

COVID-19 EN DAKLOOSHEID

Een overzicht van cijfers en ervaringen over de impact
van COVID-19 op dakloze mensen in Nederland

september 2020

ELINE MENNIS, MICHELLE HOBUS, MARA DE VRIES, MAARTJE ARTS
EN MARIA KLOOSTERMAN

ONDER SUPERVISIE VAN: PROF. DR. MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH
DR. RENEE DE VET, PROF. DR. JUDITH WOLF EN DR. IGOR VAN LAERE
AFDELING EERSTELIJNSGENEESKUNDE RABBOUDUMC &

NEDERLANDSE STRAATDOKTERS GROEP



Radboudumc

Inhoud

Introductie.....	1
Algemeen.....	1
Het risico van COVID-19 voor dakloze mensen.....	1
Eerdere onderzoeken.....	1
Relevantie infectiepreventie onder dakloze mensen.....	2
Opdracht.....	2
COVID-19 gerelateerde morbiditeit en ziektebeloop bij dakloze mensen in 9 steden in Nederland.....	3
Omvang en inhoud van COVID-19 gerelateerde zorg voor dakloze mensen in Nederland.....	6
De impact van COVID-19 maatregelen zoals ervaren door dakloze mensen in acht steden.....	10
Ervaringen van straatdokter met de zorg voor dakloze mensen tijdens de COVID-19 pandemie.....	12
Organisatie coronabeleid opvang en zorg voor dakloze mensen in 22 centrumgemeenten.....	14
Literatuur.....	19

Introductie

Algemeen

Severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2) is een nieuw ontdekt coronavirus dat wereldwijd veel mensen ziek maakt. Op 11 maart 2020 benoemde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de uitbraak van SARS-CoV-2 een pandemie. Op dit moment is het aantal bewezen besmette patiënten wereldwijd 3,726 miljoen en 257 duizend mensen zijn inmiddels overleden door 'coronavirus disease' (COVID-19) (1). Om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan zijn er wereldwijd maatregelen ingevoerd met betrekking tot het houden van fysieke afstand van elkaar ('social distancing'), de persoonlijke hygiëne en thuisquarantaine en isolatie van (mogelijk) besmette coronapatiënten (2).

Het risico van COVID-19 voor dakloze mensen

Echter, voor dak- en thuisloze mensen is het moeilijk om zich te kunnen houden aan de maatregelen, simpelweg omdat zij geen huis hebben (3-6). Het aantal dakloze mensen in Nederland is sinds 2009 verdubbeld, wat ons brengt op een aantal van 39,3 duizend dakloze mensen tussen 18 en 65 jaar in Nederland (7). Tijdens pandemieën zijn dakloze mensen kwetsbaarder vergeleken met de algemene bevolking. Ten eerste vanwege de hoge prevalentie van onderliggende medische problemen, zoals cardiovasculaire, respiratoire en tandheelkundige aandoeningen, psychiatrische ziekten en middelenmisbruik (8-11). Ten tweede hebben dakloze mensen een beperkte toegang tot gezondheidszorg vanwege hun sociaaleconomische en financiële situatie (10, 12, 13). Bovendien leven dakloze mensen vaak in een omgeving die de verspreiding van epidemische ziekten bevordert. Te denken valt aan dichtbevolkte locaties met inadequate ventilatie, zoals een grootschalige nachtopvang of krakerspanden (14). Ten slotte hebben dakloze mensen niet vanzelfsprekend toegang tot basishygiënefaciliteiten. Bovengenoemde factoren zouden de virusoverdracht kunnen vergemakkelijken en verhogen (12, 15). De mortaliteit onder dakloze mensen vijf tot tien keer hoger in vergelijking met de algemene bevolking en COVID-19 zou dit mortaliteitsverschil verder kunnen vergroten (16-19).

Eerdere onderzoeken

Een onderzoek naar een eerdere influenza uitbraak onder dakloze mensen toonde aan dat dakloze mensen meer medische zorg nodig hadden in vergelijking met niet-dakloze mensen. In de daklozenpopulatie was er sprake van een hoger percentage ziekenhuisopnames, vooral tijdens de pandemieperiode en eenmaal in het ziekenhuis was er vaker mechanische beademingsondersteuning nodig (20). Recente studies hebben een toenemend aantal COVID-19-gevallen geïdentificeerd in grote opvangcentra voor dakloze mensen in de VS (21, 22). Baggett et al. beschreven dat de meerderheid van de personen met aangetoonde infectie geen symptomen en geen koorts hadden op het moment van diagnose, wat suggereert dat de symptoomscreening in opvangcentra voor dakloze mensen de mate van overdracht van de ziekte in deze risicovolle omgeving mogelijk niet voldoende dekt (23). Een recente studie toonde aan dat vrouwen, die in aanraking zijn gekomen met justitie en vaak te maken hebben met instabiele huisvesting of dakloos zijn, drempels ondervonden om zichzelf tegen COVID-19 te beschermen, ondanks het feit dat ze de coronamaatregelen volgden (24).

Relevantie infectiepreventie onder dakloze mensen

Al deze bevindingen benadrukken het belang van infectiepreventie van COVID-19 onder dakloze mensen. Te denken valt aan het laagdrempelig testen van (mogelijk) besmette dakloze mensen, het creëren van voldoende opvangplekken waarin de 1.5 maatregel gewaarborgd kan worden en voldoende hygiënevoorzieningen. Studies over eerdere uitbraken van infectieziekten in de dakloze mensenpopulatie hebben aangetoond dat het organiseren van preventiemaatregelen in opvangcentra, sociale en medische zorg voor dakloze mensen een grote uitdaging is (25, 26). Connors et al. beschreven problemen met betrekking tot een eerdere uitbraak van tuberculose onder dakloze mensen. Dakloze mensen normaliseerden hun symptomen en ervoeren opvangcentra als antisociale omgevingen met geweld, resulterend in ernstige psychologische en fysieke stress. Ook waren ze zich niet volledig bewust van de infectiepreventie maatregelen (26).

Opdracht

In opdracht van VWS heeft de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) in samenwerking met het Radboudumc Nijmegen de impact van de COVID-19 pandemie op de dakloze mensen in Nederland over de periode maart-september 2020 in kaart gebracht. Via dit rapport willen wij u informeren over wat wij precies hebben gedaan en wat de resultaten van onze vijf onderzoeken zijn. Van elk onderzoek hebben we een samenvatting gemaakt. In het kort wordt het doel, de onderzoeksvragen, methodiek, resultaten en de conclusie per onderzoek uitgewerkt. Mocht u over een onderzoek meer willen weten, dan kunt u eventueel het betreffende onderzoeksverslag opvragen.

Bronvermelding:

Mennis E, Hobus M, de Vries M, Arts M, Kloosterman M, van den Muijsenbergh M, de Vet R, Wolf J, van Laere I. *Covid-19 en dakloosheid: een overzicht van cijfers en ervaringen over de impact van COVID-19 op dakloze mensen in Nederland*. Nederlandse Straatdokers Groep (NSG), afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc Nijmegen, september 2020.

COVID-19 gerelateerde morbiditeit en ziektebeloop bij dakloze mensen in negen steden in Nederland

Introductie

Sinds het begin van de COVID-19 pandemie rapporteert het RIVM dagelijks het aantal infecties, ziekenhuisopnames, intensive care opnames en sterfgevallen in Nederland. Daarom is inzicht nodig in de symptomen en het ziektebeloop van mogelijke en bevestigde COVID-19-infecties binnen deze populatie. Binnen de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) kan informatie vergaard worden over COVID-19 gerelateerde problematiek onder dakloze-mensen uit patiëntendossiers. Het doel van dit deelonderzoek is om inzicht te krijgen in het aantal, de kenmerken, symptomen en ziektebeloop van daklozen bij wie COVID-19-infectie wordt vermoed, getest en/of bevestigd is.

Methodiek

Voor dit beschrijvende kwantitatieve onderzoek werden geanonimiseerde gegevens verzameld via online vragenlijsten die werden ingevuld door straatdokers in negen steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Almere, Tilburg, Utrecht, Heerlen, Nijmegen en Eindhoven) over daklozen die in contact geweest zijn met straatdokers vanwege COVID-19 gerelateerde problemen. Gegevens werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek. Het onderzoek is goedgekeurd door de Commissie Medisch Onderzoek (CMO) Arnhem-Nijmegen (nr 2020 6428) en de CMO heeft bevestigd dat dit onderzoek niet WMO-verplicht was.

Resultaten

Van de in totaal 376 patiënten bij wie 388 episodes werden geregistreerd, testte 8% positief voor COVID-19 en werd 24% klinisch verdacht voor COVID-19. In vergelijking met de totale onderzoekspopulatie betrof de groep die positief testte op COVID-19 relatief meer mannen (84% versus 76%), meer migranten van buiten de Europese Unie (61% versus 37%) met relatief meer comorbiditeit: een derde was een actuele roker (35% versus 31%), 19% had COPD (versus 12%), 19% hypertensie (versus 10%), 16% (versus 9%) andere cardiovasculaire aandoeningen en 19% (versus 6%)-overgewicht.

De meest voorkomende symptomen waren verkoudheid (52%), koorts (39%), vermoeidheid (29%) en kortademigheid (26%). Slechts 19% had een hoest (vergeleken met 29% in de klinische groep met verdenking op COVID-19 en 44% in de groep die negatief testte op COVID-19). Van de positief geteste groep op COVID-19 werd 90% in quarantaine geplaatst en 23% in het ziekenhuis opgenomen. Eén patiënt werd op de intensive care opgenomen en overleed. Van de deelnemers met een klinische verdenking op COVID-19 werd 85% in quarantaine geplaatst en 6% in het ziekenhuis opgenomen. Er was een significant verschil ($p = 0,019$) tussen de patiënten die positief waren getest op COVID-19 die buiten de Europese Unie waren geboren (14%) en de rest (geboren in de Europese Unie) van de bevolking (6%).

Tabel 1. Diagnoses (weergegeven in het Engels)

	Count (N=376*)	Percentage %
PCR-positive for COVID-19	31	8%
PCR-negative for COVID-19	124	33%
Clinical suspected for COVID-19**	89	24%
Clinical not suspected for COVID-19***	144	38%

* Total of unique patients, 10 patients had multiple contacts with street doctors which means 388 episodes

** Clinical suspected for COVID-19, but not tested

*** After assessment not clinical suspected for COVID-19 and not tested

Tabel 2. Klachten en symptomen (weergegeven in het Engels)

		No. (%)		
		PCR-positive for COVID-19 (N=31)	PCR-negative for COVID-19 (N=124)	Clinical suspected for COVID-19 (N=89)
Catch a cold, sniffle, running nose	Unknown	0 (0)	4 (3)	1 (1)
	Yes	16 (52)	67 (54)	63 (71)
	No	15 (48)	53 (43)	25 (28)
Sneezing	Unknown	0 (0)	7 (6)	4 (4)
	Yes	2 (6)	12 (10)	8 (9)
	No	29 (94)	105 (85)	77 (87)
Loss of smell and/or taste	Unknown	23 (74)	89 (72)	85 (96)
	Yes	2 (6)	1 (1)	0 (0)
	No	6 (19)	34 (27)	4 (4)
Sore throat	Unknown	1 (3)	7 (6)	2 (2)
	Yes	6 (19)	35 (28)	22 (25)
	No	24 (77)	82 (66)	65 (73)
Cough	Unknown	22 (71)	46 (37)	58 (65)
	Yes	6 (19)	55 (44)	26 (29)
	No	3 (10)	23 (19)	5 (6)
Shortness of breath	Unknown	0 (0)	6 (5)	3 (3)
	Yes	8 (26)	39 (31)	33 (37)
	No	23 (74)	79 (64)	53 (60)
Fever (body temperature ≥ 38 °C)	Unknown	1 (3)	4 (3)	4 (4)
	Yes	12 (39)	37 (30)	26 (29)
	No	18 (58)	83 (67)	58 (65)
Headache	Unknown	0 (0)	6 (5)	3 (3)
	Yes	2 (6)	19 (15)	9 (10)
	No	29 (94)	99 (80)	77 (87)
Fatigue	Unknown	0 (0)	27 (22)	8 (9)
	Yes	9 (29)	31 (25)	12 (13)
	No	22 (71)	66 (53)	69 (78)
Nausea	Unknown	0 (0)	10 (8)	3 (3)
	Yes	2 (6)	9 (7)	5 (6)
	No	29 (94)	105 (85)	81 (91)
Stomach ache	Unknown	0 (0)	13 (10)	4 (4)
	Yes	2 (6)	9 (7)	5 (6)
	No	29 (94)	102 (82)	80 (90)
Diarrhea	Unknown	0 (0)	13 (10)	4 (4)
	Yes	2 (6)	7 (6)	5 (6)
	No	29 (94)	104 (84)	80 (90)
Corona toes	Unknown	25 (81)	89 (72)	84 (94)
	Yes	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	No	6 (19)	35 (28)	5 (6)
Pulmonary noises	Unknown	17 (55)	69 (56)	65 (73)
	Yes	2 (6)	14 (11)	6 (7)
	No	12 (39)	41 (33)	18 (20)

Tabel 3. Ziektebeloop (weergegeven in het Engels)

	No. (%)		
	PCR-positive for COVID-19 (N=31)	PCR-negative for COVID-19 (N=124)	Clinical suspected for COVID-19 (N=89)
Admitted to quarantine	28 (90)	110 (89)	76 (85)
Recovered of quarantine	28 (90)	102 (82)	59 (66)
Admitted to hospital	7 (23)	11 (9)	5 (6)
Recovered of hospital	9 (29)	7 (6)	4 (4)
Admitted to ICU*	1 (3)	3 (2)	0 (0)
Recovered of ICU*	2 (6)	2 (2)	0 (0)
Passed away	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Lost to follow up	2 (6)	12 (10)	16 (18)
Disease course unknown	0 (0)	7 (6)	13 (15)

* ICU = intensive care unit

Conclusie

In negen steden in Nederland werden slechts enkele dakloze mensen met COVID-19-infectie geregistreerd. Vergeleken met de totale groep dakloze mensen die contact opnam met de straatdokters vanwege COVID-19-gerelateerde problemen, betrof deze geïnfecteerde groep vaker een mannelijke migrant met co-morbiditeit (roken, COPD, hoge bloeddruk en overgewicht). Dakloze mensen hadden een grote verscheidenheid aan symptomen, waarvan hoesten slechts bij een minderheid aanwezig was. Hoewel we de prevalentie van COVID-19-infectie in de totale daklozenpopulatie niet konden beoordelen, suggereren onze gegevens dat de infectie tot nu toe niet wijdverspreid is binnen deze kwetsbare groep.

Aanbevelingen

Tijdens het onderzoek werden de resultaten tweewekelijks gerapporteerd aan het ministerie van VWS en de straatdokters. Deze informatie heeft bijgedragen aan beleidsvorming en protocollen van het ministerie van VWS om deze kwetsbare groep tijdens de pandemie te beschermen. Op basis van een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is te verwachten dat er door de COVID-19-crisis een economische crisis zal volgen. Dit zal leiden tot een toename van mensen die werkloos zijn of in armoede leven. Dit kan uiteindelijk ook leiden tot een toename van het aantal dakloze mensen. Terwijl de COVID-19-pandemie nog voortduurt en het niet bekend is hoelang deze duurt, is informatie over COVID-19 onder deze kwetsbare groep noodzakelijk voor de beleidsvorming van het ministerie van VWS en het RIVM. Surveillance van deze groep, door middel van online vragenlijsten zoals gedaan in dit onderzoek, is nodig om snel maatregelen te kunnen nemen wanneer dat nodig is.

Omvang en inhoud van COVID-19 gerelateerde zorg voor dakloze mensen in Nederland

Doel

Het RIVM verzamelt epidemiologische gegevens over COVID-19 in Nederland, maar deze gegevens ontbreken over de populatie dakloze mensen in Nederland. De 'Nederlandse Straatdokers Groep' zijn medische hulpverleners die outreachende eerstelijnszorg verlenen aan dakloze mensen in verschillende steden in Nederland. Zij kunnen deze epidemiologische gegevens verzamelen. Het doel van dit onderzoek is om een overzicht te geven van de omvang en inhoud van de COVID-19-gerelateerde zorg aan dakloze mensen in Nederland. Inzicht in deze data kan de zorg voor deze kwetsbare groep in onze samenleving verbeteren.

Onderzoeksvraag

Wat is de omvang en inhoud van de COVID-19 gerelateerde zorg die verleend is aan dakloze mensen in Nederland?

Methodiek

Dit is een observationeel beschrijvend onderzoek. Gegevens worden retrospectief verzameld uit patiëntendossiers van alle dakloze mensen die contact hebben opgenomen met één van de straatdokerspraktijken vanwege COVID-19-gerelateerde problemen in negen steden in Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Eindhoven, Tilburg, Heerlen, Nijmegen en Almere). Straatdokers hebben in CastorEDC voor elke patiënt vragenlijsten ingevuld inclusief kenmerken van de patiënt, COVID-19 diagnose, de ontvangen zorg en het verloop van de ziekte.

Resultaten

Van de totale onderzoekspopulatie (N = 376) is 8% positief getest (PCR) op COVID-19, wat significant meer was in de groep dakloze patiënten buiten de Europese Unie (14%; $p = 0,019$). Bovendien is 32% negatief getest en 22% niet getest, maar was er wel een klinisch vermoeden op COVID-19. In de positief geteste groep heeft 26% pijnstillers of antipyretica gekregen en 10% antibiotica. Voeding (21%) en onderdak (32%) waren de meest verleende praktische zorg in de positief geteste groep. Ten slotte heeft deze studie een ziekenhuisopnamepercentage van 23% en een percentage voor kritieke zorg en een sterftecijfer van beide 3% in de positief geteste groep aangetoond.

Table 1: Baseline characteristics

	No. (%) [‡]
	Total study population (N=376 [‡])
Demographic characteristics	
Age, median (Interquartile Range), years (N=359)	45 (23)
Age group, years (N=359):	
<18	5 (1)
18-34	101 (28)
35-59	205 (57)
≥ 60	48 (13)
Sex (N=371):	
Men	287 (77)
Women	84 (23)
Vulnerable group (N=324):	
Homeless status 1*	157 (48)
Homeless status 2**	150 (46)
EU national (homeless)	3 (1)
Undocumented (homeless)	47 (15)
Other	3 (1)

Country of birth (N=309):	
The Netherlands	141 (46)
European Union	30 (10)
Outside European Union	138 (45)
Health insurance (N=297)	193 (65)
Registered at a General Practitioner (N=237)	166 (70)
Previously known to (N=226):	
Street doctor	139 (62)
Hospital's specialist	23 (10)
Mental Health Care	33 (15)
Addiction Health Care	41 (18)
Not known to the above mentioned	65 (29)
Other	6 (3)
Risk characteristics	
Alcohol addiction (N=179)	63 (35)
Smoking addiction (N=170)	118 (69)
Drug addiction (N=189)	96 (51)
Psychiatric disorder (N=191)	108 (57)
Intellectual disability (N=121)	27 (22)
COPD (N=248)	45 (18)
Diabetes mellitus (type 1 or 2) (N=245)	23 (9)
Hypertension (N=246)	38 (15)
Cardiovascular disease [‡] (N=248)	35 (14)
HIV positive (N=244)	11 (5)
Known malignancy (N=248)	17 (7)
Pre-existing respiratory disease [§] (N=168)	21 (13)
Other chronic disease (N=169)	86 (51)
Nutritional status (N=126) [†]	
Normal	84 (67)
Underweight	21 (17)
Adiposity	21 (17)

£: Valid % is shown, adjusted to the missing values for each variable

‡: Unique patients

*: Homeless: living on street, day or night care, ho(s)tel, emergency shelter

** : Homeless: living at a social care facility

§: unto VMBO with or without diploma

‡: Other than hypertension

§: Including asthma, hay fever and other respiratory diseases (no malignancies)

†: Based on the clinical impression

Table 2: Reason and location of assessment

	No. (%) [£]
	Total consultations (N=388[‡])
Reason of assessment (N=378)	
COVID-19 related symptoms	263 (70)
No symptoms, concerns of patient	5 (1)
Contact with suspected/positively tested person	83 (22)
Medical history	15 (4)
Transferred from hospital	8 (2)
Other reason	4 (1)
Location of assessment (N=374)	
Street	12 (3)
Homeless shelter	149 (40)
Social pension	14 (4)
'Zonder dak woning'	2 (1)
Emergency shelter	32 (9)
By telephone	130 (35)
Home from acquaintances/family/themselves	15 (4)
Hospital	4 (1)
General practice center	2 (1)
Ho(s)tel	4 (1)
Other location	10 (3)

£: Valid % is shown, according to the missing values for each variable

‡: Total consultations, 10 patients had multiple contacts with street doctors

Table 3: Definitive diagnosis for COVID-19

	No. (%) [£]						
Definitive diagnosis	Total population (N=376 [‡])	Non-European immigrants (N=138)	Residual group (N=171) [†]	P-value	Immigrant patients (N=168) [§]	Dutch patients (N=141)	P-value
Positive PCR test	31 (8)	19 (14)	10 (6)	0.019*	20 (12)	9 (6)	0.118
Negative PCR test	124 (33)	35 (25)	69 (40)	-	48 (29)	56 (40)	
Clinically suspected for COVID-19**	89 (24)	33 (24)	45 (26)	-	45 (27)	33 (23)	
Clinically not suspected for COVID-19***	144 (38)	51 (37)	47 (27)	-	55 (33)	43 (30)	

£: Valid % is shown, there were no missing values for the variable 'definitive diagnosis'

‡: In the total population, 10 patients had multiple contacts with street doctors: patient could be tested multiple times

†: Known cases born in the European Union or outside the European Union

§: known cases born in the Netherlands or European Union

*: Significant if P<0.05

** : Clinically suspected for COVID-19 disease but not tested, including 2 cases where test result is unknown

***: Not clinically suspected for COVID-19 after assessment and not tested

Table 4: Provided care per diagnosis and in total

	No. (%)				
	Positive PCR (N=31)	Negative PCR (N=124)	Clinically suspected (N=89)	Clinically not suspected (N=144)	Total consultations (N=388 [‡])
Symptomatic treatment					
Analgesics/antipyretics	8 (26)	18 (15)	11 (12)	3 (2)	40 (10)
Oxygen therapy	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (1)
Antibiotics*	3 (10)	21 (17)	6 (7)	1 (1)	31 (8)
Other lung medication	3 (10)	6 (5)	6 (7)	0 (0)	15 (4)
Benzodiazepines**	1 (3)	2 (2)	1 (1)	0 (0)	4 (1)
Addiction treatment (includes providing drugs)	2 (6)	11 (9)	1 (1)	1 (1)	15 (4)
Palliative treatment	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Other symptomatic treatment	1 (3)	8 (6)	4 (4)	2 (1)	15 (4)
No symptomatic treatment	17 (55)	76 (61)	60 (67)	135 (94)	288 (74)
Unknown	1 (3)	7 (6)	5 (6)	3 (2)	16 (4)
Practical care					
Nutrition	8 (26)	26 (21)	4 (4)	45 (31)	83 (21)
Clothing	1 (3)	2 (2)	0 (0)	1 (1)	4 (1)
Money	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (1)
Shelter	12 (39)	48 (39)	14 (16)	51 (35)	125 (32)
Other	2 (6)	4 (3)	7 (8)	2 (1)	15 (4)
No practical care	8 (26)	53 (43)	45 (51)	84 (58)	190 (49)
Unknown	9 (29)	15 (12)	24 (27)	7 (5)	55 (14)

‡: Total consultations, 10 patients had multiple contacts with street doctors
 *: All kind of antibiotics during COVID-19 episode, including antibiotics for other infections (e.g. cystitis, pneumonia)
 **: All reasons for use of benzodiazepines, including treatment for withdrawal symptoms

Table 5: Healthcare course: location care, referrals, admissions, deaths and lost to follow-up

Other care and course	No. (%)				
	Positive PCR (N=31)	Negative PCR (N=124)	Clinically suspected (N=89)	Clinically not suspected (N=144)	Total events (N=388 [‡])
Location care					
Shelter	7 (23)	32 (26)	27 (30)	48 (33)	114 (29)
Social pension	1 (3)	3 (2)	5 (6)	2 (1)	11 (3)
'Zonder dak woning'	0 (0)	3 (2)	0 (0)	3 (2)	6 (2)
Emergency shelter	19 (61)	60 (48)	35 (39)	42 (29)	156 (40)
Ho(s)tel	1 (3)	3 (2)	1 (1)	1 (1)	6 (2)
Home from acquaintances/family/t hemselves	0 (0)	4 (3)	8 (9)	5 (3)	17 (4)
Hospital	1 (3)	2 (2)	1 (1)	0 (0)	4 (1)
Other	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	2 (1)
Not applicable (no care provided)	1 (3)	11 (9)	11 (12)	40 (28)	63 (16)
Unknown	1 (3)	5 (4)	1 (1)	2 (1)	9 (2)
Referral to					
General Practice center	1 (3)	3 (2)	0 (0)	1 (1)	5 (1)
Emergency department	1 (3)	12 (10)	3 (3)	0 (0)	16 (4)
Pulmonologist	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Other specialist hospital	6 (19)	1 (1)	2 (2)	0 (0)	9 (2)
General Practitioner's corona unit	0 (0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	2 (1)
No referral	21 (68)	101 (81)	79 (89)	142 (99)	343 (88)
Unknown	2 (6)	6 (5)	4 (4)	1 (1)	13 (3)
Admission (preventive) quarantine*	28 (90)	110 (89)	76 (85)	104 (72)	318 (82)
Admission hospital ward	7 (23)	11 (9)	5 (6)	0 (0)	23 (6)
Admission Intensive Care Unit	1 (3)	3 (2)	0 (0)	0 (0)	4 (1)
Deaths	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Lost to follow-up**	2 (6)	12 (10)	16 (18)	4 (3)	34 (9)
Unknown course of care	0 (0)	7 (6)	11 (12)	14 (10)	32 (8)

‡: Total consultations, 10 patients had multiple contacts with street doctors

*: Known data of patients admitted in (preventive) quarantine in all possible locations

** : Patient is out of sight, has walked away or contact was not possible anymore. This is different from 'unknown', which are missing data

Conclusie

Over het algemeen heeft deze studie een lager COVID-19 infectiepercentage bij dakloze mensen laten zien dan verwacht en de meeste consulten konden worden afgehandeld in de eerstelijnszorg. Het aantal ziekenhuisopnames, het percentage kritieke zorg en het sterftcijfer zijn vergelijkbaar met andere onderzoeken. Inzicht in gegevens over de ontvangen COVID-19-gerelateerde zorg bij dakloze mensen geeft de overheid handvatten om de zorg af te stemmen op de noden en zo de medische zorg van deze populatie te verbeteren. Ten slotte dragen deze inzichten bij aan het voorbereiden van de gezondheidszorg voor dakloze mensen bij toekomstige pandemieën.

De impact van COVID-19 maatregelen zoals ervaren door dakloze mensen in acht steden in Nederland

Doel

Inzicht krijgen in de specifieke gevolgen en uitdagingen van de pandemie, en de daaraan gerelateerde maatregelen, voor de leefsituatie en het welbevinden van feitelijk dakloze mensen in acht steden in Nederland en in hun ervaringen met hulpverleners en instanties in deze tijd.

Methodiek

In dit kwantitatieve onderzoek onder 67 feitelijk dakloze mensen in acht steden in Nederland werden (telefonische) interviews afgenomen met een gestructureerde vragenlijst. Met de in LimeSurvey opgenomen vragenlijst is een database opgebouwd, welke in SPSS werd geanalyseerd.

Resultaten

Naleving coronamaatregelen

92,5% van de geïnterviewde dakloze mensen was op de hoogte van de coronamaatregelen. De meeste regels werden altijd tot vaak nageleefd en het naleven daarvan werd door de meesten veelal niet als moeilijk beschouwd. De maatregelen 'zelf binnenblijven bij hoesten, niezen, snot in je neus of keelpijn' en 'uzelf en iedereen die bij u hoort blijft binnen als iemand koorts heeft' werden wisselend nageleefd. Deelnemers gaven daarnaast aan deze regels – door hun specifieke situatie – het moeilijkst te vinden.

Impact coronapandemie op leefsituatie

45% had in de coronaperiode in vergelijking met de periode ervoor minder geld vanwege corona en 42% was bang om over een tijdje (nog) minder geld te hebben. Volgens 56% veranderde in de coronaperiode het contact met vrienden en/of familie en volgens 53% met mensen op straat. Dit werd meestal als negatief ervaren. Bij 94% van de dakloze mensen die drugs gebruikten, bleef de toegang tot drugs even gemakkelijk.

Mate van bescherming tegen COVID-19

61% achtte het (zeer) onwaarschijnlijk dat zij komende maanden besmet zouden raken met het coronavirus. 49% kreeg materiaal om zich te beschermen, zoals een mondkapje.

Ervaren psychische en lichamelijke gezondheid

Zowel de lichamelijke (75%) als de psychische gezondheid (70%) werd als redelijk tot prima ervaren. 31% van de mensen met lichamelijke klachten had in de coronaperiode last van klachten die mogelijk samenhangen met corona. 31% van de deelnemers met lichamelijke klachten werd getest op het coronavirus, waarvan iedereen negatief. De helft tot driekwart voelde zich hetzelfde als voor de coronatijd of had nooit last van een somber (58%), gestrest (61%), angstig (67%), onveilig gevoel (75%) of van slaapproblemen (73%). Een vijfde tot een derde had in de coronaperiode ten opzichte van de periode ervoor echter (veel) meer last van een onveilig (21%), angstig (25%), somber (30%) of gestrest gevoel (33%) of van slaapproblemen (22%).

Ervaringen contacten met hulpverleners en instanties

Dakloze mensen hadden in 2020 het meest contact met maatschappelijk werk (64%), de eigen huisarts (49%), een algemeen ziekenhuis (37%), ambulante woonbegeleiding (33%) of een straatdokter (27%). In de coronaperiode werden afspraken het meest afgezegd door beschermd wonen (75%), daarna door ambulante psychiatrische zorg (71%), ambulante verslavingszorg (50%), methadonverstrekking (50%), algemeen ziekenhuis (45%), maatschappelijk werk (44%), ambulante woonbegeleiding (38%), eigen huisarts (45%) en straatdokter of -verpleegkundige (44%). Mensen vonden dit het vervelendst bij beschermd wonen (100%), algemeen ziekenhuis (78%), eigen huisarts (77%), ambulante psychiatrische zorg (60%) en verslavingszorg (60%).

Conclusie

Veruit de meeste dakloze mensen kenden de coronamaatregelen en leefden die naar eigen zeggen goed na. Zij vonden dat de coronapandemie een negatieve invloed had op hun beschikbare geld en hun sociale contacten. Het grootste deel voelde zich goed beschermd tegen COVID-19. Zij ervoeren weinig aan COVID-gerelateerde klachten. De psychische gezondheid werd als redelijk positief ervaren, hoewel een kwart van de deelnemers aangaf meer stemmingsproblemen dan voor de coronaperiode te ervaren. Door relatief veel hulpverleners en instanties werden volgens dakloze mensen gemaakte afspraken afgezegd, variërend van 44% door straatdokters of -verpleegkundigen tot 75% door beschermd wonen. Afzeggingen door beschermd wonen, het algemeen ziekenhuis, de eigen huisarts, ambulante psychiatrische zorg en de verslavingszorg vonden de dakloze mensen het vervelendst.

Ervaringen van straatdokters met de zorg voor dakloze mensen tijdens de COVID-19 pandemie

Doel

Inzicht krijgen in de ervaringen van straatdokters in het bieden van zorg (medische zorg, opvang, dagbesteding en ketenzorg) aan dakloze mensen gedurende de COVID-19 crisis.

Hoofdvraag

Welke gevolgen van de COVID-19 crisis ervaren straatdokters op de zorg die zij en andere zorgverleners aan dakloze mensen bieden?

Methodiek

Een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews met acht straatdokters in acht gemeenten in Nederland.

Resultaten

Toegankelijkheid reguliere zorg

Drie straatdokters, van de zeven die reguliere medische zorg hebben geleverd, meenden dat de uitbraak van COVID-19 (op 27 februari 2020) geen invloed heeft gehad op de kwaliteit van hun werk. Vier straatdokters gaven aan dat de kwaliteit van de door hen geboden straatdokterzorg door verminderde toegankelijkheid achteruit is gegaan. Om te voorkomen dat mensen op straat zouden slapen en het virus zich daardoor verspreidde, zijn in alle gemeenten noodopvanglocaties geopend, waardoor toegang tot de opvang voor dakloze mensen verbeterde. Dit heeft onder hen tot meer rust geleid.

‘Dat betekent dus eigenlijk dat als je deze groep de ruimte geeft waar ze op hun zelf kunnen zitten zonder continu gestoord te worden door het zoeken naar een woonruimte, het zoeken naar middelen, weet ik veel wat. Dan komen ze tot rust. En dan staan ze veel meer open tot wat dan ook. Dan laten ze ook veel meer toe, kan je beter met ze praten.’

Dagbesteding en dagopvang werden veelal gesloten wat tot verveling en mogelijk meer middelengebruik heeft geleid onder dakloze mensen. Tot slot werd overige ketenzorg minder tot niet toegankelijk waardoor uitstel van zorg en minder doorstroom in de opvang plaatsvond.

COVID-19 gerelateerde medische zorg

In alle acht gemeenten zijn mogelijkheden tot quarantaine/isolatie gecreëerd. Door de ontnomen vrijheid hebben dakloze mensen die in quarantaine zaten, dit volgens de straatdokters veelal als zeer vervelend tot traumatisch ervaren. Drie straatdokters gaven aan tekorten van testmateriaal te hebben gehad. Hierdoor hebben mogelijk mensen onterecht in isolatie gezeten en/of zijn besmettingen mogelijk gemist. Volgens de straatdokters zou deze doelgroep standaard in zijn geheel getest moeten worden. Alle straatdokters verbazen zich over het lage aantal (verdachte) COVID-19 patiënten onder dakloze mensen. Straatdokters beoordelen de kwaliteit van specifiek de medische zorg aan dakloze COVID-19 patiënten, geboden door zowel zichzelf als het team waarin zij zich bevonden, als goed (gem=7,8).

Organisatie

Informatie die werd verstrekt door onder andere VWS over medische zorg aan dakloze COVID-19 patiënten was volgens de straatdokters niet eenduidig en niet altijd goed onderbouwd. Dit gaf straatdokters de nodige stress en leidde in een enkel geval tot het geven van verkeerde adviezen, zoals het geruststellen van patiënten met milde klachten terwijl dit achteraf gezien wellicht niet terecht was.

'Ik heb me echt wel schuldig gevonden aan mijn patiënten op het begin van de crisis. Een periode waarin we toch gezegd hebben tegen patiënten; u heeft geen koorts, u bent niet benauwd, nou dan. Dat is achteraf gewoon onzin gebleken. Dus ik heb echt wel een aantal mensen gezien in het begin die het gewoon hartstikke wel hadden, maar die we gewoon gerust hebben gesteld.'

Samenwerking met betrokken partijen zoals de gemeente, GGD en de veiligheidsraad zorgden volgens straatdokters voor verbetering van het netwerk, maar ook voor frustraties doordat niet alle instanties zich proactief opstelden.

'Die maandagochtend bleek er een overleg tussen de GGD-verpleegkundige en de maatschappelijke opvang. Toen zei ik, dan kom ik daar bij zitten, ik wil hier bij betrokken worden. En er bleek dus helemaal niks geregeld. Ik was echt flabbergasted. Ik dacht van, hè? Ik was inmiddels één-anderhalve week bezig geweest met alles op te tuigen binnen onze praktijk.'

Conclusie

Uit dit onderzoek zijn verschillende lessen te leren. Namelijk hoe belangrijk het is om voor dakloze mensen in deze en vergelijkbare crisissituaties zekere en veilige woonplekken, vormen van dagactiviteiten, isolatie/quarantaine met bewegingsvrijheid, zeer laagdrempelige toegang tot straatdokterszorg en een grotere testcapaciteit te hebben. Voor straatdokters ligt dit belang in deze en vergelijkbare crisissituaties bij verstrekking van eenduidige en juiste informatie over medische zorg. Hierbij is behoefte aan landelijke afstemming in de medische zorg voor dakloze mensen. In de toekomst is onderzoek nodig naar hoe deze adviezen het best uitgevoerd kunnen worden.

Organisatie coronabeleid opvang en sociaal medische zorg voor dakloze mensen in 22 centrumgemeenten

Achtergrond

In Nederland zijn er 44 zogenaamde centrumgemeenten verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van opvangcentra en sociaal medische zorg voor dakloze mensen voor de betreffende en omliggende gemeenten (27). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft op 27 maart 2020 een richtlijn uitgebracht waarin een minimum aan voorwaarden is geschetst hoe opvang en sociaal medische zorg georganiseerd kan worden tijdens de COVID-19 pandemie. In de richtlijn staat beschreven hoe de verspreiding van COVID-19 onder dakloze mensen kan worden beperkt, inclusief screening op corona en de coronamaatregelen in opvangcentra (28). In dit onderzoek is gekeken naar hoe de organisatie van deze richtlijn is verlopen binnen de centrumgemeenten in de periode van de eerste golf, van 27 maart en 1 juni 2020.

Doel

Het doel van deze studie is om inzicht te krijgen in de organisatie van opvang en sociaal medische zorg voor dakloze mensen tijdens de COVID-19 pandemie en de geïmplementeerde COVID-19 maatregelen met betrekking tot de opvang, bescherming van zorgprofessionals, hygiëne en coronazorg (screening, testen en isolatie/quarantaine) door alle 44 centrumgemeenten. Verder zijn de ervaringen van de verantwoordelijke ambtenaren en van zorgverleners betrokken bij de dakloze mensenzorg met betrekking tot deze organisatie en implementatie van COVID-19 maatregelen onderzocht.

Onderzoeksvragen

Wat is de inhoud van het COVID-19 beleid opgesteld door 44 centrumgemeenten met betrekking tot de opvang en sociaal medische zorg in de dakloze populatie in Nederland?

Wat zijn de ervaringen van ambtenaren met betrekking tot de organisatie van de opvang en sociaal medische zorg tijdens de COVID-19 pandemie?

Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met betrekking tot communicatie en samenwerking met centrumgemeenten?

Methodiek

Allereerst is er een online vragenlijst verstuurd via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) naar 166 ambtenaren in alle 44 centrumgemeenten. Deze ambtenaren waren nauw betrokken bij de organisatie van het COVID-19 beleid onder dakloze mensen in de maatschappelijke opvang. De vragenlijst is op basis van de VWS-richtlijn opgesteld en bevatte vragen over de organisatie van extra (nood)opvanglocaties, de implementatie van de 1,5 meter maatregel binnen de opvang, het proces van screenen, testen en isoleren, de organisatie van outreachende sociaal medische zorg en de beschikbaarheid van beschermingsmateriaal voor dakloze mensen en mensen die met dakloze mensen werken. De gegevens uit de vragenlijst zijn verzameld in de periode van 26 juni en 17 juli 2020. Kwantitatieve data uit de vragenlijst is geanalyseerd in SPSS.

In de periode van 2 juli tot en met 24 juli 2020 zijn de diepte-interviews afgenomen. Negen ambtenaren hebben deelgenomen aan een vertrouwelijk interview, variërend tussen de 30 en 45 minuten. De topiclijst bevatte onderwerpen met betrekking tot de totstandkoming van het coronabeleid, de samenwerking met betrokken organisaties en ervaringen met betrekking tot de organisatie van extra opvanglocaties, implementatie van coronamaatregelen, extra hygiënevoorzieningen in opvangcentra en het proces van screening, testen en isoleren. Kwalitatieve data uit de interviews is verwerkt met behulp van het programma ATLAS.ti.

Resultaten

22 van de 44 gemeenten hebben de vragenlijst beantwoord (responspercentage 50%). Er zijn aanvullende interviews gehouden met negen ambtenaren die de vragenlijst hebben beantwoord en informed consent hebben gegeven voor een interview (zie tabel 1) en met acht straatdokters.

Organisatie extra opvanglocaties

Halverwege maart 2020 overwogen veel centrumgemeenten om opvanginstellingen voor dakloze mensen af te schalen of te sluiten vanwege het verhoogde risico op verspreiding van het virus. Echter, het afschalen moest worden afgewogen tegen de essentiële behoefte van dakloze mensen aan onderdak, voedsel en hygiënefaciliteiten. Ambtenaren meldden (n = 15) dat de implementatie van de 1,5 meter afstandsregel de grootste uitdaging vormde bij de implementatie van de coronamaatregelen. Door deze veiligheidsmaatregel nam de capaciteit van de bestaande opvanginstellingen sterk af. In combinatie met een grotere toestroom van dak- en thuislozen, waaronder de niet-rechthebbende dakloze mensen, moesten gemeenten de opvangcapaciteit op korte termijn uitbreiden met extra locaties.

Er waren overwegend positieve ervaringen met de snelle organisatie van extra opvanglocaties. 19 centrumgemeenten (86%) organiseerden extra opvanglocaties voor de nacht (inclusief nachtopvang en 24uurs opvang). Alle geïnterviewde ambtenaren (n = 9) rapporteerden goede ervaringen met deze organisatie. De organisatie van extra locaties verliep op een snelle, effectieve manier en de opnamecapaciteit van dakloze mensen was meestal flexibel georganiseerd. De organisatie van extra opvang werd mogelijk gemaakt door steun vanuit commerciële initiatieven, zoals hotels die plekken beschikbaar stelden. Na de eerste virale golf, begin juli 2020, kwam er een einde aan deze commerciële initiatieven en keerde de opvang terug naar de reguliere situatie. De combinatie van het hervatten van reguliere activiteiten in sporthallen met de hoge kosten rondom het organiseren van extra locaties, maakte het moeilijk om na 1 juli 2020 nog extra locaties te vinden.

Positieve ervaringen met 24uurs opvang

Volgens de geïnterviewden had de kleinschalige 24 uurs opvang positieve effecten op dakloze mensen. Dakloze mensen ervoeren minder stress, wat resulteerde in een lager aantal incidenten. Bovendien kon sociaal-medische zorg gemakkelijk georganiseerd worden omdat er op de locaties consulten gepland konden worden zonder dat een afspraak maken nodig was.

‘Wij hebben wel duidelijk, dat als je deze mensen iets beter leert kennen, dat er dan toch vaak meer mogelijkheden zijn. Dat betekent dat (..) een investering in tijd aan de voorkant, later een hoop kan opleveren en dat we daar echt wel iets mee willen gaan doen. Dus of een bredere intake of toch iets van een 24uurs opvang (...) Als jij alleen maar 's nachts ergens slaapt en overdag op straat zwerft, dan heb je niet de rust in je hoofd over het algemeen om te denken over hoe ga ik nou een volgende stap in mijn leven zetten. ‘Dus we hebben geloof ik 8 mensen in een vorm van traject kunnen plaatsen, zodat we ze snel beter leerden kennen.’

Uitdagingen

1. Respondenten uit 11 gemeenten (50%) meldden onvoldoende plaatsen, resulterend in wachtlijsten.
2. Geïnterviewden (n = 6) gaven aan dat gebrek aan financiële middelen resulteerde in terughoudendheid om acties te ondernemen volgens de VWS-richtlijn. Het was niet duidelijk hoe gemeenten in aanmerking konden komen voor de kosten die zij zouden maken om de coronamaatregelen uit te voeren.
3. Geïnterviewden gaven aan dat het opvangpersoneel een hogere werkdruk ervoeren, doordat opvangmedewerkers verspreid moesten worden over meerdere locaties.
4. Tijdens de COVID-19 pandemie werden de reguliere dagopvangvoorzieningen gesloten (10 gemeenten, 46%) of was de capaciteit per dagopvangvoorziening verminderd (14 gemeenten (64%), meestal door de overgang van nachtopvang naar 24-uursopvang. Daardoor hadden dakloze mensen, die weigerden om in de 24-uursopvang te blijven, overdag geen voorzieningen. Het gebrek aan dagbestedingsvoorzieningen leidde tot problematisch gedrag onder dakloze mensen.
5. Infectiepreventie onder dakloze mensen was een uitdaging vanwege:
 - a. Onduidelijke screeningsprotocollen in de opvang in de eerste weken na de uitbraak.
 - b. De beschikbaarheid van de nodige voorraden desinfectans, handschoenen en mondkapjes was zeer beperkt tijdens de eerste weken van de uitbraak en onvoldoende in 8 gemeenten (36%). Vaak was niet duidelijk hoe beschermingsmiddelen geregeld konden worden en welke partijen verantwoordelijk waren voor de distributie van deze materialen. Deze beperkte beschikbaarheid van beschermingsmiddelen zorgde voor grote onrust onder het sociaal en medisch personeel.
 - c. In 16 gemeenten (72%) zijn afspraken gemaakt over testen. Afspraken over testen waren divers. Dakloze mensen werden meestal getest bij verdenking van corona. Echter, door gebrek aan testmogelijkheden, werden in sommige gemeenten dakloze mensen die klinisch geen gecompliceerd beloop hadden of bij wie een ziekenhuisopname niet nodig was, niet getest.
 - d. Gemeenten ervoeren het organiseren van quarantaine en isolatielocaties als grote uitdaging, vanwege de beperkte hoeveelheid geschikte locaties. Binnen een tijdspanne van 1 tot 6 weken konden uiteindelijk toch alle gemeenten geschikte locaties vinden.

'Het gebrek aan testcapaciteit en beschermingsmateriaal heeft met name tot veel onzekerheid en angst geleid bij werkers. Dat is erg vervelend omdat dit risico groter is naarmate de doelgroep zich minder gelegen laat liggen aan richtlijnen en criteria. (...) En juist deze organisaties in de zorg en met deze groepen, daarvan vind ik persoonlijk dat die zeker een voorrang zouden mogen en kunnen genieten als het gaat om testen in eerste instantie. Het is een hele grillige groep mensen waar je mee te maken hebt. En het is heel moeilijk om hun gangen goed na te kunnen gaan en dat te verifiëren, en het contactonderzoek is moeilijk.'

Samenwerking betrokken disciplines

Over het geheel genomen ondervonden de deelnemers dat de COVID-19 pandemie het netwerk van betrokken disciplines heeft versterkt door samenwerking in korte lijnen en snelle besluitvorming. Echter, zowel vanuit de gemeenten als vanuit de straatdokter is er behoefte aan een meer proactieve houding vanuit de GGD over advisering omtrent de organisatie van coronamaatregelen. Daarnaast hebben straatdokter behoefte aan meer directe betrokkenheid binnen de gemeente en aan kortere lijnen met de GGD.

Outreaching sociale medische zorg

Tijdens de COVID-19 pandemie werd in 7 gemeenten (32%) extra sociaal medische outreach georganiseerd. Deze extra outreach werd door 6 gemeenten (86%) als nuttig ervaren, met als voornaamste reden dat er nauw contact onderhouden kon worden met de kwetsbare groep van buitenslapers. Daarnaast kon onrust onder dakloze mensen die op straat verbleven worden weggenomen door het geven van voorlichting. Tenslotte konden dakloze mensen hierdoor naar de opvang worden verwezen, wat resulteerde in minder dakloze mensen op straat.

Opvang niet rechthebbenden

In 17 gemeenten (77%) kregen dakloze niet-rechthebbende, zoals arbeidsmigranten, ook toegang tot opvangvoorzieningen. Hierdoor werd deze onzichtbare groep nu tijdens de COVID-19 pandemie meer zichtbaar. Hoewel men op basis van schattingen een grote toestroom van dakloze niet-rechthebbenden verwachtte, waren de opgevangen aantallen relatief klein. Geïnterviewden merkten op dat er in de groep van dakloze niet-rechthebbenden een hoge prevalentie is van psychiatrische problematiek en zwaar middelenmisbruik. Daarom waren extra maatregelen nodig rondom extra beveiliging, het schorsingsbeleid en beveiligd vervoer. In de meeste gevallen heeft Stichting Barka (organisatie die Poolse arbeidsmigranten ondersteunt) ondersteuning geboden bij het vinden van een persoonsgerichte oplossing.

Conclusie

De organisatie van coronamaatregelen is complex en kost veel tijd en geld. De participerende centrumgemeenten waren echter in het algemeen in staat om snel en doelgericht een plan op te stellen. De crisis heeft geresulteerd in een betere samenwerking binnen het netwerk van betrokken zorgprofessionals en ambtenaren. Dit zou ook na de crisis voortgezet moeten worden.

1. Na de pandemie moet kleinschalige 24-uurs opvang worden overwogen als een structurele vervanging van de grootschalige nachtopvang.
2. Plannen voor samenwerking, communicatie en coronaprotocolen moeten up-to-date gehouden worden voor een mogelijke 'tweede golf' van COVID-19 of toekomstige epidemieën.
3. Voor een tweede golf of een andere virusuitbraak is het van belang dat de dakloze populatie binnen de infectiepreventie geprioriteerd wordt als het gaat om de verdeling van beschermingsmateriaal, testcapaciteit en de organisatie van quarantaine- en isolatielocaties.
4. Beleidsadviseurs in de gemeenten, de GGD, opvangmedewerkers, huisartsen, straatdokters en straatverpleegkundigen moeten nauw samenwerken om goede sociaal medische zorg tijdens virusuitbraken te kunnen organiseren en om zo een aanzienlijk aantal mensen in de doelgroep te bereiken. Hierin moet de actieve rol van betrokken huisartsen/straatdokters- en straatverpleegkundigen worden meegenomen.
5. Centrumgemeenten moeten de interdisciplinaire samenwerking stimuleren om uniforme oplossingen mogelijk te maken.
6. De GGD en het RIVM zouden een meer centrale, proactieve rol moeten spelen bij het adviseren over infectiepreventie voor betrokken partijen die gemoeid zijn met de zorg voor dakloze mensen.

7. De economische gevolgen van de COVID-19-pandemie zullen waarschijnlijk leiden tot een hoger werkloosheidspercentage. Volgens een studie van het Centraal Planbureau (CPB) zal het werkloosheidspercentage stijgen van 3,4% naar 4,5-9%, met als gevolg een mogelijke toename van het aantal dakloze mensen (29). De COVID-19 pandemie illustreert duidelijk de gezondheidsrisico's van dakloosheid. Bovendien zijn de kosten van sociale uitsluiting en dakloosheid problematisch, zowel op individueel als op maatschappelijk niveau (30). Inspanningen om sociale uitsluiting en wijdverbreide dakloosheid terug te dringen vanwege de economische impact van COVID-19 moeten een hoeksteen van de volksgezondheid blijven, zoals ook beschreven staat in het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (31).

Literatuur

1. Organization WH. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard 2020 [cited 2020 June 19]. Available from: <https://covid19.who.int/>.
 2. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27(2).
 3. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *The Lancet Respiratory medicine.* 2020;8(5):447-9.
 4. Peate I. Self-isolation and the homeless population. *Br J Nurs.* 2020;29(7):387.
 5. Wood LJ, Davies AP, Khan Z. COVID-19 precautions: easier said than done when patients are homeless. *Med J Aust.* 2020;212(8):384-.e1.
 6. Neto MLR, de Souza RI, Quezado RMM, Mendonça ECS, de Araújo TI, Luz D, et al. When basic supplies are missing, what to do? Specific demands of the local street population in times of coronavirus - a concern of social psychiatry. *Psychiatry Res.* 2020;288:112939.
 7. CBS. Daklozen; persoonskenmerken 2020 [cited 2020 June 19]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/80799ned>.
 8. Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, Nestadt G, Romanoski AJ, Ross A, et al. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *JAMA.* 1989;262(10):1352-7.
 9. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet.* 2014;384(9953):1529-40.
 10. Lewer D, Aldridge RW, Menezes D, Sawyer C, Zaninotto P, Dedicoat M, et al. Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. *BMJ open.* 2019;9(4):e025192.
 11. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet.* 2011;377(9784):2205-14.
 12. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet Public health.* 2020;5(4):e186-e7.
 13. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas.* 2020;136:38-41.
 14. Alberti PM, Lantz PM, Wilkins CH. Equitable Pandemic Preparedness and Rapid Response: Lessons from COVID-19 for Pandemic Health Equity. *J Health Polit Policy Law.* 2020.
 15. Albon D, Soper M, Haro A. Potential Implications of the COVID-19 Pandemic on the Homeless Population. *Chest.* 2020.
 16. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA internal medicine.* 2013;173(3):189-95.
 17. Madhav N, Oppenheim B, Gallivan M, Mulembakani P, Rubin E, Wolfe N. Pandemics: Risks, Impacts, and Mitigation. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, et al., editors. *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty.* Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- © 2018 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.; 2017.
18. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449.

19. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10117):241-50.
20. Miyawaki A, Hasegawa K, Tsugawa Y. Lessons from Influenza Outbreaks for Potential Impact of COVID-19 Outbreak on Hospitalizations, Ventilator Use, and Mortality Among Homeless Persons in New York State. *J Gen Intern Med*. 2020:1-3.
21. Mosites E, Parker EM, Clarke KEN, Gaeta JM, Baggett TP, Imbert E, et al. Assessment of SARS-CoV-2 Infection Prevalence in Homeless Shelters - Four U.S. Cities, March 27-April 15, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(17):521-2.
22. Tobolowsky FA, Gonzales E, Self JL, Rao CY, Keating R, Marx GE, et al. COVID-19 Outbreak Among Three Affiliated Homeless Service Sites - King County, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(17):523-6.
23. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Residents of a Large Homeless Shelter in Boston. *JAMA*. 2020.
24. Ramaswamy M, Hemberg J, Faust A, Wickliffe J, Comfort M, Lorvick J, et al. Criminal Justice-Involved Women Navigate COVID-19: Notes From the Field. *Health Educ Behav*. 2020:1090198120927304.
25. Leung CS, Ho MM, Kiss A, Gundlapalli AV, Hwang SW. Homelessness and the response to emerging infectious disease outbreaks: lessons from SARS. *J Urban Health*. 2008;85(3):402-10.
26. Connors WJ, Hussen SA, Holland DP, Mohamed O, Andes KL, Goswami ND. Homeless shelter context and tuberculosis illness experiences during a large outbreak in Atlanta, Georgia. *Public health action*. 2017;7(3):224-30.
27. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Centrumgemeente maatschappelijke opvang & beschermd wonen [Available from: https://www.regioatlas.nl/indelingen/indelingen_indeling/t/centrumgemeente_maatschappelijke_opvang_beschermd_wonen].
28. RIVM. Richtlijn voor opvang van dak- en thuislozen tijdens de coronacrisis 2020 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/27/richtlijn-voor-opvang-van-dak--en-thuislozen-tijdens-coronacrisis-vestigd>
29. CPB. Scenario's economische gevolgen coronacrisis.; 2020.
30. Eropaf S. Eropaf: Handreiking Voorkomen Huisuitzettingen Amsterdam; 2018.
31. Gezondheid RvSe. Herstel begint met een huis: dakloosheid voorkomen en verminderen. 2020.