

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

Eindrapport van de Straatdokters

Een project uitgevoerd door de Nederlandse Straatdokters Groep, Department of Primary and Community Care Radboudumc Nijmegen en pilot-gemeente Hilversum, ondersteund door Doctors for Homeless Foundation met financiering van de Adessium Foundation

juni 2018



ADESSIUM
FOUNDATION



Doctors for **Homeless**



Radboudumc
university medical center



Hilversum

Inhoud

Algemene informatie	3
Samenvatting.....	4
Profiel dak-en thuislozen	4
Profiel huidige sociaal-medische zorg	4
Bouwstenen voor sociaal medische zorg	5
Inleiding	8
Knelpunten in de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen	8
Projectdoelen 2017-2018	8
Gewenste situatie op langere termijn	8
Projectactiviteiten	9
Opbrengsten project	10
Projectdoel 1: Profiel doelgroep dak- en thuislozen	10
Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland.....	10
Inzet straatdokter in regio Gooi en Vechtstreek.....	11
Projectdoel 2: Profiel huidige sociaal medische zorg	12
Inhoud sociaal medische zorg door huisartsen / straatdokters	12
Ervaren knelpunten in de zorg en ondersteuningsbehoeften van straatdokters	12
Organisatie huidige sociaal medische zorg	14
Beleid en financiering sociaal medische en tandheelkundige zorg.....	14
Projectdoel 3: Bouwstenen toegankelijke en goede sociaal medische zorg.....	15
Verwijzing.....	16
Intake.....	16
Diagnosen	17
Begeleiding	18
Verantwoording van de zorg.....	19
Competenties zorgverleners in de sociaal medische zorg.....	20
Financiering sociaal medische zorg	21
Waarvoor kan de NSG gemeenten ondersteunen in de zorg voor dak- en thuislozen?.....	22
Disseminatie.....	23
Bijlage 1: Indicatoren opbrengst Adessium Project.....	25
Bijlage 2: Straatdokters bijeenkomsten.....	28

Algemene informatie

Project titel	Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland
Organisatie	<i>Stichting Doctors for Homeless Foundation (DHF)</i> Rolf de Witt Huberts, voorzitter DHF Rolfdwh@ziggo.nl www.doctorsforhomeless.org
Financiële administratie	Dick van Dijk, penningmeester DHF DickvanDijk@mail.com
Projectleiding en praktijk	<i>Nederlandse Straatdokers Groep (NSG)</i> Dr. Igor van Laere, sociaal geneeskundige/straatdokter, coördinator NSG ivlaere@gmail.com www.straadokter.nl Met medewerking van Ronald Smit, sociaal geneeskundige Volksgezondheid Utrecht
Wetenschappelijk onderzoek	<i>Department of Primary and Community Care Radboudumc Nijmegen</i> Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh, huisarts/straatdokter en bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale Eerstelijnszorg Maria.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl
Duur project	Januari 2017 – mei 2018
Bronvermelding	Laere I van, Muijsenbergh M van den, Smit R. <i>Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland. Eindrapport van de straatdokers.</i> Nederlandse Straatdokers Groep, Radboudumc Nijmegen, Doctors for Homeless Foundation, juni 2018.

Samenvatting

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

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

De doelen van dit project waren:

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

Resultaten Adessium Project

Profiel dak-en thuislozen

Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland

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

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

Profiel huidige sociaal-medische zorg

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

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

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

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

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

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

Bouwstenen voor sociaal medische zorg

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

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

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

Diagnosen: De sociale intake richt zich met name op onderdak, identiteitsbewijs (ID), inschrijving in de basisregistratie personen (BRP) via een briefadres, een zorgverzekering, schulden en dagbesteding.

Bij de medische intake gaat het om de zelf ervaren gezondheid en het functioneren op cognitief, psychisch en lichamelijke niveau, verslavingsproblematiek, het testen op het vermoeden van een verstandelijke beperking, medicatie en betrokken hulpverlening.

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

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

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

Straatdokterpraktijken en ziekenboek: In elke gemeente met opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen dienen spreekuren op locatie en ziekenboekbedden beschikbaar te zijn. Dit houdt in dat op een locatie waar dak- en thuislozen komen in kleinere gemeenten minimaal twee maal per week en in grote gemeenten minimaal 3x per week vrij toegankelijke inloopsprekuren worden gehouden door huisartsen/straatdokters en/of straatverpleegkundigen. Ziekenboekbedden zijn een noodzakelijk onderdeel in de opvang voor observatie, diagnostiek, herstel, stabilisatie en gerichte doorstroom van de doelgroep. Het intake team en straatdokters/verpleegkundigen bepalen welke dakloze persoon in aanmerking komt voor opname in de ziekenboek. Aangewezen professionals krijgen alle vertrouwen om het juiste en goede te doen. Het aan de ziekenboek verbonden personeel rapporteert aan de casemanager hoe het met de dakloze persoon en diens begeleidingsplan gaat en welke (nieuwe) stappen nodig zijn voor de langere termijn.

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

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

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

Financiering sociaal medische zorg: Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van de sociaal medische zorg, het intake team, GGD casemanagers en faciliteiten. Voor de inzet van huisarts/straatdokters en straatverpleegkundigen in de maatschappelijke opvang kunnen gemeenten

specifieke contracten afsluiten met de preferente zorgverzekeraar. In deze contracten dient een speciaal tarief voor organisatie, (intercollegiaal) overleg en coördinatie als huisarts/straatdokter worden opgenomen.

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

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

Inleiding

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

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

Knelpunten in de sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen

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

Projectdoelen 2017-2018

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

Gewenste situatie op langere termijn

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

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

Projectactiviteiten

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

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

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

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

² <http://www.opvangatlas.nl/dakloos>

Opbrengsten project

Projectdoel 1: Profiel doelgroep dak- en thuislozen

Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland

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

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

Resultaten: Geïnterviewde dak- en thuislozen (n=156, gemiddeld 44 jaar, 89% man, 62% Nederlander, 82% verzekert tegen ziektekosten) rapporteerden een indrukwekkende hoeveelheid sociaal medische problemen en onvervulde zorgbehoeften.

Bijna de helft vond de eigen gezondheid slecht tot zeer slecht (46%); dit is ruim 8 keer slechter dan de algemene bevolking.³ Bij het stellen van een open vraag rapporteerde 60% gezondheidsklachten. Bij het gebruik van een lijst met meest voorkomende gezondheidsproblemen rapporteerde 94% klachten, gemiddeld 4.5 klachten per persoon. Meest genoemd werden klachten van pijn, het bewegingsapparaat, luchtwegen, huidproblemen, gebit, maagdarmbeswaren en hartvaatziekten.

Bijna alle deelnemers gebruikten roesmiddelen inclusief tabak, de helft had psychiatrische problemen. Bijna alle deelnemers hadden financiële problemen, waarvan een aanzienlijk deel bestond uit zorgpremie achterstanden en boetes hiervoor. Zij noemden heel vaak somberheid, angst en verdriet ten gevolge van stress door schulden, eenzaamheid en andere sociale problemen. Mensen met veel psychosociale problemen noemden ook veel lichamelijke problemen.

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

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

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

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

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

Inzet straatdokter in regio Gooi en Vechtstreek

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

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

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

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

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

De eindrapportage van de pilot (zie bijlage 1) is gedeeld met beleidsmakers van de gemeente Hilversum, manager en medewerkers van de daklozenopvang, huisartsen en Directeur Publieke Gezondheid GGD Gooi en Vechtstreek. De eerste stappen zijn gezet voor het versterken van de zorg in samenwerking met huisartsen, de inzet van een verpleegkundig specialist (vacature is uitgezet door gemeente, 16 uur per week) en extra begeleiding door zorginstelling Sherpa voor daklozen met een verstandelijke beperking. Professionals voor dak- en thuislozen die kampen met verslaving en psychiatrische aandoeningen van GGZ Centraal en de Jellinek zijn bereid vaker aanwezig te zijn in de daklozenopvang. Aan mondzorg besteedt de gemeente aandacht door in contact te treden met verzekeraars en mogelijkheden via de Wet maatschappelijke ondersteuning te optimaliseren. In november 2017 is voor medewerkers van de opvang en directe ketenpartners scholing over LVB bij dak- en thuislozen georganiseerd en zijn de pilotresultaten gepresenteerd tijdens een avondsymposium voor huisartsen en medisch specialisten uit de regio.

Projectdoel 2: Profiel huidige sociaal medische zorg

Inhoud sociaal medische zorg door huisartsen / straatdokters

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

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

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

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

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

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

Ervaren knelpunten in de zorg en ondersteuningsbehoeften van straatdokters

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

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

Resultaten: De algemene toegang en kwaliteit van sociaal medische zorg werd door 38% van de straatdokters en straatverpleegkundigen als onvoldoende beoordeeld. Het spreekuraanbod was volgens 27% te beperkt; men achtte 3-5x per week een spreekuur voldoende in grote gemeenten en 2x per week in kleinere gemeenten. Volgens 94% werden dak- en thuislozen door opvangmedewerkers mondeling gewezen op het spreekuur en volgens 54% was er schriftelijke informatie over de spreekuren beschikbaar. Tijdens het contact werd volgens de geïnterviewden standaard aandacht besteed aan de primaire klacht, psychosociale problemen en verslaving.

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

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

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

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

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

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

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

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

Organisatie huidige sociaal medische zorg

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

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

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

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

Beleid en financiering sociaal medische en tandheelkundige zorg

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

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

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

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

Projectdoel 3: Bouwstenen toegankelijke en goede sociaal medische zorg

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

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

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

Bouwsteen landelijke politiek en beleid

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

Bouwstenen organisatie sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen

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

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

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

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

Verwijzing

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

Intake

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

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

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

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

Aan de hand van een sociale, verpleegkundige en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en systematisch **geregistreerd**.⁹ In Nederland worden in de steden met centrale toegang en maatschappelijke opvang verschillende intakeformulieren gebruikt, afhankelijk van de doelgroep, fase van dakloosheid en type dienstverlener. De diverse **intake instrumenten** kunnen in een vervoltraject door de NSG worden geoptimaliseerd en aangevuld met vragen uit de Adverse Childhood Experiences (ACE) test¹⁰, Zelfredzaamheidsmatrix¹¹, SCIL-test voor het vermoeden van een verstandelijke beperking¹² en de Krachtwerkmethode naar eigen doelen en wensen¹³.

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

Diagnosen

Sociale diagnosen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶ <https://www.vecozo.nl>

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

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

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

²⁰ Laere IR van, Wit MAS de, Klazinga NS. *Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study*. BMC Health Services Research 2009, 9; 208. http://www.doctorsforhomeless.org/wp-content/uploads/van-Laere-de-Wit-Klazinga_Shelter-based-convalescence-homeless-Amsterdam_BMC-HSR-2009.pdf

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

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

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

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

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

Medische diagnoses

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

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

Begeleiding

Door het intake team wordt tijdens het multidisciplinair overleg een **casemanager van de GGD** aangewezen en een overzicht met sociaal medische diagnoses en de eerste noodzakelijke stappen uit het **begeleidingsplan** gedeeld. In het begeleidingsplan worden concrete doelen opgesteld. De uitvoering van de benodigde begeleiding staat onder regie van de casemanager. Dit is een HBO geschoolde hulpverlener die optreedt als spil tussen de dakloze persoon en de zorgverleners, en heeft doorzettingskracht om bepaalde knelpunten op te lossen en zaken georganiseerd te krijgen. Het aantal daklozen per casemanager en te besteden tijd per dakloze persoon varieert en is afhankelijk van aard

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

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

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

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

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

en ernst van de problemen en kan wisselen door de tijd.²⁶ De benodigde begeleiding betreft alle stappen die nodig zijn voor herstel, diagnostiek, sociale en medische stabilisatie en doorstroom naar een voorziening met zorg op maat voor de lange termijn. Aan de hand van observaties en nadere diagnostische bevindingen kunnen gedurende de begeleiding doelen worden bijgesteld en kan duidelijk worden wat de meest optimale voorziening en zorg moet zijn.

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

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

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

Verantwoording van de zorg

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

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

Voor de kwaliteitswaarborg van de sociaal medische zorg (van de intake, het analyseren en beschrijven van de sociaal medische diagnoses, het multidisciplinair overleg, het opstellen van gerichte doelen in een begeleidingsplan, het aantal daklozen en de benodigde uren voor het

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

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

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

intaketeam en casemanagers), dient de optimale inhoud en vorm in een vervolgtraject door de NSG ontwikkelt en uitgetest worden.

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

Competenties zorgverleners in de sociaal medische zorg

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

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

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

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

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

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

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

³² vereniging artsen volksgezondheid, website in ontwikkeling

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

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

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

³⁶ <https://www.nspoh.nl/canmeds/>

Financiering sociaal medische zorg

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

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

Straattandartsen. Gemeenten kunnen een financiële regeling treffen voor de toegang tot tandheelkundige zorg, bijvoorbeeld 750 euro per dakloze persoon per jaar voor de eerste drie jaar. Een gesaneerd gebit in drie jaar is een doel in het begeleidingsplan waarop wordt toegezien door de casemanager. Gemeenten kunnen gebruikmaken van 33 beschikbare centra voor bijzondere tandheelkunde in Nederland ³⁸. Een goed voorbeeld is Jouw Mondzorg voor dak- en thuislozen in Utrecht.³⁹

Onverzekerd. Zorgkosten die gemaakt worden voor rechthebbende dakloze personen die niet verzekerd zijn kunnen gedeclareerd worden via een landelijk meldpunt.⁴⁰ In geval van bijvoorbeeld een premieachterstand kan informatie worden ingewonnen bij de zorgverzekeringsslijn.⁴¹

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

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

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

³⁹ <https://www.jouwmondzorg.nl/>

⁴⁰ <https://www.meldpuntverzekerdenzorg.nl/>

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

Waarmee kan de NSG gemeenten ondersteunen in de zorg voor dak- en thuislozen?

De Nederlandse Straatdokers Groepen kan adviseren en ondersteunen voor

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

Disseminatie

Tot de doelstellingen van de Nederlandse Straatdokers Groep behoort het uitdragen van kennis en ervaring over de sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen. Hiermee wil zij professionals, onderzoekers, beleidsmakers, financiers en de algemene bevolking deelgenoot maken van het belang en de noodzaak van het organiseren van toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen. Gedurende het uitvoeren van het Adessium project zijn de volgende lessen gedeeld via publicaties, presentaties en media optredens. Zie ook www.straadokter.nl

Publicaties

1. Laere I van. De straatdokter en sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen in regio Gooi & Vechtstreek. Eindverslag van een pilootproject. Nederlandse Straatdokers Groep, juli 2017.
2. Laere I van, Slockers M, Muijsenbergh M van den. Huisarts kan dakloosheid voorkomen. *Huisarts & Wetenschap* 2017;60(7): 360-362.
3. Slockers M, van Laere I, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts & Wetenschap* 2017;60(7): 363-365.
4. Kromwijk E, Dalen K van, Muijsenbergh M van den, Laere IR van, Sassen B. Medische zorg voor daklozen in Nederland niet overal vanzelfsprekend. Verslag van een onderzoek in 43 centrumgemeenten. *Tijdschrift voor Verpleegkundige Experts, TvZ Nursing* nr. 4 (verschijnt 21 augustus 2018).
5. Laere I van, Smit R, Muijsenbergh M van den. Sociaal medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen: een inventarisatie van beleid en financiering in 43 centrumgemeenten. (Revisie voor publicatie in *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen TSG*).

Presentaties

1. Workshop: Sociaal medische zorg dak- en thuislozen, voor het Schakelteam Verwarde personen, Daklozenopvang CVD Havenzicht. Rotterdam, 25-4-2017
2. Workshop: Sociaal medische zorg voor en tijdens dakloosheid: lessen voor de wijk. 5e Jaarcongres de kracht van het sociale wijkteam. Ede, 16-5-2017
3. Minisymposium: Homelessness and Healthcare in the Netherlands, ter gelegenheid van het bezoek van de Amerikaanse straatdokter Jim Withers. Pauluskerk Rotterdam, 29-5-2017
4. Symposium: 4e Nederlandse Straatdokers Symposium, presentatie onderzoeksresultaten studenten Hogeschool Utrecht en groepsdiscussie over succesfactoren toegankelijke en goede zorg voor daklozen. Den Bosch, 13-6-2017.
5. Workshop: Verward en sociaal medische zorg voor en tijdens dakloosheid: lessen van straatdokers. Zorg en Welzijn Congres Verwarde personen. Veenendaal, 27-6-2017.
6. Gastcollege: Homelessness, health and global street medicine. Amsterdam VUmc, 16-10-2017.
7. Workshop Licht Verstandelijke Beperking bij dak- en thuislozen. Ketenpartners daklozenzorg regio Gooi en Vechtstreek. Hilversum 23-11-2017.
8. Symposium: Dak- en thuislozen in de spreekkamer. Straatdokers. Avondsymposium KNMG district, Huizen, 23-11-2017.
9. Workshop: Lessen van de straat. In gesprek met de straatdokter. VNG kennisdag, Muntgebouw Utrecht, 29-11-2017.
10. Workshop: Preventie van dakloosheid: lessen van de straat. LCB, Aristo Utrecht, 14-12-2017

11. Huisartsenbeurs, Nederlandse Straatdokers Groep en ervaringsdeskundigen, met aandacht voor sociaal medische zorg dak- en thuislozen, onverzekerden een aankomend internationaal straatdokerssymposium in Rotterdam. Utrecht, 7-4-2018.
12. Gastcollege: Over straatdokers en lessen van de straat. OGGZ werkgroep GGD GHOR Nederland, Utrecht 9-4-2018.
13. Gastcollege: Over zwervers, ziekte en zorg. Hogeschool Utrecht, afdeling verpleegkunde, Utrecht, 23-4-2018.

Media en straatdokers ter bewustwording algemene bevolking:

1. Interviews straatdokers http://www.straadokter.nl/?page_id=176
2. Interviews straatdokers http://www.straadokter.nl/?page_id=1269
3. **Medisch Contact**: Nieuwsbericht over onderzoek studenten Hogeschool Utrecht over de organisatie van sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in 43 centrumgemeenten. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/veel-verschil-in-zorg-aan-dak-en-thuislozen.htm>

Publicaties in afrondende fase eind april 2018

1. Verheul AM, Laere IR van, Muijsenbergh ME van den. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands: a descriptive study (in progress)
2. Rabelink S, Laere IR van, Muijsenbergh ME van den. Medical problems of homeless people as presented to street doctors and nurses and the healthcare provided in the Netherlands (in progress)
3. Kuijpers M, Laere IR van, Muijsenbergh ME van den. Social medical care for homeless people in the Netherlands: experiences and needs of street doctors and nurses (in progress)

Bijlage 1: Indicatoren opbrengst Adessium Project

Onderstaande verslagen zijn via dubbelklikken in te zien

Projectdoel 1: profiel doelgroep dak- en thuislozen

Gezondheid en zorgbehoefte dak- en thuislozen in Nederland

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



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



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



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

Projectdoel 2: profiel huidige sociaal medische zorg

Inhoud van de huidige sociaal medische zorg door huisartsen / straatdokters

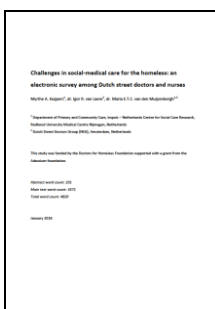
5. Silke Rabelink. Medical problems of homeless people as presented to street doctors and nurses and the healthcare provided in the Netherlands. Verslag onderzoeks stage afdeling Eerste lijns geneeskunde Radboudumc, november 2017.



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

Inhoud sociaal medische zorg: knelpunten en ondersteuningsbehoeften van straatdokters

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



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

Inzicht in huidige organisatie sociaal medische zorg

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



10. Kromwijk E, Dalen K van, Muijsenbergh M van den, Laere IR van, Sassen B. Medische zorg voor daklozen in Nederland niet overal vanzelfsprekend. Verslag van een onderzoek in 43 centrumgemeenten. Artikel geaccepteerd voor publicatie in Tijdschrift voor Verpleegkundige Experts, TvZ Nursing nr. 4 (verschijnt 21 augustus 2018).

Beleid en financiering sociaal medische en tandheelkundige zorg in centrumgemeenten

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

Bijlage 2: Straatdokters bijeenkomsten

25-26 maart 2017 Conferentiecentrum Hoorneboeg Hilversum

Deelnemers

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



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

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

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

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

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

13 juni 2017 Straatdokters Symposium Verkadefabriek 's-Hertogenbosch

Deelnemers: 86 artsen, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen, sociaal werkers, verzekeraars, onderzoekers en beleidsmakers.

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

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

- Ja, hierover is men het unaniem eens.
- Door het bieden van een vast spreekuur in opvangvoorzieningen, eventueel later op de dag, of op straat of waar daklozen zich ophouden. Elke (nieuwe) dakloze verdient medische aandacht.
- GGD Amsterdam biedt dagelijks een inloopsprekuur voor daklozen, van 9-12 uur, op 3 locaties

- Ook andere steden bieden vaste inloopsprekuren door huisartsen/straatdokters of verpleegkundig specialisten/sociaal verpleegkundigen
- Er wordt opgemerkt dat huisartsen lokaal niet voldoende op de hoogte zijn van de sociaal medische voorzieningen en inzet van straatdokters en straatverpleegkundigen in hun gemeente/regio en waar en hoe straatdokters te bereiken zijn.



Hoe is wordt de sociaal medische zorg gefinancierd?

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

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

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

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

- In Utrecht is de pedicure met pensioen en wordt niet vervangen
- In Rotterdam waren er voor het kampioenschap in 2017 goedkope Feyenoord-sokken voor daklozen.
- In Amsterdam worden vanuit de soepbus sokken gedeeld.
- Leger des Heils biedt landelijk in opvangvoorzieningen sokken.
- In Nijmegen is een Voetenfonds opgericht, (geen cadeau maar schenking van patiënten aan een vetrekkend huisarts, thans straatdokter), waaruit daklozen met een hulpverlener kunnen winkelen voor sokken en schoenen.
- Analooq aan voedselbank wordt een sokkenbank voorgesteld, plek waar men kan rusten, voetbad nemen en weer verder met schone sokken; donatie van sokken en soda door winkelketens is gewenst.

Hoe verloopt de samenwerking met de GGZ?

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

Hoe verloopt de samenwerking met de gemeente?

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

11-12 november 2017 Conferentiecentrum Hoorneboeg Hilversum

Deelnemers

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



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

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

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

27 maart 2018 stichting Pharos Utrecht

Deelnemers

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

Presentatie: opbrengst landelijk onderzoek Nederlandse Straatsdokers Groep

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

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

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

Wens ervaringsdeskundigen

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

Wat kunnen gemeenten doen?

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