

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 hulpmnetwerk 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 24-45 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, Syrië 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 meldten 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 (opgroeierende) 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, slecht 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 multi-pele 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% psychiatrische 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/>

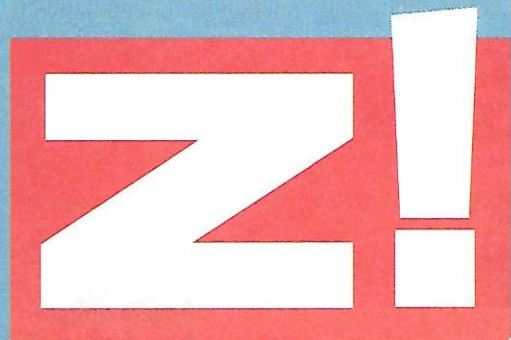
Corrie Kooijman. Een goede straatdokter heeft een groot netwerk. LAD, Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, juli 2017; nr.18, blz 12-13.

<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

De Ronde van de Orteliusstraat • De bevroren
straatdokter • Monumentjes van tien bij tien



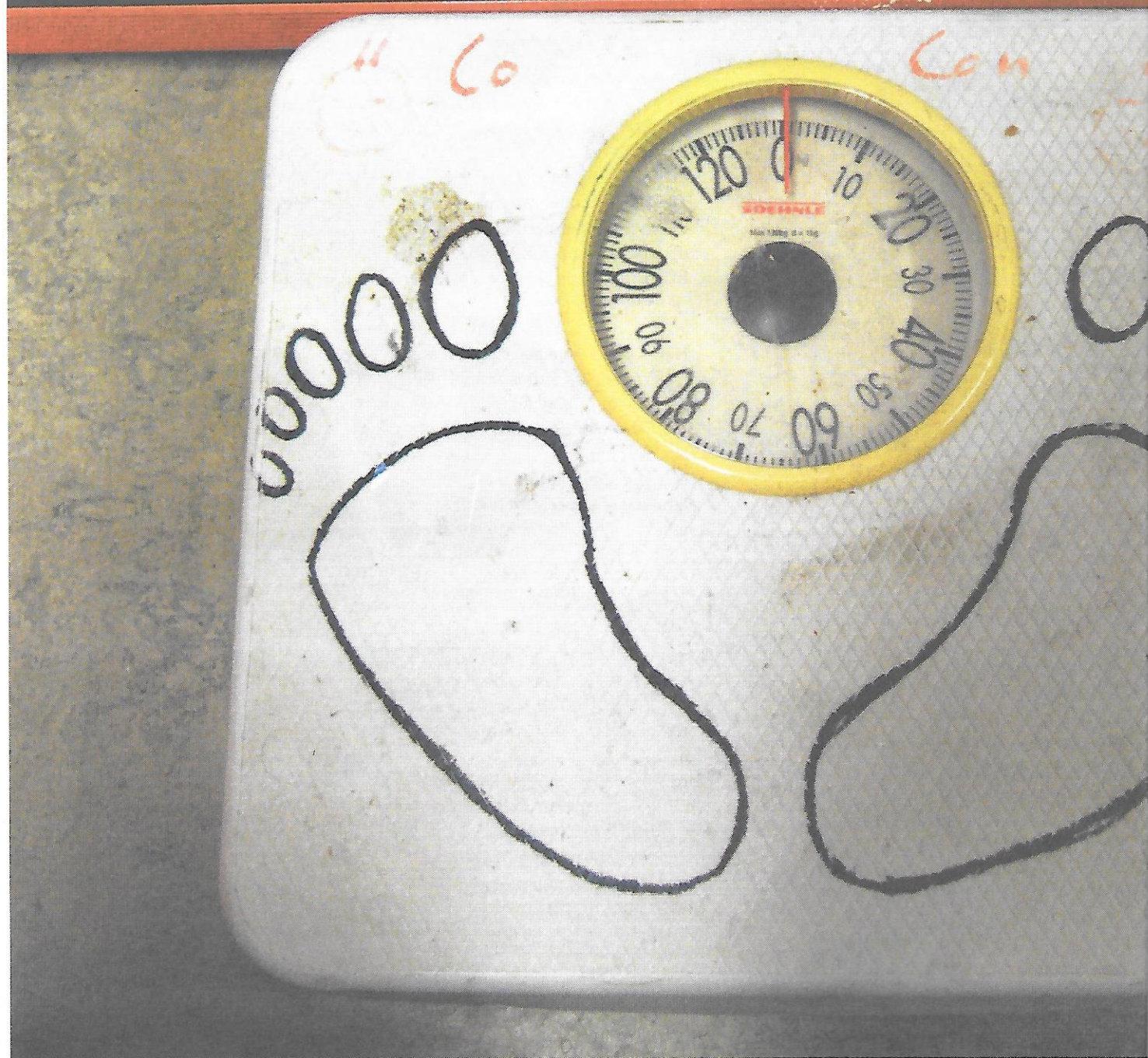
DE AMSTERDAMSE STRAATKRANT
NR.07 • VR28 APR - DO 18 MEI 2017 • JG.23
€2 WAARVAN 0,90 VOOR DE VERKOPER
DRIEWEKELIJKS • LET OP HET PASJE

Joods Noord



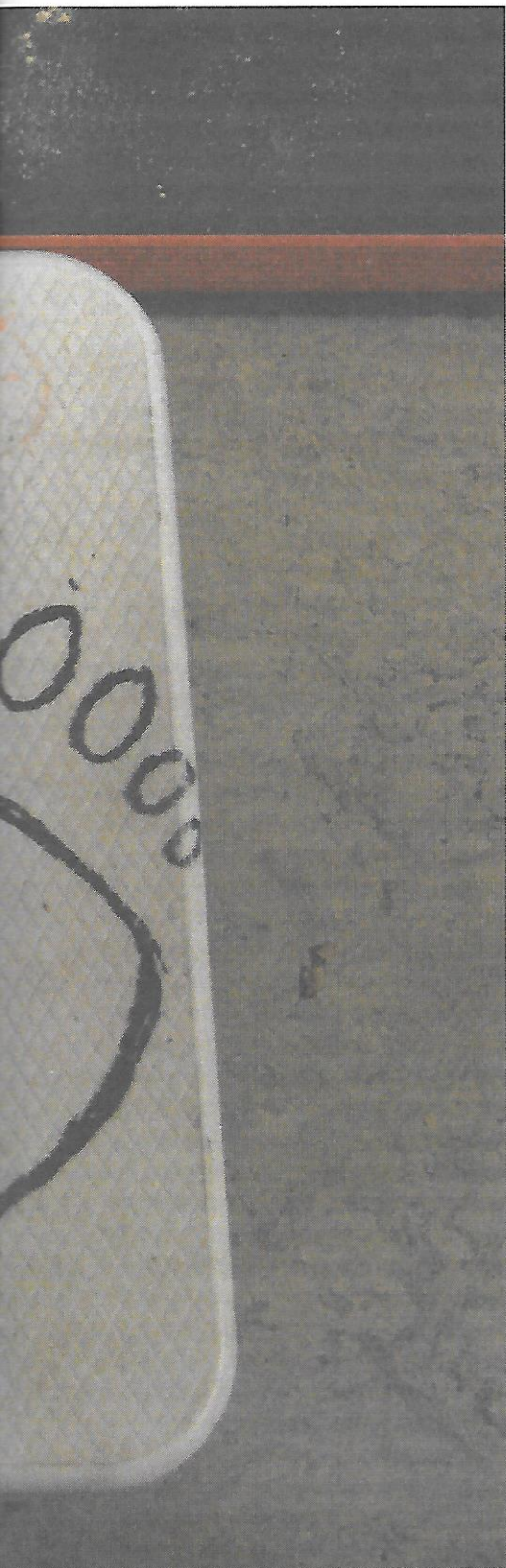
DE NEDERLANDSE STRAATDOKTERS GROEP

Een dakloos lijf is een versleten lijf



Straatdokters uit de grote steden werken samen om de medische zorg voor dak- en thuislozen te verbeteren. Hoogst noodzakelijk, vindt dokter Igor van Laere.

'Daklozen worden vaak maar 55 jaar oud.' TEKST BRECHTJE KEULEN · FOTOGRAFIE KARIN STROO



'Het is mijn oog', mompelt de man die de kamer van straatdokter Igor van Laere binnenstapt. Hij knijpt met zijn linker-oog en zegt: 'Ik heb pijn, verder niks.'

'Is er iets gebeurd?' vraagt Van Laere, die ondertussen zijn handen wast bij een klein gootsteentje. 'Of bent u ergens allergisch voor?'

'Volgens mij niet.'

'Ik ga eens even kijken. Het oog ziet inderdaad een beetje rood. We hebben geen geweldige lamp hier, maar dat lossen we wel op.'

Van Laere draait zich om, pakt zijn smartphone van het bureau en zet de zaklamp aan. Met het felle lichtje schijnt hij in het pijnlijke oog. Voorzichtig probeert hij met twee vingers het ooglid iets op te tillen om eronder te kunnen kijken.

'Het is een beetje geïrriteerd en gevoelig. Doe maar een paar keer per dag een doekje met lauw water ertegenaan. En kom even terug als het volgende week niet over is.'

'Is goed', mompelt de man. 'Dank u wel, meneer.' Hij schuifelt de kamer uit, terug naar de koffieruimte van de daklozenopvang.

Tape

'Zoals je ziet zitten we in een best wel luxe kamer', grapt Igor van Laere nadat de patiënt vertrokken is. Iedere maandagochtend houdt hij hier spreekuur, in daklozenopvang De Cocon in Hilversum. In een zes maanden durende pilot wordt hier bekeken wat het effect is van een inloopsprekuur op de gezondheid van dak- en thuislozen in de Gooi- en Vechtstreek. Hoe lager de drempel om naar de dokter te gaan, des te eerder en beter je kunt ingrijpen als het niet goed met iemand gaat, is de ervaring van straatdokters in andere steden. Rondom het bureau van Van Laere staan emmers verf, stapels dozen en een dweilmachine. Naast een verfrommeld wit zeil ligt

een plastic helm waar 'US Army' op geschreven staat. Er wordt geklust in het gebouw en het kleine dokterskamertje heeft een dubbelrol als opslagruimte van de bouwmaterialen.

'Ik heb al eens een stukje tape geleend toen mijn pleisters op waren. We houden het hier zo eenvoudig mogelijk en bekijken wat ik hier echt nodig heb. In ieder geval een stethoscoop, wat verband en een paar spateltjes. Daarmee komen we een heel eind. Medicijnen schrijf ik zo weinig mogelijk voor en voor bijvoorbeeld urinetesten kunnen we vaak wel even bij een andere praktijk aankloppen.'

Onverzekerd

Van Laere is gespecialiseerd in sociale geneeskunde en werkt al lang als straatdokter. Een paar jaar geleden nam hij het initiatief om met collega's uit de grote steden de Nederlandse Straatdokters Groep op te richten. Om kennis uit te wisselen en om uiteindelijk invloed te kunnen uitoefenen op beleid. Want hij merkte dat ervaringen van mensen uit het veld daarin niet altijd werden meegenomen, terwijl de gezondheid van kwetsbare mensen toch op het spel staat.

Een voorbeeld: Van Laere bezocht zelf een aantal jaren een inlooppcentrum voor dakloze mensen in Amsterdam-West. Op diezelfde plek werkten ook psychiatrisch verpleegkundigen en advocaten, er werden postadressen verstrekt en dak- en thuislozen konden er binnenlopen voor een laagdrempelig gesprek. 'Op een gegeven moment is besloten dat postadressen voortaan op één centraal punt in de stad moesten worden verstrekt. De locatie waar wij ons spreekuur hadden, werd gesloten. Ik zag daar tweehonderd man per jaar, voornamelijk de wat oudere en gammele daklozen, meestal met een alcoholprobleem. Zij verloren in één keer hun vertrouwde plek, hun vastigheid. En wij

waren die tweehonderd patiënten kwijt, waarbij we tot dan toe aardig de vinger aan de pols hadden kunnen houden.'

Door samen te werken met collega-straadokters en kennis te delen, moet de sociaal-medische zorg beter worden. Onlangs leidde dat nog tot een succes. De Nederlandse Straatdokters Groep trok aan de bel omdat in alle grote steden een flinke toename te zien was van onverzekerde dak- en thuislozen. Waar in deze groep vijftien tot vijfentwintig procent onverzekerden normaal is, was dat de afgelopen jaren in sommige steden gestegen naar dertig tot vijftig procent. Dat kan grote gevolgen hebben voor iemands gezondheid.

Minister Edith Schippers kwam poolshoogte nemen bij straatdokter Marcel Sloekers in Rotterdam en besloot dat er iets moest veranderen. Artsen die onverzekerde dak- en thuislozen behandelen, krijgen voortaan een vergoeding van de overheid. Daarna volgt ook hulp om te zien hoe iemand weer verzekerd kan worden. Van Laere is voorzichtig optimistisch: 'We moeten nog zien hoe het in de praktijk uitpakt, maar dit is wel iets wat we echt als groep hebben gedaan. Vanaf nu kan er niet meer gezegd worden: jij bent onverzekerd, dus je krijgt niet de best mogelijke behandeling.'

Van Laere pleit er al jaren voor dat sociaal-medische zorg voor kwetsbare burgers meer aandacht krijgt in artsenopleidingen. 'Het is een vak apart, in de marge.' Als hij iemand voor het eerst

ziet, vindt hij het nodig om een uur met diegene te spreken. Niet alleen in medische klachten is hij geïnteresseerd, maar minstens evenveel in iemands levensverhaal. 'Hoe komt het dat een burger hier in de daklozenopvang terecht komt? Dat is niet normaal. Ik vind dat je over de grenzen van de medische problemen heen moet kijken. Ik wil weten: hoe ben je dakloos geworden? Waar ben je tot nu toe geweest? Aan wie heb je hulp gevraagd en hoe ging dat? Als iemand dan vraagt of ik dat als dokter moet weten, zeg ik: "Ja. Want daklozen worden vaak maar 55 jaar oud, en dat komt door hun sociale omstandigheden." Ik vind dat ik me daar als dokter mee moet bemoeien. Je moet naar mensen en hun levenspijn kijken, niet alleen naar de ziektes.'

Chihuahua's

Op de houten stoel in de spreekkamer is Marc gaan zitten. Hij strekt zijn linkerpols voor zich uit en probeert een vuist te maken. Dat gaat niet. 'Ik kan het je precies vertellen', zegt Marc. Hij wijst naar zijn hand. 'Ik heb vorig jaar mijn pols verbrijzeld, en in dit hele stuk heb ik nog steeds geen gevoel. Mijn wijsvinger en duim voel ik niet. De andere drie vingers wel. D'r zit een plaat in, en hier zit een pen. Het zit allemaal geschroefd. Je wil niet weten wat er allemaal aan ijzer in zit.'

Van Laere luistert aandachtig. Marc raakt langzaam verstrikt in zijn eigen verhaal als hij reconstrueert hoe hij

toentertijd zijn pols heeft verbrijzeld. 'Het ging zo. Ik ging de hondjes van mijn schatje uitlaten. Heel lieve hondjes. Chihuahua's. Zo klein, je mag het eigenlijk geen honden noemen. En ik neem normaal de lift, maar nu was het mooi weer, dus ik ging met de trap. Maar ik was dus hier in De Cocon en toen heb ik een hernia opgelopen. Ik dacht dat ik in de fik stond! Pijn! Ik werd gek. Maar ik had geen geld, dus ik kon niet naar de huisarts gaan en...'

Vriendelijk onderbreekt Van Laere, die het verhaal kent, de woordenstroom. 'En je hebt nu een eigen woning?'

Marc glundert. 'Ja, het gaat goed met mij. Vind ik wel. Ik heb een wasmachine, twee balkons met zonneschermen, en vanaf woensdag ook tv.'

'En het drinken?'

'Ja, dat lust ik nog wel. Maar niet meer zo heel frequent hoor.'

'Wat zijn je valkuilen voor straks? Heb je poen in de pijpleiding? Dat moet je goed regelen.'

'Ik ga hier een succes van maken, koste wat het kost.'

'En wat ga je doen aan dagbesteding?'

'Daar denk ik wel over na, maar weet je, ik heb hier bijna een jaar in de opvang gezeten. Ik ben over-ververmoeid. Dat merk ik nu pas. Je hebt in de opvang nooit nooit nooit rust. Half acht 's ochtends beginnen ze op je deur te bonzen – Bambambam! – want om kwart over acht is het ontbijt weg. En slapen is soms lastig. Je bent vaak wakker, soms door andere mensen, soms door je eigen gedachtes. Je hebt veel stress.'

'En hoe is het met je oog, Marc?'

'Definitief kapot, dat wordt nooit meer wat. Maar uiteindelijk komt het wel goed met mij. Het is hard werken en goed nadenken, maar het komt goed.'

DigiD

Stress is een van de meest voorkomende gezondheidsproblemen van dak- en thuislozen, zegt Van Laere. 'Stress is dodelijk.' Leden vroeger veel dak- en

Pijn op straat

Op 13 juni organiseert de Nederlandse Straatdokters Groep voor de vierde keer een landelijk symposium om kennis uit te wisselen over medische hulp aan dak- en thuislozen. Deze keer is het thema 'pijn op straat'. Pijn hoort bij de meest voorkomende gezondheidsklachten van dak- en thuislozen, maar er is weinig over bekend. Mensen gebruiken zelf vaak al alcohol of drugs als pijnstiller, waardoor artsen zich niet goed raad weten met de pijnbehandeling. Het symposium is vooral bedoeld voor artsen en verpleegkundigen die de opgedane kennis kunnen meenemen naar hun eigen stad.

Kijk op straatdokter.nl voor meer informatie over de Nederlandse Straatdokters Groep en het aankomende symposium.



Marc (I) bezoekt straatdokter Van Laere

thuislozen aan hiv, dat is nu een stuk minder. Net als andere mensen overlijden ze meestal aan hart- en vaatziekten, longaandoeningen en kanker. 'Een dakloos lijf is een versleten lijf. Qua leefstijl zijn daklozen net rocksterren die roofoverval op hun lichaam plegen.'

Iedere nieuwe patiënt moet bij Van Laere ook een kleine test doen, als controle op verstandelijke beperkingen. Een van de opdrachten luidt: teken een klok waarvan de wijzers op bijvoorbeeld kwart voor tien staan. 'Niet iedereen kan dat. En als je naar een afspraak moet en je kunt geen klok lezen, dan heb je dus een probleem. Bij sommige instanties wordt dan geconcludeerd dat je niet gemotiveerd bent. We moeten allemaal participeren en zelfredzaam zijn, maar één op de twintig mensen redt dat gewoon niet. In de grote steden is dat misschien zelfs wel één op de tien.'

'Hoe is het met je oog, Marc?' 'Definitief kapot'

Van Laere maakt zich er boos over. 'Die mensen moeten een uitkering digitaal aanvragen, met een DigiD! Ze snappen de brieven van de overheid niet. Steeds meer voorzieningen als postkantoren en banken zijn gesloten, waardoor ze niet even iemand kunnen vragen om ze te helpen als ze iets niet begrijpen. Het eigen risico van driehonderd euro is voor veel mensen een fortuin. Dat is een reden om niet op tijd naar de dokter te gaan. De zorgtoeslag zorgt voor problemen, met dat hele circus van voorschotten en terugbetalen. Regel dat via de belasting, dan voorkom

je dat mensen schulden maken die ze nooit meer terug kunnen betalen. En label mensen niet direct als wanbetaler als ze hun verzekeringspremie niet voldoen, maar kijk eerst eens wat mensen nodig hebben om hun zorgpremie wél te kunnen betalen.

We moeten ze in beeld hebben, en als ze voor het eerst in de daklozenopvang komen moeten we snel breed gaan kijken wat ze nodig hebben, om verdere schade te beperken. Zowel medisch als sociaal en psychisch. In de daklozenopvang komt iedereen bij elkaar die elders is vastgelopen. Dat is heel heftig. Heel ingewikkelde problematiek komt in de maatschappelijke opvang bij elkaar. Daar moeten we echt onze allerbeste mensen neerzetten. Straatdokters, psychiaters, verslavingsartsen. Kwetsbare burgers moeten veel meer beschermd worden.'

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 zocht 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.'

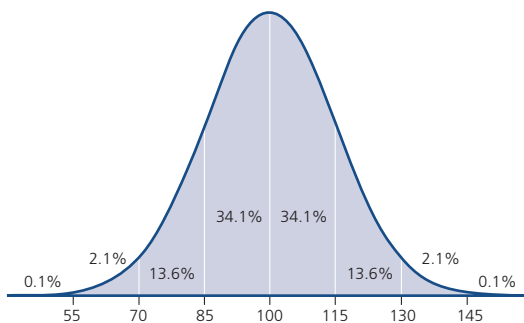
Meer lezen, zien of bijwonen?

- www.straatsdokter.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 ■

"Een goede straatdokter heeft een groot netwerk"

Hij heeft te maken met de vooroordelen over dak- en thuislozen en ervaart hoe makkelijk mensen over hun situatie oordelen. Igor van Laere weet als 'straatdokter' dat de werkelijkheid genuanceerder ligt. "Een grote groep mensen past niet binnen de regeltjes. Dan is het goed dat er dokters zijn die zich om hen bekommeren."

“Ken je de serie McCloud nog? Dat is een aardige vergelijking met wat ik doe”

Bij de koffieautomaat is het een komen en gaan. Bij de inloop van de Cocon, een opvang voor dak- en thuislozen midden in een woonwijk in Hilversum, vinden daklozen uit de regio een veilige haven. Aan hun verbaasde blikken is te zien dat ze zich afvragen wat die mevrouw van de LAD daar doet. De reden is een interview met straatdokter Igor van Laere. Hij houdt vandaag zijn wekelijkse spreekuur en heeft net zijn gesprek met een 52-jarige dakloze afgerond. “Deze man is net dakloos geworden en heeft een uitgebreid medisch dossier. Hij kon niet intrekken bij zijn familie, omdat die anders gekort wordt op de uitkering. Nu kan hij zich niet in de gemeente inschrijven, heeft daardoor geen adres en dus geen zorgverzekering, geen recht op een uitkering en geen geld voor medicijnen. Met alleen het voorschrijven van medicijnen kom je er dus niet.” Van Laere heeft vaak te maken met dit soort situaties. “Bij daklozen gaat het om mensen met een combinatie van sociale én medische problemen en daarom is sociaal-medische zorg voor hen zo belangrijk. Dat werkt anders dan de reguliere gezondheidszorg, waarin alles in regels en producten is gevangen. Een grote groep mensen past echter niet binnen alle wettelijke regeltjes. De onderlaag van de bevolking valt buiten de geijkte zorgpatronen maar heeft wel zorg nodig, die ze soms mijden omdat ze teleurgesteld zijn in de hulpverlening. Dan is het goed dat er dokters en verpleegkundigen zijn die zich om hen bekommeren.”

Carrière

Van Laere kreeg het medische van huis uit mee. Zijn vader was huisarts en zijn moeder bestierde de apotheek aan huis. Zijn ambitie was internist te worden, na zijn artsens studie aan de Universiteit van Amsterdam. Maar de dynamiek tussen mens, probleem en zijn omgeving boeide meer, en hij kon niet goed aarden in de afstandelijke setting van een ziekenhuis. “Ik moet me kunnen bewegen en heb vrij-

heid nodig”, verklaart Van Laere zijn loopbaanstappen. “Door te reflecteren op mijn loopbaan en wat ik belangrijk vind, ben ik me er bewust van geworden dat ik als straatdokter het beste tot mijn recht kom. Ken je die serie McCloud van vroeger nog? Zo’n cowboy op een paard in New York die dingen voor mekaar krijgt? Dat is wel een aardige vergelijking met wat ik doe.”

Pech

Hij herkent steeds beter hoe iemand in een situatie terechtkomt zonder dak boven zijn hoofd. “Het levenspad zit op tal van fronten niet mee. Een moeilijke jeugd is niet per se noodzakelijk; iedereen die extreme pech op zijn pad tegenkomt, kan in een crisissituatie verzeild raken. Zo’n vijf tot tien procent van de bevolking heeft echter moeite mee te komen in de moderne maatschappij en zou baat kunnen hebben bij passende hulp of begeleiding. Zonder dat vallen ze vroeg of laat buiten de boot. Daklozen worden gemiddeld net iets ouder dan vijftig jaar. Als je dat beseft, kijk je wellicht anders naar een dakloze. Als wij ons als straatdokters binnen de gezondheidszorg niet druk om hen maken, doet niemand het.”

Goede opvang

Grote vraag is hoe die patronen kunnen worden doorbroken. “Het begint met preventie en goede jeugdzorg. Veel volwassen daklozen hadden vroeger contact met de jeugdzorg of kinderbescherming. Het is bekend dat tien procent van de middelbare schoolkinderen niet bij de jeugdarts komt. Een grote groep wordt in de jeugdzorg wel gevolgd, maar als volwassene raken ze vaak uit beeld en is het niet duidelijk wie van hen dakloos raakt. Het is niet zo eenvoudig om patronen te veranderen. Er liggen wel kansen en gemeenten zijn druk doende de zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren. Kennis van de omvang en aard van de problematiek is hiervoor van groot belang om passende opvang en zorg te kunnen bieden.”

Van Laere noemt een voorbeeld. “Neem een man met schizofrenie die in een appartementencomplex woont en al een tijdje voor overlast zorgt, omdat hij zich niet kan aanpassen uit angst en achterdocht. In dat soort situaties moet je niet wachten op een calamiteit, maar op oplossingen focussen. Het is de kunst om de juiste hulpverlener in te zetten die het vertrouwen kan winnen, de tijd neemt en luistert naar de belevingswereld van de patiënt en de omgeving. In deze gevallen is specialistische bemoeizorg nodig, inclusief overplaatsing naar een vorm van beschermd wonen, om systemen te doorbreken en te voorkomen dat het echt misgaat. Goede opvang en bescherming zijn van levensbelang. Ik heb weleens uitgerekend hoeveel opvangplaatsen met begeleiding nodig zouden zijn voor de steden. Dat zijn er echt veel meer dan nu beschikbaar zijn.”

Kennis van de straat

Om het belang van medische zorg voor dak- en thuislozen onder de aandacht te brengen, heeft Van Laere in 2008 de Doctors for Homeless Foundation opgezet, waaruit de Nederlandse Straatdokters Groep is voortgevloeid (zie www.straatdokter.nl). De stichting treedt op als aanspreekpunt, vraagbaak en adviseur voor sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen. “Als straatdokters kennen we de pijn van de straat en de wegen om deze te verzachten. En onze kennis van de straat willen we verbinden met het onderwijs op hogescholen en universiteiten. Daarnaast is ons sociale en medische netwerk enorm van belang om te zorgen dat iemand tussen alle regels door daadwerkelijk geholpen wordt. Een goede straatdokter heeft veel vrienden in zijn netwerk, ook buiten de medische wereld, die hij kan inschakelen. Want straatdokters helpen is daklozen helpen. Mijn ervaring zegt dat we kwetsbare burgers veel beter moeten beschermen.” ■