

BEVORDEREN VAN DE VAKBEKWAAMHEID IN STRAATZORG

Curriculum ontwerp

Stichting Nederlandse Straatdokers Groep



NEDERLANDSE
STRAATDOKTERS
GROEP

INHOUDSOPGAVE

1. STRAATZORG EN VAKBEKWAAMHEID	3
2. VAKBEKWAAMHEID IN STRAATZORG VERGROTEN.....	3
2.1 Leidende principes.....	5
2.1.1 Interprofessioneel aanbod.....	5
2.1.2 Aansluiten op wat er al is.....	5
2.1.3 Leren stimuleren, niet controleren	5
2.1.4 Leren is samenwerken, ongeacht ervaring	5
3. CURRICULUM STARTENDE STRAATZORGVERLENER.....	6
3.1 Bouwstenen/ Onderwerpen	6
3.1.1 Kenmerken van de dak- en thuisloze populatie	7
3.1.2 Zorg voor dak en thuisloze mensen: barrières herkennen en doorbreken	7
3.1.3 Recht op zorg voor dak- en thuisloze patiënten	9
3.1.4 Financiering van zorg aan dak en thuisloze mensen.....	9
3.1.5 Continuïteit van zorg en toegang tot vervolgzorg.....	10
3.1.6 Persoonsgerichte zorg.....	10
3.1.7 Praktijkvoering	11
3.1.8 Inbedding in het lokale maatschappelijk veld.....	12
3.1.9 Medische screening	12
3.1.10 Werken met complex gedrag: Kennen en bewaken van eigen professionele grenzen.....	13
3.1.11 Specifieke ziektebeelden	14
3.2 Realisatie	14
4. CURRICULUM CONTINUE NASCHOLING.....	15
4.1 Vorm en toegankelijkheid	15
4.2 Inhoud curriculum continue nascholing	15
4.3 Intervisie	23
4.4 Realisatie	24
5. RICHTLIJNEN/ HANDREIKINGEN STRAATZORG.....	24
5.1 Realisatie	25
6. SCHOLINGSAANBOD: INTEGRATIE BINNEN BESTAANDE MEDISCHE OPLEIDINGEN	26
6.1 Curriculum overzicht: zorg voor dak- en thuisloze mensen.	27
6.2 Realisatie	28
7. REALISATIE EN PRIORITERING	29
8. TOTSTANDKOMING.....	30
9. REFERENTIES	30

1. Straatzorg en vakbekwaamheid

De Stichting Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) heeft zich als voornaamste opgave gesteld de toegankelijkheid en kwaliteit van de sociaal-medische zorg voor dak- en thuisloze mensen te verbeteren. Alle mensen in Nederland, ongeacht hun juridische, financiële of gezondheidsstatus en huisvesting hebben recht op medisch noodzakelijke zorg. Dit geldt expliciet ook voor mensen zonder zorgverzekering. Een substantieel deel van onze doelgroep is onverzekerd. De praktijk is echter aanzienlijk weerbarstiger dan bovenstaande principes en bestaande regelingen doen vermoeden. Wij vinden dat zorg daadwerkelijk toegankelijk moet zijn én de kwaliteit moet hebben die we normaal vinden in de reguliere zorg.

Sociaal- medische zorg aan dak- en thuisloze mensen is zo specifiek dat ze niet volledig binnen de reguliere zorg ondergebracht zal worden. Ze is complex, zowel inhoudelijk (diagnose, behandeling, relationeel), organisatorisch (samenwerking in de keten, en breder maatschappelijk) als financieel. Straatzorg vergt specifieke kennis en vaardigheden en is een multidisciplinair specialisme.

Zorg aan dak- en thuisloze mensen zal echter nooit alléén door straatzorgverleners geleverd worden. De hele zorgketen is betrokken bij de zorg voor deze populatie. Het is dus voor álle zorgverleners relevant om gerichte basiskennis en -vaardigheden met betrekking tot de zorg voor deze populatie te hebben.

De NSG heeft zich als doel gesteld de kennis en vakbekwaamheid m.b.t. de zorg voor dak- en thuisloze mensen te verbeteren, zowel van straatzorgverleners als van artsen en verpleegkundigen in de volledige breedte van de geneeskunde. In dit document leest u hoe de NSG dit doel wil bereiken.

2. Vakbekwaamheid in straatzorg vergroten

Het voorstel voor ontwikkeling van scholingsaanbod bestaat uit drie delen: 1. een curriculum voor de startende straatzorgverlener, 2. continue na- en bijscholing voor de reeds actieve straatzorgverlener en 3. integratie/aansluiting binnen bestaande medische basis- en vervolgopleidingen.

VAKBEKWAAMHEID IN STRAATZORG - curriculum ontwikkeling

PROFESSIONALISEREN STRAATZORG



Modules vormen samen een curriculum voor actieve straatzorgverleners. Het is een doorlopende na- en bijscholing.

Focus op wat straatzorgverleners aangeven nodig te hebben in de praktijk.

Samenstelling wordt telkens vernieuwd en aan de actualiteit aangepast.

BASIS STRAATZORG

Modules vormen samen een curriculum voor de startende straatzorgverlener.

Focus op wat een zorgverlener moet weten wanneer wordt gestart met straatzorgverlening.

Samenstelling is relatief stabiel.

INTRODUCTIE STRAATZORG

Modules vormen samen een curriculum voor zorgverleners in spé tijdens hun reguliere medische beroepsopleiding.

Focus op wat een zorgverlener moet weten over zorg aan dak- en thuisloze mensen wanneer in contact met deze doelgroep na het afstuderen.

Samenstelling is relatief stabiel.

VAKBEKWAAMHEID IN STRAATZORG - curriculum ontwikkeling

PROFESSIONALISEREN STRAATZORG

curriculum voor de actieve straatzorgverlener (doorlopende na- en bijscholing)



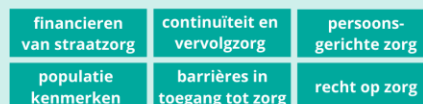
BASIS STRAATZORG

curriculum voor de startende straatzorgverlener



INTRODUCTIE STRAATZORG

curriculum geïntegreerd in medische beroepsopleidingen



Hieronder zullen deze 3 trajecten meer in detail worden uiteengezet. Eerst echter enkele leidende principes die wij hanteren bij het ontwikkelen van deze curricula.

2.1 Leidende principes

2.1.1 Interprofessioneel aanbod

Straatzorgverleners zijn een pluriforme groep mensen met diverse achtergronden en kennis. Een deel is huisarts, een deel verpleegkundige, er zijn - zonder volledig te zijn - POH's GGZ, verpleegkundig specialisten, verslavingsartsen, artsen verstandelijk gehandicapten, psychiaters, basisartsen en tandartsen. Beroepsgroepen die in sterk uiteenlopende intensiteit en frequentie zorg aan dak- en thuisloze mensen verlenen. De NSG wil een interprofessioneel scholingsaanbod bieden, toegankelijk voor zorgverleners uit al deze groepen.

Het mixen van deze groepen heeft als extra voordeel dat de professionals uit de verschillende sectoren van elkaar kunnen leren en samen kunnen bedenken hoe organisatie van zorg aan deze doelgroep – die niet binnen één onderdeel van het gesegeerde zorgaanbod past- vorm te geven.

2.1.2 Aansluiten op wat er al is

We streven er naar de hiaten in de huidige vooropleidingen met betrekking tot de zorg voor deze specifieke doelgroep aan te vullen. De benodigde aanvullende opleiding en ervaring zullen per zorgverlener verschillen. Daarom is het aan de zorgverlener zelf om een keuze te maken uit het aanbod en verantwoordelijkheid te dragen voor de eigen vakbekwaamheid.

2.1.3 Leren stimuleren, niet controleren

We varen op de principes van volwassen leren en nemen eigen verantwoordelijkheid serieus. Competentietoetsing of bewijsvoering doen we vooralsnog alleen als het aantoonbaar bijdraagt aan het stimuleren van leren, óf directe gevolgen heeft voor de financiering of contractering van straatzorg.

2.1.4 Leren is samenwerken, ongeacht ervaring

Iemand die een straatzorgpraktijk wil opzetten heeft waarschijnlijk specifieke vragen waarop we in het curriculum voor de startende straatzorgverlener antwoord geven.

Voor al het overige onderwijs geloven we in het mengen van nieuwe en ervaren straatzorgverleners om ruimte te maken voor wederkerig leren: nieuwe collega's kijken met een frisse blik, en brengen eventuele blinde vlekken aan het licht, ervaren mensen delen praktische wijsheid.

We creëren leeromgevingen waarin impliciete kennis - die vaak verscholen zit in de dagelijkse praktijk - expliciet en overdraagbaar wordt gemaakt. Onderwijs is voor ons interprofessioneel, praktijkgestuurd én relationeel (iets dat je ontwikkelt en ervaart in afstemming met anderen). Hierbij maken we waar mogelijk gebruik van ervaringsdeskundigheid.

2.1.5 Kennis toegankelijk maken

We bieden kennis zo toegankelijk mogelijk aan: open toegankelijk voor alle straatzorgverleners waar het kan, doelgericht besloten waar nodig - online en offline, blended, in losse modules of meerdaagse opleidingen, afhankelijk van wat het leerproces het meest dient.

In de ontwikkeling van onderwijsmodules gaan we graag de samenwerking aan. Laagdrempelige toegankelijkheid van de ontwikkelde onderwijsmodules is een uitgangspunt. De NSG is eigenaar van de ontwikkelde modules en kan deze via eigen kanalen verspreiden. Toegankelijk betekent ook dat we altijd zoeken naar een optimum qua kosten en effect.

3. Curriculum startende straatzorgverlener

Voor de startende straatzorgverlener ontwikkelen we een curriculum waarvan het aanbod bestaat uit meerdere online modules. De vorm waarin het lesmateriaal wordt aangeboden kan variëren van korte video's tot powerpoint presentaties, webinars, tekstdocumenten en e-learnings. Bouwstenen/ onderwerpen die aan bod dienen te komen zijn onderstaand weergegeven, met daarbij ook de behorende leerdoelen.

3.1 Bouwstenen/ Onderwerpen



3.1.1 Kenmerken van de dak- en thuisloze populatie

Gaat over:

De populatiegrootte, kenmerken en prevalentie van aandoeningen.

Leerdoelen:

De deelnemer heeft inzicht in de omvang van het dakloosheidsprobleem, de diversiteit van de populatie en de prevalentie en behandeling van specifieke aandoeningen.

Achtergrond/ inhoud:

Het is niet bekend hoeveel dakloze mensen er in Nederland zijn. De recente Ethos tellingen doen vermoeden dat er in heel Nederland minimaal 100.000 volwassenen en 16.000 kinderen dak- en thuisloos zijn, maar deze cijfers includeren lang niet alle ongedocumenteerden en arbeidsmigranten (die niet bekend zijn bij specifieke hulporganisaties) en onderschatten dus het dakloosheidsprobleem (Kansfonds, 2025).

De dakloze populatie is divers. Een deel voldoet aan het klassieke beeld van de man met de chronische complexe psychiatrische en verslavingsproblematiek, maar er zijn ook veel economisch daklozen, zoals werkloze zzp'ers, er zijn moeders met kinderen en er is een sterke toename aan dakloze arbeidsmigranten en ongedocumenteerden zonder vangnet. Dakloze mensen zijn vaak, maar niet altijd onverzekerd. Ze hebben soms geen verblijfsstatus en ze hebben vaak geen adequate toegang tot medische zorg. Vaak spelen problemen op meerdere levensgebieden (woning, financieel, sociaal, gezondheid). Maatschappelijke problemen en gezondheidsproblemen versterken elkaar.

Dakloosheid is slecht voor de gezondheid. Dakloze mensen hebben een kortere levensverwachting en overlijden vaak aan een niet natuurlijke oorzaak (Slockers, 2018). Binnen de populatie komen psychiatrische aandoeningen meer voor, ze hebben vaker meerdere verslavingen en ruim 30% van de dakloze mensen heeft een verstandelijke beperking (van Straaten, 2014). Ziektebeelden als loopvoeten en spuitabcessen komen vaker voor (Slockers, 2022). Door verhoogde kwetsbaarheid en hogere infectiedruk hebben ze een grotere kans op infectieziekten als TB, hepatitis, scabiës en klerluis (Fazel, 2014). Ze hebben een groter risico op ongewenste zwangerschappen en veel meer chronische ziekten. Daklozen gaan gemiddeld 14-16 jaar eerder dood (Nusselder, 2014).

3.1.2 Zorg voor dak en thuisloze mensen: barrières herkennen en doorbreken

Gaat over:

Dakloze mensen hebben in de praktijk moeizame toegang tot zorg. De oorzaken liggen zowel bij de patiënt zelf, bij de zorgverleners en bij de manier waarop de zorg in Nederland is georganiseerd.

Leerdoelen:

De deelnemer heeft inzicht in de barrières die toegang tot passende zorg belemmeren en krijgt handvaten voor gerichte acties om deze waar mogelijk te verminderen.

Achtergrond/ inhoud:

Dakloze mensen ontvangen vaak ontoereikende zorg (niet-tijdig, niet-passend en niet-gecontinueerd). Dit heeft verschillende oorzaken, patiënt, zorgverlener en systeem gerelateerd.

Patiënt gerelateerde oorzaken: Dakloze patiënten komen vaak rijkelijk laat. Ondanks behoefte aan zorg heeft 30% van de daklozen geen toegang tot een huisarts (Verheul, 2020). De populatie is divers, maar mogelijke oorzaken van deze late presentatie zijn: onverzekerdheid/ geen geld voor zorg, schaamte, angst voor afwijzing, gebrekkige kennis van het zorgsysteem, weinig vertrouwen in anderen én zichzelf, moeizame communicatie (psychiatrie, verstandelijke beperkingen) en het hebben van andere prioriteiten (Verheul, 2020). In dit onderdeel van het curriculum worden deze belemmeringen geïnventariseerd en wordt onderzocht wat je als zorgverlener kan doen om deze drempels te verlagen.

Zorgverlener gerelateerd: Iedere zorgverlener weet, er zijn groepen waarvoor je harder gaat lopen en groepen waarvoor je net iets minder hard loopt. Uit onderzoek blijkt dat wanneer we denken aan onszelf of anderen de mediale prefrontale cortex wordt geactiveerd. Wanneer we denken aan daklozen of verslaafden is er geen activatie van dit hersengebied, maar lichten de insula en de amygdala op, gebieden die ook activeren bij het zien van afval of een vies toilet en betrokken zijn bij afkeer en angst (Harris, 2006). Het stigma jegens daklozen en verslaafden kan er toe leiden dat ze minder goede zorg ontvangen. We exploreren aan de hand van eigen ervaringen hoe de deelnemers omgaan met tegenoverdracht en hoe je borgt je patiënt toch de zorg te geven die hij nodig heeft.

Daarnaast zijn zorgverleners zijn niet altijd op de hoogte van de verhoogde prevalenties van sommige specifieke ziektebeelden bij deze patiëntengroep. Ook denken ze soms dat dakloze of onverzekerde mensen geen recht hebben op (bepaalde) zorg. Aan deze onderwerpen wordt op een ander moment in het curriculum uitgebreid aandacht besteed (specifieke ziektebeelden, recht op zorg en financiering van zorg)

Systeem gerelateerd: Dakloze en onverzekerde mensen lopen tegen verschillende barrières in het systeem aan. Zorgverleners, maar ook zorginstanties zijn niet altijd op de hoogte van hun wettelijke plichten om zorg te verlenen. (Vermeende) financiële barrières zorgen er voor dat patiënten soms geweigerd worden. De complexe combinatie van fysieke, verslavings- en psychiatrische ziektebeelden in

combinatie met ingewikkeld gedrag zorgt er ook voor dat patiënten soms geen toegang tot zorg krijgen. Gebrekkige continuïteit van zorg door zowel moeizame follow up als afwezige overdracht zorgt voor slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere zorgkosten.

Het opbouwen van relaties met andere zorgverleners en instanties is vaak bepalend voor de toegang tot zorg voor deze doelgroep. Voorbeelden van hoe je dit aan kan pakken komen aan bod in onderdeel over continuïteit van zorg.

3.1.3 Recht op zorg voor dak- en thuisloze patiënten

Gaat over:

Rechten en plichten van patiënt en zorgverlener.

Leerdoelen:

De deelnemer weet welke zorg zij moet en kan verlenen.

Achtergrond/ inhoud:

Iedere patiënt heeft recht op medisch noodzakelijke zorg. Dak- en thuisloos, verzekerd of onverzekerd, afkomstig uit NL/ EU/ overig, ongedocumenteerd of niet. Toegang tot gezondheidszorg is een mensenrecht, zowel vastgelegd in de Nederlandse grondwet als in internationale verdragen.

3.1.4 Financiering van zorg aan dak en thuisloze mensen

Gaat over:

Mogelijkheden en onmogelijkheden bij het financieren van zorg aan dak en thuisloze mensen

Leerdoelen:

De deelnemer kent het bestaan van financieringsregelingen binnen en buiten de zorgverzekering en weet deze toe te passen.

Achtergrond/ inhoud:

Financiering van zorg aan onverzekerden is door de overheid geborgd in verschillende regelingen (CAK, 2024). De zorg die vanuit deze regelingen vergoed wordt komt grotendeels overeen met zorg die onder de zorgverzekeringswet valt, maar er zijn afwijkingen per doelgroep en omstandigheden. De zorgverlener wordt wegwijs gemaakt in de belangrijkste uitgangspunten en krijgt enkele praktische tips m.b.t. het declareren van deze zorg.

3.1.5 Continuïteit van zorg en toegang tot vervolgzorg

Gaat over:

Continuïteit van zorg en het organiseren van toegang tot vervolgzorg.

Leerdoelen:

De deelnemer herkent de uitdagingen rondom continuïteit van zorg bij dak- en thuisloze mensen en bij toegang tot vervolgzorg, begrijpt de mogelijke negatieve gevolgen hiervan en kent praktische handvatten om zorg toch zo veel mogelijk te waarborgen.

Achtergrond/ inhoud:

Continuïteit van zorg is binnen deze doelgroep verre van vanzelfsprekend. Patiënten missen vaak vervolgafspraken en bewegen van crisis naar crisis. Zowel deze moeizame follow up als ook gebrekkige overdracht tussen zorgverleners leidt tot slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere zorgkosten.

Daarnaast worden patiënten ook wel eens voor vervolgzorg geweigerd. Zorgverleners, maar ook zorginstanties zijn niet altijd op de hoogte van hun wettelijke plichten om zorg te verlenen. (Vermeende) financiële barrières zorgen ervoor dat patiënten soms geweigerd worden. De complexe combinatie van fysieke, verslavings- en psychiatrische ziektebeelden in combinatie met ingewikkeld gedrag zorgt er ook voor dat patiënten soms geen toegang tot zorg krijgen.

Deelnemers leren aan de hand van praktijkvoorbeelden hoe opbouw van relaties en samenwerking met lokale partners kan bijdragen aan het beter organiseren van zorg. Dit geldt voor samenwerking met huisartsen in de regio, GGZ, de GGD (bemoezorg), het ziekenhuis (waaronder spoedeisende hulp), wondverpleegkundigen, mondzorg, wijkverpleging, Wlz, fysiotherapie, hulpmiddelen etc.

3.1.6 Persoonsgerichte zorg

Gaat over:

Het aanpassen van communicatie en behandeladviezen aan de taalvaardigheid, psychische gesteldheid en dagelijkse realiteit van de patiënt.

Leerdoelen:

De deelnemer benadert patiënten persoonsgericht en houdt rekening met de bijzondere omstandigheden van de patiënt. Zij herkent potentiële barrières in communicatie en kan de impact hiervan op de kwaliteit van de communicatie tot het minimum beperken. De deelnemer houdt in zijn behandeling rekening met de leefomstandigheden van zijn patiënten.

Achtergrond/ inhoud:

De dak- en thuisloze populatie is zeer gemêleerd, maar binnen de populatie komen relatief veel verstandelijke beperkingen, psychiatrische aandoeningen en verslavingen voor (van Straaten, 2014. Slockers, 2022). Frequent is er sprake van een taalbarrière.

De dagelijkse realiteit van de dak en thuisloze maakt vaak dat medische richtlijnen niet precies passen: rust houden is geen optie, furosemide is niet fijn als je geen toilet hebt, medicatie in de koelkast bewaren gaat niet en driemaal daags iets innemen wordt lastig. Een wond schoonhouden is een uitdaging en dagelijkse verbandwissel een utopie. Interacties met drugs en psychofarmaca zijn ook een punt van aandacht.

Een persoonsgerichte benadering, waarbij je rekening houdt met de capaciteiten en bijzondere omstandigheden van je patiënt is essentieel om kwalitatief goede zorg te bieden (Oosterberg, 2022).

In dit onderdeel van het curriculum bespreken we het belang van empathie en oprechte nieuwsgierigheid en van communicatie die aangepast is aan het niveau van geletterdheid en begrip van de patiënt. De deelnemer leert aan de hand van praktijkvoorbeelden waar nodig richtlijnen aan te passen aan de leefomstandigheden van de patiënt.

3.1.7 Praktijkvoering

Gaat over:

Het organiseren van straatzorg naast/ binnen een reguliere huisartsenpraktijk

Leerdoelen:

De deelnemer weet hoe straatzorg praktisch te organiseren: kent de voor- en nadelen van de verschillende locaties om patiënten te ontmoeten, kan eventuele consultvoering samen met andere disciplines organiseren en kent handige tips & tricks met betrekking tot dossiervoering. De deelnemer is op de hoogte van mogelijke consequenties van het leveren van straatzorg op herregistratie.

Achtergrond/ inhoud:

Straatzorg is op vele plekken in Nederland op totaal eigen wijze ontstaan. Soms vanuit de GGD, soms vanuit een huisartsenpraktijk en in sommige steden zijn praktijken opgericht specifiek alleen voor straatzorg (NSG, 2025).

In dit deel van het curriculum focussen we op de huisarts die naast reguliere zorg ook straatzorg levert. De verschillende manieren hoe je deze zorg kunt inrichten komen aan bod, zowel in relatie tot financiering, dossiervoering als meer praktische zaken als waar en eventueel met wie je consult voert. De door de NSG ontwikkelde 'Gids voor starters en ontwikkelaars van straatzorg' dient als bron van informatie.

Het kan handig zijn om de staatzorgpatiënten in het informatiesysteem makkelijk te kunnen identificeren en bepaalde specifieke zaken te noteren ten behoeve van

zowel pleitbezorging als wetenschappelijk onderzoek. Het wat en waarom komt hier aan bod.

Ook mogelijke effecten van het leveren van straatzorg op herregistratie wordt besproken: Er zijn verschillende variaties in setting en omstandigheden waarbinnen huisartsen binnen de straatzorg werkzaam zijn. Dit maakt dat de RGS stelt dat werkzaamheden in de straatzorg niet per definitie mee kunnen tellen voor de herregistratie omdat deze werkzaamheden moeten voldoen aan de omschrijving in het Besluit Huisartsgeneeskunde. De RGS adviseert huisartsen die straatzorg verlenen in een vroeg stadium contact op te nemen met de RGS om hun werkzaamheden voor te leggen.

3.1.8 Inbedding in het lokale maatschappelijk veld

Gaat over:

Samenwerking met andere partijen die binnen het maatschappelijke veld actief zijn.

Leerdoelen:

De deelnemer weet welke andere partijen betrokken zijn of zouden moeten worden om passende zorg voor dak en thuislozen voor elkaar te krijgen. Ze kent het belang van het leggen van contact en afstemmen met de verschillende partijen om te komen tot goede zorg.

Achtergrond/ inhoud:

Essentieel in het effectief organiseren van zorg voor dak- en thuisloze mensen is de samenwerking met andere partijen. Denk hierbij aan de maatschappelijke opvang, de inloop, de nacht- en de winter opvang, maar ook aan de gemeente voor bijvoorbeeld het regelen van een postadres, maatschappelijk werk, bemoeizorg, GGD en ook lokale stichtingen die zich bezig houden met toegang tot zorg. De belangrijkste partijen en hun functies worden besproken.

3.1.9 Medische screening

Gaat over:

De zin en onzin van screenende onderzoeken bij nieuwe patiënten.

Leerdoelen:

De deelnemer kent de verschillende screeningstools en kan een gefundeerde keuze maken welke in te zetten. De deelnemer weet ook welk screenend lab bij welke populatie zinvol kan zijn.

Achtergrond/ inhoud:

Dakloze patiënten komen vaak rijkelijk laat. Ondanks behoefte aan zorg heeft 30% van de daklozen geen toegang tot een huisarts (Verheul, 2020). Wanneer een patiënt zich tot een zorgverlener wendt is er wat voor te zeggen om te 'pakken wat je pakken kan' en pragmatisch meer te onderzoeken dan alleen de klacht waarmee hij zich presenteert. Het loont om, indien er ruimte voor is, zowel in anamnese als in lichamelijk onderzoek de verschillende tracti en levensgebieden te verkennen.

In de realiteit is het schipperen tussen het gebrek aan dossiervorming en het soms uitgebreide levensverhaal en voorgeschiedenis en de mogelijk korte aandacht spanne van de patiënt of tijdsgebrek van de zorgverlener. Er bestaan vele somatische screeningslijsten waarvan een aantal gevalideerd zijn, maar in de praktijk kosten die vaak veel tijd om af te nemen. Er doen veel eigengemaakte korte varianten de ronde die niet gevalideerd, maar wel handzaam zijn. Besproken wordt ook welk screenend lab in welke populatie zinvol kan worden geacht.

3.1.10 Werken met complex gedrag: Kennen en bewaken van eigen professionele grenzen

Gaat over:

Het herkennen en aangeven van grenzen.

Leerdoelen:

De deelnemer is zich ervan bewust zorg te leveren aan een vrij complexe patiëntenpopulatie met soms complex gedrag. De deelnemer is in staat de eigen grenzen op zowel medisch als sociaal/psychologisch gebied te herkennen en aan te geven.

Achtergrond/ inhoud:

De straatzorgverlener kiest er voor zorg te verlenen aan een complexe patiëntenpopulatie: Ruim 30% van de daklozen heeft LVB, een zeer groot deel een psychiatrische aandoening en een groot deel gebruikt middelen (van Straaten, 2014, Slockers, 2022). Patiënten kunnen dwingend zijn in het contact en hun levensverhalen schrijnend. Er wordt vaak een groot appel op de straatzorgverlener gedaan. Tegelijkertijd is het ook groep die vaak zorg mijdt en die de straatzorgverlener daartoe probeert te verleiden.

Grenzen zijn persoonlijk en kunnen verschuiven over de tijd. Wat de een normaal vindt, vindt de ander niet kunnen. Het doel is niet om de 'juiste' grens te bepalen, maar om aan de hand van concrete voorbeelden deelnemers bewust te maken van hun eigen positie en handvaten te geven om met eventuele collega's en patiënten tot afstemming te komen.

Daarbij is het zo dat zorg verlenen aan deze doelgroep specifieke medische en sociaal maatschappelijke kennis vergt. De groep zorgverleners die deze training volgt is zeer divers en derhalve geldt hetzelfde voor hun kennis en kunde en de hiaten

daarin. De deelnemer wordt zich bewust van zijn eigen verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor zijn vakbekwaamheid en wordt gewezen op enkele mogelijke bronnen van kennis en uitwisseling.

3.1.11 Specifieke ziektebeelden

Daar de voorkennis van startende straatzorgverleners m.b.t verschillende ziektebeelden zal verschillen en omdat het ook voor de reeds actieve straatzorgverlener belangrijk is om nascholing te krijgen over bepaalde ziektebeelden behandelen we in het curriculum voor startende straatzorgverleners geen specifieke medische aandoeningen. We verwijzen hiervoor naar continue nascholingen voor straatzorgverleners en de kennisbank op de website.

3.2 Realisatie

Voor het ontwikkelen van deze modules zijn we op zoek naar partners met ervaring op het gebied van online onderwijs. Daar de toestroom aan startende straatzorgverleners continu is vinden we het belangrijk dat de modules continu, dus on-demand, toegankelijk zijn. De onderwijsvorm kan variëren van korte video's tot powerpoint presentaties, webinars, tekstdocumenten en e-learnings. Eventueel zou bij voldoende animo kunnen worden overwogen om een jaarlijkse terugkomdag te organiseren met ruimte voor uitwisseling van ervaringen.

Om on-demand onderwijs voor accreditatie in aanmerking te laten komen gelden aanvullende eisen. Voor huisartsen geldt daarnaast een extra stap bovenop de algemene accreditatieregels van de KNMG/ABC1, namelijk goedkeuring van de set van eisen van het Accreditatie Bureau Format E-learning (ABFE). De eisen voor on-demand onderwijs zijn: minimaal vier interactieve momenten per uur, zoals meerkeuzevragen, stellingen, polls of casusvragen, en een eindtoets.

Praktisch betekent dit dat het curriculum voor de onderwijs alleen geaccrediteerd aangeboden kan worden via een zogenoemd Learning Management Systeem (LMS) waarin e-learnings gebouwd kunnen worden. Dit betekent dat on-demand onderwijs niet geaccrediteerd kan worden aangeboden wanneer het alleen geplaatst wordt in de kennisbank of op een andere plek op de website van de Stichting NSG.

Gesprekken met potentiële samenwerkingspartners die zowel ervaring hebben in het ontwikkelen van online onderwijs als ook toegang hebben tot een LMS vinden op dit moment plaats, waarbij met een van de mogelijke partners in 2025 al een samenwerking heeft plaatsgevonden en met een ander in 2026 het opnemen van een 'proef' webinar in 2026 gepland staat.

Het realiseren van het curriculum voor startende straatzorgverleners heeft prioriteit, maar het tempo waarop dit gerealiseerd kan worden is mede afhankelijk van financiering.

Over eventuele erkenning voor huisartsen via het college van bijzondere beroepsopleidingen (CHBB) vinden momenteel gesprekken plaats.

4. Curriculum continue nascholing

4.1 Vorm en toegankelijkheid

De continue nascholing heeft een repetitief karakter waarin over het jaar meerdere nascholingsavonden worden georganiseerd en zo langzaam gebouwd wordt aan een uitgebreid en toegankelijk nascholingsaanbod voor de ervaren straatzorgverlener. Ook de starter is welkom. De vorm zal variëren van een college met verschillende sprekers, geleide groepsdiscussies tot praktische oefensessies. Daar waar mogelijk - en zinvol - wordt gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigheid.

De toegankelijkheid van de nascholingen varieert van live tot online tot blended, waarbij deelnemers zowel live als online welkom zijn. De inhoud van de nascholingen zal nadien online toegankelijk zijn voor aangesloten straatzorgverleners via de NSG site. Dit kan in de vorm van een opname van de fysieke of online nascholing, een samenvatting in tekst of een korte doorklikbare samenvatting – eventueel in video. We zetten verschillende leermethodes in waarbij steeds pragmatisch een aangename balans wordt gezocht tussen vorm en toegankelijkheid.

4.2 Inhoud curriculum continue nascholing

Onderstaande opzet beschrijft een vijfjarig scholingsaanbod voor straatzorgverleners. De inhoud en prioriteiten zijn gebaseerd op de geconstateerde scholingsbehoeften gedestilleerd uit de enquête onder straatzorgverleners (2023), de ontvangen feedback en suggesties naar aanleiding van eerdere nascholingen (2024–2025), en gesprekken met individuele straatzorgverleners.

Er zal ook ruimte zijn om onderwerpen in te voegen als de actualiteit hier om vraagt. Denk bijvoorbeeld aan effecten van veranderende wetgeving ten aanzien van financiering van zorg of veranderd arbeidsrecht of aan dreigende uitbraken van infectieziekten. Ook ontwikkeling van nieuwe behandelingen of bijvoorbeeld veranderende populariteit van verslavende middelen of het op de markt komen van nieuwe drugs kunnen redenen zijn om een onderwerp in te voegen. Het is van belang om in te kunnen spelen op deze actualiteit om aan te sluiten aan de scholingsbehoefte, om deze reden is besloten de volgorde van de modules niet in de tijd vast te leggen.

In onderstaande tabel zijn de onderwerpen gegroepeerd op categorie. We onderscheiden de categorieën: verslaving, somatisch, geestelijke gezondheid, organisatie van zorg en professionele ontwikkeling. De verschillende categorieën zullen afwisselend aan bod komen gedurende een periode van 5 jaren.

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
Categorie: Verslaving			
Alcoholisme	Lichamelijke gevolgen, deficiënties, interacties, onttrekking en detoxificatie. Moreel dilemma: verslaving accepteren als nooit een goede stoppoging is gedaan? Bediscussiëren van voorwaarden voor detoxificatie bij deze populatie.	Ervaringsdeskundige, MDL arts, verslavingsarts	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Crack cocaïne	Lichamelijke gevolgen, complicaties, interacties en behandeling inclusief mogelijkheden voor harm reduction. Diagnostiek en behandeling van cracklong in vergelijking en combinatie met astma en COPD.	Verslavingsarts, longarts, veldwerker Mainline en ervaringsdeskundige	Live, of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Actuele inzichten in drugs en verslaving	Toxidromen, risico's, interacties, hoe te herkennen en behandelen	Jellinek of de Brijder, Trimbos of Mainline, Ervaringsdeskundige	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Motiverende gespreksvoering	Gesprekstechnieken op straat: motiverende gespreksvoering, presentie benadering, CGT klein	Een GGZ partij of verslavingszorg instelling	Live, oefensessie. Achtergrond informatie achteraf online beschikbaar

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
			voor aangesloten straatzorgverleners
Categorie: Somatisch			
Pijnmedicatie bij kwetsbare doelgroepen: indicaties, risico's en verslavingsgevoeligheid?	Pijnmedicatie en overwegingen bij voorschrijven. Andere pijnbeleving bij bepaalde patiëntencategorieën (methadon gebruikers, ggz problematiek, LVB) maar ook welke pijnstilling wel/ niet voor te schrijven i.v.m. eventuele verslaving/ handelswaarde (pregabaline, opioïden)	Straatarts, anesthesist-pijnspecialist, verslavingsarts Mogelijk co-creatie handreiking met Instituut Verantwoord Medicijngebruik	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Diabeteszorg op straat	Wat is haalbaar, wat is wenselijk, wat is de realiteit? Over diagnostiek, streefwaarden, behandeling & controles	Straatarts en internist endocrinoloog	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Hepatitis, HIV en TBC (evt. opgedeeld)	Screening, behandeling en beloop. Specifieke adviezen voor screening en behandeling van onze doelgroep. Hoe om te gaan met eventuele therapie ontrouw en adviezen hoe dit te voorkomen.	Infectioloog, GGD-arts infectieziekten, longarts/ GGD-TBC, straatarts.	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Luis, schaamluis en schurft	Preventie, diagnostiek en behandeling in de straatzorg setting.	Straatarts, GGD- arts infectieziekten bestrijding.	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Wondzorg	Miljarden richtlijnen, maar wat doe jij in de	Wondverpleegkundige	Live, online of blended.

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
	praktijk en waarom? Praktische tips uit het veld, betaalbaar en toepasbaar. Uitwisseling van ervaringen.		Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Koudeletsels en loopvoeten	Koudeletsels: onderkoeling, bevriezing en loopvoeten. Diagnostiek, differentiaal diagnoses en behandeling. Ervaringen met behandelen in de weerbarstige praktijk	Wondverpleegkundige, straatarts, legerarts	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Medicatie-beleid gericht op daklozen	Patiëntgericht voorschrijven: medicatie vermijden die diarree, polyurie of duizeligheid geeft, vermijden wat de koelkast bewaard moet worden, tijds sensitieve doseringen vermijden, vermijden wat verhandeld kan worden. Welke medicatie wel toepassen? Discussie t.a.v. pijn en slaapmedicatie, adviezen t.a.v. psychofarmaca.	Straatarts, straat psychiater, apotheker Mogelijk co-creatie handreiking met Instituut Verantwoord Medicatie Gebruik	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Palliatieve straatzorg	Hoe geef je op een passende manier vorm aan het levenseinde wanneer in dat leven meer buiten de lijntjes is gekleurd? Vaak is in de laatste fase palliatieve zorg nodig. De problematiek is vaak complex door het samenkomen van lichamelijke, psychische, verslavings- en sociale	Straatarts, verpleegkundige specialist palliatieve zorg, straatpastor, interculturele geestelijk verzorger	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
	problemen. Hoe laat je palliatieve zorg optimaal aansluiten bij de zorgbehoeften en de problemen? Praktische en farmacologische tips, waardig sterven en interculturele palliatieve zorg.		
Anticonceptie en counseling	Over kinderwens, zwangerschap, anticonceptie en abortus. Hoe maak je een kinderwens en de timing daarvan bespreekbaar?	Nu niet zwanger	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Categorie: Geestelijke gezondheid			
Trauma, stress en PTSS	Bijna iedereen die dakloos is heeft wel iets traumatisch meegemaakt, maar niet iedereen ontwikkelt PTSS. Stress is ook onvermijdelijk. Hoe ga je hier mee om? Welke handvaten helpen, hoe krijgt iemand weer regie over eigen leven? Onder andere de Yucell methode en lichaamsgerichte behandelingen komen aan bod. En wanneer is traumabehandeling wel verstandig- ook al is het leven nog niet heel stabiel. Overwegingen en ervaringen van een ervaringsdeskundige, 3 POH GGZ en een psychiater die werkt met getraumatiseerde	Psychiater team ongedocumenteerden, POH GGZ straatzorg, ervaringsdeskundige	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
	ongedocumenteerde migranten.		
Licht verstandelijke beperking	Herkennen, diagnostiek, en hoe om te gaan met mensen met een licht verstandelijke beperking	Arts verstandelijk gehandicapten en straatarts	Korte doorklikbare kennisclip, online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Omgaan met agressie	De-escaleren en effectief communiceren. Het bewaken van grenzen en de veiligheid	Trainers cursus omgaan met agressie	Kleinschalige praktische live training. Achtergrondinformatie achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Dwangzorg en wilsbekwaamheid: wet en regelgeving	Verplichte zorg, wetgeving en de praktijk	Arts verstandelijk gehandicapten, psychiater, jurist	Korte doorklikbare kennisclip, online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners Webinar uitwisseling van casuïstiek
Interculturele psychiatrische zorg	Psychiatrie en verslaving vanuit verschillende culturen (Oost Europees, Arabisch) Culturele achtergrondkennis en praktische handvaten	Polon, Stichting Barka, interculturele geestelijk verzorger.	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Acute psychiatrie	Acute psychiatrische beelden op straat: presentaties, alarmsymptomen en mogelijke interventies.	Straatpsychiater/ straat-POH GGZ, psychiater acute psychiatrie	Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Categorie: Organisatie van zorg			
Toegang tot zorg	Inspiratiesessie: organiseren van	Succesvolle voorbeelden uit de	Live uitwisseling van ervaringen.

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
	<p>structureel betere toegang tot zorg, ook voor onverzekerden. Korte presentaties met inspirerende voorbeelden van successen uit de praktijk, gevolgd door uitwisseling van ervaringen in de verschillende gemeenten. Wat werkt, wat niet en waarom? Hoe ga je om met organisaties die naar elkaar verwijzen bij multiproblematiek (combinatie van verslaving, psychische, forensische, LVB en of somatische problematiek). Over verwijzing en samenwerking in de keten.</p>	<p>praktijk: SEH Eindhoven, Rotterdam, WLZ, Hilversum</p>	<p>Samenvatting en naslagwerken achteraf online beschikbaar voor aangesloten straatzorgverleners</p>
Overdracht van zorg na detentie	<p>Organiseren van structureel betere overdracht van zorg na detentie. Adviezen en ervaringen vanuit de verschillende regio's.</p>	<p>Justitieel geneeskundige, straatarts</p>	<p>Live, online of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners</p>
Zorg voor migranten, de relevante wetgeving	<p>EU burgers en het recht op gelijke behandeling. Een crash course EU wetgeving, immigratieprocedure, artikel 65, etc.</p>	<p>Assistent Professor European Law, Nationaal coördinator dakloze EU-Burgers</p>	<p>Live uitwisseling van ervaringen. Samenvatting en naslagwerken achteraf online beschikbaar voor aangesloten straatzorgverleners</p>

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
Organisatie en financiering van straatzorg	Hoe organiseer en financier je straatzorg? Verschillende varianten worden gepresenteerd en ervaringen uitgewisseld. Presentatie van de handreiking voor straatzorgverleners die met straatzorg willen beginnen of hun organisatie door willen ontwikkelen.	Verschillende sprekers belichten thema's vanuit hun eigenervaringen.	Live uitwisselen van ervaringen na expert speaker Samenvatting en naslagwerken achteraf online beschikbaar voor aangesloten straatzorgverleners
Preventie	Primaire, secundaire en tertiaire preventie van dakloosheid: herkennen van risico's en tijdig ingrijpen, de voor- en nadelen van (non) abstinence housing. Maar ook: toegang tot secundaire screening i.h.k.v. bevolkingsonderzoek.		Live of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners
Pleit-bezorging	Ondanks dat iedereen in Nederland recht heeft op zorg is toegang tot de juiste zorg voor dak en thuislozen niet altijd vanzelfsprekend. Om gemeenten of het rijk aan te sporen tot het faciliteren van deze zorg is het fijn om te weten op welke knoppen je kan drukken. Hoe werkt die besluitvorming op nationaal en lokaal niveau, en hoe, waar en wanneer kan je daar het meest effectief invloed op uitoefenen?	Ervaren belangenbehartigers, lobbyisten, politici en beleidsadviseurs	Live of blended. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners

Onderwerp	Inhoud/ Leerdoelen	Mogelijke sprekers	Vorm
Categorie: Professionele ontwikkeling			
Zorg voor jezelf als professional	Hoe houd je jezelf heel in dit uitdagende vak met deze complexe patiëntenpopulatie: Patiënten kunnen dwingend zijn in het contact en hun levensverhalen schrijnend. Er wordt vaak een groot appel op de straatzorgverlener gedaan en zorg bieden in het Nederlandse zorglandschap is vaak frustrerend. Aandacht voor signalen vanuit het eigen lichaam, aandacht voor eigen grenzen, aandacht voor realistische verwachtingen.	Lichaamsgerichte therapeut, ervaringsdeskundige	Live toegankelijk. Kennis achteraf online toegankelijk voor aangesloten straatzorgverleners

4.3 Intervisie

Naast behoefte aan kennisoverdracht in de vorm van nascholingen is er onder straatzorgverleners ook behoefte aan uitwisseling van ervaringen. De NSG biedt hiervoor een platform in de vorm van intervisie.

Straatzorg is in veel gemeenten een vrij solitair beroep, waarin de zorg door een of een beperkt aantal straatzorgverleners geleverd wordt. Het is ook complexe zorg, zowel medisch inhoudelijk, positie in de zorgketen als emotioneel. De patiëntenpopulatie is uitdagend: Ruim 30% van de daklozen heeft LVB, een zeer groot deel een psychiatrische aandoening en een groot deel gebruikt middelen (van Straaten 2014, Slockers 2022). Patiënten kunnen dwingend zijn in het contact en hun levensverhalen schrijnend. Er wordt vaak een groot appel op de straatzorgverlener gedaan en zorg bieden aan deze doelgroep in het Nederlandse zorglandschap is vaak frustrerend. Intervisie kan helpen de complexiteit van het vak in al zijn facetten beter behapbaar te maken en steun bieden in de vorm van praktische tips alsmede emotionele nabijheid.

Intervisie onderwerpen kunnen variëren van medisch inhoudelijk tot (inter)persoonlijk. Onderwerp van gesprek kan bijvoorbeeld zijn het aangeven van eigen grenzen of hoe om grenzen te bewaken binnen een team met mensen wiens grenzen misschien elders liggen.

4.4 Realisatie

Momenteel organiseert de NSG 4 maal per jaar een nascholing die enkel fysiek toegankelijk is. Dit heeft als voordeel dat de bijeenkomsten naast kennisoverdracht ook de onderlinge banden binnen het netwerk versterken en als nadeel dat het onderwijs minder toegankelijk is voor zorgverleners die bijvoorbeeld verder weg wonen. Online toegang verlaagt die drempel en door de scholing op te nemen kan deze ook op een later moment bekeken worden. In mei 2026 zal de eerste hybride (live en online) toegankelijke nascholing plaatsvinden. Afhankelijk van de ervaringen die worden opgedaan wordt dit verder uitgebouwd.

Een optie die zeker benut zal worden - bij onderwerpen en sprekers die zich daarvoor lenen – is het aansluitend opnemen van een korte kennisclip, waarin de rode draad in maximaal 15 minuten gepresenteerd wordt. In 2025 heeft reeds een pilot opname plaatsgevonden over licht verstandelijke beperking in samenwerking met de LHV en de KNMG.

Ten aanzien van intervisie zal de NSG een faciliterende rol spelen door een format aan te bieden en straatzorgverleners die behoefte hebben aan intervisie aan elkaar koppelen. Desgewenst kan per intervisiegroep een aantal keer een begeleider aansluiten. Hierna is het aan de intervisiegroepjes om de sessies zelf te leiden en de frequentie en locatie (eventueel digitaal) van de sessies naar behoefte af te stemmen.

Keuze voor een format en contact met eventuele begeleiders moet nog gelegd worden. Intervisie zou multidisciplinair aangeboden kunnen worden wat als voordeel heeft dat de verschillende beroepsgroepen van elkaar leren, maar als nadeel dat de uren waarschijnlijk niet mee kunnen tellen voor de verplichte intervisie uren die vereist zijn voor herregistratie. Nadere uitwerking volgt.

5. Richtlijnen/ Handreikingen straatzorg

Huidige richtlijnen zijn niet altijd toereikend in de zorg voor dak- en thuislozen. Het betreft een patiëntenpopulatie met zowel andere epidemiologie als andere behandel(on)mogelijkheden, waarbij standaard beleid soms niet mogelijk of zelfs onverstandig is. Rust houden, bijvoorbeeld, is niet haalbaar, diuretica zijn niet fijn als je geen toilet hebt, medicatie in de koelkast bewaren gaat niet en driemaal daags iets innemen wordt lastig. Een wond schoonhouden is een uitdaging en dagelijkse

verbandwissel een utopie. Interacties met drugs en psychofarmaca zijn ook een punt van aandacht evenals verslavende medicatie.

Straatzorgverleners geven duidelijk aan behoefte te hebben aan richtlijnen - zowel als houvast in hun dagelijks werk als ter bescherming op juridisch vlak (bijvoorbeeld richting IGJ of tuchtrecht).

Het ontwikkelen van richtlijnen vraagt een grote inzet van mensen, is enorm kostbaar en heeft een lange doorlooptijd. Bovendien wordt de populatie vaak geëxcludeerd in huidige studies, waardoor er weinig beschikbare evidence is. De NSG is voor het uitvoeren van dergelijk onderzoek niet toegerust.

Momenteel maken we handreikingen door de nascholingen in tips te vertalen en deze aan te bieden op de site. Ook werken we samen met andere instituten in het initiëren, vormgeven en deels uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek gericht op deze doelgroep, zoals onder andere (maar niet uitsluitend) de Radboud Universiteit, de Erasmus Universiteit en KPMG.

Specifieke samenwerking willen we aangaan met het Instituut Verantwoord Medicijngebruik om een handreiking te ontwikkelen over verantwoord medicatiegebruik bij deze doelgroep. De behoefte aan een dergelijke handreiking is groot en de invloed op de kwaliteit van zorg aan deze populatie evenzo.

In deze handreiking staan pragmatische richtlijnen en adviezen over verantwoord medicijngebruik binnen de dak- en thuisloze populatie. Dit betreft een generiek deel met algemene adviezen vanwege de specifieke situatie van de doelgroep (geen koelkast, liever geen tijd sensitieve inname, verslaving- en handelsgevoelig) en anderzijds specifieke adviezen op het gebied van de medicamenteuze behandeling van pijn en slaapklachten.

5.1 Realisatie

Voor het ontwikkelen van deze handreiking werken we samen met het Instituut Verantwoord Medicijngebruik. De ontwikkeling van de handreiking wordt pragmatisch ingestoken en krijgt daarmee niet de status van een officiële richtlijn. Voor de totstandkoming onderscheiden we 6 fasen.

1. Knelpuntenanalyse: we achterhalen de voornaamste problemen waar zorgprofessionals en patiënten tegenaanlopen in de farmaceutische zorg.
 - a. Patiënten: we organiseren een focusgroep met dak- en thuisloze mensen.

- b. Straatartsen: we zetten een vragenlijst uit onder straatartsen
 - c. Apothekers: we organiseren een digitale focusgroep met apothekers om ervaringen en knelpunten op te halen bij het beleven van dakloze patiënten.
- 2. Prioriteren kennisvragen. We organiseren een expertmeeting om de opgehaalde knelpunten te prioriteren.
- 3. Beantwoording kennisvragen. Afhankelijk van de precieze kennisvraag kunnen we (combinaties van) diverse methoden inzetten. Naar verwachting is er weinig literatuur beschikbaar en zullen we ook vooral moeten uitgaan van 'best practices' vanuit professionals:
 - a. Literatuursearch
 - b. Raadplegen deskundigen d.m.v. interviews of waar opportuun vragenlijsten.
- 4. Prioriteren oplossingsrichtingen. We organiseren een expertmeeting om de opgehaalde informatie te duiden.
- 5. Opstellen concept handreiking met beschikbare adviezen.
- 6. Schriftelijke commentaarronde en vaststellen definitieve handreiking.

De handreiking zal voor de straatzorgverleners beschikbaar worden via de NSG site en de inhoud zal in nascholingen aan bod komen (zie 4.0). Na 1 jaar zal een evaluatie plaatsvinden waarna verscheidene aanpalende wetenschappelijke verenigingen verzocht zullen worden mee te lezen de aanbevelingen kunnen onderschrijven. Hierna zal het document breder gedeeld worden.

6. Scholingsaanbod: Integratie binnen bestaande medische opleidingen

Dak- en thuisloosheid vormt een toenemend maatschappelijk én medisch probleem. Deze groep kent een hoge ziektelast, complexe psychosociale problematiek en beperkte toegang tot zorg. Voor veel zorgverleners is het verlenen van zorg aan dak- en thuisloze mensen uitdagend, mede door communicatieve, organisatorische en systeemgerelateerde barrières.

Vrijwel iedere zorgverlener krijgt in de praktijk te maken met deze doelgroep. Goede zorg voor dak- en thuisloze mensen vraagt echter om specifieke kennis, vaardigheden en attitudes. Integratie van onderwijs over straatzorg in zowel basisopleidingen als specialistische vervolgoopleidingen is daarom essentieel.

Binnen de huidige medische curricula krijgt dit thema nog weinig aandacht. Om de toegankelijkheid tot en kwaliteit van zorg voor dak- en thuisloze mensen te verbeteren, dienen zorgprofessionals inzicht te ontwikkelen in de omvang, diversiteit en gezondheidsrisico's van de populatie. Daarnaast is het doel dat zorgverleners zich bewust worden van hun eigen professionele houding en leren omgaan met de praktische en ethische dilemma's die daarbij horen.

We richten ons op integratie in de medische basisberoepsopleidingen tot verpleegkundige, arts, tandarts, doktersassistente en tandartsassistente. In de vervolgoopleidingen richten we ons op de opleidingen tot verpleegkundig specialist, praktijkondersteuner, huisarts en medisch specialist. Daarnaast is integratie in opleidingen van maatschappelijk zorgverleners van belang. De specifieke inhoud van het onderwijs dient te worden afgestemd op het opleidingsniveau en het beroepsprofiel.

Het onderstaande overzicht beschrijft de thema's die geïntegreerd kunnen worden binnen bestaande medische opleidingen, inclusief leerdoelen, kerninhoud en te ontwikkelen competenties. Deze thema's sluiten aan bij het curriculum voor startende straatzorgverleners (zie hoofdstuk 3 voor verdere verdieping).

6.1 Curriculum overzicht: zorg voor dak- en thuisloze mensen.

Onderdeel	Leerdoelen	Inhoud	Competenties
Populatiekenmerken	De student krijgt inzicht in de omvang, diversiteit en gezondheid van de dak- en thuisloze populatie.	Prevalentie, diversiteit, gezondheidsverschillen, verhoogde ziektelast (psychiatrie, verslaving, LVB, chronische ziekten), verminderde levensverwachting.	Kennis van epidemiologie en gezondheidsverschillen; maatschappelijke betrokkenheid.
Barrières in toegang tot zorg	De student herkent patiënt-, zorgverlener- en systeem gerelateerde belemmeringen in de toegang tot zorg.	Patiëntfactoren (angst, onverzekertheid, schaamte), zorgverlener factoren (stigma, onbewuste bias), systeemfactoren (financiële misverstanden, complexe procedures, discontinuïteit).	Reflectief vermogen, bewustwording van bias, professioneel handelen.

Onderdeel	Leerdoelen	Inhoud	Competenties
Recht op zorg	De student weet op welke zorg elke patiënt recht heeft, ongeacht verzekering of status.	Juridische basis: Grondwet, internationale verdragen, recht op medisch noodzakelijke zorg, plichten van zorgverlener.	Juridisch bewustzijn, professionele verantwoordelijkheid.
Financiering van zorg	De student kent financieringsregelingen voor onverzekerden en kan deze toepassen.	Regelingen via het CAK en Zvw, financiering van medisch noodzakelijke zorg, praktische toepassing.	Systeemkennis, organisatorische vaardigheden, doelmatig handelen.
Continuïteit van zorg	De student herkent uitdagingen en weet hoe zorgcontinuïteit te waarborgen.	Problemen met follow-up, gemiste afspraken en overdracht; Vergroten effectiviteit door samenwerking met straatdokters, opvang, apotheken.	Problemen met follow-up, gemiste afspraken, overdracht; samenwerking met straatdokters, opvang, apotheken.
Persoonsgerichte zorg	De student benadert patiënten persoonsgericht, met aandacht voor leefomstandigheden, taal en beperkingen.	LVB, psychiatrie, verslaving, taalbarrières, praktisch toepassen van richtlijnen, communicatie op maat.	Communicatie, empathie, patiëntgerichtheid, gezondheidsbevordering.

6.2 Realisatie

Het integreren van deze thema's binnen de medische curricula draagt bij aan structurele verbetering van de zorg voor dak- en thuisloze mensen. Door (para)medici bewust te maken van de context, rechten en leefwereld van deze doelgroep, ontstaat niet alleen meer begrip, maar ook meer effectiviteit van de zorgverlening.

De thema's die in de medische curricula opgenomen zouden moeten worden komen overeen met een aantal van de thema's in de opleiding voor startende straatzorg. Er kan daarom door de medische basis en vervolgopleidingen gebruik gemaakt worden van onderwijsmateriaal dat in 2026 voor de startende straatzorgverlener wordt ontwikkeld.

De lobby voor integreren van straatzorg in de bestaande medische curricula zal na 2026 aanvangen. Hiertoe kunnen contacten van ons netwerk binnen de verschillende opleidingen worden ingezet. Ook zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan

promotie op het landelijk congres van de FMS. Een langere termijn ingang zijn de landelijke opleidingsplannen van de verschillende medische vervolgoopleidingen, waarbij de paragraaf over maatschappelijke ontwikkelingen een logische ingang lijkt.

Uiteraard gaan we in op spontane verzoeken vanuit opleidingen om mee te denken, zoals bijvoorbeeld een recent verzoek vanuit de geneeskunde opleiding van het LUMC. Ook geven we gehoor aan het verzoek vanuit verschillende straatzorgpraktijken (waar wekelijks meerdere coassistenten, verpleegkundestudenten, huisartsen in opleiding, SEH artsen in opleiding en andere meelopen) om een overkoepelend kennis pakket samen te stellen voor deze (para) medici in opleiding. Hierbij houden we de thema's aan zoals in hoofdstuk 6.1 genoemd.

7. Realisatie en Prioritering

Realisatie van bovenstaande plannen belangrijk om de kwaliteit van zorg voor dak en thuisloze mensen te borgen. Realisatie zal stapsgewijs plaatsvinden en het tempo waarop is mede afhankelijk van financiering en personele bezetting.

Prioriteit hebben in 2026 het ontwikkelen van het curriculum voor de startende straatzorgverlener (hoofdstuk 3), het professionaliseren van de continue nascholing van de straatzorgverleners en het opstarten van intervisie (hoofdstuk 4). Ook zal, onder voorbehoud van financiering, de handreiking verantwoord medicijngebruik in straatzorg worden ontwikkeld.

De lobby voor integreren van straatzorg in de bestaande medische curricula zal na 2026 aanvangen. De thema's die in de medische curricula opgenomen zouden moeten worden komen overeen met een aantal van de thema's in de opleiding voor startende straatzorg. Er kan daarom door de medische basis en vervolgoopleidingen gebruik gemaakt worden van onderwijsmateriaal dat in 2026 voor de startende straatzorgverlener wordt ontwikkeld.

Voor het ontwikkelen van het curriculum voor de startende straatzorgverlener zijn we in gesprek met partners met ervaring op het gebied van online onderwijs. Met een van deze partijen zal in 2026 een eerste 'proef' webinar worden opgenomen. Over eventuele accreditatie voor huisartsen via het college van bijzondere beroepsopleidingen (CHBB) vinden momenteel gesprekken plaats.

De 4 jaarlijkse nascholingen zullen in 2026 continueren, in mei 2026 zal de eerste hybride (live en online) toegankelijke nascholing plaatsvinden. Afhankelijk van de ervaringen die worden opgedaan wordt dit verder uitgebouwd.

Straatzorgverleners hebben behoefte aan intervisie. De manier waarop de NSG hierin een faciliterende rol kan spelen wordt in 2026 verder uitgewerkt.

Voor het ontwikkelen van richtlijnen toegespitst op deze doelgroep is meer onderzoek nodig. In veel wetenschappelijk onderzoek wordt deze doelgroep geëxcludeerd. In 2025 werkten we samen met de Radboud Universiteit, de Erasmus Universiteit en KPMG om onderzoek gericht op deze doelgroep te initiëren, vorm te geven en deels uit te voeren. In de komende jaren zullen we hiermee doorgaan. Er is een samenwerkingsovereenkomst met de Radboud Universiteit in de maak, en plannen voor een tweetal vervolgonderzoeken uit te voeren in 2026 zijn gemaakt.

Er is veel behoefte aan een handreiking over verantwoord medicatiegebruik bij deze doelgroep met daarin algemene adviezen (geen koelkast, liever geen tijd sensitieve inname, verslaving- en handelsgevoelig) en specifieke adviezen op het gebied van de medicamenteuze behandeling van pijn en slaapklachten. Graag zouden we in 2026 een dergelijke pragmatische handreiking ontwikkelen in samenwerking met het instituut verantwoord medicijngebruik (IVM). Realisatie hiervan is afhankelijk van financiering.

8. Totstandkoming

Dit visiedocument is geschreven door een van de projectleiders van de Stichting Nederlandse Straatdokters Groep in samenspraak met de cirkel onderwijs. Twee ervaringsdeskundigen hebben meegedacht over de inhoud van de opleidingen. Meegelezen hebben het team en het bestuur.

9. Referenties

1. Resultaten ETHOS telling dak- en thuisloosheid - Kansfonds [Internet]. Kansfonds. 2025 [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.kansfonds.nl/resultaten-ethos-telling-dak-en-thuisloosheid/>
2. Slockers MT, Slockers CJ, van Beeck EF. Daklozen overlijden het vaakst door suïcide of moord. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2018;162:D2626.
3. van Straaten B, Vervoort SCJM, van der Laan J, Wolf JRLM, Krol B, Kessels RPC. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS ONE*. 2014;9(1):e86112.
4. Slockers M, van Laere I. Dakloosheid. In: van den Muijsenberg METC, Oostenberg E, red. *Persoonsgerichte zorg voor iedereen: met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Prelum; 2022. Hoofdstuk 9.

5. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014;384(9953):1529–40.
6. Nusselder WJ, Sloekers MT, Krol L, Sloekers CJ, Looman CW, van Beeck EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A7654.
7. Verheul M, Van Laere I, Van Genugten W, Van den Muijsenbergh M. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands: the need for pro-active integrated care. *journal of social intervention: theory and practice* – 2020 (29); 1: 1–20 <http://doi.org/10.18352/jsi.610>
8. Oosterberg E, van den Muijsenbergh M. Eenvoudige en cultuursensitieve communicatie. In: Van den Muijsenbergh METC, Oosterberg E, editors. *Persoonsgerichte zorg voor iedereen: met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. Prelum NHG/Pharos; 2022. p. 19-39.
9. Harris LT, Fiske ST. Dehumanizing the lowest of the low: neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychol Sci*. 2006 Oct;17(10):847-53.
10. Via welke regeling kan ik declareren? [Internet]. CAK Zakelijk. 2024 [cited 2025 Sep 19]. Available from: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/via-welke-regeling-declareren/>
11. Overzicht straatzorgverleners - Stichting Nederlandse Straatdokers Groep [Internet]. Stichting Nederlandse Straatdokers Groep. 2025 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://straatdokter.nl/straatzorg-in-kaart-3/>