benadrukten de grote kwetsbaarheid van deze populatie die de toegang tot en gebruik van zorg belemmert. Dat bleek al uit eerder onderzoek en werd nu door de voorbeelden die de respondenten noemden bevestigd. Zo werd in de enquête gemeld dat de drempels voor toegang tot zorg de laatste jaren verhoogd zijn en mensen bij ggz-instellingen en ziekenhuizen worden weggestuurd als zij niet verzekerd zijn, of geen adres of identiteitsbewijs kunnen overleggen. Bij veel ggz-instellingen is het een vereiste dat voorafgaande aan de behandeling lange vragenlijsten worden ingevuld; ook worden mensen die drie keer niet op hun afspraak zijn gekomen automatisch weer uitgeschreven. In straatdokterpraktijken worden combinaties van ernstige somatische aandoen-

Mensen worden weggestuurd als ze niet verzekerd zijn

ningen, verslavingen en psychiatrische problemen veel vaker gezien dan in de reguliere huisartspraktijk.³⁻⁸ Daardoor is de sterftekans van dak- en thuislozen drie tot zeven keer groter dan die van andere bevolkingsgroepen.⁸⁻¹⁰ Die kwetsbaarheid wordt niet altijd gezien. Zo wordt een verstandelijke beperking bij dak- en thuislozen onvoldoende herkend. Baanbrekend onderzoek bij de doelgroep in de vier grote steden (n=387) toonde een opvallend hoge prevalentie; van hen had vermoedelijk 30 procent een IQ lager dan 70 en significant meer psychosociale problemen dan de groep met een hoger IQ.¹¹ De hedendaagse nadruk in de maatschappij op participatie en eigen regie doet echter geregeld een te groot beroep op de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van cliënten. Er wordt bijvoor-

beeld van hen verwacht dat zij afspraken nakomen, formulieren en gesprekken begrijpen, de gevolgen van bepaalde aandoeningen kunnen overzien en zelf hun weg kunnen vinden in de (digitale) zorg. Deze eigenschappen en handelingen zijn ten gevolge van beperkte verstandelijke vermogens, psychische belastbaarheid of taalbarrière moeilijk op te brengen door dak- en thuislozen. Het kunnen hanteren van een combinatie van psychische en somatische kwetsbaarheid en sociale problematiek vraagt om een professionele attitude en specifieke kennis en kunde.¹² Daardoor worden volgens de respondenten mensen met een verslaving geweigerd door ggz-instellingen en is voor hen die er in zorg zijn de aandacht voor somatische problemen onder de maat.

Financiële barrières

Volgens de respondenten variëren aandacht en financiering voor sociaal-medische dak- en thuislozenzorg sterk per gemeente en per GGD. In wisselende mate draagt een lokale GGD bij aan de financiering van personeel en medicatie voor degenen die niet verzekerd zijn en waarbij de medicatie door de voorschrijvend arts noodzakelijk wordt gevonden. Buiten de Randstad is de inzet van GGD-personeel voor spreekuren aan dak- en thuislozen wegbezuinigd of wordt deze beperkt benut. Waar in de ene straatdokterpraktijk artsen gratis hun diensten aanbieden, declareren anderen hun consulten. Volgens de respondenten varieert het tarief tussen verschillende praktijken en verzekeraars van 9 tot 70 euro per consult.

Daarnaast noemen de respondenten het verplichte eigen risico en de hoge eigen bijdrage als barrière voor dak- en thuislozen om hulp in te roepen. Dit geldt al helemaal voor de verplichte eigen bijdrage in de psychiatrie. Om verschillende redenen zijn dak- en thuislozen niet verzekerd. Die redenen kunnen per subcategorie verschillen. Voor Nederlandse ingezetenen is dit vaak het ontbreken van een woon- of postadres, of een premieachterstand bij de

ONVERZEKERD

Voor een dakloze kunnen de zorgkosten razendsnel oplopen, getuige onderstaande casus.

Meneer A is een 33-jarige Nederlander zonder vaste woon- of verblijfplaats. Omdat hij niet in de gemeentelijke basisadministratie staat ingeschreven, kan hij zich niet verzekeren tegen ziektekosten. Hij bezoekt regelmatig een sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuislozen vanwege kiespijn. Paracetamol helpt onvoldoende en hij slijkt chronisch diclofenac. Maagzuurbeschermers neemt hij niet omdat hij daar geen geld voor heeft en de meerwaarde daarvan niet inziet. Op zekere dag wordt hij met spoed naar een ziekenhuis vervoerd vanwege bloedbraken. Een medische ingreep met een verblijf op de intensive care en daarna op de verpleegafdeling is het gevolg. Na een week wordt hij ontslagen en gaat weer de straat op met een rekening van ruim 8000 euro.

De kosten van gezondheidszorg kunnen snel oplopen

zorgverzekeraar. Ook ontslag uit detentie zonder goede nazorg kan een reden zijn om (tijdelijk) onverzekerd te zijn. De respondenten zien het aantal wanbetalers onder dak- en thuislozen toenemen – vaak zijn er bijvoorbeeld aanzienlijke schulden af te betalen.

Soms zijn mensen bij de gemeentelijke basisadministratie (GBA) ‘kwijtgeraakt’ en staan ze te boek als geëmigreerd. Het administratief herstel van inschrijving en de aanvraag van een uitkering vereisen documenten en vaardigheden die door de doelgroep niet vanzelfsprekend te leveren zijn. Door vertraagde procedures heeft men geen inkomen en blijft premiebetaling achterwege.

Per individueel geval kunnen de kosten snel oplopen (zie de casus in het *kader*). Inwoners van Europese lidstaten zijn verplicht om een zorgverzekering in het land van herkomst af te sluiten. Degenen die afglijden naar dak- en thuisloosheid voldoen niet (meer) aan deze verzekeringsplicht. Voor deze Europeanen bestaan geen financiële regelingen ter vergoeding van ziektekosten. Zij moeten die dus zelf betalen.

Migranten van buiten de EU zonder geldige verblijfsvergunning kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Ze worden ook wel onverzekerbare vreemdelingen genoemd en dienen in principe de zorgkosten zelf te betalen. Voor deze groep heeft de overheid een financieringsmogelijkheid georganiseerd. Als een onverzekerbare vreemdeling de kosten van de zorg niet kan voldoen, kan de zorgverlener een bijdrage vragen aan het Zorginstituut.¹³ Desondanks ondervinden de naar schatting 100.000 onverzekerbare vreemdelingen in ons land beperkingen

PRAKTIJKPERIKEL

NIET DEZELFDE TAAL

Een regenachtige maandagmiddag in de hal van een groot ziekenhuis. Een man spreekt mij aan. Sputterend: ‘Weet u de weg naar... afdeling Therapie? Ik moet naar fysiotherapie.’ Hij is van Marokkaanse afkomst en de taal niet goed machtig. Ik werp een blik op de afsprakenkaart. De sticker vermeldt de afdeling Oncologie. Na enig uitzoekwerk blijkt dat hij verwacht wordt bij een voorlichtingsgesprek over chemotherapie. Dit vanwege een gemetastaseerd longcarcinoom. De driedaagse kuur staat gepland voor de volgende dag.

Behandelaar en patiënt spraken duidelijk niet dezelfde taal. Letterlijk en figuurlijk. Er is nog veel te winnen op het vlak van de interculturele zorg.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

in de toegang tot zorg, onder meer door een taalbarrière en onbekendheid met de regelingen.^{14,15} Cijfers over de zorgkosten van (onverzekerde) dak- en thuislozen, of over de door financiële drempels niet verkregen zorg en de gevolgen daarvan, zijn niet voorhanden. De respondenten pleiten sterk voor landelijke, uniforme dataverzameling over bronnen van dakloosheid, morbiditeit, mortaliteit en (lacunes in) zorggebruik van dak- en thuislozen. Van Laere deed in zijn proefschrift over daklozenzorg in 2009 al de aanbeveling registratie en data-analyse te verbeteren, maar tot op heden zijn deze nog altijd marginaal.⁹

Tekort aan personeel

Het derde grote probleem is een tekort aan deskundig personeel. Volgens de respondenten worden GGD-sociaal-verpleegkundigen vooral buiten de vier grote steden in aantal en tijd beperkt ingezet; dit terwijl 55 procent van het aantal dak- en thuislozen in ons land hier verblijft.¹ Door die beperkte inzet is men te weinig zichtbaar in de maatschappelijke opvang en bij ketenpartners, en lopen vooral de aandacht voor somatische problematiek en de continuïteit van zorg gevaar.

De meeste respondenten (82%) hebben behoefte aan best practices en training in het organiseren van zorg en het begeleiden van dak- en thuislozen met een verstandelijke beperking en meerdere morbiditeit. De grote meerderheid van de respondenten (84%) wenst landelijke coördinatie en ondersteuning. In een recent overzichtsartikel over daklozenproblematiek in de westerse wereld blijkt ook coördinatie op landelijk niveau een belangrijke aanbeveling.¹⁶

Wij roepen in eerste instantie GGD Nederland op om deze handschoen op te pakken en een rol te vervullen in de totstandkoming van deze broodnodige landelijke coördinatie. ■

contact

ivlaere@gmail.com;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en eerdere artikelen over dit onderwerp kunt u vinden op medischcontact.nl en doctorsforhomeless.org.

Editorial

Good-quality support for the homeless is good for everyone

Ahmed Aboutaleb

Rotterdam, The Netherlands

Correspondence: Ahmed Aboutaleb, PO Box 70012, 3000KP Rotterdam, The Netherlands, e-mail: a.aboutaleb@rotterdam.nl

Rotterdam city council is choosing to provide good-quality support for homeless people, and almost 90% of Rotterdam residents support this choice.¹ No one should have to sleep outdoors in our city, although in practice it is sometimes difficult to convince confirmed care avoiders to come to shelters. However, simply providing a roof over someone's head is not enough to get their life back on track.

We estimate that about 5% of the population of Rotterdam² are vulnerable and not able to care properly for themselves. These are people aged 18 and over who often live with mental and physical health problems, a learning disability, addiction or a combination of all of these issues. There is little prospect of a cure; instead they must learn to live with the consequences. This means that their needs may vary: sometimes things go well for a while, and then deteriorate again. These people may not actively ask for support, or they may not realize that they need help, and that they run the risk of ending up on the street. The municipality's policy aims to help these people to return to living as independently as possible, with or without a course of treatment.

In recent years, Rotterdam has made concrete progress towards resolving the problem of homelessness: between 2006 and 2010, many homeless people received individual support, housing, an income and healthcare. An important objective during this period was to stabilize their situation and prevents them from relapsing. By receiving more than simply shelter, this large group of vulnerable people were offered the prospect of a normal life. This was also good news for public order and safety: the number of homeless people in the city has declined noticeably and there is less drug use on the streets, which in turn has reduced the levels of drug-related crime.³ Demonstrating another success, the number of cases of tuberculosis among the homeless population has been reduced by 75%, compared with a 50% increase in London during the same period.⁴

However, the health disparities between the various population groups in our international port city are still too great. Districts which are home to a relatively high number of vulnerable people

have a lower life expectancy, with a greater risk of them developing illnesses and disabilities. On average, homeless people live 11–16 years shorter than other residents of Rotterdam.^{5,6} In this issue of the European Journal of Public Health street doctors and researchers from the Erasmus Medical Centre report that that homeless people are far more likely to die from violence, but that improvements to living conditions may have halved the number of unnatural deaths among this group.

I would like to emphasize the importance of thorough research, and co-operation in tackling the problem of homelessness. This entails cooperation between municipal services, street doctors, social housing organizations, psychiatric and addiction treatment centres and social services. A high level of support for rough sleepers forms part of this approach. No one has to sleep on the street!

Conflicts of interest: None declared.

References

- 1 Pauluskerk Rotterdam, Dakloosheid in Rotterdam, Rotterdammers over daklozen 2016; Rotterdam. Internal publication.
- 2 Hamming A, Rodenburg G. *Trends in Dakloosheid Onder Kwetsbare Rotterdammers*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2014.
- 3 Garretsen H. *Jaarbericht Nationale Drugmonitor 2013/2014*. Utrecht: Trimbos Instituut and WODC, 2014.
- 4 Story A, Slockers M, Arrazola de Onate W, et al. *Homeless health services, tuberculosis and economic crises: a tale of three cities*. Homelessness in Europe–The magazine of FEANTSA, 2011: 24–8.
- 5 Nusselder WJ, Slockers M, Slockers CJ, et al. Sterfte en levensverwachting bij daklozen. Prospectief cohortonderzoek in Rotterdam in de periode 2001–2010. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158:A7654.
- 6 Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, et al. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001–2010. *PLoS One* 2013; 8:10.