



# Sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen

## Een inventarisatie van beleid en financiering in 43 centrumgemeenten

Igor van Laere · Ronald Smit · Maria van den Muijsenbergh

Published online: 2 July 2018

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

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

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

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

trumgemeenten in totaal minimaal zestien geldstromen.

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

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

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

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

*Methods.* By e-mail, we asked relevant policy makers in the 43 center-cities questions about the existence and/or content of organizational and financial policies for primary and dental care for homeless people.

*Results.* 26 Center-cities answered the questions, a response of 60%. In one quarter (27%) specific policies for primary care for homeless people were lacking and two thirds (65%) had no policies for dental care for homeless people, mostly in cities up to 150,000 citizens. In other cities a variety of policies and different medical professionals or services were reported. To cover health costs, the cities reported in total at least 16 different budget sources.

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

R. Smit  
 Volksgezondheid Gemeente Utrecht, Utrecht, Nederland

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

Praktijk Buitenzorg, Straatdokerspraktijk Nijmegen,  
 Nijmegen, Nederland



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

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

### Inleiding

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

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

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

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

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

### De Nederlandse Straatdokers Groep

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

### Kernpunten

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

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

## Methode

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

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

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

## Resultaten

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

leidsmedewerkers, één beleidscoördinator en één arts Maatschappij en Gezondheid.

## Beleid

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

## Financiering

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

**Tabel 1** Door ambtenaren uit 26 centrumgemeenten gerapporteerd beleid specifiek voor sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen, naar aantal inwoners<sup>a,b</sup>

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

MO maatschappelijke opvang  
<sup>a</sup> De kolommen dienen afzonderlijk gelezen te worden, er is geen relatie tussen de antwoorden onder sociaal-medische zorg en tandheelkundige zorg. In de tabelvlakken staan de antwoorden zoals ze zijn gerapporteerd door de gemeenten, of er werd 'geen beleid' vermeld  
<sup>b</sup> Situatie in 26 van 43 centrumgemeenten in Nederland eind 2017

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

## Beschouwing

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

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

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

## Beleid

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

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

**Tabel 2** Door ambtenaren uit 26 centrumgemeenten gerapporteerde financiering specifiek voor sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen, naar aantal inwoners <sup>a,b</sup>

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

MO maatschappelijke opvang; Wmo Wet maatschappelijke ondersteuning; Wlz Wet langdurige zorg; ELV eerstelijnsvoorziening  
<sup>a</sup> De kolommen dienen afzonderlijk gelezen te worden, er is geen relatie tussen de antwoorden onder sociaal-medische zorg en tandheelkundige zorg. Per tabelvlak staan de antwoorden zoals ze door centrumgemeente zijn gerapporteerd en zijn de financieringsbronnen genummerd  
<sup>b</sup> Situatie in 26 van 43 centrumgemeenten in Nederland eind 2017

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

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

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



### Financiering

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

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

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

### Beperkingen van dit onderzoek

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

### Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

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

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

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

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

### Literatuur

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

4. Slockers M, Laere I van, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wet.* 2017;60(7):360–2.
5. Reijn E, Henken S, Keetman M. Wie zorgt er voor daklozen? Inzicht in gezondheidsproblematiek en zorgaanbod voor daklozen in Den Haag. *Epidemiol Bull.* 2017;52(4):4–17.
6. Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2009. <http://dare.uva.nl/record/325935>.
7. Temorshuizen F, Bergen APL van, Smit RBJ, et al. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: a register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry.* 2014;60(5):426–35.
8. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, et al. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? *Eur J Public Health.* 2018;28(2):248–52.
9. Laere I van, Muijsenbergh M van der, Smit R, et al. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. *Straatdokter bepleiten landelijk beleid.* *Med Contact.* 2015;70(8):340–3.
10. VNG. Kwaliteitseisen beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Handreiking voor gemeenten. Ontwikkeld als onderdeel van het programma opvang en bescherming. Utrecht: Q-consult/Vereniging Nederlandse Gemeenten; 2016.
11. <http://www.invoeringwmo.nl/content/7-8-en-9-maatschappelijke-opvang-openbare-geestelijke-gezondheidszorg-verslavingsbeleid>. Geraadpleegd op 27 maart 2018.
12. GGD-GHOR Nederland, redactie. Aanpak verwarde personen: sociaal-medische zorg dreigt op de achtergrond te raken. Brief van GGD-GHOR Nederland aan Tweede Kamerleden. Utrecht: GGD-GHOR Nederland; 2016. ISBN 23.5.2016. <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=28545&m=1464172658&action=file.download>.
13. Blok C de, Kok A, Ridder J de. Professionals in de opvang voor dak- en thuislozen aan het woord. *Betere daklozenopvang tegen lagere kosten.* *Soc Bestek.* 2018;1:54–6.
14. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet.* 2017; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31959-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1).
15. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet.* 2014;384(9953):1529–40.
16. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, et al. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001–2010. *PLoS ONE.* 2013;8(10):e73979.
17. Vermeulen K, Toet J, Ameijden E van. Eindrapportage hostelonderzoek Utrecht. *Beter af met bad, bed, brood en begeleiding?* Utrecht: GG&GD, Bureau Epidemiologie en Informatie; 2005.
18. Literatuur en nieuwsberichten over straattandartsen: [http://www.straadokter.nl/?page\\_id=1269](http://www.straadokter.nl/?page_id=1269). Geraadpleegd op 27 maart 2018.
19. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: [https://www.eiseverywhere.com/file\\_uploads/d264531c5bd30ce1e9d6d4a88ff96179\\_Het\\_Nederlandse\\_Zorgstelsel.pdf](https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/d264531c5bd30ce1e9d6d4a88ff96179_Het_Nederlandse_Zorgstelsel.pdf). Geraadpleegd op 27 maart 2018.
20. Slockers M, Laere I van, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2016;160:D214.