



EVALUATIE SOCIAAL-MEDISCHE ZORG AAN DAK- EN THUISLOZEN IN WEST-BRABANT

Evaluatie sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen in West-Brabant

Uitgave van de GGD West-Brabant, juni 2017

Maiju Jongeneel, Lieke Raaijmakers, GGD West-Brabant

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	6
2. De uitvoering van het basismodel	8
3. Ontwikkeling tot plusmodel en tandheelkundig vangnet	12
4. Herstel van de toegang tot sociaal-medische zorg	14
5. Financiering	16
6. Conclusie	20
Bijlage 1: Gesprekspartners (groeps)gesprekken	22
Bijlage 2: Voorstel sociaal-medische zorg AB april 2015.....	23
Bijlage 3: Overzicht begroting en realisatie sociaal-medische zorg 2015 t/m 2017	25
Bijlage 4: Conceptbegroting sociaal-medische zorg 2018	27

Samenvatting

In april 2015 besliste het Algemeen Bestuur (AB) van de GGD West-Brabant om de toegang tot sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen te verbeteren. Onderzoek had aangetoond dat deze onvoldoende was.¹ In de vorm van een pilot gaf het AB opdracht van start te gaan met een basismodel, dit door te ontwikkelen naar een plusmodel en gelijktijdig een vangnet te regelen voor tandheelkundige zorg. Hierbij gaf het AB opdracht om in 2017 het (plus)model te evalueren op uitvoering en resultaat en op basis daarvan hen te adviseren over een structurele borging van de sociaal-medische zorg en de daarbij passende financiering.

Toegang tot sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen hersteld door aanpak

Door de inzet van de GGD-verpleegkundige en enkele huisartsen als vangnet hebben dak- en thuislozen volgens alle betrokken partijen nu voldoende toegang tot sociaal-medische zorg. De insteek van de uitvoeringspraktijk is 'regulier waar dat kan, speciaal waar dat moet' en sluit daarmee goed aan op het regionale beleid van het Stedelijk en Regionaal Kompas. Daar waar de doelgroep moeite heeft aansluiting te vinden bij het reguliere zorgstelsel, functioneert de verpleegkundige als een bruggenbouwer om de aansluiting te herstellen. Daar waar dat niet lukt, voorziet de huidige uitvoeringswijze in een goed en noodzakelijk vangnet van verpleegkundige- en huisartsenzorg voor dak- en thuislozen. Hiermee biedt de huidige uitvoeringspraktijk, waarbij de GGD als juiste uitvoerder wordt gezien door het veld, een onmisbare voorziening die noodzakelijk is voor een overwegend zorgmijdende doelgroep als dak- en thuislozen.

De GGD verpleegkundigen hebben zowel in Bergen op Zoom als in Breda (inloop)sprekuren die toegankelijk zijn voor alle dak- en thuislozen, ook voor diegenen zonder regiobinding of verblijfsrecht. Tijdens de spreekuren hebben de verpleegkundigen in 2016 bij 106 dak- en thuislozen een intake afgenomen; 79 in Breda en 27 in Bergen op Zoom. De gezondheid van de meeste dak- en thuislozen werd tijdens de intake als redelijk beoordeeld. Bij één op de vijf was er volgens de verpleegkundigen sprake van een (zeer) slechte gezondheid. De meeste dak- en thuislozen kwamen na de intake op vervolggconsult bij de verpleegkundige, waarvan er in totaal 371 hebben plaatsgevonden in 2016; 160 in Breda en 211 in Bergen op Zoom. Meer dan de helft van de dak- en thuislozen werd na de intake (ook) doorverwezen naar een andere zorg- of hulpverlener, met name naar de huisarts. In tegenstelling tot de verwachtingen aan het begin van de pilot, blijkt dat een groot deel van de dak- en thuislozen ingeschreven staat bij een huisarts; 78% in Bergen op Zoom en 67% in Breda. Als dit zo is, leidt de verpleegkundige de dak- of thuisloze naar de eigen huisarts toe indien mogelijk. Als er geen eigen huisarts is of de relatie niet hersteld kan worden, dan kunnen de verpleegkundigen een beroep doen op een aantal huisartsen die als vangnet dienen. In Breda bestaat het vangnet uit 12 huisartsen, in Bergen op Zoom uit 4. Doordat veel dak- en thuislozen een eigen huisarts hebben, wordt er in de praktijk geen groot beroep gedaan op de huisartsen in het vangnet. Knelpunten zoals waargenomen in 2015: zorgmijden, onverzekerd zijn (53% heeft een basisverzekering), onvoldoende financiële middelen

¹ M. Jongeneel. Sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in West-Brabant, aard en omvang problematiek. Bijlage 1 AB voorstel april 2015, GGD West-Brabant.

voor medicijnen, spelen nog wel een rol en zullen dat in meer of mindere mate altijd blijven doen, maar vormen geen grote belemmering meer bij de toegang tot zorg door de structuur die nu is opgezet. Het in 2015 gesignaleerde knelpunt van onwelwillendheid bij huisartsen om dak- en thuislozen als vaste patiënt aan te nemen, zien partijen over het algemeen in de huidige uitvoeringspraktijk niet meer terug. De uitvoering van het **basismodel** verloopt met bovenstaande over het algemeen goed.

Een virtuele praktijk, het voornaamste onderdeel van het **plusmodel**, is niet gerealiseerd. Er is veel tijd besteed aan het gezamenlijk bedenken hoe de virtuele praktijk vormgegeven moest worden, maar er is geen behoefte meer om een virtuele praktijk te realiseren. In het plusmodel werd ook beoogd dat huisartsen laagdrempelige spreekuren zouden draaien op locatie en naar patiënten op straat zouden gaan. Dit is niet structureel doorgevoerd in de uitvoeringswijze. De huidige uitvoering waarbij consulten op de eigen praktijk plaatsvinden, verloopt over het algemeen goed. In noodgevallen leggen huisartsen wel een visite af, wat toereikend is. Wat wel tot uitvoering is gekomen ten aanzien van de huisartsenzorg, is een coördinerend huisarts in beide regio's. De coördinerend huisarts is eerste aanspreekpunt voor de verpleegkundigen als het gaat om de werkafspraken, de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsen in het vangnet en casus overstijgende kennisvragen ten aanzien van medische zorg aan dak- en thuislozen. Deze coördinerend huisarts is volgens het veld een belangrijke schakel voor een optimale samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen.

In zowel Breda als Bergen op Zoom zijn **tandartsen** bereid gevonden als vangnet te fungeren voor dak- en thuislozen. Ondanks dat tand- en gebitsproblemen een groot probleem vormen onder dak- en thuislozen, doen de GGD verpleegkundigen tot op heden slechts beperkt een beroep op deze tandartsen. Wanneer de verpleegkundige wel doorverwijst naar een tandarts in geval van acute problemen of als sprake is van gezondheidsrisico's, heeft zij in Breda en Bergen op Zoom toegang tot tandartsen die als vangnet fungeren. In Bergen op Zoom zijn ook al enkele afspraken ten aanzien van de informatieverstrekking en begeleiding gemaakt.

Uitvoeringswijze toereikend voor structurele borging

De huidige uitvoeringswijze loopt op dit moment goed volgens alle betrokken partijen en is op hoofdlijn voldoende voor een structurele borging in de toekomst. Ten aanzien van de huisartsenzorg zijn met de zorgverzekeraar, de huisartsenkring en de GGD zowel in de regio Breda als in Bergen op Zoom Kaderafspraken gemaakt en deze bieden goede houvast voor borging. Voor de tandheelkundige zorg ontbreekt het nu nog aan goede (formeel) samenwerkingsafspraken. Naar het voorbeeld van de afspraken rond de huisartsenzorg, kan men ook voor de acute tandartsenzorg Kaderafspraken maken.

Een knelpunt voor de borging waar aandacht voor moet zijn, is dat de functie van coördinerend huisarts volgens het veld nodig is voor een goede samenwerking tussen de verpleegkundige en de huisartsen. Het is op dit moment echter onduidelijk welke partij er verantwoordelijk is voor de aanstelling van een coördinerend huisarts en daarmee de borging van deze functie.

Bij de inhoudelijke doorontwikkelingen van de aanpak is het belangrijkste verbeterpunt het versterken van de samenwerking tussen verpleegkundigen en de maatschappelijke opvang, met name in Bergen op Zoom. Door gezamenlijk de onderlinge rol en taakverdeling te concretiseren, waardoor ook de verpleegkundigen minder zoekende zullen zijn in de afbakening van hun taken, kan men dit realiseren. Goede samenwerking zal er voor zorgen dat er niet meer alleen op het 'eigen eilandje' gewerkt wordt, maar dat men elkaar versterkt.

De benodigde financiering

De toepassing van het passantentarium voor huisartsenzorg aan verzekerde dak- en thuislozen, zoals overeengekomen in de Kaderafspraken als onderdeel van reguliere bekostiging, is naar tevredenheid van de huisartsen. Het biedt voldoende houvast voor borging van de inzet van huisartsen. De kosten van de huisartsenzorg, voor zover niet verzekerd, kunnen vanaf maart 2017 uit de 'Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' gedekt worden. Acute onverzekerde tandartsenzorg kan bekostigd worden uit het GGD noodfonds.

Knelpunt in het kader van de financiering is de bekostiging van de coördinerend huisarts, wat samenvalt met het hierboven geconstateerde knelpunt ten aanzien van de borging van deze functie. Het ontbreekt nu aan structurele financiering, wat een risico voor borging op lange termijn vormt. Voor een goede borging van de huidige uitvoeringswijze zijn de GGD en de centrumgemeenten de aangewezen partijen om het voortouw te nemen bij de oplossing van dit knelpunt en te onderzoeken welke partij de verantwoording voor de (financiële) borging van deze rol op zich zou moeten nemen.

De inzet van de GGD ten aanzien van de sociaal-medische zorg zijn voor rekening van de GGD en daarmee de gemeenten van West-Brabant. Bij een voortzetting van de inzet van de GGD worden de kosten geraamd op €84.135,-, voor het jaar 2018.



1. Inleiding

In april 2015 besliste het Algemeen Bestuur van de GGD West-Brabant om van start te gaan met een basismodel sociaal-medische zorg dak- en thuislozen, dit door te ontwikkelen naar een plusmodel en gelijktijdig een vangnet te regelen voor tandheelkundige zorg. Redenen om weer te voorzien in een vangnet waren:

- Een goed en bestendig vangnet voor sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen ontbrak;
- Knelpunten bij de toegang tot sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen waren: onverzekerd zijn, zorgmijdend gedrag, geen geld hebben voor (de eigen bijdrage van) medicijnen en huisartsenpraktijken nemen niet graag daklozen als vaste patiënten aan.
- Tandheelkundige zorg ontbrak voor bijna alle dak- en thuislozen.

In het kader hieronder staan het basismodel, het plusmodel en de tandheelkundige zorg zoals de GGD dat in 2015 voor ogen had kort beschreven.

Het basismodel: de GGD-verpleegkundige houdt laagdrempelige spreekuren in Bergen op Zoom en Breda en bezoekt dak- en thuislozen op de vindplaatsen in de gemeenten in de regio (outreaching benadering). Zij doet het eerste onderzoek, verleent verpleegkundige zorg en begeleidt daklozen naar de huisarts als huisartsenzorg nodig is. Enkele bereidwillige huisartsen leveren deze zorg.

Het plusmodel: naast de activiteiten in het basismodel, wordt een virtuele praktijk ondergebracht bij een zorggroep of huisartsenpraktijk. Dit om de continuïteit en organisatie van de huisartsenzorg te borgen en de afstemming tussen GGD, gemeenten, zorgpartners, specialistische zorg huisartsenpost en zorgverzekeraars goed te laten verlopen.

Tandheelkundige zorg: enkele tandartsen bieden een vangnet voor tandheelkundige zorg in noodgevallen.

Bij het instemmen met het invoeren van het basismodel, stemde het Algemeen Bestuur van de GGD ook in met het uitvoeren van een evaluatieonderzoek in 2017 met als doel:

1. Evalueren van het (plus)model op uitvoering en resultaat;
2. Uitbrengen van een advies over het structureel borgen van de sociaal-medische zorg en de daarbij passende financiering.

Deze doelen zijn samen met de centrumgemeenten Breda en Bergen op Zoom vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe verloopt de uitvoering van het basismodel in de praktijk en heeft men dit model weten door te ontwikkelen tot een plusmodel en een tandheelkundig vangnet?
2. Is met de invoering van het basis- of plusmodel en het tandheelkundig vangnet de toegang tot de sociaal-medische en tandheelkundige zorg hersteld of vormen de knelpunten zoals in 2015 waargenomen nog steeds belemmeringen?

3. Is de huidige uitvoeringswijze toereikend om de toegang tot sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen vanaf 2018 structureel te kunnen borgen of heeft het nog aanpassing nodig?
4. Wat vraagt deze structurele borging aan financiering?

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen hebben onderzoekers van de GGD kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit bestond uit de volgende activiteiten:

1. (groeps)gesprekken met sleutelfiguren

In april – mei 2017 zijn er 16 gesprekken gevoerd met 21 sleutelfiguren van de maatschappelijke opvang, toeleidende partijen, huisartsen, tandartsen, zorgverzekeraars, dak- en thuislozen zelf, de centrumgemeenten en de GGD. Bijlage 1 geeft een overzicht van de gesprekspartners.

De gesprekken zijn face to face of telefonisch uitgevoerd. Van elk gesprek is een verslag gemaakt welke ter goedkeuring is voorgelegd aan de gesprekspartners.

2. Analyse van de de data verkregen uit intakes met dak- en thuislozen

In april 2015 heeft het AB niet alleen ingestemd met een evaluatie in 2017, maar ook met een monitor op basis van de data die de sociaal verpleegkundigen van de GGD verzamelen tijdens de intakes. Deze monitor is in de periode januari – april 2017 uitgevoerd. De resultaten staan beschreven in de factsheet 'Sociaal-medische zorg aan West-Brabantse dak- en thuislozen in 2016' en worden ook gebruikt voor deze evaluatie.

Leeswijzer

In deze notitie geven we de hoofdlijnen uit de gesprekken en de intakedata weer en beantwoorden we de vier onderzoeksvragen. We beginnen met een omschrijving van de wijze waarop het basismodel tot uitvoering komt. Daarna bespreken we de doorontwikkeling naar een plusmodel en een tandheelkundig vangnet. Vervolgens bespreken we de mate waarin de toegang voor dak- en thuislozen tot sociaal-medische zorg hersteld is en de genoemde verbeterpunten voor structurele borging van het vangnet vanaf 2018. Vervolgens gaan we in op de financiering en de gemaakte afspraken op dit gebied. We eindigen deze notitie met de conclusies.

2. De uitvoering van het basismodel

Na het besluit van het Algemeen Bestuur, startten verpleegkundigen van de GGD in juli 2015 met het draaien van laagdrempelige spreekuren en het benaderen van dak- en thuislozen op de vindplaatsen in de gemeenten van de regio (outreaching werken). Voor het doen van een eerste onderzoek werd een intakeleidraad gemaakt en er werd gezocht naar bereidwillige huisartsen voor het leveren van huisartsenzorg.²

In dit hoofdstuk gaan we in op het eerste aspect van onderzoeksvraag 1: *Hoe verloopt de uitvoering van het basismodel in de praktijk?*

Spreekuren

Zowel in Bergen op Zoom als in Breda zijn er twee inloopsprekuren bij de maatschappelijke opvang verspreid over de week. Daarnaast kunnen dak- en thuislozen in Bergen op Zoom bij de maatschappelijke opvang op twee middagen op afspraak terecht bij de GGD verpleegkundige. In Breda kunnen mensen op afspraak terecht bij de GGD, dit kan over de week ingepland worden. Geïnterviewden geven aan dat de locaties en het tijdstip waarop mensen gezien worden, goed zijn. Wel bleek dat niet iedereen, inclusief de dak- en thuislozen zelf, goed op de hoogte is van de tijden en het al dan niet moeten maken van een afspraak. Dat de (inloop)spreekuren in beide regio's bij de maatschappelijke opvang plaatsvinden, betekent niet dat mensen daar ook in een traject moeten zitten om op consult te kunnen komen. Het is toegankelijk voor alle dak- en thuislozen, ook diegenen zonder regiobinding of verblijfsrecht. Enkele gesprekspartners geven expliciet aan deze toegankelijkheid voor iedereen belangrijk te vinden. Een belangrijk punt, daar in 2015 werd geconstateerd dat juist de dak- en thuislozen die niet in een traject bij de maatschappelijke opvang zaten, beperkte toegang tot zorg hadden.

Toeleiding naar de verpleegkundige

De verpleegkundigen werken outreachend om dak- en thuislozen actief toe te leiden naar zorg. Vanwege het zormijdende gedrag binnen de doelgroep, is het outreachend werken belangrijk aldus enkele gesprekspartners. Uit de gesprekken blijkt dat de GGD verpleegkundigen regelmatig op pad gaan om dak- en thuislozen op de vindplaatsen te bezoeken en toe te leiden naar zorg. Naast dat de verpleegkundige zelf dak- en thuislozen toeleidt naar het spreekuur, is een belangrijk netwerk van toeleiders in Bergen op Zoom het OGGZ-kernteam, waar de GGD verpleegkundige sinds een halfjaar ook zelf deel van uitmaakt. Het deelnemen aan het OGGZ-kernteam was een goede stap aldus één van de gesprekspartners. De toeleiding verloopt hierdoor veel beter. Een vergelijkbaar netwerk in de regio Breda zijn de MASS overleggen. Toeleiding vanuit dit netwerk verloopt ook goed. Een andere belangrijke toeleidingspartner is de maatschappelijke opvang. De toeleiding vanuit deze partner in Breda, waaronder ook het straatteam valt, verloopt goed. In Bergen op Zoom wordt gewerkt aan verbetering (zie paragraaf over de intake). Tot slot is in Breda een

² In bijlage 2 staat een uitgebreide omschrijving van de rol- en taakverdeling binnen het basismodel per partner beschreven.

diaconaal centrum ook een toeleidingspartner waar de verpleegkundige regelmatig op locatie komt en vanuit waar de toeleiding goed verloopt.

Intake

Wanneer een dak- of thuisloze nieuw in beeld komt bij de GGD verpleegkundige, neemt zij een intake af, ofwel het eerste sociaal-medische onderzoek. Hierin brengt zij zowel de sociale situatie (inkomen, onderdak, netwerk en aanwezige hulptrajecten) als de medische (lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en verslaving) in kaart. In 2016 zijn er in West-Brabant 106 dak- en thuislozen op intake geweest; 79 in Breda en 27 in Bergen op Zoom.³ De gezondheid van de meeste dak- en thuislozen werd tijdens de intake als redelijk beoordeeld. Bij één op de vijf was er volgens de verpleegkundigen sprake van een (zeer) slechte gezondheid.

De reden dat het aantal intakes in Breda hoger ligt, wordt deels veroorzaakt doordat hier de maatschappelijke opvang dak- en thuislozen standaard bij de aanmelding doorverwijst naar de GGD verpleegkundige. Hierdoor kan er snel gehandeld worden wanneer zich medische problemen voordoen. Veel van de benodigde informatie is dan al in beeld. Een standaard intake kan daarnaast ook leiden tot het ontdekken van 'verborgen' medische problemen, zoals problemen met de suikerspiegel wat agressief gedrag kan verklaren. In Breda is volgens een gesprekspartner naar schatting 80% van de nieuwe aanmeldingen standaard doorgestuurd voor een intake.

In Bergen op Zoom is de standaard screening nog niet tot uitvoering gekomen, maar zijn hierover onlangs wel afspraken gemaakt tussen centrumgemeente, de GGD en de maatschappelijke opvang en zou het ook hier op korte termijn tot uitvoering moeten komen. Dat er nog niet standaard gescreend wordt, werd in deze regio mede veroorzaakt door een verschil in visie. De maatschappelijke opvang zet vooral in op de eigen kracht van mensen, dak- en thuislozen hebben daarbij zelf de regie in het al dan niet bezoeken van een verpleegkundige. Vanuit het oogpunt van de publieke gezondheid, is de GGD van mening dat een kwetsbare groep als dak- en thuislozen standaard gezien moet worden.

Vervolgactiviteiten na de intake

Op basis van de intake brengen de verpleegkundigen de (eventuele) hulpvraag en de benodigde vervolgacties in kaart. Dit kan een vervolgconsult bij de verpleegkundige zelf zijn of een doorverwijzing naar de huisarts of andere zorgverlener/ instantie. Te denken valt dan aan de geestelijke gezondheidszorg, de tandarts of de maatschappelijke opvang.

In 2016 kwam driekwart van de mensen na de intake op vervolgconsult bij de verpleegkundige. Het aantal vervolgconsulten lag in Breda op 160 met een gemiddelde van 2,7 per persoon. In Bergen op Zoom lag het aantal vervolgconsulten op 211, met een gemiddelde van 5,2 per persoon. Hier werd één cliënt in 2016 in totaal 46 keer gezien door de verpleegkundige en nam daardoor een groot deel van de vervolgafspraken voor zijn rekening.

Meer dan de helft van de cliënten (60%) werd na de intake (ook) doorverwezen naar een andere zorg- of hulpverlener. Ruim een derde werd doorverwezen naar de huisarts (38%), een kwart naar een GGD-arts (25%). Deze inzet van de GGD-arts wordt nu steeds minder, omdat er inmiddels

³ Voor een uitgebreid verslag van hetgeen de verpleegkundigen in beeld brengen tijdens de intake en het aantal consulten en vervolgconsulten dat zij hebben gegeven in 2016, verwijzen wij naar de 'Factsheet Sociaal medische zorg aan West-Brabantse dak- en thuislozen in 2016', uitgebracht door de GGD in april 2017.

een vangnet gerealiseerd is van reguliere huisartsen in Breda (zie paragraaf inzet huisartsen). Alleen hier werd de GGD arts ingeschakeld. Bij bijna een derde van de doorverwijzingen werden dak- en thuislozen doorverwezen naar een andere zorgverlener of instantie, zoals de tandarts, de geestelijke gezondheidszorg of de maatschappelijke opvang.

Inzet huisartsenzorg

In tegenstelling tot de verwachtingen aan het begin van de pilot, blijkt een groot deel van de dak- en thuislozen ingeschreven te staan bij een huisarts. In 2016 was 78% in Bergen op Zoom en 67% in Breda ingeschreven bij een praktijk. De afspraak is dat wanneer een dak- of thuisloze ingeschreven staat bij een huisarts, deze naar de eigen huisarts wordt toegeleid als dat mogelijk is.⁴ Dit sluit aan bij het uitgangspunt: 'regulier waar dat kan, speciaal waar dat moet'. De verpleegkundigen besteden daarom veel tijd om de relatie met de oorspronkelijke huisarts te herstellen waar vaak al lange tijd geen contact meer mee is geweest. Dit lukt bijna altijd, aldus de verpleegkundigen.

Vaak is de eigen huisarts gevestigd in de gemeente waar de dak- of thuisloze oorspronkelijk vandaan komt. Regelmatig is dat een gemeente buiten Bergen op Zoom of Breda. Omdat mensen meestal weer terug willen naar deze gemeente aldus de verpleegkundigen, wordt er in deze gevallen over het algemeen geen nieuwe huisarts gezocht, behalve als de relatie niet hersteld kan worden met de eigen huisarts. Als de relatie met de eigen huisarts (weer) goed is, is bemiddeling van de verpleegkundige niet meer nodig.

In het geval een reguliere huisarts niet inzetbaar is, kunnen de verpleegkundigen een beroep doen op een aantal huisartsen die als vangnet dienen wanneer huisartsenzorg nodig is. In Breda bestaat het vangnet uit 12 huisartsen, in Bergen op Zoom uit 4. Over de huisartsgeneeskundige zorg geleverd in deze situatie, zijn Kaderafspraken gemaakt ondertekend door de zorgverzekeraar, de huisartsenkring en de GGD. Deze Kaderafspraken zijn nagenoeg gelijk voor de regio Breda en Bergen op Zoom. Belangrijke punten ten aanzien van de uitvoering zijn dat dak- en thuislozen niet worden ingeschreven in de praktijk van de huisartsen die als vangnet fungeren en deze huisartsen in principe geen visites afleggen. Dit laatste omdat het vaak openbare ruimtes betreft waar dak- en thuislozen verblijven. Wanneer er echter sprake is van nood en de dak- of thuisloze niet naar de praktijk kan komen, dan leggen de huisartsen in het vangnet wel een visite af. In de praktijk is dit enkele keren voorgevallen. In de kaderafspraken was ook overeengekomen dat de GGD verpleegkundige aanwezig is bij het eerste consult en zoveel als mogelijk bij vervolggconsulten. In de praktijk blijkt dat niet nodig. De GGD verpleegkundigen gaan alleen mee als zij bijvoorbeeld verwachten dat iemand vervelend zou kunnen gaan doen in de huisartsenpraktijk. Als iemand meerdere keren gezien moet worden, is de afspraak dat deze bij dezelfde vangnet huisarts op consult blijft. Wanneer de verpleegkundige welke huisarts in het vangnet van Bergen op Zoom kan inschakelen, wordt bepaald aan de hand van beschikbaarheidsroosters. In Breda zorgt de verpleegkundige er zelf voor dat zij de huisartsen in het vangnet wisselend benaderd. Doordat veel dak- en thuislozen een eigen huisarts hebben, wordt er in de praktijk geen groot beroep gedaan op de huisartsen in de vangnet poule, zo blijkt uit de gesprekken.

⁴ Deze afspraak komt in beide regio's tot uitvoering, maar staat formeel alleen in de Kaderafspraken gemaakt in de regio Bergen op Zoom.

Zodra iemand een woonplek heeft gekregen, zorgen de verpleegkundigen ervoor dat deze persoon bij een huisartsenpraktijk ingeschreven wordt. Sommige verpleegkundigen schrijven iemand ook al sneller in, bijvoorbeeld als duidelijk is dat iemand in een bepaalde gemeente wil wonen en op korte termijn waarschijnlijk iets toegewezen krijgt. Uitzondering hierop is ook dat wanneer iemand naar verwachting hele lange tijd in de opvang zal verblijven, of al verblijft, de verpleegkundigen ook een huisarts zoeken waarbij hij of zij ingeschreven kan worden. Hoewel de meeste gesprekspartners denken dat het prima is mensen pas in te schrijven wanneer er een vast woonadres is, zijn sommigen ook van mening dat iemand ondanks zijn verblijf op de maatschappelijke opvang toch ingeschreven moet staan bij een huisartsenpraktijk. Naast een woonplek is het ook van belang dat iemand verzekerd is voordat diegene in een praktijk ingeschreven wordt. Uit de intakedata blijkt dat 51% in Breda verzekerd was en 59% in Bergen op Zoom. Een aanvullende verzekering had bijna niemand, slechts 7%. Redenen waarom dak- en thuislozen onverzekerd zijn, waren met name dat er nog een zorgverzekering aangevraagd moest worden of dat dit op het moment van intake geregeld werd.

Samenwerking

Met name in de regio Bergen op Zoom geven de gesprekspartners aan dat de samenwerking verbeterd kan worden tussen de betrokken uitvoeringspartijen. Er heerst hier nog onduidelijkheid op het gebied van de rol- en taakverdeling. Waarvoor kunnen de GGD verpleegkundigen allemaal ingezet worden? De nieuwe spreekkamer in Bergen op Zoom zal de verpleegkundigen beter zichtbaar maken voor dak- en thuislozen en de mensen op de werkvloer van de maatschappelijke opvang. Dit maakt het gemakkelijker om een natuurlijke samenwerking tot stand te brengen. Als het over rol- en taakverdeling gaat, kan deze volgens de verpleegkundigen zelf ook aangescherpt worden. Hoe ver de verpleegkundigen gaan op de sociale vraagstukken is bijvoorbeeld nog een 'grijs gebied', een belangrijk thema ook in afstemming met de maatschappelijke opvang omdat hier overlap is met hun inzet. Hele praktische knelpunten ten aanzien van de onderlinge taakverdeling zijn wie er verantwoordelijk is voor het vervoer van mensen naar een ziekenhuis, huisarts of tandarts in de regio Bergen op Zoom of wie moet zorgen voor goede douche faciliteiten in de regio Breda. In beide regio's geldt dat er nog veelal op het 'eigen eilandje' wordt gewerkt en dat er nog verbetering mogelijk is in de onderlinge afstemming. Zo willen de verpleegkundigen gaan inzetten op het in beeld krijgen van licht verstandelijke beperkingen tijdens de screeningen. Een beperking die naar verwachting veel voorkomt onder de doelgroep en inzicht geeft in hoe iemand het beste begeleid kan worden in een traject. Het zou mooi zijn als de verpleegkundigen en de maatschappelijke opvang elkaar onder andere op dit thema kunnen versterken. Ondanks de genoemde verbetermogelijkheden, geven de partners in beide regio's aan dat de samenwerking over het algemeen (erg) goed verloopt: de lijnen zijn kort, de verpleegkundigen zijn snel telefonisch te bereiken en een afspraak kan ook altijd op korte termijn gemaakt worden. 'Het zijn bevlogen dames', aldus één van de gesprekspartners.

3. Ontwikkeling tot plusmodel en tandheelkundig vangnet

Naast het invoeren van het basismodel, kreeg de GGD in 2015 van het Algemeen Bestuur de opdracht dit door te ontwikkelen tot een plusmodel en daarbij een tandheelkundig vangnet te organiseren. Binnen het plusmodel was het voornaamste doel om een zogenaamde virtuele praktijk onder te brengen bij een Zorggroep of huisartsenpraktijk. Met als reden de continuïteit en organisatie van de huisartsenzorg te borgen en de afstemming tussen GGD, gemeenten, zorgpartners, specialistische zorg huisartsenpost en zorgverzekeraars goed te laten verlopen. De 'plus' in het plusmodel had betrekking op extra inspanningen van huisartsen, zorggroepen en zorgverzekeraars; niet op de inzet van de GGD. Deze is in beide modellen (basis en plus) gelijk.⁵ Het tandheelkundige vangnet dat gerealiseerd zou worden, zou bestaan uit enkele tandartsen die in noodgevallen tandheelkundige zorg bieden.

In dit hoofdstuk gaat we in op het tweede aspect van onderzoeksvraag 1: *Heeft men het basismodel weten door te ontwikkelen tot plusmodel en een tandheelkundig vangnet gerealiseerd?*

Doorontwikkeling tot plusmodel

Een virtuele praktijk is niet gerealiseerd. Er is veel tijd besteed aan het gezamenlijk bedenken hoe de virtuele praktijk vormgegeven moest worden, maar volgens verschillende partijen is de realisatie uit beeld geraakt en is de behoefte om een virtuele praktijk te realiseren niet meer aanwezig. De kosten die hiermee gepaard zouden gaan hebben er mede voor gezorgd dat het niet van de grond kwam. De zorggroepen vonden dit een te grote investering. Een dergelijke praktijk zou ook een te grote optuiging zijn voor de relatief kleine groep dak- en thuislozen die gebruik moet maken van het huisartsenvangnet.

Door het ontbreken van een virtuele praktijk is het voor deze groep echter wel lastig om gegevens goed te registreren. Het nog ontwikkelen van een nieuw systeem alleen voor de zorg aan deze specifieke doelgroep parallel aan bestaande systemen, lijkt echter te ambitieus.

Naast een virtuele praktijk werd in het plusmodel ook beoogd dat huisartsen laagdrempelige spreekuren zouden draaien op locatie en naar patiënten op straat zouden gaan. Dit is niet structureel doorgevoerd in de uitvoeringswijze. De huidige uitvoering waarbij consulten op de eigen praktijk plaatsvinden, lijkt over het algemeen goed te verlopen. In noodgevallen, als het echt niet anders kan, zijn huisartsen wel bereid een visite af te leggen. In de praktijk is dit enkele keren voorgevallen. Wat wel tot uitvoering is gekomen ten aanzien van de huisartsenzorg en wat onderdeel van het plusmodel was, is een coördinerend huisarts in beide regio's. De coördinerend huisarts is eerste aanspreekpunt voor de verpleegkundigen als het gaat om de werkafspraken, de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsen in het vangnet en casus overstijgende kennisvragen ten aanzien van medische zorg aan dak- en thuislozen. Daarnaast is de coördinerend huisarts een belangrijke schakel in de communicatie met de huisartsen in het vangnet. Bijvoorbeeld bij veranderingen in regelgeving. Met de coördinerende huisarts in Breda is eens in de drie maanden overleg. In Bergen op Zoom vindt ook periodiek overleg plaats en is het contact

⁵ In bijlage 2 staat een uitgebreide omschrijving van de rol- en taakverdeling binnen het plusmodel per partner beschreven.

intensiever, de coördinerend huisarts is goed zichtbaar voor de verpleegkundigen en ook voor de doelgroep.

Tandheelkundig vangnet

Tand- en gebitsproblemen vormen een groot probleem onder de doelgroep. Bij 43% van de dak- en thuislozen die op intake zijn geweest in 2016, werd de staat van het gebit door de GGD-verpleegkundige als (zeer) slecht beoordeeld of ontbrak een gebit in het geheel. Ondanks dat bijna de helft een (zeer) slecht gebit of geen gebit heeft, ervoer slechts een kwart van de dak- en thuislozen zelf gebitsklachten.

In zowel Breda als Bergen op Zoom zijn tandartsen bereid gevonden als vangnet te fungeren voor dak- en thuislozen bij acute problemen. De verpleegkundigen doen echter slechts beperkt een beroep op deze tandartsen. In 2016 zijn slechts 4 dak- en thuislozen na de intake bij de GGD-verpleegkundige doorverwezen naar een tandarts. Dit wordt bevestigd door de tandartsen die aangeven zelden dak- of thuisloze doorverwezen te krijgen. Tandartsen in Breda hebben door het beperkte aantal doorverwijzingen het idee dat de toeleiding nu nog niet goed loopt. Zij geven aan behoefte te hebben aan meer inzicht in aantallen en zijn benieuwd of dak- en thuislozen ook buiten de verpleegkundige om bij de tandarts aankomen.

De reden dat er weinig wordt doorverwezen in verhouding tot het grote aantal gebitten dat in slechte staat verkeert, is volgens één van de verpleegkundigen tweeledig. Onder de doelgroep heerst zeer veel angst voor de tandarts, zo bleek ook in gesprek met hen, en hun prioriteit ligt vaak ook niet bij het gebit. De aandacht is bijvoorbeeld primair gericht op het hebben van goed onderdak en meerdere zaken gelijktijdig aanpakken is vaak teveel, aldus de verpleegkundige. Wanneer de verpleegkundige wel doorverwijst naar een tandarts in geval van acute problemen of als sprake is van gezondheidsrisico's, legt zij in Breda contact met de spoeddienst. Een cliënt kan dan terecht bij de dienstdoende tandarts. De tandartsen in het vangnet van Bergen op Zoom hebben een bereikbaarheidsrooster gemaakt, zodat de GGD-verpleegkundigen weten wie zij kunnen bereiken als er acute tandproblemen zijn. Met deze tandartsen is afgesproken dat zij vooraf de informatie uit de intake ontvangen en dat de GGD-verpleegkundige meegaat op het tandartsbezoek. Dergelijke afspraken zijn in de regio Breda nog niet gemaakt. Wie verantwoordelijk is voor het vervoer naar de tandarts, daar zijn ook geen afspraken over. Hoe dat geregeld wordt, moeten de verpleegkundigen per keer bekijken.

Om vast te kunnen stellen wanneer er sprake is van medisch noodzakelijke ingrepen aan het gebit, een vaardigheid die de verpleegkundigen niet hebben, is een tandarts ingeschakeld die door de GGD ingezet kan worden om deze beoordeling te maken. Hier moet ook een financiële vergoeding tegenover staan. Deze tandarts vervult nu ook een medische adviesrol en wordt geconsulteerd over aanvragen die de GGD binnenkrijgt voor bijzondere bijstand.

Als dak- en thuislozen weer een woonadres hebben dan spoort de verpleegkundige hen aan om weer een eigen tandarts te zoeken als zij die nog niet hadden. De ervaring is echter dat het lastig is om mensen in te schrijven, mede vanwege de vaak moeilijke gebitten doordat mensen jaren niet bij een tandarts zijn geweest.

4. Herstel van de toegang tot sociaal-medische zorg

Hoofdrede voor de GGD weer te gaan voorzien in een vangnet was dat uit onderzoek bleek dat dak- en thuislozen onvoldoende toegang hadden tot sociaal-medische zorg. Vooral dak- en thuislozen die niet opgenomen waren in een woonvoorziening van de maatschappelijke opvang hadden geen tot beperkte toegang tot sociaal-medische zorg.

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan het eerste aspect van onderzoeksvraag 2 en onderzoeksvraag 3:

- *Is met de invoering van het basis- of plusmodel en het tandheelkundig vangnet de toegang tot de sociaal-medische en tandheelkundige zorg hersteld of vormen de knelpunten zoals in 2015 waargenomen nog steeds belemmeringen?*
- *Is de huidige uitvoeringswijze toereikend om de toegang tot sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen vanaf 2018 structureel te kunnen borgen of heeft het nog aanpassing nodig?*

Herstel sociaal medische zorg en duurzame borging

Alle gesprekspartners geven aan dat de toegang tot zorg voor de doelgroep dak- en thuislozen sterk verbeterd is sinds het Algemeen Bestuur van de GGD opdracht heeft gegeven deze zorg te herstellen. Dak- en thuislozen hebben nu voldoende toegang tot sociaal-medische zorg via de inzet van de verpleegkundigen en de huisartsen die als vangnet dienen. Daar waar men voorheen via kunstgrepen en veel inzet een huisarts kon bezoeken, kunnen dak- en thuislozen nu snel terecht bij de verpleegkundige en indien nodig bij een huisarts. Voor de huisartsgeneeskundige zorg wordt toegeleid naar de eigen huisarts of naar enkele bereidwillige huisartsen die als vangnet dienen. De rol van de verpleegkundige is in de uitvoeringswijze zeer belangrijk aldus de gesprekspartners. Zij voert een eerste onderzoek uit en schat de ernst in. Dat maakt ook dat de consulten van de huisartsen in het vangnet effectiever en efficiënter plaatsvinden. Ook in de toeleiding naar de eigen huisarts speelt de verpleegkundige een belangrijke rol. Dak- en thuislozen hebben vaak een huisarts, maar bemiddeling blijkt onmisbaar om het contact met de eigen huisarts te herstellen. Kortom volgens de huisartsen en andere gesprekspartners is de verpleegkundige een belangrijk schakel die niet mag ontbreken.

Sommige knelpunten zoals waargenomen in 2015 komen nog steeds voor, zoals het zorgmijdend gedrag, het onverzekerd zijn en het niet kunnen betalen van medicijnen, maar vormen in principe geen belemmering meer bij de toegang tot zorg. De inzet van de verpleegkundige is goed ingespeeld op het zorgmijdende gedrag binnen de doelgroep en onverzekerden hebben door de spreekuren en door de huisartsen in het vangnet nu toegang tot zorg. Het niet kunnen betalen van medicijnen komt ook nog steeds voor, maar hier biedt het noodfonds van de GGD uitkomst (zie ook hoofdstuk financiering). Uit de gesprekken blijkt echter wel dat niet alle betrokkenen op de hoogte zijn van deze mogelijkheid. Tot slot zijn huisartsen over het algemeen wel bereid dak- en thuislozen op te nemen in hun praktijk. Soms komt het nog wel voor dat een huisarts aangeeft iemand niet te willen opnemen, bijvoorbeeld als het een nieuwe inschrijving betreft, maar het knelpunt lijkt niet zo groot als waargenomen in 2015.

De GGD is de juiste uitvoerder voor de zorg die nu geboden wordt volgens de verschillende gesprekspartners. De GGD biedt een combinatie van verpleegkundige deskundigheid en een netwerk in de regio. De rol van de kwartiermaker vanuit de GGD is van meerwaarde geweest bij de ontwikkelingen van de afgelopen twee jaar en zal dat blijven als nieuwe ontwikkeling nodig is, aldus gesprekspartners. Dak- en thuislozen zullen er in meer of mindere mate altijd blijven. Als mensen uitstromen, stromen er ook weer nieuwe in. De gesprekspartners zijn daarom van mening dat er altijd behoefte zal blijven aan een vangnet voor sociaal-medische zorg voor deze doelgroep. De uitvoeringswijze conform het basismodel werkt op dit moment goed en is op enkele ontwikkelpunten na op hoofdlijn voldoende voor een structurele borging in de toekomst. Met de zorgverzekeraar, de huisartsenkring en de GGD zijn zowel in de regio Breda als in Bergen op Zoom (nagenoeg dezelfde) Kaderafspraken gemaakt met betrekking tot de huisartsenzorg aan dak- en thuislozen en deze bieden goede houvast voor borging.

Voor wat betreft de tandheelkundige zorg wordt deze nog erg beperkt ingeschakeld zo blijkt. Of daarmee de toegang ook onvoldoende is, lijkt niet het geval. De oorspronkelijke opdracht was een tandheelkundig vangnet te bieden wanneer medisch noodzakelijke ingrepen nodig zijn. Dit lijkt nu gerealiseerd met de tandartsen die als vangnet in deze gevallen optreden. De vraag is echter wel of de welwillendheid van een aantal tandartsen die nu bij acute klachten als vangnet fungeren voldoende is om de inzet structureel te borgen. De inzet is daarmee afhankelijk van deze individuen en dat vormt een risico volgens partijen. Het ontbreekt nu namelijk nog aan goede (formeel) samenwerkingsafspraken met tandartsen binnen de uitvoeringswijze. Mogelijk kunnen deze afspraken op een soortgelijke manier worden ingericht zoals dat nu voor huisartsenzorg is geregeld in de Kaderafspraken, aangezien deze goede houvast bieden voor borging. Ook zal er gekeken moeten worden naar een structurele financiering (zie ook hoofdstuk financiering).

Genoemde verbeterpunten

In de gesprekken zijn de volgende verbeterpunten voor de uitvoeringswijze benoemd:

- De communicatie verbeteren over tijdstip spreekuren en het al dan niet moeten maken van een afspraak.
- De rol en taakomschrijving van de verpleegkundige verhelderen.
- De communicatie en onderlinge afstemming (o.a. kennisdeling) tussen verpleegkundigen en maatschappelijke opvang bevorderen.
- Afstemming tussen verschillende hulpverleners bij multiproblematiek verbeteren.
- De dossiervorming van dak- en thuislozen die worden gezien door de 'vangnet' huisartsen nogmaals bekijken.
- (formeel) samenwerkingsafspraken maken met de tandartsen.
- Borgen van een 'verpleegbed' voor overdag als dat nodig is in Bergen op Zoom.
- De verantwoordelijkheid ten aanzien van het vervoer van dak- en thuislozen naar de huisarts, tandarts of het ziekenhuis bespreken en borgen bij een uitvoeringspartij.

5. Financiering

De uitvoering van de sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen vraagt om een extra inspanning van huisartsen, tandartsen, zorgverzekeraars, gemeenten en GGD, zo stond beschreven in het voorstel aan het Algemeen Bestuur van de GGD in 2015. Aan zorgverzekeraars zou gevraagd worden om een speciaal tarief voor huisartsenzorg aan verzekerde dak- en thuislozen. Voor de verpleegkundige zorg is geen vergoeding van de zorgverzekeraar mogelijk. De kosten hiervan nam de GGD voor haar rekening tot 2018 gefinancierd uit positieve resultaten in 2015. Daarnaast hebben beide centrumgemeenten gedurende de pilot extra inzet van verpleegkundigen en kwartiermaker GGD ingekocht.

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de financieringsafspraken en regelingen die er nu zijn om de sociaal-medische zorg te bekostigen en of dit voldoende is om het structureel te kunnen borgen. We bespreken daarmee in dit hoofdstuk de laatste onderzoeksvraag: *Wat vraagt de structurele borging aan financiering?*

Huidige financiële afspraken huisartsenzorg

Een passende vergoeding voor huisartsenzorg aan dak- en thuislozen bleek in 2015 een belangrijke voorwaarde voor huisartsen om aan te sluiten bij het vangnet. Na een onderhandelingsproces van maanden zijn in beide regio's Kaderafspraken overeengekomen en ondertekend door zorgverzekeraars, huisartsenkring en GGD. De vergoeding van de inzet van huisartsen voor de zorg aan verzekerde dak- en thuislozen is nu pragmatisch opgelost door declaratie via het passantentarium. Per type consult zijn hier afspraken over gemaakt, vastgelegd in de Kaderafspraken. Dit passantentarium is een hoger tarief dan het tarief voor de zorg voor patiënten die zijn ingeschreven bij de huisarts. Normaal gesproken mag dit alleen gedeclareerd worden als huisartsen zorg verlenen aan een patiënt die niet woonachtig is in de vestigingsgemeente van de huisarts. Voor de zorg aan dak- en thuislozen maken de zorgverzekeraars hiervoor een uitzondering.

De kosten van de sociaal-medische huisartsenzorg, voor zover niet verzekerd, werden tot 1 maart gedekt uit het noodfonds van de GGD voor de sociaal-medische zorg. Het noodfonds is een voorziening die bestaat uit giften van maatschappelijk betrokken burgers en gemeenten waaruit - na zorgvuldige afweging - alleen noodzakelijke zorg (noodhulp) vergoed kan worden en geen wenselijke zorg/hulp. Sinds 1 maart heeft het ministerie van VWS een nieuwe tijdelijke subsidieregeling tot 1 maart 2022 ingesteld 'Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden'. Via deze regeling kunnen alle zorgaanbieders in de 1e en 2e lijn hun kosten voor geleverde zorg aan een onverzekerde declareren. Voorwaarde is wel dat de betrokken persoon verzekeringsplichtig is voor de Zorgverzekeringswet.⁶ Vanuit deze regeling kan de zorg aan onverzekerden dus gedeclareerd worden en hoeft geen aanspraak meer gemaakt te worden op het noodfonds. Voor illegale dak- en thuislozen die niet onder de 'Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' vallen, is er sinds 2009 de regeling financiering zorg

⁶ Ministerie van VWS, kamerbrief subsidieregeling onverzekerden, februari 2017

illegalen (ZiNL). Huisartsen krijgen 80% van de niet te innen rekeningen via deze regeling vergoed. Met bovengenoemde regelingen lijkt echter de zorg voor onverzekerden nu landelijk geborgd.

Financiële borging van de huisartsenzorg

De toepassing van het passantentariaf voor huisartsenzorg als onderdeel van reguliere bekostiging, lijkt naar tevredenheid. Het biedt voldoende houvast voor borging van de inzet van huisartsen en gesprekspartners hebben geen signalen van huisartsen ontvangen dat dit een knelpunt vormt. Verschillende partijen benoemen echter wel twee aandachtspunten bij de hantering van het passantentariaf:

- Ruim een derde van de dak- en thuislozen bleek in 2016 op basis van de intake een chronische aandoening te hebben. Zorg bij chronische aandoeningen kan via het passantentariaf niet ingepast worden in de reguliere DBC-structuur die voor deze aandoeningen gehanteerd wordt.
- Bij bijzondere verrichtingen door huisartsen, bijvoorbeeld een chirurgische ingreep, wordt een andere tariefstructuur gehanteerd dan voor passanten. Het passantentariaf is niet dekkend voor deze ingrepen.

Ontwikkeling naar landelijk tarief huisartsenzorg voor dak- en thuislozen

Ondanks dat het gebruik van het passantentariaf voor de inzet van huisartsen op dit moment naar tevredenheid is, wordt de suggestie genoemd om ten behoeve van structurele financiële borging landelijk initiatief te nemen om een aparte verrichting af te geven voor de zorg aan dak- en thuislozen door huisartsen. Dit zou de NZA of het ministerie van VWS moeten oppakken. De ervaring is dat men in meerdere grote steden zoekende is (geweest) naar welk tarief gebruikt moet worden voor de inzet van huisartsen. Landelijke borging van de inzet van huisartsen in beleidsregels en tariefbeschikking kan op lange termijn meer zekerheid bieden. Het uitrollen van een landelijk initiatief zou volgens de deelnemer bij de GGD kunnen liggen.

Financiering van een coördinerend huisarts

In beide regio's fungeert één huisarts als aanspreekpunt voor het bredere vangnet van huisartsen. Deze inzet berust nu op welwillendheid en affiniteit van deze huisartsen met de doelgroep. Er staat geen structurele financiering tegenover en dat maakt het kwetsbaar. In Breda wordt een onkostenvergoeding geboden aan de coördinerend huisarts vanuit de huisartsenkring, maar men vraagt zich af of de verantwoordelijkheid hiervoor eigenlijk niet bij de gemeente of zorgverzekeraar moet liggen. De zorgverzekeraars zien echter geen mogelijkheden om de kosten voor coördinatie te vergoeden in de bestaande structuur. De zorgverzekeraar heeft een vergoeding voor de zorg die de huisarts verleent, maar er is geen betaalkode voor de vergoeding van coördinatie. Het gebrek aan een structurele onkostenvergoeding voor de coördinerende taak vormt echter wel een risico voor borging op lange termijn, bv. wanneer deze taak wordt overgedragen aan een andere huisarts. De verschillende partijen erkennen dat deze rol in beide gemeenten belangrijk is. Onderzocht moet worden welke partij de verantwoording voor de (financiële) borging van deze rol op zich zou moeten nemen.

Huidige financiële afspraken rondom tandheelkundige zorg

Er zijn door de gemeenten geen financiële afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over tandheelkundige zorg voor de doelgroep dak- en thuislozen. De financiële borging van tandheelkundige zorg voor de doelgroep is volgens geïnterviewden lastiger te realiseren dan de huisartsenzorg. Tandheelkundige zorg vormt bij geen enkele verzekerde onderdeel van de basisverzekering. Onverzekerd zijn voor deze zorg geldt daarmee voor alle minima.

Met tandartsen in Bergen op Zoom is afgesproken dat zij voor spoedzorg hun diensten aanbieden zonder daar kosten voor in rekening te brengen als dat niet wordt vergoed via de zorgverzekering. In Breda zijn er ook enkele tandartsen bereid noodhulp te leveren. Afgesproken is dat zij onverzekerde kosten kunnen indienen bij de GGD welke dan betaald worden uit het noodfonds. Naast bovengenoemde zijn de verpleegkundigen ook succesvol gebleken in het ontvangen van giften om tandproblemen mee te kunnen oplossen.

Financiële borging van de tandheelkundige zorg

In het besluit van het Algemeen Bestuur in 2015 werd de centrumgemeenten geadviseerd om voor maatschappelijke opvang afspraken te maken met zorgverzekeraars over aanvullende verzekeringen voor tandheelkundige zorg in het kader van collectieve contracten. Dit omdat tandheelkundige zorg slechts beperkt in de basisverzekering zit. Zorgverzekeraars zien ook een grotere rol voor gemeenten bij de financiële borging van tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen. In beide centrumgemeenten hebben de zorgverzekeraars een collectief contract afgesloten voor de zorgverzekering voor sociale minima. Binnen dit contract is ruimte voor maatwerk afspraken, waaronder een eventueel aanvullende verzekering met tandarts dekking. De zorgverzekeraars zien mogelijkheden door dit contract uit te breiden. Echter er moet rekening mee gehouden worden dat een deel van de dak- en thuislozen een schuld heeft bij de zorgverzekeraar, waardoor het recht op een aanvullende verzekering vervalt. Er wordt ook verwezen naar het besluit van de gemeente Rotterdam om het collectieve contract voor een bredere doelgroep dan alleen sociale minima open te stellen. Binnen het collectieve contract is ruimte voor aanvullende dekking, maar dat betreft niet per definitie tandheelkundige zorg. De ruimte voor maatwerk zou kunnen voorzien in vergoeding voor basis mondzorg voor dak- en thuislozen. Dit heeft echter premie consequenties en de zorgverzekeraar kan niet inschatten of deze mogelijkheden financieel haalbaar zijn. Dat ligt ook bij de centrumgemeente om te beoordelen.

Een andere optie die genoemd wordt is het financieren van tandheelkundige zorg is de bijzondere bijstand. Deze bijstand is per gemeente geregeld en kan dus lokaal van elkaar verschillen. Zo is in Breda via bijzondere bijstand een route richting gebitssanering voor Bredanaren te bewandelen. Voor zover bekend wordt in Breda echter weinig of geen gebruik gemaakt van de regeling. Het is volgens sommigen een zeer moeilijk traject om te realiseren en het betreft altijd een lening. Dat is voor de doelgroep en ook de bredere groep van sociale minima belastend.

De nieuwe tijdelijk subsidieregeling van het Ministerie van VWS voor onverzekerde zorg biedt geen mogelijkheden voor tandheelkundige zorg, omdat de regeling beperkt is tot zorg vergoed vanuit het basispakket.

Financiële inzet GGD

De inzet van de GGD ten aanzien van de sociaal-medische zorg zijn voor rekening van de GGD en daarmee de gemeenten van West-Brabant. Een overzicht van de gemaakte kosten door de GGD staat weergegeven in bijlage 3. Uit het kostenoverzicht blijkt dat de gemaakte kosten grotendeels conform de begroting zoals ingediend bij het Algemeen Bestuur in 2015 zijn. In 2016 is er extra inzet gepleegd door de verpleegkundigen voor het uitvoeren van standaard intakes bij aanmelding, gefinancierd door beide centrumgemeenten. Eén van de posten op de begroting van de sociaal-medische zorg is het GGD noodfonds, waarvoor een budget gereserveerd is van €5.000,- per volledig kalenderjaar. Uitgaven uit het noodfonds zijn tot op heden ruimschoots onder dit budget gebleven (zie bijlage 3).

Bij continuering van de sociaal-medische zorg dient het Algemeen Bestuur in te stemmen met een structurele financiële inzet. Op basis van een nieuwe begroting van de kwartiermaker zou dat betekenen dat er jaarlijks een bedrag van €84.135,- voor deze zorg gereserveerd moet worden (zie bijlage 4 voor een specificatie).

6. Conclusie

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vier onderzoeksvragen die centraal stonden in de evaluatie, te beginnen met de eerste:

1. *Hoe verloopt de uitvoering van het basismodel in de praktijk en heeft men dit model weten door te ontwikkelen tot een plusmodel en een tandheelkundig vangnet?*

De uitvoering van het basismodel verloopt volgens alle partijen over het algemeen goed in de praktijk. De spreekuren van de GGD verpleegkundigen lopen goed en zijn toegankelijk voor alle dak- en thuislozen, ook voor diegenen zonder regiobinding of verblijfsrecht. Wel mag er nog meer bekendheid gegeven worden aan de tijden dat zij aanwezig zijn voor consult. De verpleegkundigen werken outreachend om dak- en thuislozen actief toe te leiden naar de spreekuren of andere zorg. Als huisartsenzorg nodig is en reguliere huisartsen niet inzetbaar zijn, treden enkele huisartsen op als vangnet.

Een plusmodel, in de vorm van een virtuele praktijk is niet van de grond gekomen en is volgens de gesprekspartners ook niet meer wenselijk. Onderdeel van het plusmodel wat wel tot uitvoering kwam, is de inzet van een coördinerend huisarts. Deze rol is in de praktijk van grote meerwaarde voor het behoud van een goede samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen in de regio.

In beide centrumgemeenten zijn tandartsen bereid gevonden bij acute problematiek in te springen als vangnet. Hiermee is voldaan aan de opdracht van het Algemeen Bestuur.

Vanwege de overlap in de beantwoording van onderzoeksvraag 2 en 3, bespreken we deze samen:

2. *Is met de invoering van het basis- of plusmodel en het tandheelkundig vangnet de toegang tot de sociaal-medische en tandheelkundige zorg hersteld of vormen de knelpunten zoals in 2015 waargenomen nog steeds belemmeringen?*
3. *Is de huidige uitvoeringswijze toereikend om de toegang tot sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen vanaf 2018 structureel te kunnen borgen of heeft het nog aanpassing nodig?*

Dak- en thuislozen hebben nu voldoende toegang tot sociaal-medische zorg door de inzet van de verpleegkundigen en enkele huisartsen als vangnet. In vergelijking met de situatie in 2015, is de toegang nu sterk verbeterd. Knelpunten zoals waargenomen in 2015 (zorgmijden, onverzekerd zijn, onvoldoende financiële middelen voor medicijnen) spelen nog wel een rol, en zullen dat in meer of mindere mate altijd blijven doen, maar vormen geen grote belemmering meer bij de toegang tot zorg door de structuur die nu is opgezet. Alleen het in 2015 gesignaleerde knelpunt van onwelwillendheid bij huisartsen om dak- en thuislozen als vaste patiënt aan te nemen, zien partijen over het algemeen in de huidige uitvoeringspraktijk niet meer terug.

De huidige uitvoeringswijze werkt op dit moment goed en is op enkele ontwikkelpunten na voldoende voor een structurele borging in de toekomst. Met de zorgverzekeraar, de huisartsenkring en de GGD zijn zowel in de regio Breda als in Bergen op Zoom Kaderafspraken gemaakt met betrekking tot de huisartsenzorg en deze bieden goede houvast voor borging. Wat opviel was wel dat de gemaakte afspraken (Kaderafspraken en de daaruit voortvloeiende

werkafspraken) niet op alle niveaus goed bekend zijn. Bij de doorontwikkelingen in de toekomst is het belangrijkste verbeterpunt het versterken van de samenwerking tussen verpleegkundigen en de maatschappelijke opvang, met name in Bergen op Zoom. Door gezamenlijk de onderlinge rol en taakverdeling te concretiseren, waardoor ook de verpleegkundigen minder zoekende zullen zijn in de afbakening van hun taken, kan men dit realiseren. Goede samenwerking zal er voor zorgen dat er niet meer alleen op het 'eigen eilandje' gewerkt wordt, maar dat men elkaar versterkt. Voor wat betreft de tandheelkundige zorg is voldaan aan de opdracht van het Algemeen Bestuur om een vangnet te realiseren wanneer acute tandheelkundige ingrepen nodig zijn. Het ontbreekt nu echter nog wel aan goede (formele) samenwerkingsafspraken met tandartsen binnen de uitvoeringswijze om het vangnet voor de toekomst goed te kunnen borgen. Naar het voorbeeld van de afspraken rond de huisartsenzorg, kan men ook voor dit vangnet Kaderafspraken maken. Partijen zouden met elkaar in gesprek kunnen over een doorontwikkeling van de tandartsenzorg, daar uit de intakegegevens blijkt dat de gebitten van dak- en thuislozen vaak zeer slecht zijn.

Tot slot de beantwoording van de laatste onderzoeksvraag:

4. Wat vraagt deze structurele borging aan financiering?

De toepassing van het passantentariaf voor huisartsenzorg aan verzekerde dak- en thuislozen biedt voldoende houvast voor borging van de inzet van huisartsen. De kosten van de huisartsenzorg, voor zover niet verzekerd, kunnen vanaf maart 2017 uit de 'Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' gedekt worden. Acute onverzekerde tandartsenzorg kan bekostigd uit het GGD noodfonds. Indien in stand gehouden, biedt dit voldoende financiële borging bij acute problematiek.

Bij een voortzetting van de inzet van de GGD worden de kosten voor 2018 geraamd op €84.135,-, (zie bijlage 4). Wat nog niet financieel geborgd is maar wel noodzakelijk voor een goede voortzetting van de huidige uitvoeringspraktijk, is een vergoeding voor de coördinerende huisartsen. De GGD en de centrumgemeenten zijn de aangewezen partijen om het voortouw te nemen bij de oplossing van dit knelpunt en te onderzoeken welke partij de verantwoording voor de (financiële) borging van deze rol op zich zou moeten nemen.

Overall

Door de gerealiseerde structuur voor sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen, heeft de doelgroep nu voldoende toegang tot sociaal-medische zorg. De insteek van de uitvoeringspraktijk is 'regulier waar dat kan, speciaal waar dat moet' en sluit daarmee goed aan op het regionale beleid van het Stedelijk en Regionaal Kompas. Daar waar de doelgroep moeite heeft aansluiting te vinden bij het reguliere zorgstelsel, functioneert de verpleegkundige als een bruggenbouwer om de aansluiting weer te herstellen. Daar waar dat niet lukt, voorziet de huidige uitvoeringswijze in een goed en noodzakelijk vangnet van verpleegkundigenzorg, huisartsenzorg en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen. Hiermee biedt de huidige uitvoeringspraktijk, waarbij de GGD als juiste uitvoerder wordt gezien, een onmisbare voorziening die noodzakelijk is voor een overwegend zorgmijdende doelgroep als dak- en thuislozen.

Bijlage 1: Gesprekspartners (groeps)gesprekken

- SMO Breda e.o., locatiemanager
- SMO Breda e.o., straatcontactmedewerker
- Annahuis, eindverantwoordelijke diaconaal centrum
- OGGZ-kernteam Bergen op Zoom, voorzitter (GGZ)
- Maatschappelijke Opvang Bergen op Zoom, casemanagers
- Huisartsenkring West-Brabant, senior beleidsmedewerker
- Tandarts regio Breda
- Zorgverzekeraar VGZ, zorginkoper
- Zorgverzekeraar CZ, zorginkoper
- Huisartsen uit vangnetpoule in Bergen op Zoom
- Huisartsen uit vangnetpoule in Breda
- GGD West-Brabant, verpleegkundigen sociaal-medische zorg dak- en thuislozen
- GGD West-Brabant, kwartiermaker sociaal-medische zorg dak- en thuislozen
- Dak- en thuislozen in Bergen op Zoom
- Gemeente Bergen op Zoom, ambtenaar maatschappelijke opvang
- Gemeente Breda, ambtenaar Stedelijk Kompas

Bijlage 2: Voorstel sociaal-medische zorg AB april 2015

Het voorstel is om van start te gaan met een basismodel sociaal-medische zorg, dit door te ontwikkelen naar een plusmodel (met virtuele huisartspraktijk) en gelijktijdig een vangnet te regelen voor de tandheelkundige zorg. Voor het welslagen van beide modellen is inzet nodig van huisartsen, tandartsen, zorgverzekeraars, GGD en gemeenten. Uitvoering is een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Rollen in basis- en plusmodel

De huisartsen in het basismodel:

- Zijn verantwoordelijk voor het leveren van de medische zorg en dus ook voor de beschikbaarheid hiervan voor dak- en thuislozen.
- Helpen de dak- en thuislozen in hun eigen praktijk.
- Zijn bereid om in uitzonderlijke gevallen een patiënt op straat op te zoeken.
- Regelen zelf hun declaraties richting de zorgverzekeraar.

De huisartsen in het plusmodel:

- Enkele huisartsen houden bij toerbeurt spreekuur (1 of 2 keer per week) in Bergen op Zoom en in Breda in de spreekkamer van de Maatschappelijke Opvang, of GGD.
- Houden zich in principe alleen bezig met medische zorg en niet met declaraties etc.
- Dragen zorg voor goede dossiervorming en registratie.
- Participeren wanneer nodig in Multidisciplinaire Overleggen.
- Krijgen betaald per uur.
- De gezamenlijke huisartsen vormen de virtuele huisartsenpraktijk Bergen op Zoom en Breda, waar alle daklozen staan ingeschreven.
- Zijn bereid om ook naar patiënten op straat toe te gaan.
- In zowel Breda als Bergen op Zoom fungeert één van de huisartsen als direct aanspreekpunt voor de GGD-verpleegkundige.
- Zorgen voor aansluiting bij de huisartsenpost (24-uursborging).

De Zorggroep West-Brabant, Zorggroep Breda e.o. of coördinerend huisartsenpraktijk in het plusmodel:

- Zorgt ervoor dat de diverse tarieven gebundeld worden, zodat de deelnemende huisartsen per uur betaald worden door de Zorggroep of coördinerend huisartsenpraktijk.
- Draagt zorg voor alle declaraties en praktische zaken die rondom het verlenen van de medische zorg geregeld moeten worden.
- Onderhoudt de contacten met zorgverzekeraars VGZ en CZ en onderhandelt met hen over de tarieven.

Zorgverzekeraar VGZ en CZ in het basismodel:

- Zorgt dat er een extra vergoeding / tarief beschikbaar is voor huisartsen die daklozen helpen.
- Stimuleert de organisaties die Segment 1 wijkverpleegkundigen in dienst hebben om hier een link te leggen met de medische zorg voor dak- en thuislozen.

Zorgverzekeraar VGZ en CZ in het plusmodel:

- Koopt de benodigde zorg in bij de Zorggroepen.
- Verder de punten onder basismodel.

De GGD in het basis- en plusmodel:

- Levert een verpleegkundige die outreachend (zorgmijdende) daklozen benadert in de regio. De verpleegkundige:
 - biedt actief somatische screening aan, biedt laagdrempelige sociaal-medische zorg, inventariseert de context en multimorbiditeit, welke ketenpartners betrokken zijn bij de patiënt, en begeleidt naar de huisarts en andere zorgverleners;
 - leidt in Breda dak- en thuislozen naar Centraal Onthaal en in Bergen op Zoom naar de Centrale Toegang (i.o.) of straatteam om daar in een individueel traject te komen met persoonlijke doelen op diverse levensgebieden, waaronder wonen, zorg en zorgverzekering, inkomen en dagbesteding;
 - zorgt voor de afstemming (contacten met straatteam, bemoeizorgteam, wijkverpleegkundige, huisartsen en de Zorggroepen);
 - zorgt voor registratie en opbouw medisch dossier, voert preventieve taken uit, signaleert knelpunten in de zorgverlening / dienstverlening.
 - participeert in casuïstiekoverleg.
- Voert een jaarlijkse monitor sociaal- medische zorg dak- en thuislozen West- Brabant uit.
- Voert in 2017 evaluatieonderzoek uit naar de aanpak sociaal-medische zorg.
- Onderzoekt innovatieve mogelijkheden zoals ME-Health voor en met de doelgroep opdat zij meer regie nemen en krijgen op de eigen gezondheid.

Bijlage 3: Overzicht begroting en realisatie sociaal-medische zorg 2015 t/m 2017

Tabel 1 geeft een overzicht van de gemaakte kosten door de GGD in de periode 2015 t/m 2017. Alleen voor 2016 zijn de kosten voor een geheel kalenderjaar inzichtelijk. In 2016 is er extra inzet gepleegd door de verpleegkundigen voor het uitvoeren van standaard intakes bij aanmelding, gefinancierd door beide centrumgemeenten.

Tabel 1. Overzicht begroting en realisatie inzet sociaal-medische zorg dak- en thuislozen 2015 t/m 2017

OMSCHRIJVING	BEGROTING 2015	REALISATIE 2015	VERSCHIL 2015	BEGROTING 2016	REALISATIE 2016	VERSCHIL 2016	BEGROTING 2017
Kosten							
<i>Personeelskosten:</i>							
Verpleegkundigen	€ 56.800	€ 56.978	€ -178	€ 85.200	€ 106.560	€ -21.360	€ 85.200
GGD arts	€ -	€ 4.048	€ -4.048	€ -	€ 7.744	€ -7.744	€ -
Onderzoeker	5160	€ 5.160	€ -	€ 5.160	€ 5.160	€ -	€ 20.640
Procesbegeleider	€ 8.600	€ 8.600	€ -		€ 15.200	€ -15.200	€ -
Administratie	€ 2.480	€ 2.976	€ -496	€ 3.720	€ 3.720	€ -	€ 3.720
Onderzoekskosten-dienstverlening derden-med.middelen	€ 5.000	€ 1.724	€ 3.276	€ 750	€ 5.613	€ -4.863	€ 750
Noodfonds	€ 3.500	€ 100	€ 3.400	€ 5.000	€ -	€ 5.000	€ 5.000
TOTAAL KOSTEN	€ 81.540	€ 79.586	€ 1.954	€ 99.830	€ 143.997	€ -44.167	€ 115.310
Opbrengsten							
Subsidie gemeente Bergen op Zoom t.b.v. tijdelijke versterking	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14.640	€ -14.640	
Subsidie gemeente Breda t.b.v. tijdelijke versterking	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 21.140	€ -21.140	
GGD bestemmingsreserve	€ 81.540	€ 79.586	€ 1.954	€ 99.830	€ 108.217	€ -8.387	€ 115.310
TOTAAL OPBRENGSTEN	€ 81.540	€ 79.586	€ 1.954	€ 99.830	€ 143.997	€ -44.167	€ 115.310

Tabel 2 toont de uitgaven uit het GGD noodfonds voor de periode 2015 t/m 15 mei 2017. Het noodfonds is een voorziening die bestaat uit giften van maatschappelijk betrokken burgers en gemeenten waaruit - na zorgvuldige afweging - alleen noodzakelijke zorg (noodhulp) vergoed kan worden en geen wenselijke zorg/hulp. De uitgaven uit het noodfonds zijn tot op heden ruimschoots onder het begrote budget gebleven.

Tabel 2. Overzicht kosten gedeclareerd uit het Noodfonds over 2015 t/m 2017.

OMSCHRIJVING KOSTEN	2015	2016	2017 jan tm 15 mei
Kosten			
Huisarts	€ 84,93	€ 388,87	€ 272,24
Tandarts	€ 290,58	€ 686,72	€ 180,54
Apotheek	€ 433,00	€ 857,67	
(para)medicus		€ 552,40	
Overig (verband- en med. Hulpmiddelen; onderzoeks/labkosten)	€ 100,00		€ 142,23
TOTAAL KOSTEN	€ 908,51	€ 2.485,66	€ 595,01

Bijlage 4: Conceptbegroting sociaal-medische zorg 2018

Tabel 3 toont een conceptbegroting voor continuering van de huidige uitvoeringswijze voor 2018. Deze begroting is gebaseerd op de ervaringen en gemaakte kosten in 2016 en 2017. In deze jaren hebben beiden centrumgemeenten 4 uur extra gefinancierd voor de inzet van de verpleegkundigen, omdat de oorspronkelijk begrote 14 uur per gemeente niet toereikend bleek. Daarmee is de conceptbegroting voor 2018 nu ingesteld op 36 uur voor beide gemeenten.

Tabel 3. Conceptbegroting sociaal-medische zorg voor 2018.

OMSCHRIJVING KOSTEN	TOELICHTING	2018
Kosten		
Verpleegkundige	36 uur p.w. 18 Breda e.o. en 18 Bergen op Zoom e.o. 4x spreekuur x 3u; 2x8u outreachend	€ 69.600
Procesbegeleiding	60u p/j	€ 5.400
Onderzoeker	60u p/j	€ 5.400
Materiële kosten	Verband-, medische hulpmiddelen	€ 1.235
Noodfonds	Medische en apotheekkosten schrijvende gevallen	€ 2.500
TOTAAL KOSTEN		€ 84.135