

## COVID-19 en dakloosheid in Nederland

---

*De impact van Covid-19 op dakloze mensen en op de zorg en opvang voor dakloze mensen in Nederland gedurende de eerste golf in 2020.*

### **Auteurs**

Dr. Igor van Laere<sup>1</sup>  
Dr. Tessa van Loenen<sup>2</sup>  
Eline Mennis<sup>3</sup>  
Michelle Hobus<sup>3</sup>  
Maria Kloosterman<sup>3</sup>  
Maartje Arts<sup>3</sup>  
Mara de Vries<sup>3</sup>  
Dr. Renée de Vet<sup>4</sup>  
Prof. Dr. Judith Wolf<sup>4</sup>  
Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh<sup>2</sup>

### **Affiliatie**

1. Nederlandse Straatdokers Groep
2. Radboudumc, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, onderzoeksgroep Gezondheidsverschillen
3. Radboudumc, Student geneeskunde
4. Radboudumc, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, onderzoeksgroep Impuls

### **Financiering**

Uitvoering in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

November 2020

Inhoudsopgave.....	2
Samenvatting .....	3
1.   Introductie .....	6
2.   Design en methode .....	8
3.   Resultaten deelonderzoeken .....	10
1.   COVID-19 gerelateerde morbiditeit en ziektebeloop bij dakloze mensen.....	10
2.   Omvang en inhoud van COVID-19 gerelateerde zorg voor dakloze mensen in negen steden in Nederland .....	16
3.   De impact van COVID-19 maatregelen zoals ervaren door dakloze mensen in acht steden in Nederland .....	19
4.   Ervaringen van straatdokters met de zorg voor dakloze mensen tijdens de COVID-19 pandemie in Nederland.....	21
5.   Organisatie COVID-19 beleid, opvang en sociaal medische zorg voor dakloze mensen in 22 centrumgemeenten in Nederland .....	23
4.   Discussie.....	27
1.   Samenvatting belangrijkste resultaten .....	27
2.   Duiding van de resultaten .....	28
3.   Beperkingen van het onderzoek .....	28
4.   Aanbevelingen.....	29
5.   Conclusie .....	30
6.   Literatuur .....	32

## **Samenvatting**

Op verzoek van VWS onderzocht de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc samen met de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) de impact van COVID-19 onder dak- en thuisloze mensen. Dit werd gedaan door een vijftal deelstudies uit te voeren. Ten eerste door de COVID-19 gerelateerde ziekte en zorg onder dakloze patiënten te monitoren die geregistreerd werden via online vragenlijsten door straatdokerspraktijken in 9 steden in Nederland (deelstudie 1 en 2). Daarnaast werd de kennis, naleving en ervaringen met betrekking tot de genomen corona maatregelen onderzocht onder straatdokers en dakloze patiënten (deelstudie 3 en 4). Tot slot werd het door centrumgemeenten geïmplementeerde COVID-19 beleid geëvalueerd (deelstudie 5). Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste resultaten:

### **Hoger percentage positief geteste patiënten onder dakloze met migratieachtergrond.**

Tussen februari en half september 2020 hebben de straatdokterpraktijken uit 9 deelnemende steden in totaal 467 COVID-19 gerelateerde contacten gehad met 446 verschillende patiënten. Van deze 446 patiënten is 8% positief getest, van wie 1 patiënt is overleden. 37% is negatief getest en 21% klinisch verdacht voor COVID-19, maar niet getest. De overige patiënten waren klinisch niet verdacht voor COVID-19 en derhalve niet getest.

Voor de groep daklozen met een migratieachtergrond (zowel binnen als buiten EU) geldt dat er een hoger percentage positief geteste patiënten is in vergelijking met daklozen zonder migratieachtergrond (12% versus 6%). Voor daklozen die niet afkomstig zijn uit de EU is dit percentage in vergelijking met daklozen zonder migratieachtergrond nog hoger (14% versus 5%).

### **Vaak co-morbiditeit onder positief geteste dakloze mensen**

Vergeleken met de totale studiepopulatie, bestond de groep die positief getest voornamelijk uit mannen (81% versus 76%), meer migranten van buiten de Europese Unie (61% versus 35%) met relatief meer co-morbiditeit, met name COPD (17% versus 13%), hypertensie (17% versus 9%) en overgewicht (17% versus 7%).

### **Meeste patiënten kregen geen behandeling**

Of patiënten nu wel of niet getest waren, de meeste patiënten kregen geen behandeling vanwege geen of milde klachten (61% in de positief geteste groep, 64% in de negatief geteste groep en 67% in de klinisch verdachte groep).

In de positief geteste groep kreeg 22% pijnstillers of koortsverlagingsmiddelen, 11% overige medicatie en 8% antibiotica.

De symptomen in de positief geteste groep kenden een grote verscheidenheid, waarvan de meest voorkomende symptomen verkoudheid (47%), koorts (36%), vermoeidheid (25%) en kortademigheid (22%) waren. Slechts een deel van de positief geteste patiënten (22%) had een hoest.

**Een vijfde van de positief geteste groep is opgenomen in het ziekenhuis, 1 is daar overleden.**

Van de positief geteste groep werd bijna iedereen (92%) in quarantaine geplaatst, enkele andere konden hebben geweigerd of waren weggelopen. Van de positief getesten werd bijna een op de vijf (19%) in het ziekenhuis opgenomen. Een patiënt werd op de IC opgenomen en is overleden. Van de groep klinisch verdacht voor COVID-19 werd 82% in quarantaine geplaatst en 6% in het ziekenhuis opgenomen.

**Negatieve impact van maatregelen was groot, veel angst en somberheid**

Uit de interviews met 67 dakloze mensen bleek dat de maatregelen goed bekend waren en over het algemeen werden nageleefd. De negatieve impact van de maatregelen was groot: bijna de helft had minder geld en meer dan de helft vond het contact met familie, vrienden en mensen op straat in negatieve zin veranderd. Meer dan een kwart voelde zich meer angstig en somber dan voor Corona. Veel afspraken met hulpverleners werden afgezegd.

**Kleinschalige opvang zorgde voor grotere rust**

Uit interviews met straatdokters, ambtenaren en dakloze mensen bleek dat de kleinschalige, 24-uurs opvang positief werd ervaren vanwege de grotere mate van rust voor de dakloze mensen. Wel ontstonden soms spanningen vanwege het gedwongen binnenblijven.

**Verbeterde onderlinge samenwerking**

Ambtenaren en straatdokters ervoeren het ook als positief dat de onderlinge samenwerking en het netwerk door de pandemie versterkt is; het bleek mogelijk om met korte lijnen te communiceren en snel beslissingen te nemen. Op verschillende plaatsen kwam het initiatief om betrokken te worden van de straatdokters; zij zouden graag eerder door de gemeente betrokken worden als het gaat om de gezondheid van dakloze mensen.

**Gebrek aan eenduidige informatie leidde tot meer stress onder dakloze mensen**

De overheidsinformatie over de medische zorg voor dakloze COVID-19 patiënten was volgens de straatdokters niet eenduidig hetgeen tot stress leidde en in een enkel geval tot een achteraf verkeerd advies. De straatdokters bevelen eenduidige, helder gecommuniceerde adviezen aan en daarnaast adviseren zij om de doelgroep ruimer te testen om een beter beeld van mogelijke besmettingen te kunnen krijgen, zeker na afschalen van de noodopvang voor niet-rechthebbende dakloze mensen.

**Richtlijn met betrekking tot preventieve maatregelen goed geïmplementeerd.**

De richtlijnen van VWS voor preventieve maatregelen waren door alle respondenten (22 gemeenten van de 43) geïmplementeerd; in korte tijd waren extra plekken voor nachtopvang en voor quarantaine gerealiseerd, alsmede aanpassingen in dag- en nachtopvang, ondanks forse uitdagingen. Uitdagingen waren de beperkte tijd en

financiële middelen om de benodigde capaciteit te realiseren, de opvang voor niet-rechthebbende dakloze mensen en alternatieven voor de dagopvang. Het gebrek aan testen en in het begin en beschermende materialen maakte de infectiecontrole lastig; het vervoer van mogelijk geïnfecteerde personen was een vraagstuk.

### **Conclusie**

Aard en omvang van de door de straatdokters in negen steden geregistreerde COVID-19-gerelateerde contacten suggereren dat tijdens de eerste corona golf de dakloze populatie niet zwaarder is getroffen dan andere delen van de bevolking, ondanks het feit dat zij relatief vaak lijden aan onderliggende ziekten die de kwetsbaarheid voor ernstig verlopende infecties vergroot. De adequate implementatie van beschermende maatregelen en extra opvang kan hieraan hebben bijgedragen. Hoewel de maatregelen meer rust geven, hebben zij een negatief effect op het mentale welzijn van een aanzienlijk deel van de dakloze mensen.

Deze bevindingen benadrukken het belang van infectiepreventie van COVID-19 onder dakloze mensen met vroegtijdige en goede communicatie tussen beleidsmakers en professionals voor opvang en medische zorg, duidelijke uitleg over maatregelen aan dakloze mensen, eenduidige medische adviezen, het laagdrempelig testen, het creëren van voldoende opvangplekken waarin de anderhalve meter maatregel gewaarborgd kan worden, voldoende hygiënevoorzieningen en snelle toegang tot medische zorg, praktische hulp en faciliteiten.

Voor een volgende golf of pandemie wordt aanbevolen in een vroeg stadium straatdokters te betrekken bij het beleid, eenduidige richtlijnen voor zorg en preventie te communiceren, ruimer te testen en alternatieven te bedenken voor dagopvang, en voor blijvende toegang tot hulpverlening.

## 1. Introductie

Sinds eind december 2019 is er sprake van een uitbraak van het nieuwe COVID-19-virus. Deze uitbraak is begonnen in Wuhan, China en sindsdien uitgegroeid tot een pandemie waarbij op 27 februari 2020 de eerste Nederlandse patiënt werd gediagnosticeerd.<sup>1</sup> Om de verspreiding van COVID-19 in Nederland te beperken zijn er verscheidene maatregelen ingevoerd met betrekking tot het houden van fysieke afstand van elkaar (anderhalve meter 'social distancing', beperkte toegang en/of sluiten van openbare gelegenheden), persoonlijke hygiëne (geen handen schudden, handen wassen, hoesten en niezen in de elleboog, dragen van mondkapjes), thuisquarantaine (thuisblijven met klachten zonder of met test, na contact met besmette personen, zoveel mogelijk thuiswerken) en behandeling en verpleging van besmette coronapatiënten.<sup>2</sup>

Het RIVM rapporteert sinds het begin van de COVID-19 pandemie dagelijks het aantal infecties, ziekenhuisopnames, intensive care opnames en sterfgevallen in Nederland. Gegevens over dakloze mensen zijn uit deze RIVM rapportages helaas niet te achterhalen. Dakloze mensen zijn vaak niet ingeschreven bij een huisartsenpraktijk of gaan niet op reguliere basis naar de huisarts.<sup>3</sup> Dit betekent dat de COVID-19 verspreiding onder dakloze mensen niet via de registratienetwerken gemonitord wordt en informatie over de COVID-19 infecties en de impact van de maatregelen genomen door de regering voor dakloze mensen ontbreken.

Het aantal dakloze mensen in Nederland wordt geschat op bijna veertig duizend personen van tussen de 18 en 65 jaar.<sup>4</sup> De vooronderstelling is dat tijdens pandemieën dakloze mensen kwetsbaarder zijn vergeleken met de algemene bevolking. Dit vanwege de hoge prevalentie van onderliggende medische problemen, zoals cardiovasculaire, respiratoire en tandheelkundige aandoeningen, psychiatrische ziekten en middelenmisbruik.<sup>5-8</sup> Voorts hebben dakloze mensen een beperkte toegang tot gezondheidszorg vanwege hun sociaaleconomische en financiële situatie.<sup>7,9,10</sup> Bovendien leven dakloze mensen vaak in een omgeving die de verspreiding van epidemische ziekten kan bevorderen. Te denken valt aan dichtbevolkte opvanglocaties met inadequate ventilatie, zoals een nachtopvang of krakerspanden.<sup>11</sup> Ten slotte hebben dakloze mensen niet vanzelfsprekend toegang tot basishygiënefaciliteiten. Bovengenoemde factoren zouden de virusoverdracht kunnen vergemakkelijken en verhogen.<sup>9,12</sup> De mortaliteit onder dakloze mensen is vijf tot tien keer hoger in vergelijking met de algemene bevolking en COVID-19 zou dit mortaliteitsverschil mogelijk verder kunnen vergroten.<sup>13-16</sup> Recente studies hebben een toenemend aantal COVID-19-gevallen geïdentificeerd in grote opvangcentra voor dakloze mensen in de VS.<sup>17,18</sup>

Het ontbreken van een eigen woning en de gedeelde slaapkamers en sanitair in nachtopvang bemoeilijken de naleving van de maatregelen voor dakloze mensen.<sup>19-22</sup> Het ministerie van VWS heeft, samen met o.a. de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Valente (brancheorganisatie voor opvang en beschermd wonen) en stichting COMO als

vertegenwoordiger van cliënten, 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.<sup>23</sup> Centrumgemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze richtlijn.

Kortom, er is heel weinig zicht op de impact van Covid-19 en de genomen maatregelen op de groep dakloze mensen in Nederland. Om deze reden heeft VWS in april 2020 het Radboudumc en de Nederlandse Straatdokersgroep verzocht onderzoek te doen. Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1. Wat is het aantal, karakteristieken, symptomen en ziektebeloop onder dakloze mensen waar een COVID-19 infectie wordt vermoed en/of bevestigd is, zoals geregistreerd door de straatdokterpraktijken in 9 Nederlandse steden tussen februari 2020 en 18 september 2020?*
- 2. Welke COVID-19 gerelateerde zorg verleenden de straatdokterpraktijken in 9 Nederlandse steden tussen februari 2020 en 18 september 2020?*
- 3. Wat zijn de kennis, naleving en ervaringen van dakloze mensen met de preventieve maatregelen en de gevolgen voor hun omgang met hulpverlening en instanties, voor hun leefsituatie en welbevinden?*
- 4. Wat zijn de ervaringen van de straatdokers in de betreffende steden met de COVID-gerelateerde zorg aan dakloze mensen en met de implementatie en gevolgen van de preventieve maatregelen?*
- 5. Wat zijn de ervaringen van ambtenaren uit de 43 centrumgemeenten met de organisatie van opvang en sociaal medische zorg voor dakloze mensen tijdens de COVID-19 pandemie en de implementatie van de preventieve maatregelen?*

## **2. Design en methode**

Dit onderzoek is een samenwerking tussen de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc en de Nederlandse Straatdokersgroep. De Nederlandse Straatdokers Groep bestaat uit artsen en verpleegkundigen die uittrekkende eerstelijnszorg verlenen aan dakloze mensen in verschillende steden in Nederland.

De projectleiding was in handen van dr. Igor van Laere en Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh. Er is gekozen om het onderzoek in 5 deelstudies op te splitsen met elk een eigen onderzoeksvraag. Elke deelstudie werd uitgevoerd door een student Geneeskunde die gedurende drie maanden in kader van een wetenschappelijke stage data verzamelde. Dit onder begeleiding van de afdeling Eerstelijns geneeskunde (dr. Renée de Vet, prof. dr. Judith Wolf en prof. dr. Maria van den Muijsenbergh).

Voor elk van de deelstudies is een aparte methodologie gebruikt. In tabel 1 is een overzicht van de gebruikte methoden per deelstudie beschreven. Alle kwantitatieve data is geanalyseerd middels beschrijvende statistiek met behulp van SPSS. Alle kwalitatieve data is geanalyseerd met behulp van Atlas.Ti.

### **Ethische toetsing**

De Commissie Medisch Onderzoek (CMO) Arnhem-Nijmegen heeft de studie goedgekeurd (nr. 2020 6428).

### **Rapportage**

Elke twee weken is het ministerie van VWS door de projectleider Igor van Laere op de hoogte gehouden van de tussentijdse resultaten om zo nodig te kunnen anticiperen met beleidsmaatregelen.

In deze rapportage volgt een samenvatting van de resultaten per deelstudie. Van elk deelstudie is een uitgebreid onderzoeksverslag beschikbaar op aanvraag.



**Tabel 1. Overzicht methode per deelonderzoek**

#	Doel	Methode
1	Inzicht in morbiditeit en ziektebeloop	<i>Observationeel beschrijvend onderzoek middels retrospectieve dataverzameling uit <b>patiëntendossiers</b> van alle daklozen patiënten die vanwege COVID-19 gerelateerde problemen contact hebben gehad met één van de straatdokerspraktijken in negen steden in Nederland tussen februari 2020 en 18 september 2020.</i>
2	inzicht te krijgen in de omvang en inhoud van de COVID-19 verleende zorg aan dakloze mensen in Nederland.	<i>Voor dit observationeel beschrijvend onderzoek werden gegevens retrospectief verzameld uit <b>patiëntendossiers</b> van alle dakloze patiënten die vanwege COVID-19-gerelateerde problemen contact hebben opgenomen met één van de straatdokerspraktijken in negen steden in Nederland tussen februari 2020 en 18 september 2020.</i>
3	inzicht krijgen in de specifieke gevolgen en uitdagingen van de COVID-19 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 tijdens de COVID-19 pandemie.	<i>In dit onderzoek onder 67 dakloze mensen in acht steden in Nederland werden <b>(telefonische) interviews</b> afgenomen met een <b>gestructureerde vragenlijst</b>.</i>
4	inzicht krijgen in de ervaringen van straatdokers in het bieden van zorg (medische zorg, opvang, dagbesteding en ketenzorg) aan dakloze mensen gedurende de COVID-19 crisis.	<i>Een kwalitatief onderzoek met <b>semigestructureerde interviews</b> met acht straatdokers uit 8 steden in Nederland.</i>
5	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 de 43 centrumgemeenten.	<i>Een <b>online vragenlijst</b> is verstuurd via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) naar 166 ambtenaren betrokken bij de organisatie van het COVID-19 beleid onder dakloze mensen in de maatschappelijke opvang in 43 centrumgemeenten. In de periode van 2 juli tot en met 24 juli 2020 zijn de <b>diepte-interviews</b> afgenomen. Negen ambtenaren hebben deelgenomen aan een vertrouwelijk interview, variërend tussen de 30 en 45 minuten.</i>

### 3. Resultaten deelonderzoeken

#### 1. COVID-19 gerelateerde morbiditeit en ziektebeloop bij dakloze mensen

##### Algemene kenmerken studiepopulatie

**Doelstelling:** Inzicht verkrijgen in het aantal, de kenmerken, symptomen en ziektebeloop van dakloze mensen bij wie COVID-19-infectie wordt vermoed, getest en/of bevestigd is.

**Methode :** Voor dit observationeel beschrijvend onderzoek werden gegevens retrospectief verzameld via online vragenlijsten (CastorEDC) die werden ingevuld door straatdokters in negen steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Almere, Tilburg, Utrecht, Heerlen, Nijmegen en Eindhoven) over dakloze patiënten die in contact geweest zijn met straatdokters vanwege COVID-19 gerelateerde problemen tussen februari 2020 en 18 september 2020. Gegevens zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek.

**Uitgevoerd door:** Eline Mennis onder begeleiding van prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

In totaal hebben de straatdokters tussen februari en september 2020 467 COVID-19 gerelateerde contacten gehad met 446 verschillende patiënten. De totale studiepopulatie (N=446), zie tabel 1, bestond voor het grootste deel uit mannen (76%), waarbij 39% uit Nederland afkomstig was en 35% buiten de Europese Unie. 13% had COPD, 9% hypertensie, 9% andere cardiovasculaire aandoeningen, 6% pre-existente luchtwegaandoeningen en 7% overgewicht. Bijna de helft (47%) was ingeschreven bij een huisarts. Een derde van de algemene studiepopulatie (37%) was bekend bij een straatdokter.

**Tabel 1. Algemene kenmerken van de totale studiepopulatie en per diagnosegroep in negen steden in Nederland in februari-september 2020**

		Algemene kenmerken per diagnosegroep en de totale studiepopulatie				
		Positief getest (N=36)	Negatief getest (N=174)	Klinisch verdacht (N=99)	Klinisch niet verdacht (N=158)	Totale studiepopulatie (N=446)
		Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
Geslacht	Onbekend	0 (0)	1 (1)	0 (0)	4 (3)	5 (1)
	Vrouw	7 (19)	40 (23)	28 (28)	32 (20)	102 (23)
	Man	29 (81)	133 (76)	71 (72)	122 (77)	339 (76)
Geboorteland	Onbekend	3 (8)	22 (13)	11 (11)	42 (27)	75 (17)
	Nederland	10 (28)	86 (49)	37 (37)	53 (34)	175 (39)
	Europese Unie	1 (3)	18 (10)	14 (14)	5 (3)	38 (9)

	Buiten Europese Unie	22 (61)	48 (28)	37 (37)	58 (37)	158 (35)
Laag opgeleid	Onbekend	24 (67)	124 (71)	88 (89)	132 (84)	353 (79)
	Ja	8 (22)	31 (18)	8 (8)	11 (7)	53 (12)
	Nee	4 (11)	19 (11)	3 (3)	15 (9)	40 (9)
Uitkering	Onbekend	23 (64)	99 (57)	81 (82)	116 (73)	306 (69)
	Ja	11 (31)	53 (30)	10 (10)	32 (20)	98 (22)
	Nee	2 (6)	22 (13)	8 (8)	10 (6)	42 (9)
Betaald werk	Onbekend	24 (67)	98 (56)	85 (86)	117 (74)	313 (70)
	Ja	3 (8)	17 (10)	2 (2)	10 (6)	31 (7)
	Nee	9 (25)	59 (34)	12 (12)	31 (20)	102 (23)
Verzekering	Onbekend	4 (11)	14 (8)	25 (25)	47 (30)	89 (20)
	Ja	21 (58)	119 (68)	41 (41)	73 (46)	235 (53)
	Nee	11 (31)	41 (24)	33 (33)	38 (24)	122 (27)
Huisartsenpraktijk	Onbekend	8 (22)	32 (18)	46 (46)	73 (46)	156 (35)
	Ja	22 (61)	103 (59)	40 (40)	53 (34)	208 (47)
	Nee	6 (17)	39 (22)	13 (13)	32 (20)	82 (18)
Alcoholverslaving	Onbekend	15 (42)	54 (31)	59 (60)	92 (58)	217 (49)
	Ja	10 (28)	50 (29)	12 (12)	10 (6)	76 (17)
	Nee	11 (31)	70 (40)	28 (28)	56 (35)	153 (34)
Tabaksverslaafd	Onbekend	18 (50)	62 (36)	57 (58)	101 (64)	233 (52)
	Ja	11 (31)	84 (48)	29 (29)	32 (20)	144 (32)
	Nee	7 (19)	28 (16)	13 (13)	25 (16)	69 (15)
Drugsverslaving	Onbekend	16 (44)	57 (33)	52 (53)	88 (56)	208 (47)
	Ja	9 (25)	64 (37)	26 (26)	35 (22)	128 (29)
	Nee	11 (31)	53 (30)	21 (21)	35 (22)	110 (25)
Psychiatrische aandoening	Onbekend	12 (33)	56 (32)	53 (54)	90 (57)	206 (46)
	Ja	11 (31)	72 (41)	26 (26)	31 (20)	135 (30)
	Nee	13 (36)	46 (26)	20 (20)	37 (23)	105 (24)
Verstandelijke beperking	Onbekend	18 (50)	87 (50)	79 (80)	108 (68)	286 (64)
	Ja	6 (17)	17 (10)	4 (4)	10 (6)	33 (7)
	Nee	12 (33)	70 (40)	16 (16)	40 (25)	127 (28)
COPD	Onbekend	5 (14)	33 (19)	38 (38)	70 (44)	144 (32)
	Ja	6 (17)	36 (21)	8 (8)	11 (7)	59 (13)
	Nee	25 (69)	105 (60)	53 (54)	77 (49)	243 (54)
Diabetes mellitus (type 1 of 2)	Onbekend	6 (17)	34 (20)	41 (41)	69 (44)	147 (33)
	Ja	2 (6)	15 (9)	4 (4)	6 (4)	26 (6)
	Nee	28 (78)	125 (72)	54 (55)	83 (53)	273 (61)
Hypertensie	Onbekend	5 (14)	35 (20)	40 (40)	72 (46)	149 (33)
	Ja	6 (17)	18 (10)	9 (9)	10 (6)	42 (9)
	Nee	25 (69)	121 (70)	50 (51)	76 (48)	255 (57)

Hart- en vaatziekten	Onbekend	5 (14)	35 (20)	41 (41)	71 (45)	149 (33)
	Ja	5 (14)	20 (11)	6 (6)	12 (8)	41 (9)
	Nee	26 (72)	119 (68)	52 (53)	75 (47)	256 (57)
HIV	Onbekend	5 (14)	36 (21)	42 (42)	69 (44)	149 (33)
	Ja	2 (6)	5 (3)	3 (3)	5 (3)	15 (3)
	Nee	29 (81)	133 (76)	54 (55)	84 (53)	282 (63)
Maligniteit	Onbekend	5 (14)	34 (20)	41 (41)	68 (43)	145 (33)
	Ja	1 (3)	14 (8)	1 (1)	5 (3)	21 (5)
	Nee	30 (83)	126 (72)	57 (58)	85 (54)	280 (63)
Pre-existente luchtwegaandoeningen	Onbekend	18 (50)	75 (43)	64 (65)	86 (55)	237 (53)
	Ja	2 (6)	12 (7)	6 (6)	7 (4)	25 (6)
	Nee	16 (44)	87 (50)	29 (29)	64 (41)	183 (41)
Overige chronische aandoening(en)	Onbekend	18 (50)	75 (43)	63 (64)	84 (53)	236 (53)
	Ja	12 (33)	43 (25)	21 (21)	31 (20)	98 (22)
	Nee	6 (17)	56 (32)	15 (15)	43 (27)	112 (25)
Voedingstoestand	Onbekend	17 (47)	102 (59)	74 (75)	109 (69)	292 (65)
	Ondergewicht	2 (6)	13 (7)	5 (5)	7 (4)	26 (6)
	Normaal	11 (31)	43 (25)	17 (17)	35 (22)	99 (22)
	Overgewicht	6 (17)	16 (9)	3 (3)	7 (4)	29 (7)

### Diagnosen

Van deze 467 geregistreerde contacten was 8% positief getest, van wie 1 patiënt overleed. 37% testte negatief en 21% was klinisch verdacht voor COVID-19, maar niet getest. 34% van de patiënten was klinisch niet verdacht voor COVID-19 en niet getest (zie tabel 2).

**Tabel 2. Diagnosen bij dakloze patiënten gezien door straatdokters in negen steden in Nederland in februari-september 2020**

Diagnoses	
	Aantal (N=467) (%)
Positief getest	36 (8)
Negatief getest	174 (37)
Klinisch verdacht*	99 (21)
Klinisch niet verdacht**	158 (34)

\* Klinisch verdacht voor COVID-19, maar niet getest.

\*\* Na beoordeling door de straatdokters niet klinisch verdacht voor COVID-19 en ook niet getest.

De patiënten die klinisch niet verdacht zijn, zijn voornamelijk door de straatdokters gezien omdat zij in contact zijn geweest met een positief of verdachte patiënt of vanwege hun medische voorgeschiedenis. Bij beoordeling hadden deze patiënten geen klachten en zijn daardoor door de straatdokters als klinisch niet verdacht afgegeven. In de verdere resultatensectie wordt niet meer op deze groep ingegaan.

### **Algemene kenmerken in de positief geteste groep**

In vergelijking met de totale onderzoekspopulatie betrof de groep die positief testte op COVID-19 relatief meer mannen (81% versus 76%), meer migranten van buiten de Europese Unie (61% versus 35%); met relatief meer co-morbiditeit: 17% had COPD (versus 13%), 17% hypertensie (versus 9%), 14% andere cardiovasculaire aandoeningen (versus 9%) en 17% overgewicht (versus 7%), zie tabel 1. In de groep van immigranten van buiten de Europese unie was het percentage positief geteste patiënten 14% versus 5% in de rest van de groep, dit verschil is significant ( $p=0.001$ ). Het percentage positief geteste patiënten in de totale migrantengroep (EU en non-EU) is 12% versus 6% onder de Nederlandse patiënten, dit verschil is ook significant ( $p=0.046$ ), zie tabel 3.

**Tabel 3. Subgroep analyses voor land van afkomst**

Definitieve diagnose	Aantal. (%)						
	Totale populatie (N=446 <sup>‡</sup> )	Non-EU immigranten (N=158)	Restgroep* (N=288)	P-waarde	Immigranten <sup>†</sup> (N=196)	Autochtonen (N=175)	P-waarde
Positief getest	35 (8)	22 (14)	13 (5)	0.001	23 (12)	10 (6)	0.046
Negatief getest	168 (38)	46 (29)	122 (42)		64 (33)	82 (47)	
Klinisch verdacht voor COVID-19	96 (22)	37 (23)	59 (20)		51 (26)	34 (19)	
Klinisch niet verdacht voor COVID-19	147 (33)	53 (34)	94 (33)		58 (30)	49 (28)	

‡: In de totale populatie unieke patiënten

\*: Afkomstig uit Europa of Nederland

†: Afkomstig uit Europa of buiten Europa

### **Gerapporteerde symptomen en klachten**

De meest voorkomende symptomen in de COVID-19 positief geteste groep waren verkoudheid (47%), koorts (36%), vermoeidheid (25%) en kortademigheid (22%). Slechts 22% had een hoest (vergeleken met 32% in de klinische groep met verdenking op COVID-19 en 51% in de groep die negatief testte op COVID-19), zie tabel 4.

**Tabel 4. Klachten en symptomen bij COVID-19 gerelateerde contacten (N=467) onder dakloze patiënten gezien door straatdokters in negen steden in februari-september 2020**

		Symptomen per diagnosegroep			
		Positief getest (N=36)	Negatief getest (N=174)	Klinisch verdacht (N=99)	Klinisch niet verdacht (N=158)
		Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
Verkouden, snotteren, loopneus	Onbekend	1 (3)	7 (4)	4 (4)	3 (2)
	Ja	17 (47)	90 (52)	64 (65)	10 (6)
	Nee	18 (50)	77 (44)	31 (31)	145 (92)
Niezen	Onbekend	1 (3)	11 (6)	7 (7)	2 (1)
	Ja	2 (6)	20 (11)	9 (9)	1 (1)
	Nee	33 (92)	143 (82)	83 (84)	155 (98)
Reuk- en/of smaakverlies	Onbekend	24 (67)	94 (54)	88 (89)	138 (87)
	Ja	2 (6)	8 (5)	0 (0)	1 (1)
	Nee	10 (28)	72 (41)	11 (11)	19 (12)
Keelpijn	Onbekend	2 (6)	10 (6)	5 (5)	3 (2)
	Ja	7 (19)	54 (31)	23 (23)	7 (4)
	Nee	27 (75)	110 (63)	71 (72)	148 (94)
Hoesten	Onbekend	23 (64)	48 (28)	60 (61)	69 (44)
	Ja	8 (22)	88 (51)	32 (32)	6 (4)
	Nee	5 (14)	38 (22)	7 (7)	83 (53)
Kortademigheid	Onbekend	1 (3)	8 (5)	4 (4)	3 (2)
	Ja	8 (22)	56 (32)	36 (36)	4 (3)
	Nee	27 (75)	110 (63)	59 (60)	151 (96)
Koorts	Onbekend	2 (6)	6 (3)	5 (5)	3 (2)
	Ja	13 (36)	48 (28)	29 (29)	10 (6)
	Nee	21 (58)	120 (69)	65 (66)	145 (92)
Hoofdpijn	Onbekend	1 (3)	10 (6)	6 (6)	3 (2)
	Ja	2 (6)	24 (14)	9 (9)	4 (3)
	Nee	33 (92)	140 (80)	84 (85)	151 (96)
Vermoeidheid	Onbekend	1 (3)	30 (17)	11 (11)	59 (37)
	Ja	9 (25)	46 (26)	13 (13)	3 (2)
	Nee	26 (72)	98 (56)	75 (76)	96 (61)
Misselijkheid	Onbekend	1 (3)	16 (9)	6 (6)	3 (2)
	Ja	2 (6)	13 (7)	6 (6)	2 (1)
	Nee	33 (92)	145 (83)	87 (88)	153 (97)
Buikpijn	Onbekend	1 (3)	18 (10)	7 (7)	4 (3)
	Ja	2 (6)	14 (8)	5 (5)	4 (3)

	Nee	33 (92)	142 (82)	87 (88)	150 (95)
Diarree	Onbekend	1 (3)	19 (11)	7 (7)	4 (3)
	Ja	2 (6)	12 (7)	5 (5)	1 (1)
	Nee	33 (92)	143 (82)	87 (88)	153 (97)
Coronavingers en/of coronatenen	Onbekend	26 (72)	100 (57)	87 (88)	140 (89)
	Ja	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Nee	10 (28)	74 (43)	12 (12)	18 (11)
Zieke indruk	Onbekend	27 (75)	90 (52)	85 (86)	114 (72)
	Ja	0 (0)	18 (10)	3 (3)	2 (1)
	Nee	9 (25)	66 (38)	11 (11)	42 (27)

### Ziektebeloop

Van de positief geteste groep op COVID-19 werd 92% in quarantaine geplaatst en 19% in het ziekenhuis opgenomen, zie tabel 5. Eén patiënt werd op de intensive care opgenomen en overleed. Van de deelnemers met een klinische verdenking op COVID-19 werd 82% in quarantaine geplaatst en 6% in het ziekenhuis opgenomen.

**Tabel 5. Ziektebeloop bij COVID-19 gerelateerde contacten (N=467) gezien door straatdokters in negen steden in Nederland in februari-september 2020**

	Ziektebeloop per diagnosegroep			
	Positief getest (N=36)	Negatief getest (N=174)	Klinisch verdacht (N=99)	Klinisch niet verdacht (N=158)
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
Opname quarantaine	33 (92)	154 (89)	81 (82)	112 (71)
Ontslag quarantaine	33 (92)	145 (83)	63 (64)	94 (59)
Opname ziekenhuis	7 (19)	13 (7)	6 (6)	0 (0)
Ontslag ziekenhuis	9 (25)	9 (5)	4 (4)	0 (0)
Opname IC	1 (3)	4 (2)	0 (0)	0 (0)
Ontslag IC	2 (6)	3 (2)	0 (0)	0 (0)
Overleden	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lost to follow-up	2 (6)	17 (10)	19 (19)	5 (3)
Onbekend	0 (0)	9 (5)	16 (16)	17 (11)

## 2. Omvang en inhoud van COVID-19 gerelateerde zorg voor dakloze mensen in negen steden in Nederland

**Doelstelling:** inzicht te krijgen in de omvang en inhoud van de COVID-19 verleende zorg aan dakloze mensen in Nederland.

**Methode :** Voor dit observationeel beschrijvend onderzoek werden gegevens retrospectief verzameld via online vragenlijsten (CastorEDC) uit patiëntendossiers van alle dakloze patiënten die vanwege COVID-19-gerelateerde problemen contact hebben opgenomen met één van de straatdokerspraktijken in negen steden in Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Eindhoven, Tilburg, Heerlen, Nijmegen en Almere).

**Uitgevoerd door:** Michelle Hobus onder begeleiding van prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

Van de 467 COVID-19 gerelateerde contacten, vonden de meeste beoordelingen door de straatdokers plaats in de maatschappelijke opvang (40%) of per telefoon (30%). Van alle COVID-19 gerelateerde contacten vond 69% plaats op basis van COVID-19 gerelateerde klachten. 19% werd gezien vanwege contact met een verdachte of positief geteste patiënt, zie tabel 6.

**Tabel 6: Reden van beoordeling**

	<b>Aantal. (%) (N=467)</b>
COVID-19 gerelateerde symptomen	322 (69%)
Geen symptomen, zorgen van patiënt(e)	7 (1%)
Contact gehad met verdachte/positief getest persoon	89 (19%)
Medische voorgeschiedenis	16 (3%)
Overname ziekenhuis	8 (2%)
Andere reden	25 (5%)

### *Symptomatische en praktische geleverde zorg*

Ongeacht de groep kregen de meeste patiënten geen behandeling (61% in de positief geteste groep, 64% in de negatief geteste groep en 67% in de klinisch verdachte groep). In de positief geteste groep kreeg 22% pijnstillers of antipyretica, 11% overige medicatie (zuurstoftherapie, benzodiazepinen, verslavingsbehandeling of palliatieve zorg) en 8% antibiotica (versus 14% in de negatief geteste groep), zie tabel 7. De groep die klinisch verdacht was kreeg in 11% van de gevallen pijnstilling of antipyretica voorgeschreven. De praktische hulp die werd verleend is vergelijkbaar in de verschillende groepen.



**Tabel 7: Geleverde zorg per diagnose en in totaal consulten**

	No. (%)			
	Positief getest (N=36)	Negatief getest (N=174)	Klinisch verdacht (N=99)	Klinisch niet verdacht (N=158)
<b>Symptomatische behandeling</b>				
Pijnstilling en antipyretica	8 (22)	27 (16)	11 (11)	3 (2)
Antibiotica*	3 (8)	25 (14)	6 (6)	1 (1)
Longmedicatie	3 (8)	9 (5)	6 (6)	0 (0)
Overige medicatie/behandeling**	4 (11)	30 (17)	7 (7)	4 (3)
Geen behandeling	22 (61)	111 (64)	66 (67)	146 (92)
Onbekend	1 (3)	9 (5)	8 (8)	6 (4)
<b>Praktische hulp</b>				
Voeding	8 (22)	42 (24)	4 (4)	50 (32)
Onderdak	12 (33)	67 (39)	14 (14)	54 (34)
Geen hulp	12 (33)	76 (44)	52 (53)	90 (57)
Onbekend	10 (28)	19 (11)	27 (27)	10 (6)

\*: Alle soorten antibiotica gedurende de COVID-19 episode (bijvoorbeeld antibiotica voor andere infecties zoals cystitis of pneumonie)

\*\* : Zuurstoftherapie, benzodiazepinen, verslavingsbehandeling, palliatieve zorg, andere symptomatische zorg

### *Locatie zorgverlening en verwijzingen*

De meeste zorg is verleend in een opvanglocatie (78% voor de positief geteste groep, 75% voor de negatief geteste groep en 65% in de klinisch verdachte groep), zie tabel 8. Vergelijkbaar werden de meeste patiënten niet doorverwezen (72% in positief geteste groep, 82% in negatief geteste groep en 85% in klinisch verdachte groep). De negatief geteste groep werd vaker verwezen naar de SEH (7%) in vergelijking met de positief geteste groep (3%).

**Tabel 8: Zorgverlening: locatie en doorverwijzingen**

	No. (%)			
	Positief getest (N=36)	Negatief getest (N=174)	Klinisch verdacht (N=99)	Klinisch niet verdacht (N=158)
<b>Locatie zorg</b>				
Opvang (dag/nachtopvang inclusief noodlocatie)	28 (78)	130 (75)	64 (65)	93 (59)
24-uursopvang (sociaal pension/zonderdakwoning)	2 (6)	11 (6)	6 (6)	6 (4)
Ho(s)tel	1 (3)	3 (2)	3 (3)	2 (1)
Woning van kennis/familie/zichzelf	2 (6)	7 (4)	8 (8)	5 (3)
Ziekenhuis	1 (3)	4 (2)	2 (2)	1 (1)
Anders	0 (0)	2 (1)	1 (1)	4 (3)

Onbekend	1 (3)	5 (3)	2 (2)	3 (2)
<b>Verwijzing naar</b>				
Huisartsenpost/Huisartsen corona unit	1 (3)	9 (5)	2 (2)	1 (1)
SEH	1 (3)	13 (7)	3 (3)	1 (1)
Specialist ziekenhuis	6 (17)	3 (2)	4 (4)	1 (1)
Geen verwijzing	26 (72)	143 (82)	84 (85)	153 (97)
Onbekend	2 (6)	7 (4)	6 (6)	2 (1)

‡: Totaal aan consulten, sommige patiënten hebben meerdere consulten gehad

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

**Doelstelling:** *inzicht krijgen in de specifieke gevolgen en uitdagingen van de COVID-19 pandemie, en de daaraan gerelateerde maatregelen, voor de leefsituatie en het welbevinden van feitelijk dakloze mensen in acht steden in Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen, Tilburg, Utrecht, Heerlen, Nijmegen en Eindhoven) en in hun ervaringen met hulpverleners en instanties tijdens de COVID-19 pandemie.*

**Methode :** *Voor dit observationeel beschrijvend onderzoek werden gegevens retrospectief verzameld via online vragenlijsten (CastorEDC) uit patiëntendossiers van alle dakloze patiënten die vanwege COVID-19-gerelateerde problemen contact hebben opgenomen met één van de straatdokterpraktijken in negen steden in Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Eindhoven, Tilburg, Heerlen, Nijmegen en Almere).*

**Uitgevoerd door:** *Maartje Arts onder begeleiding van prof. dr. Judith Wolf en dr. Renée de Vet*

#### **Naleving coronamaatregelen**

93% 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%).

#### 4. Ervaringen van straatdokters met de zorg voor dakloze mensen tijdens de COVID-19 pandemie in Nederland

**Doelstelling:** 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.

**Methode :** Een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews met acht straatdokters uit 8 steden in Nederland.

**Uitgevoerd door:** Mara de Vries onder begeleiding van prof. dr. Judith Wolf en dr. Renée de Vet

##### **Toegang opvang en zorg**

Vier straatdokters gaven aan dat de kwaliteit van de door hen geboden straatdokterszorg door verminderde toegankelijkheid achteruit is gegaan, terwijl de anderen dit niet duidelijk zo hebben ervaren.

De mogelijkheid om 24 uur te verblijven in de opvang en de extra ruimte in de noodopvanglocaties die de gemeenten hadden geopend, heeft de toegang tot de opvang voor dakloze mensen verbeterd en 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 (gemiddelde: 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.'*

## 5. Organisatie COVID-19 beleid, opvang en sociaal medische zorg voor dakloze mensen in 22 centrumgemeenten in Nederland

**Doelstelling:** 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 de 43 centrumgemeenten. Verder zijn de ervaringen van de verantwoordelijke ambtenaren en van zorgverleners betrokken bij de daklozenzorg met betrekking tot deze organisatie en implementatie van COVID-19 maatregelen onderzocht.

**Methode :** Een online vragenlijst is verstuurd via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) naar 166 ambtenaren betrokken bij de organisatie van het COVID-19 beleid onder dakloze mensen in de maatschappelijke opvang in 43 centrumgemeenten. De vragenlijst is opgesteld op basis van de VWS-richtlijn met 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 medewerkers in de maatschappelijke opvang. 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.

**Uitgevoerd door:** Maria Kloosterman onder begeleiding van prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

### **Respons**

22 van de 43 gemeenten hebben de vragenlijst beantwoord (respons 50%). Er zijn aanvullende interviews gehouden met negen ambtenaren 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 ervaarden 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**

Respondenten uit 11 gemeenten (50%) meldden onvoldoende plaatsen, resulterend in wachtlijsten.

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.

Geïnterviewden gaven aan dat het opvangpersoneel een hogere werkdruk ervaarden, doordat opvangmedewerkers verspreid moesten worden over meerdere locaties.



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.

Infectiepreventie onder dakloze mensen was een uitdaging vanwege:

- Onduidelijke screeningsprotocollen in de opvang in de eerste weken na de uitbraak.
- 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.

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.

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 straatdokters is er behoefte aan een meer proactieve houding vanuit de GGD over advisering omtrent de organisatie van coronamaatregelen. Daarnaast hebben straatdokters 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 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.

## 4. Discussie

### 1. Samenvatting belangrijkste resultaten

Tussen februari 2020 en 18 september 2020 hebben de straatdokterpraktijken uit de 9 deelnemende steden in totaal 467 COVID-19 gerelateerde contacten gehad met 446 verschillende patiënten. Van deze 446 patiënten is 8% positief getest, van wie 1 patiënt op de IC werd opgenomen en overleed. In de groep dakloze patiënten afkomstig uit landen buiten de EU was het percentage positief geteste patiënten (14%) hoger dan onder dakloze patiënten afkomstig uit Europa (5%). Ongeacht of iemand positief, negatief of klinisch verdacht was kregen de meeste patiënten geen behandeling. Van de positief geteste groep werd 92% in quarantaine geplaatst en een vijfde was in het ziekenhuis opgenomen. Van de groep klinisch verdacht voor COVID-19 werd 82% in quarantaine geplaatst en 6% in het ziekenhuis opgenomen.

Uit de interviews met 67 dakloze mensen bleek dat de maatregelen goed bekend waren en over het algemeen werden nageleefd. De negatieve impact van de maatregelen was echter groot: bijna de helft had minder geld en meer dan de helft vond het contact met familie, vrienden en mensen op straat in negatieve zin veranderd. Meer dan een kwart voelde zich meer angstig en somber dan voor Corona. Veel afspraken met hulpverleners werden afgezegd.

Uit interviews met straatdokters, ambtenaren en dakloze mensen bleek dat de kleinschalige, 24-uurs opvang positief werd ervaren vanwege de grotere rust voor de dakloze mensen. Wel ontstonden soms spanningen vanwege het gedwongen binnenblijven. Ambtenaren en straatdokters ervoeren het ook als positief dat de onderlinge samenwerking en het netwerk door de pandemie versterkt is; het bleek mogelijk om met korte lijnen te communiceren en snel beslissingen te nemen. Op verschillende plaatsen kwam het initiatief om betrokken te worden van de straatdokters; zij zouden graag eerder door de gemeente betrokken worden als het gaat om de gezondheid van dakloze mensen. De overheidsinformatie over de medische zorg voor dakloze COVID-19 patiënten was volgens de straatdokters niet eenduidig hetgeen tot stress leidde en in een enkel geval tot een achteraf verkeerd advies. De straatdokters bevelen eenduidige, helder gecommuniceerde adviezen aan en daarnaast adviseren zij om de doelgroep ruimer te testen om een beter beeld van mogelijke besmettingen te kunnen krijgen, zeker na afschalen van de noodopvang.

De richtlijn van VWS voor preventieve maatregelen bleek bij uitvraging in de gemeente (n=22) overal geïmplementeerd; in korte tijd waren extra plekken voor nachtopvang en voor quarantaine gerealiseerd, alsmede aanpassingen in dag- en nachtopvang, ondanks forse uitdagingen. Deze betroffen vooral de beperkte tijd en financiële middelen om de benodigde capaciteit te realiseren, de opvang voor niet-rechthebbende dakloze mensen en alternatieven voor de dagopvang. Het gebrek aan testen en in het begin

beschermende materialen maakte de infectiecontrole lastig; het vervoer van mogelijk geïnfecteerde personen was een vraagstuk.

## 2. Duiding van de resultaten

### *Vergelijking met besmettingen in algemene Nederlandse populatie.*

Anders dan verwacht op basis van de bekende gezondheidsrisico's van dakloze mensen, wijzen onze bevindingen niet op een verhoogde besmettingsgraad onder dakloze mensen. Ook het percentage positief geteste mensen dat in het ziekenhuis werd opgenomen is vergelijkbaar met de percentages gevonden onder de algehele bevolking. Daarbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat de gemiddelde leeftijd van dakloze mensen lager is dan van de algehele bevolking, en ernstig verlopende Corona infecties vooral voorkomen onder ouderen, zodat waarschijnlijk het percentage ziekenhuisopnames onder de populatie dakloze mensen wel hoger is vergeleken met leeftijdsgenoten.

Evenals in ons onderzoek had de meerderheid van de personen met een aangetoonde COVID-19 infectie in opvangcentra in de VS geen symptomen zoals koorts op het moment van diagnose, wat suggereert dat de symptoomscreening in opvangcentra voor dakloze mensen niet voldoet om mogelijke besmettingen op te sporen.<sup>24</sup>

Evenals tijdens deze pandemie in Nederland toonden eerdere uitbraken van infectieziekten in populaties van dakloze mensen aan dat het organiseren van preventiemaatregelen in opvangcentra, en continuïteit van sociale ondersteuning en medische zorg voor hen een grote uitdaging is.<sup>25,26</sup> Bij een eerdere uitbraak van tuberculose ervoeren de betrokken dakloze mensen eveneens de ernstige psychische en fysieke stress. Aandacht hiervoor lijkt dus van belang. In tegenstelling tot deze studie zijn ze zich gedurende deze pandemie zeer bewust van de infectiepreventie maatregelen.<sup>26</sup>

Volgens een studie van het Centraal Planbureau (CPB) zal als gevolg van de pandemie het werkloosheidspercentage stijgen van 3,4% naar 4,5-9%, met als mogelijk gevolg een toename van het aantal dakloze mensen.<sup>27</sup> Aangezien de kosten van sociale uitsluiting en dakloosheid hoog zijn, zowel op individueel als op maatschappelijk niveau, blijven inspanningen om dakloosheid terug te dringen van belang, zoals aangegeven door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).<sup>28</sup>

## 3. Beperkingen van het onderzoek

Belangrijke beperking van de deelonderzoeken 1 en 2 is de onbekendheid van het bereik van de straatdokter. Anders dan in gewone huisartsenpraktijken is er geen sprake van een vaste, ingeschreven patiëntenpopulatie, waardoor geen uitspraak kan worden gedaan over het percentage mensen binnen de praktijk dat besmet is. Het is mogelijk dat dakloze mensen een andere huisarts geconsulteerd hebben met COVID-19 gerelateerde

klachten dan de straatdokter of zich direct bij het ziekenhuis op de spoedeisende hulp gemeld hebben.

Een andere beperking is het retrospectieve aspect van de dataverzameling, met name gedurende de eerste weken van de COVID-19 pandemie. Hierdoor missen in sommige gevallen algemene gegevens over de individuele patiënten en over de geleverde zorg.

Voor alle interviews (daklozen, straatdokters, gemeenteambtenaren) geldt dat ze idealiter face-to-face zouden zijn afgenomen, wat gezien de omstandigheden en de geldende maatregelen slechts beperkt mogelijk was. Waar mogelijk zijn er interviews gehouden via videobellen en anders via telefoon. Met name voor daklozen is dit een mogelijke drempel om aan de studie deel te nemen. Hierdoor kan het zijn dat er een selectie heeft plaatsgevonden. Desalniettemin is een gevarieerde en representatieve groep geïnterviewd.

#### **4. Aanbevelingen**

Hieronder de aanbevelingen die voortvloeien uit de verschillende deelstudies

1. Gezien de Covid-19 pandemie voortduurt en nog niet bekend is hoe lang deze zal duren, is informatie over Covid-19 onder deze kwetsbare groep nodig voor de beleidsvorming van het ministerie van VWS en het RIVM. Continuering van de monitoring van daklozen die met Covid klachten bij de straatdokerspraktijken komen, zoals gedaan in dit onderzoek, is nodig om zicht te houden op ontwikkelingen binnen deze groep en waar nodig maatregelen te kunnen nemen.
2. Het is aan te bevelen om dakloze patiënten op te nemen in een landelijk registratiesysteem voor huisartsen (zoals het Landelijk Schakelpunt), enerzijds om de medische registratie van deze vaak mobiele en variabele patiëntengroep te verbeteren en anderzijds om in de toekomst een completere studiepopulatie te realiseren.
3. Met betrekking tot communiceren over de coronamaatregelen is aan te bevelen dat te investeren in communicatie over COVID-19 in verschillende talen gezien de grote percentages mensen met een niet-Nederlandse achtergrond.
4. Het ter beschikking stellen van beschermingsmaatregelen voor dakloze mensen en/of voorwaarden creëren waardoor maatregelen in acht kunnen worden genomen is essentieel. Dakloze mensen hebben zelf bijvoorbeeld onvoldoende financiële middelen om die aan te schaffen (denk aan papieren zakdoeken of mondkapjes), hebben niet altijd een plek om binnen te blijven en overnachten in de opvang ook als zij lichamelijke klachten hebben die op corona kunnen wijzen. De nieuwe richtlijn van VWS voor brede winteropvang voorziet hier in.

5. Laagdrempelige testmogelijkheid voor dakloze mensen in de opvang, ook zonder typerende klachten.
6. Dit onderzoek geeft aan, in lijn met het rapport van RVS, dat kleinschalige 24-uursopvang voordelen heeft voor gezondheid en rust van dakloze mensen. Wij bevelen aan dat deze vorm van opvang een structurele vervanging wordt voor grootschalige nachtopvang, ook na de COVID-19 pandemie.
7. Wat betreft de gevolgen voor de leefsituatie en welbevinden van dakloze mensen:
  - Houd rekening met verminderde inkomsten van dakloze mensen en kom hen tegemoet door het verlagen van kosten die gelden voor opvang en voedsel of het geven van een toelage.
  - Zet in op het versterken en creëren van sociale netwerken, juist in tijden dat het contact met vrienden en/of familie verminderd is.
  - Ga bij feitelijk dakloze mensen actief na hoe zij zich mentaal voelen, want een kwart ervaart meer stemmingsklachten dan voor de coronaperiode.
  - Bemiddel proactief in zorg voor dakloze mensen voor hun lichamelijk en/of psychische klachten. Zij zullen zelf minder snel hulp zoeken.
8. Betrek straatdokters bij gemeentelijk beleid rond opvang, quarantaine en medische zorg voor daklozen. De goede voorbeelden van snelle besluitvorming tijdens de eerste maanden van de pandemie verdienen navolging, en zouden grootschaliger gedeeld kunnen worden
9. De aandacht van VWS, en het snel uitvaardigen van richtlijnen voor opvang en ondersteuning, ondersteunden het lokale beleid. Deze pro-actieve houding verdient voortzetting en navolging.

## **5. Conclusie**

Aard en omvang van de door de straatdokters in negen steden geregistreerde COVID-19-gerelateerde contacten suggereren dat tijdens de eerste corona golf de dakloze populatie niet zwaarder is getroffen dan andere delen van de bevolking, ondanks het feit dat zij relatief vaak lijden aan onderliggende ziekten die de kwetsbaarheid voor ernstig verlopende infecties vergroot. De adequate implementatie van beschermende maatregelen en extra omvang kan hieraan hebben bijgedragen. Hoewel de maatregelen meer rust geven, hebben zij een negatief effect op het mentale welzijn van een aanzienlijk deel van de dakloze mensen.

Deze bevindingen benadrukken het belang van infectiepreventie van COVID-19 onder dakloze mensen met vroegtijdige en goede communicatie tussen beleidsmakers en professionals voor opvang en medische zorg, duidelijke uitleg over maatregelen aan dakloze mensen, eenduidige medische adviezen, het laagdrempelig testen, het creëren van voldoende opvangplekken waarin de anderhalve meter maatregel gewaarborgd kan worden, voldoende hygiënevoorzieningen en snelle toegang tot medische zorg, praktische hulp en faciliteiten.

Voor een volgende golf of pandemie wordt aanbevolen in een vroeg stadium straatdokters te betrekken bij het beleid, eenduidige richtlijnen voor zorg en preventie te communiceren, ruimer te testen en alternatieven te bedenken voor dagopvang, en voor blijvende toegang tot hulpverlening.

#### **Dankwoord**

Onze dank is groot, voor iedereen die zijn of haar ervaring heeft gedeeld in het kader van dit onderzoek of op andere wijze heeft meegeholpen aan de dataverzameling.

## 6. Literatuur

1. 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. Verheul MSc, M., Laere, I., Muijsenbergh, D. and Genugten MSc, W., 2020. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in The Netherlands: the need for pro-active integrated care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 29(1), p.21.
4. CBS. Daklozen; persoonskenmerken 2020 [cited 2020 June 19]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/80799ned>.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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
9. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet Public health.* 2020;5(4):e186-e7.
10. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas.* 2020;136:38-41.
11. 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.
12. Albon D, Soper M, Haro A. Potential Implications of the COVID-19 Pandemic on the Homeless Population. *Chest.* 2020.
13. 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.
14. 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.

15. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *The Lancet Respiratory medicine.* 2020;8(5):447-9.

20. Peate I. Self-isolation and the homeless population. *Br J Nurs.* 2020;29(7):387.

21. 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.

22. 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.

23 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-vastgesteld>

24. 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.

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. CPB. Scenario's economische gevolgen coronacrisis.; 2020.

28. Gezondheid RvS. Herstel begint met een huis: dakloosheid voorkomen en verminderen. 2020.

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/04/21/herstel-begint-met-een-huis---dakloosheid-voorkomen-en-verminderen>

Publicaties over gezondheidsproblemen bij dakloze mensen zie [www.straadokter.nl](http://www.straadokter.nl)

