

Sociaal-medische zorg daklozen niet overal vanzelfsprekend

Auteurs

**KIM VAN
DAALEN**

vierdejaars student
verpleegkunde,
Hogeschool Utrecht

**ELINE
KROMWIJK**

vierdejaars student
verpleegkunde,
Hogeschool Utrecht

**MARIA VAN DEN
MUIJSENBERGH**

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

IGOR VAN LAERE

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

**BARBARA
SASSEN**

hogeschooldocent,
University of Applied
Sciences, Hogeschool
Utrecht



CORRESPONDENTIE
IGOR VAN LAERE,
IVLAERE@GMAIL.COM

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

TREFWOORDEN

- Dak- en thuislozen
- Straatdokter

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

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

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



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

SOCIAAL KWETSBAAR

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

METHODE

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

TABEL 1 RESPONDENTEN UIT 43 CENTRUMGEMEENTEN NAAR DISCIPLINE EN INSTELLING

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

* 12 Maatschappelijk werkers en 9 sociaal pedagogische hulpverleners
 ** Managers, coördinatoren en leidinggevenden

sociaal-medische zorg te krijgen stelden de onderzoekers een vragenlijst op. De vragen richtten zich op het verzamelen van gegevens over de discipline, de werkgever van de geïnterviewde, het lokale aanbod van medische spreekuren, de beschikbaarheid van verpleegkundigen en/of (huis)artsen, samenwerkingsafspraken met opvanginstellingen, en barrières en verbeteringen voor de toegang tot de medische zorg. Tijdens een expertmeeting in maart 2017 bespraken de onderzoekers met zes straatdokters en zes straatverpleegkundigen alle vragen. De vragen werden vervolgens aangepast en de vragenlijst werd definitief vastgesteld. De vragenlijst bestond uit 29 gesloten en 11 open vragen. Met hulp van het netwerk van NSG werd in elke centrumgemeente gezocht naar een sleutelfiguur die betrokken was bij of bekend met de lokale organisatie van de opvang en de sociaal-medische zorg. Dit waren bij voorkeur professionals met een medische/verpleegkundige achtergrond. Als die niet beschikbaar waren werden sociaal werkers, woonbegeleiders of managers van opvangvoorzieningen voor een interview benaderd. In de periode april-juni 2017 hebben vijf studenten verpleegkunde de interviews afgenomen. Aanvankelijk *face to face*, vervolgens telefonisch. Alle respondenten gaven toestemming voor het opnemen van het interview en anonieme dataverwerking.⁶ Data zijn verwerkt met SPSS 24 en beschrijvend statistisch geanalyseerd. De kwalitatieve gegevens uit de open vragen zijn getranscribeerd en

door twee studenten afzonderlijk gecodeerd en geïnterpreteerd.

RESULTATEN

Kenmerken geïnterviewden

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

ORGANISATIE SOCIAAL-MEDISCHE ZORG

Tabel 2 toont het aanbod van sociaal-medische spreekuren en de samenwerkingsafspraken in de 43 centrumgemeenten. De centrumgemeenten zijn verdeeld naar het aantal inwoners in vier groepen (A t/m D), vanuit de gedachte dat grotere gemeenten meer dak- en thuisloze mensen en een groter zorgaanbod hebben. Volgens de respondenten werd er in 29 centrumgemeenten (67 procent) in opvanginstellingen een sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuisloze mensen gehouden; in acht centrumgemeenten door een arts, in zeven centrumgemeenten door een sociaal verpleegkundige en in twee

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

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

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

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

BARRIÈRES EN VERBETERINGEN

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

regiobinding van de dak- of thuisloze persoon.

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

DISCUSSIE

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

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

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

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

CONCLUSIES

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

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

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

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

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

den van laagdrempelige en voldoende vaste spreekuren in opvanginstellingen.

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

NOOT

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

REFERENTIES

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

Samenvatting

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

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