

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1904

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de Staatssecretaris en Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat basiszorg voor daklozen een urgent probleem is* (ingezonden 6 maart 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 10 april 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1762

Vraag 1

Wat is uw reactie op het onderzoek dat gedaan is onder de Nederlandse Straatdokers Groep die dak- en thuislozen zien en verzorgen? Kunt u uw antwoord toelichten?¹

Antwoord 1

Ik vind het een positieve ontwikkeling dat de artsen die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare groepen, zich hebben verenigd om laagdrempelige sociaal-medische zorg voor deze groepen te bevorderen. Het is goed dat hier aandacht voor wordt gevraagd. Met de resultaten van het onderzoek wordt een eerste inzicht gegeven in door wie deze laagdrempelige zorg nu wordt geboden en tegen welke barrières men hierbij oploopt. In mijn beantwoording van vraag 2 tot en met 15 reageer ik op meer specifieke onderwerpen uit het onderzoek.

Vraag 2

Schrikt u ook van de veel lagere gemiddelde levensverwachting van dak- en thuislozen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 2

Het is al langer bekend dat de gemiddelde levensverwachting van dak- en thuislozen lager is dan die van de gemiddelde populatie. Het gaat hier dan ook om een zeer kwetsbare groep. Nederlandse studies onder dak- en thuislozen (buitenslapers en gebruikers van nachtopvang en ziekenboeg) in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht tonen een gemiddelde levensverwachting onder daklozen van 53–55 jaar, waarmee daklozen ongeveer 25 jaar korter

¹ «Basiszorg voor daklozen is urgent probleem», Medisch Contact, 19 februari 2015 (<http://www.doctorsforhomeless.org/basiszorg-daklozen-urgent-probleem/>)

leven. De cijfers komen overeen met internationale studies. Dit onderstreept het belang van het voorkomen van dakloosheid.

Vraag 3

Herkent u het versnipperde beeld dat naar voren komt in de zorg voor dak- en thuislozen? Hoe verklaart u dat? Wat vindt u ervan?

Antwoord 3

Doordat er bij dak- en thuislozen vaak sprake is van multiproblematiek hebben zij inderdaad zorg en ondersteuning nodig uit verschillende sectoren. Dit is ten principale niet anders dan voor andere personen met multiproblematiek. Het is aan de betrokken zorgaanbieders om de zorg en ondersteuning zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Vraag 4

Kunt u aangeven hoe de verantwoordelijkheid voor artsen precies is vormgegeven in de Wet publieke gezondheidszorg en/of de Stedelijke Kompassen en/of het Plan Maatschappelijke Opvang? Vindt u de positie van medici voldoende gewaarborgd?

Antwoord 4

Er bestaat in Nederland het recht op medisch noodzakelijke zorg voor een ieder die in Nederland verblijft, ongeacht zijn of haar verblijfstatus. De wet basisregistratie personen maakt het mogelijk voor dak- en thuislozen die ingezetene zijn om bij de gemeenten waar zij verblijven een briefadres aan te vragen. Een verzekeraar kan dan op basis van dit briefadres vaststellen dat iemand verzekeringsplichtig is en dan kan een dak- en thuisloze worden ingeschreven bij een zorgverzekeraar. Daarmee hebben zij toegang tot de zorg uit het basispakket. Er zijn gemeenten waar personen met bijstand gebruik kunnen maken van een collectieve zorgverzekering en de betaling direct wordt ingehouden van de bijstand.

Als het niet mogelijk is om een zorgverzekering af te sluiten omdat de dak- en thuisloze een onverzekerbare vreemdeling is en het voor hem/haar niet mogelijk is om zelf de ontvangen zorg te betalen, dan is het voor zorgverleners mogelijk om deze gemaakte kosten te declareren bij het Zorginstituut op grond van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.

Artsen hebben op basis van de Wet publieke gezondheid een meldplicht om bij de GGD aan te geven als er sprake is van bepaalde infectieziekten. Voor het plan van aanpak maatschappelijke opvang, dat afliep in februari 2014, en de stedelijke kompassen, geldt dat zij beide gericht zijn op de verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgkantoren op het gebied van onder andere opvangen, ondersteunen en in zorg brengen van daklozen. Deze zijn dan ook gebaseerd op een sociaal en financieel perspectief. Sommige gemeenten hebben in het kader van de stedelijke kompassen beleid gemaakt met betrekking tot de beschikbaarheid van medische basiszorg voor dak- en thuislozen.

Vraag 5

Erkent u dat bij dak- en thuislozen vele problemen voorkomen, vaak in combinatie, zoals somatische aandoeningen, verslavingen en psychiatrische problemen, verstandelijke beperking en gebrek aan kennis van de Nederlandse taal? Is er voldoende capaciteit om deze ingewikkelde en complexe doelgroep van goede medische zorg te voorzien? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5

Ja, er is bij dak- en thuislozen vaak sprake van multiproblematiek. Er bestaat in Nederland het recht op medisch noodzakelijke zorg voor een ieder die in Nederland verblijft, ongeacht zijn of haar verblijfstatus. Ik heb geen signalen dat hiervoor onvoldoende capaciteit beschikbaar is. Wanneer er sprake is van multiproblematiek is het van belang dat de verschillende zorgverleners de zorg goed afstemmen. Dit geldt voor dakloze personen net zo zeer als voor andere burgers met multiproblematiek.

Vraag 6

Baart het u ook zorgen dat buiten de randstad GGD-spreekuren voor dak- en thuislozen beperkt of niet (meer) plaatsvinden? Denkt u dat dit bijdraagt aan het herkennen en kunnen hanteren van multiple (medische en sociale) problematiek? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6

Navraag bij centrumgemeenten levert een wisselend beeld op. In sommige gemeenten worden de spreekuren onverminderd gehandhaafd, soms vinden spreekuren nog beperkt plaats bij de nachtopvanglocaties en soms zijn er afspraken met huisartsen over het leveren van basis medische zorg. Overigens is het niet zo dat een medisch spreekuur vanuit de GGD het enige instrument is om multiproblematiek tijdig te herkennen en hanteren. In vrijwel alle centrumgemeenten is sprake van multidisciplinaire teams, waar (onder andere) dak- en thuislozen kunnen worden aangemeld, die erop gericht zijn een zo compleet mogelijk beeld van de problematiek te krijgen en daar acties op uit te kunnen zetten. Voorbeelden hiervan zijn buurt- en wijkteams, OGGZ-netwerken, en veldtafeloverleggen. Gemeenten die signaleren dat er door het wegvallen van de medische dak- en thuislozen spreekuren problemen ontstaan, geven aan dat er actief naar een oplossing wordt gezocht. Ik heb dus niet de indruk dat de ontwikkeling van de GGD-spreekuren voor dak- en thuislozen tot problemen leidt en grote gevolgen heeft voor het herkennen en kunnen hanteren van medische en sociale problematiek voor deze specifieke doelgroep.

Vraag 7

Hoe verklaart u dat een verstandelijke beperking bij dak- en thuislozen onvoldoende herkend wordt?

Antwoord 7

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn brief van 2 september 2013², waarin ik uitgebreid in ben gegaan op het herkennen van licht verstandelijk beperkingen bij personen in de maatschappelijke opvang naar aanleiding van de tweede tussenrapportage van het langdurig cohortonderzoek onder daklozen in de G4 dat ik financier.

Vraag 8

Is bekend hoe vaak dak- en thuislozen worden weggestuurd bij ggz-instellingen en ziekenhuizen, omdat zij onverzekerd zijn, geen vast adres of identificatiebewijs kunnen voorleggen? Zo nee, bent u bereid dit uit te zoeken en de Kamer hierover te informeren?

Antwoord 8

Nee, dit is niet bekend. Navraag leert dat ook niet iedere GGZ-instelling onverzekerden wegstuurt. Ook niet iedere instelling houdt een registratie bij. Daardoor wordt het lastig om door onderzoek een goed en volledig beeld daarover te krijgen.

Vraag 9

Hoe oordeelt u over de berichtgeving dat mensen met een verslaving vaak geweigerd worden door ggz-instellingen, en bij behandeling aandacht voor somatische problemen onder de maat is? Hoe vaak komt dit voor, en welke maatregelen neemt u om dit op te lossen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9

Het komt voor dat mensen met een verslaving worden geweigerd bij een GGZ-instelling met als reden dat de verslaving voorop ligt en een verslavingsinstelling meer geëigend is voor een behandeling. Ook dit wordt niet door iedere instelling geregistreerd. Er zijn echter GGZ-instellingen die dubbele problematiek kunnen behandelen. Wat betreft de aandacht voor somatische problematiek hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanaf 2014 het toetsingskader somatische complicaties. De IGZ toetst of GGZ-instellingen somatische incidenten registreren en of de incidenten

² 04-09-2013, Kamerstuk 29 325 nr. 64, Tweede Kamer 2013–2014

volgens een vastgestelde methodiek worden geanalyseerd en opgevolgd door toetsbare verbetermaatregelen. GGZ-instellingen moeten voldoen aan 6 bouwstenen waaronder de somatische screening, waarbij er systematische somatische screening moet worden uitgevoerd bij risicogroepen volgens een protocol en multidisciplinaire rechtlijnen. Indien nodig treedt de IGZ handhavend op.

Vraag 10

Is u bekend hoeveel dak- en thuislozen zorg mijden vanwege het verplichte eigen risico en de hoge eigen bijdrage voor zorg? Zo nee, bent u bereid dit uit te zoeken en de Kamer hierover te informeren?

Antwoord 10

Nee, het is niet bekend hoeveel dak- en thuislozen zorg mijden vanwege het verplichte eigen risico en de hoge eigen bijdrage voor zorg. Dit wordt niet geregistreerd. Daardoor kan ik daar geen volledig beeld over te krijgen.

Vraag 11

Kunt u aangeven wat de laatste stand is van het aantal dak- en thuislozen? Hoe verklaart u de vele uiteenlopende cijfers die in omloop zijn? Hoe worden dak- en thuislozen geregistreerd, en door wie?

Antwoord 11

De cijfers die bekend zijn over het aantal dak- en thuislozen worden op verschillende bronnen gebaseerd en tevens zijn er verschillende definities. Omdat niet alle daklozen in beeld zijn bij de opvanginstellingen, is een deel van de cijfers ook gebaseerd op schattingen. Hieronder geef ik twee voorbeelden van de meest recente beschikbare cijfers en de daarvoor gebruikte bronnen.

Uit de Monitor plan van aanpak maatschappelijke opvang Rijk-G4 2014 van het Trimbos-instituut blijkt dat 5905 personen zich in de G4 in 2013 hebben gemeld bij de maatschappelijke opvang. Uit de monitor Stedelijke kompassen van het Trimbos-instituut 2014 bleek dat er in de andere 39 centrumgemeenten naar schatting in totaal 16.900 daklozen zijn. Het Trimbos instituut baseerde deze schattingen op gegevens die centrumgemeenten aanleveren. Centrumgemeenten baseren deze gegevens op de gegevens van de centrale meldpunten voor dak- en thuislozen, de administratie van de opvang instellingen of soms ook op tellingen die plaatsvinden tijdens de winterkouderegelingen.

Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bericht jaarlijks over het aantal daklozen. Op 4 maart 2015 berichtte het CBS dat er 1 januari 2013 naar schatting 25 duizend daklozen in Nederland zijn. Het CBS baseert deze cijfers op:

- Het opvangadres in de Basisregistratie Personen: Een binnen het CBS samengestelde lijst van personen die volgens de Basisregistratie personen. verblijven bij dag- en nachtopvangvoorzieningen voor daklozen. Hiervoor is gebruik gemaakt van een geactualiseerde lijst van alle opvanglocaties van de Federatie Opvang.
- Wet werk en bijstand: Een binnen het CBS beschikbare lijst met personen die in het bijstandsregister stonden als personen zonder vaste verblijfsplaats, volgens het Besluit Adreslozen binnen de Wet Werk en Bijstand.
- Het Landelijk Alcohol en Drugs Registratie Systeem: Een selectie van daklozen uit het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem.

Vraag 12

Wat vindt u van het voorstel om landelijk te coördineren en uniform te registreren hoe het dak- en thuislozen gaat, inclusief de zorg voor hen?

Antwoord 12

De verantwoordelijkheid voor de opvang en ondersteuning van dak- en thuislozen ligt bij de (centrum)gemeenten en het is hun taak om dit zo goed mogelijk af te stemmen op de lokale situatie. Het is dan ook hun verantwoordelijkheid om goed zicht te hebben op lokale oorzaken van dakloosheid, om daar goed op in te kunnen spelen qua preventie en het bieden van passende ondersteuning. Ten tijde van het plan van aanpak maatschappelijke opvang

heb ik het Trimbos-instituut opdracht gegeven om jaarlijks een landelijke monitor maatschappelijke opvang uit te brengen. Ook in 2015 brengt het Trimbos nog een monitor uit over dak- en thuisloosheid. Het is de bedoeling om vanaf 2016 de monitor te integreren in de gemeentelijke monitor sociaal domein.

Daarnaast wordt elke vier jaar door de GGD'en de volksgezondheidsmonitor uitgevoerd. Met deze monitor worden data verzameld over een aantal gezondheid- en leefstijlgerelateerde onderwerpen, waar onder ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, functiebeperkingen en lichamelijke activiteit.

Vraag 13 en 14

Welke maatregelen gaat u nemen om de toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg voor dak- en thuislozen te verbeteren? Hoe kunnen de Nederlandse Straatdoktoren een rol spelen in het delen van kennis en het opzetten van medische zorg en preventie? Kunt u uw antwoord toelichten? Erkent u dat het noodzakelijk is voorwaarden scheppende zaken, zoals het hebben van een postadres voor de zorgverzekering, het aanpakken van schuldenproblematiek, het voorkomen van uitval uit hulptrajecten door (te) strenge regels, voor toegang tot zorg goed helder te hebben? Bent u bereid deze zaken op een rij te zetten en te verankeren in beleid, ten einde de toegang tot medische zorg voor dak- en thuislozen te vergroten?

Antwoord 13 en 14

Hieronder beantwoord ik zowel vraag 13 als 14. De sleutel tot het verbeteren van de toegang tot medische zorg is het hebben van een zorgverzekering. Op alle rechtmatig in Nederland verblijvende personen die ingezetene zijn rust de plicht zich te verzekeren voor zorg. Hiermee ontstaat ook direct toegang tot medische zorg. Wanneer een persoon niet verzekerd is en toch zorg nodig heeft, kunnen zorgaanbieders deze persoon helpen om (eventueel ter plekke) een zorgverzekering af te sluiten. Voor het kunnen afsluiten van een zorgverzekering dient met in het bezit te zijn van een identiteitsbewijs, ingeschreven te zijn in de basis registratie personen en te beschikken over een briefadres. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Zorgaanbieders die vaststellen dat iemand geen zorgverzekering heeft kunnen in voorkomende gevallen helpen bij het sluiten van een zorgverzekering. De Nederlands straatdokters Groep heeft aangegeven onder andere een rol te kunnen vervullen bij delen van kennis, bijvoorbeeld als vraagbaak voor professionals en beleidsmakers, het ontwikkelen van workshops en symposia op het gebied van risicogroepen en sociaal medische zorg en data te kunnen verzamelen over knelpunten in de medische zorg voor dak- en thuislozen. De Nederlandse straatdoktersgroep geeft aan dat hier wel coördinatie voor nodig is.

Vanwege de complexere problematiek ben ik van mening dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze problematiek is voor meerdere partijen. Dit zijn partijen op zowel lokaal niveau maar ook in de eerste en tweedelijns zorgverlening. Op korte termijn zal met de Nederlandse straatdoktersgroep in gesprek worden gegaan om nader van gedachten te wisselen over de knelpunten die zij in de praktijk tegen komen bij medische zorg voor daklozen op lokaal niveau, maar ook in de eerste en tweedelijns zorgverlening.

Vraag 15

Is bekend op welke wijze ondermaatse of afwezige toegang tot medische zorg voor dak- en thuislozen de publieke gezondheid kan beïnvloeden? Kunt u de Kamer hierover informeren?

Antwoord 15

Vanwege de kwetsbare positie waarin dak- en thuislozen zich bevinden, hun over het algemeen slechtere gezondheid en complicerende factoren zoals verslaving leiden zij vaker dan anderen aan infectieziekten. Bekende voorbeelden zijn hepatitis, tuberculose en schurft. Zij kunnen deze infectieziekten ook overbrengen op anderen waarmee zij in direct contact komen, zoals mensen die werken in de opvang. Daarom is voorzien in een meldplicht door artsen aan GGD'en. Gemeenten en GGD'en hebben daarom vanuit de infectieziektebestrijding een taak in de bron- en contactopsporing van

infectieziekten. Daarnaast worden instellingen vanuit het RIVM ondersteund met hygiëne richtlijnen en moeten uitbraken binnen instellingen voor dak- en thuislozen gemeld worden zodat gerichte actie ondernomen kan worden. Ik heb voorsnog geen signalen dat dit onvoldoende is en dat daardoor de publieke gezondheid nadelig zou worden beïnvloed.