Project Straathoekverpleegkunde CAD Hasselt

1. Inleiding

1.1. Beoogde doelstelling van het project

Het voorliggend project had tot doel om de kwaliteit van zorg voor veranderingsresistente probleemdrinkers te optimaliseren. Hierbij werd vertrokken vanuit een brede visie op herstel (≠ abstinentie), waarbij in samenwerking welzijns- en gezondheidsvoorzieningen schadebeperkend gewerkt werd.

1.2. Beoogde methode om de doelstelling te bereiken

De wijze waarop men deze doelstelling wenste te realiseren was via de ontwikkeling van de methodiek 'straathoekverpleegkunde'. De focus lag op de 'zorgmijdende' veranderingsresistente probleemdrinkers die vanuit presentie gemotiveerd, geresponsabiliseerd en ondersteund worden om op vlak van persoonlijke hygiëne en algehele gezondheid zich te laten verzorgen en beter zorgdragen voor zichzelf. Gezien de focus op presentie en omdat de naam 'straatverpleegkunde' reeds gebruikt werd door 'Straatverplegers vzw Brussel', werd beslist om de naam van het project aan te passen.

1.3. Beoogde planning van het project

Het project startte officieel in Januari 2017 en eindigde in mei 2018. Onderstaande planning toont de verschillende fasen in de ontwikkeling van de methodiek.

	2017						2018		
	2	4	6	8	10	12	14	16	17
Aanstellen straathoekverpleegkundige & samenstelling stuurgroep									
Afbakenen doelgroep en vindplaatsen Hasselt									
Vorming ruimere werkveld									
Vorming straathoekverpleegkundige									
Ontwikkelen van visie en missie									
Uitwerken van methodiek op verschillende niveaus: • Doelgroep • Cliënt • Netwerk/beleid • Project									

2. Procesevaluatie

Het proces wordt geëvalueerd op basis van de door de projectindiener vooropgestelde doelstellingen. Er wordt aangetoond op welke wijze er al dan niet aan de doelstellingen tegemoet gekomen is. Vervolgens worden een aantal uitdagingen en aanbevelingen geformuleerd.

2.1. Opstart van het project

2.1.1. Aanstelling van straathoekverpleegkundige

De straathoekverpleegkundige was bij voorkeur een aanklampende verslavingsdeskundige met verpleegkunde als beroepsspecialisme die vanuit presentie en gemakkelijke vindplaatsgerichte aanspreekbaarheid voor de doelgroep de verbinding kon maken met huisartsen, spoeddiensten, en de bredere gezondheidszorg. De straathoekverpleegkundige Ivo Todts werd aangesteld in mei 2018. Hij is psychiatrisch verpleegkundige en was op het moment van zijn aanstelling werkzaam als GGZ specialist binnen het Wit Gele Kruis.

2.1.2. Samenstelling van de kerngroep

Tijdens een eerste overleg in december 2016 werd beslist om alle stakeholders die in het Hasseltse met de doelgroep in contact komen, te betrekken binnen de kerngroep. Naast de straathoekverpleegkundige, de projectindiener en de procesondersteuner HoGent, zouden volgende diensten bij de kerngroep betrokken worden:

- Jessa ziekenhuis (PAAZ)
- OCMW Hasselt (+ Housing First)
- Daklozenoverleg
- Preventiedienst CAD
- Poliklinieken
- Wit Gele Kruis

De kerngroep kwam in de loop van het project driemaal samen.

2.1.3. Voorbereidend werk

In de periode voor de aanstelling van de straathoekverpleegkundige werd op basis van een literatuuronderzoek, prospectie bij ‘vzw straatverplegers Brussel’ en ervaringen binnen straathoekwerk nagedacht over de taakinvulling en de caseload van de straathoekverpleegkundige, de afbakening van de doelgroep en mogelijke vindplaatsen.

2.1.3.1. Takenpakket straathoekwerkverpleegkundige

Bij de start van het project werden alle vooropgestelde taken besproken. Naast de verzorgingsmomenten op de straat werd van de straathoekverpleegkundige verwacht dat hij:

- de doelgroep in kaart zou brengen,
- het aanspreekpunt werd voor de doelgroep naar de verschillende betrokken actoren toe,
- de toegang tot de zorg faciliteerde,

- op beleidsniveau een netwerk zou uitbouwen,
- met het oog op continuering van het project een netwerkoverleg zou opzetten,
- en de knelpunten en succesfactoren zou monitoren en registeren.

Tenslotte werd ook vooropgesteld dat hij de omgeving zou sensibiliseren en informeren over het project.

2.1.3.2. Ondersteuning van de straathoekverpleegkundige

Om dit alles in een halftijdse tewerkstelling te realiseren werd een goed uitgebouwde ondersteuning bedacht. Hij kon aansluiten bij het Provinciaal categoriaal CAD straathoekwerk en hij kon terugvallen op het reeds sterk uitgebouwde netwerk in Hasselt. In dit netwerk (zorgcircuit middelen) participeren verschillende welzijns- en (geestelijk) gezondheidsactoren die samen verschillende werkingen en overlegplatformen uitbouwden (Housing First, daklozen overleg, wijkoverleg, intervisie, …).

De procesondersteuner van de Hogeschool Gent, o.l.v. de VAD, plande op regelmatige basis intervisiegesprekken, zocht naar praktische tools waarmee de straathoekverpleegkundige vlot de doelgroep in kaart kon brengen, het proces kon monitoren en op planmatig wijze knelpunten en succesfactoren kon bijhouden. Ze zocht naar good practices en mogelijke registratiesystemen en nam contact op met vzw Straatverplegers Brussel en met Straatdokters Nederland.

2.1.3.3. Afbakening van de doelgroep

De beoogde doelgroep van het project waren de ‘veranderingsresistente probleemdrinkers’, nl. cliënten met een chronisch alcoholafhankelijkheid die veranderingsresistent zijn (keuze maken om te blijven drinken) en individueel en maatschappelijk schade ervaren (VAD, 2015). Het waren voornamelijk die cliënten die bij andere diensten door de mazen van het net glipten.

Voor het bepalen van de caseload werd een vergelijking gemaakt met straathoekwerk. Een voltijdse straathoekwerker volgt jaarlijks gemiddeld een 80 tal gasten op. De straathoekverpleegkundige werkte halftijds en had net zoals een beginnende straathoekwerker een jaar nodig om positie te verwerven binnen zijn werkplek. Een twintigtal cliënten leek daarom een realistische inschatting van de caseload. In de eerste weken van het project zou de straathoekverpleegkundige vooral vindplaatsgericht werken en de gekende buurten, zoals de stationsbuurt, de pleinen, wijk Ter Hillst, supermarkten, en het café Anoniem (ontmoetingsplaats voor dak- & thuislozen), verkennen.

2.2. Vorming van de straathoekverpleegkundige

Tijdens de eerste maanden van het project lag de focus voornamelijk op het verkennen van de manier van werken binnen straathoekwerk en straatverpleging. Om inzicht te krijgen in de visie en werkwijze van straathoekwerk werd aanbevolen dat de straathoekverpleegkundige eerst een aantal weken stage zou lopen bij de straathoekwerkers van het CAD. Omdat sommige lokale straathoekwerkers in het begin eerder terughoudend waren om een vreemde binnen te laten in hun wijk waar ze sinds jaar en dag werken aan het behouden van de individuele vertrouwensrelaties, werd ervoor gekozen om hem stage te laten lopen bij straathoekwerkers uit een andere gemeente. In de periode juli-oktober 2017

volbracht de straathoekverpleegkundige eveneens een 7daagse opleiding 'straatverpleging' te Brussel. In maart 2018 volgde hij ook nog een vorming rond outreachend werken bij het expertisecentrum Reach Out!.

2.3. Doelstellingen op het niveau van de cliënt

2.3.1. Inleiding

Op het niveau van de cliënt werden twee subdoelen vooropgesteld:

- Werken vanuit presentie en vindplaatsgericht
- Aanklampende zorg en advies bieden in functie van gezondheid en persoonlijke hygiëne.

2.3.2. De Straathoekverpleegkundige werkt vanuit presentie

Zoals aangegeven in de projectaanvraag zou de straathoekverpleegkundige werken vanuit de **presentietheorie** (Baart, 2004). Presentie richt de zorg in via de relatie: men neemt radicaal het perspectief van de ander in als leidraad voor de zorg, in plaats van de logica van de methodiek of het aanbod. De straathoekverpleegkundige gaat en staat m.a.w. daar waar de doelgroep zich aanbiedt en werkt **aanklampend**. Hij werkt **vindplaatsgericht** maar doet tevens aan actieve en **assertieve case finding** op basis van signalen die hij op straat en in het netwerk opvangt.

2.3.2.1. Concrete uitwerking

Van bij het begin van het project was het voor de straathoekverpleegkundige duidelijk dat 'presentie' de benadering zou zijn van waaruit hij in relatie zou treden met de doelgroep. Naast de medische en hygiënische zorgen vond hij het vooral belangrijk om cliënten vanuit een herstelgericht visie te blijven ondersteunen. Eénmalige zorg (wondzorg, hygiëne, enz..) was mogelijk maar hij zou voornamelijk investeren in een duurzame relatie met de cliënten.

Maar ondanks de inspanningen van de straathoekverpleegkundige om present te zijn voor de maatschappelijk kwetsbare doelgroep, werden er in de eerste maanden van het project voornamelijk eenmalige interventies gedaan (bloeddruk nemen, medisch advies, kleine wondzorg, nagels knippen,…). Op de eerste stuurgroep van de VAD, op 30 november 2017, werd door Cis Dewaele opgemerkt dat de straathoekverpleegkundige **vindplaatsgericht** werkt en **niet echt vanuit presentie** aanwezig is. Cis stelde toen ook voor om presentie los te laten en meer **outreachend** te werk te gaan. Dit zorgde voor een kentering in het traject van de straathoekverpleegkundige. Voor de straathoekverpleegkundige was presentie als houding nog steeds belangrijk maar outreachend werken correspondeerde meer met hoe het er in de werkelijkheid aan toe ging. Toch, naar het einde van de projectperiode groeide vanuit presentie steeds meer de vraag naar zorg en opvolging van mensen met een GGZ problematiek en een acute of chronische co-morbiditeit.

Tijdens het project kwam men tevens tot de vaststellen dat het niet zo evident was om enkel de doelgroep 'veranderingsresistente probleemdrinkers' te behandelen. Ten eerste kon de straathoekverpleegkundige de **vindplaatsen niet lokaliseren**. De stationsbuurt, waar de doelgroep vaak vertoefde, was omwille van het VoltHa plan Hasselt, dat de stationsbuurt leefbaar en veilig wil maken, ontruimd. De enkelingen die de straathoekverpleegkundige er wist te verzorgen hadden een

goed uitgebouwd netwerk of behoorden niet echt tot de in het project vooropgestelde doelgroep. Ten tweede kwam de straathoekverpleegkundige al vrij snel tot de vaststelling dat **veranderingsresistente probleemdrinkers** op straat **moeilijk detecteerbaar** waren. In tegenstelling tot de vele dak- en thuisloze mensen die hij had gezien tijdens zijn stage met vzw straatverplegers Brussel, waren de mensen in Hasseltse minder frequent dak- & thuisloos en hadden zij in principe een ander profiel. Ze vertoonden ook weinig uiterlijke tekenen van slechte hygiëne of medische problemen. Tijdens de beperkte verzorgingsmomenten kon hij tenslotte niet achterhalen of iemand 'veranderingsresistent' was, waardoor het voor hem bijzonder moeilijk was om een strikte scheiding te maken tussen cliënten met een alcoholafhankelijkheid en cliënten met een middelenafhankelijkheid. In september 2017 werd beslist om de doelgroep te verruimen naar **mensen met een alcohol- en/of middelenafhankelijkheid die niet bereikt worden door de reguliere hulp- en dienstverlening.**

Het stond niet in de weg dat er in een aantal acute situaties **directief moest opgetreden** worden aangaande **medisch verpleegkundige crisissituaties**. Al snel bleek dat de straathoekverpleegkundige een mandaat had verworven om een meer directieve adviserende rol op te nemen. Zo was er bijvoorbeeld een dakloze die met mobiliteits- en respiratoire problemen buiten op een bank sliep. Deze man kon door de straathoekwerker niet gemotiveerd worden om naar het ziekenhuis te gaan. De straathoekverpleegkundige heeft toen de zorg overgenomen vanuit een medisch verpleegkundig standpunt en de cliënt aangespoord om met hem mee te gaan naar de spoed. Dit soort acute zorg in crisissituaties is een heel sterk bindend element. Het zorgt dat je vrij snel via andere vormen van outreachend werken tot werkrelaties komt, ook aangaande andere levensdomeinen.

2.3.3. De straatverpleegkundige biedt aanklampende zorg en advies in functie van gezondheid en persoonlijke hygiëne.

Deze doelstelling veronderstelt dat de straatverpleegkundige bij het toedienen van zijn (medische) zorgen gebruik maakt van evidence based richtlijnen en **harm reduction strategieën**. Hij beschikt daarnaast over een **medisch basisinstrumentarium** dat ad hoc kan aangepast worden in functie van de concrete zorgnoden. Indien nodig kan de straathoekverpleegkundige een arts consulteren.

2.3.3.1. Concrete uitwerking

Om als straathoekverpleegkundige herkend te worden droeg hij een *zwarte rugzak met een rood kruis*. Standaard bevat deze rugzak een aantal praktische zaken (bv: wegwerp scharen, houten spatel, handschoenen, brede en smalle tape,…), medisch basismateriaal (bloeddrukmeter, diabetes materiaal, …), verzorgingsmateriaal (verzorgingssetjes, iso betadine, pleisters, alcoholgel, windels,…) en vochtige doekjes.

Om verder in te zetten op de persoonlijke hygiëne van cliënten werd de inhoud van de rugzak tijdens het project verder aangevuld met items zoals zalfjes, tandpasta,… , items die men soms verkreeg via sponsoring.

In zijn contact met de cliënten bood hij niet enkel *verpleegkundige zorg en advies* maar had hij ook aandacht voor:

- *gezondheidsvoorlichting* met het oog op het verbeteren van het lichamelijk functioneren
    - *het belang van gezonde voeding*

- *oog hebben voor de psychische toestand van de zorgvrager*
- *nacht- dag ritme*
- *Het geven van medisch-verpleegkundig advies en inzicht*
- *…*

- *hygiëne* door aanbieden van vochtige doekjes en door mensen te informeren over douche en/of wasgelegenheden
  - *het bespreekbaar maken van de gevolgen / voordelen van een slechte hygiëne*
  - *assisteren bij de hygiënische zorgen*
  - *traject uitwerken naar de reguliere zorg ter ondersteuning*
  - *het aanbieden van staaltjes zalf (vochtregulerend, anti-jeuk, ..)*
  - *Het aanbieden van staaltjes tandpasta, wasgel, zeep,…*

Terwijl de straathoekverpleegkundige bij de start van het project voornamelijk contact zocht met de doelgroep via het uitdelen van vochtige doekjes, kan hij hen nu veel directer aanspreken. Hij vertoeft nu ook minder frequent in café anoniem want sommige mensen zoeken naar een andere, nog anoniemere plek om contact te maken met Ivo.

2.3.3.2. Schadebeperkende interventies

Omdat het project in zijn oorspronkelijke doelstellingen ook het werken vanuit Harm Reduction beklemtoonde, ontwikkelde de procesondersteuner op basis van wetenschappelijke literatuur een tool met tips om veilig en gezonder te drinken (zie bijlage 1). De idee was dat een straathoekverpleegkundige deze zou kunnen gebruiken in zijn contact met de doelgroep. Deze tool was niet geïndiceerd en werd niet gebruikt omdat het een relatieopbouw mogelijks in de weg zou kunnen staan. Tijdens de contactmomenten werd, indien het gesprek het toeliet, wel verwezen naar mogelijke schadebeperkende maatregelen, bijvoorbeeld door aan te geven dat men bij een pint bier best telkens twee glazen water drinkt, of door hen te motiveren om regelmatig kleine hoeveelheden voedsel in te nemen om zo lichamelijke schade te beperken, … . Ook werden posters met schadebeperkende tips uitgehangen in café anoniem.

2.4. Doelstellingen op het niveau van de doelgroep

Ook hier werden twee subdoelen vooropgesteld. Ten eerste zou de straathoekverpleegkundige de doelgroep in kaart brengen aan de hand van een aantal indicatoren. Hij zou dit doen in samenwerking met andere diensten. Ten tweede hoopte men dat de straathoekverpleegkundige het aanspreekpunt werd voor de doelgroep.

2.4.1. In kaart brengen van de doelgroep

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de straathoekverpleegkundige standaard een aantal gegevens zou bijhouden:

- De doelgroep: profielkenmerken, aantallen en evoluties
- Gezondheidsproblemen en verslavingen: lichamelijk, geestelijk, verslaving,…
- Gezondheidszorg (acties en toegang): ontmoetingen (contacten op straat, elders, …);

- Verzorging (specifieke verzorgende acties: wondverzorging, medicatieopvolging, basisparameters zoals bloeddruk, hartslag, ….),
- Toegang tot gezondheidszorg (acties in het kader van drempelverlagend werken, beeldvorming, overleg met zorgpartners, activiteiten gericht op administratie (mutualiteiten, zorgverzekering, …)

2.4.1.1. Concrete uitwerking

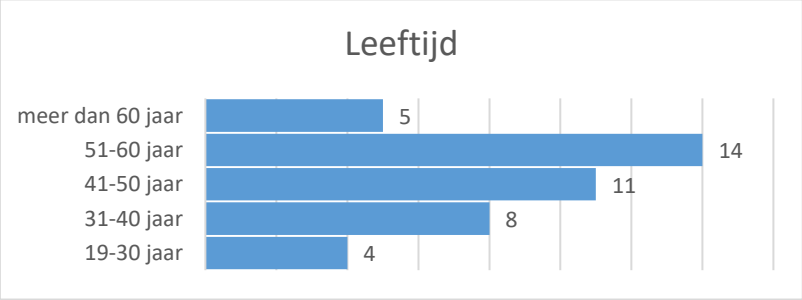
Samen met de procesondersteuner werd gezocht naar het ideale *registratiesysteem*. De meeste bestaande systemen, zoals bijvoorbeeld het intern systeem van de CAD en het registratiesysteem van Infirmiers de rue, waren te uitgebreid en niet aangepast aan de soms vluchtige en kortdurende interactiemomenten. De straathoekverpleegkundige koos ervoor om zelf een aantal basiszaken te registeren.

De procesondersteuner bezorgde de straathoekverpleegkundige een aantal reflectieve vragen ter ondersteuning van de intervisiemomenten en om op het einde van het project zicht te hebben op de bereikte doelgroep, het soort en aantal verzorgende of hygiënische acties, de schade beperkende maatregelen en de doorverwijzingen. Er werd gekozen voor een anoniem registratiesysteem naar analogie met het systeem van straathoekwerk in het CAD.

2.4.1.2. Enkele resultaten

Onderstaande resultaten zijn een weergave van de registraties in de periode mei 2017 t.e.m. april 2018.

De totale caseload bedroeg 42 cliënten met in het totaal 164 contactmomenten. De meeste cliënten waren mannen (n = 27). In tegenstelling tot het regulier straathoekwerk en de klassieke drughulpverlening lag het aantal vrouwelijke cliënten (n = 15) hier dus vrij hoog. Het merendeel van de cliënten was tussen de 41 en 60 jaar oud.

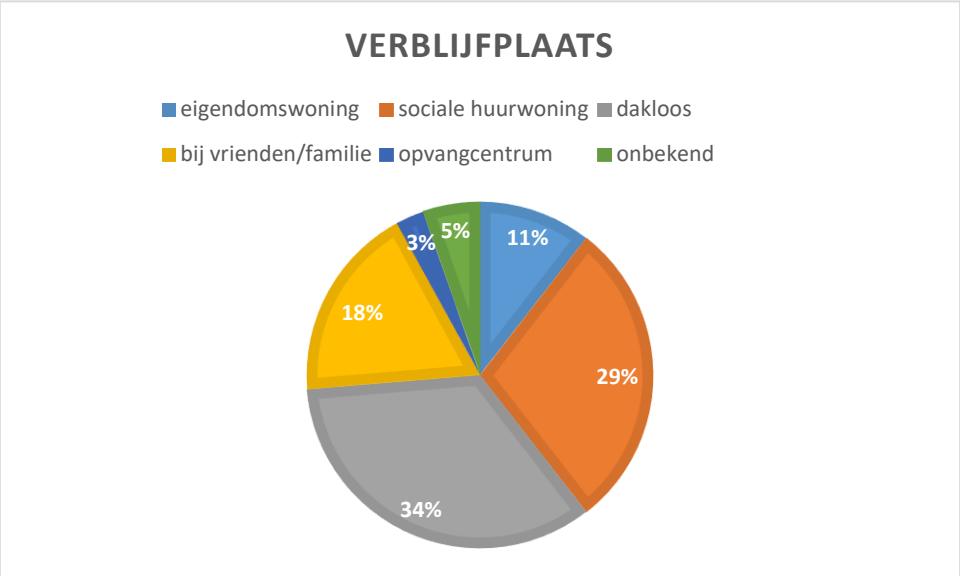


Figuur 1: leeftijd doelgroep

Wat de gezinssituatie betreft was 77% alleenstaande. Drie cliënten hadden ten tijde van het contact een partner, vijf cliënten hadden een partner en kinderen, twee mensen waren alleenstaande ouder, en één persoon woonde in bij familie.

De meeste cliënten (88%) was gedomicilieerd in Hasselt. Doch met de centrumfunctie die Hasselt heeft zag de straathoekverpleegkundige af en toe mensen uit andere gemeenten. Uit onderstaande figuur

blijkt dat de meeste cliënten dakloos waren, of in een sociale huurwoning woonden, of bij vrienden of familie verbleven.

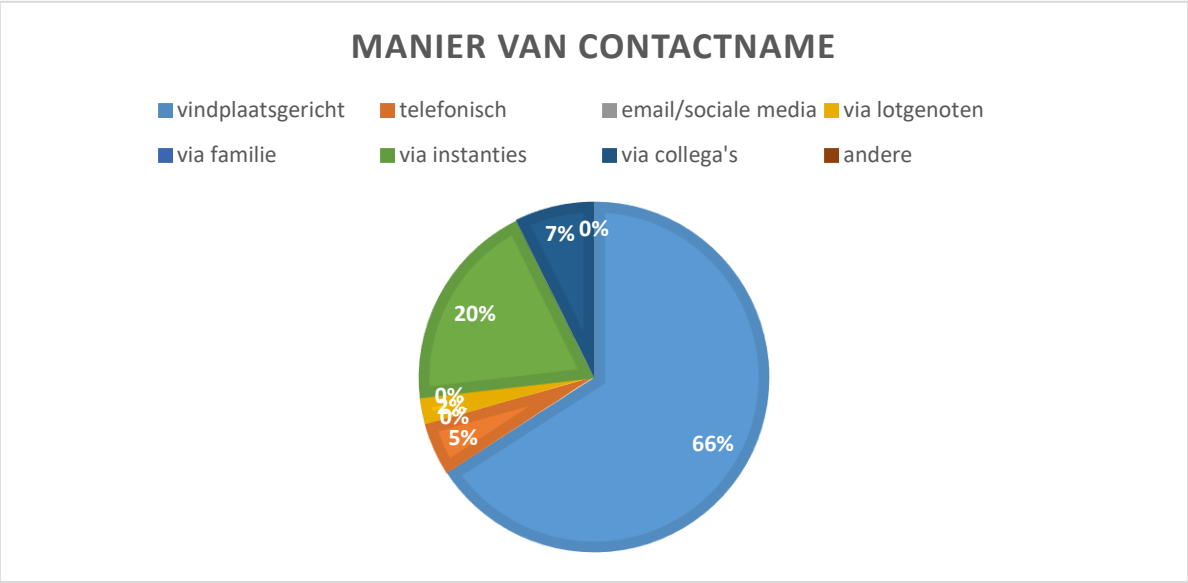


Figuur 2: verblijfplaats doelgroep

Voor 24 cliënten kon de straathoekverpleegkundige het officieel inkomen registeren. Het merendeel (n = 13) had een OCMW-leefloon, 2 cliënten kregen een ziekte-uitkering/invaliditeit, 4 cliënten leefden van hun pensioen en 2 cliënten kregen een tegemoetkoming voor gehandicapten. Tenslotte hadden er ook twee cliënten geen officieel inkomen.

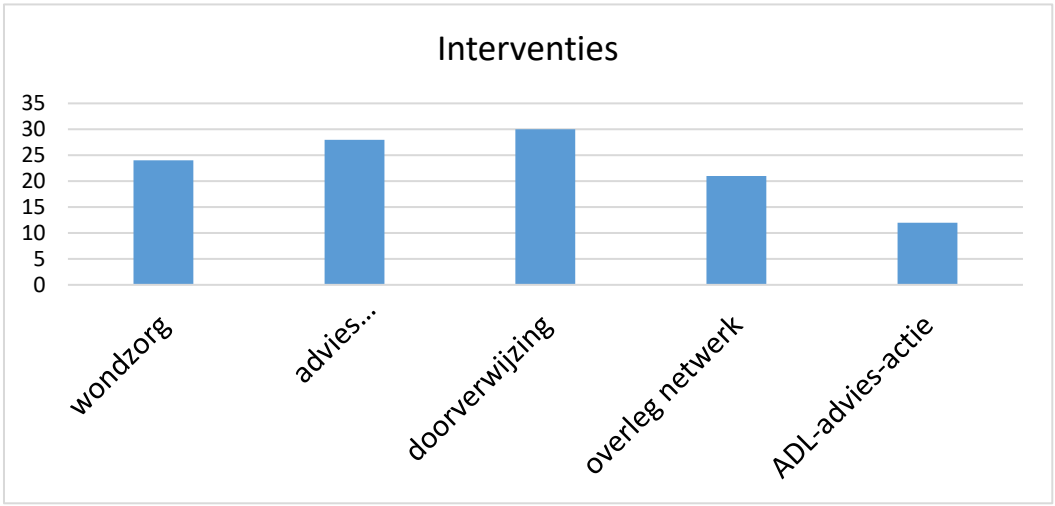
Van de 27 cliënten waarbij het middelengebruik werd geregistreerd was alcohol (n = 11), heroïne (n = 9), cocaïne (n = 3) en cannabis (n = 3) het primaire middel.

Het eerste contact verliep meestal op publieke plaatsen of op vraag van een hulp- of zorgverlenende instantie (zie figuur 3).



Figuur 3: Wijze waarop de straathoekverpleegkundige contact maakte met de doelgroep

Openbare plaatsen zoals de stationsbuurt of buurtparken (48%) en café anoniem (36%) waren de meest voorkomende plekken waar de straatverpleegkundige contact had met cliënten. Soms bezocht hij cliënten in hun verblijfplaats (16%) maar dat was meestal op vraag van een instantie.



Figuur 5: Soorten interventies tijdens contactmomenten (n = 115) met cliënten

Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het soort interventies, dat door de straathoekverpleegkundige werd geregistreerd. Zo is te zien dat hij in zijn contact met de cliënten aan wondzorg deed (n = 24), instond voor medisch-verpleegkundig advies (n = 28), en hen ook regelmatig doorverwees naar een arts of een andere zorg- of hulpverlener (n = 30). Soms ging hij voor een cliënt specifiek in overleg met diens formele netwerk (n = 21) of gaf hij ADL advies (n = 12) waarbij hij het item persoonlijke hygiëne en dagelijks functioneren (vaak gekoppeld aan de actuele zorgvraag) met de cliënten bespreekbaar maakte.

2.4.2. De straathoekverpleegkundige als aanspreekpunt voor de doelgroep

Het doel was dat de straathoekverpleegkundige als belangenbehartiger voor de doelgroep contacten uitbouwde met betrokken zorg- en hulpverleningsinstanties.

2.4.2.1. Concrete uitwerking

De straathoekverpleegkundige is door zijn aanwezigheid in het Hasseltse straatbeeld een **vertrouwd figuur** geworden. Zo getuigt ook het artikel in de buurtkrant van 22 december 2017: *Eigenlijk doet hij alles, van verwaarloosde nagels knippen tot psychiatrische hulp als ze het echt niet meer zien zitten. Zo'n 96 dak- en thuislozen telt Hasselt vandaag. Met, sinds dit jaar, hun eigen verpleger. De enige in Vlaanderen. "Ik trek de hele dag rond, aan het station, op de pleintjes, bij Café Anoniem. Zonder opdringerig te zijn, ze herkennen mij aan het grote, rode kruis op mijn rugzak. De ene dag hebben die gasten mij nodig, de andere lopen ze me gewoon voorbij. En dat is allemaal oké. Wat ze vooral willen? Nu is dat wondverzorging. Door een valpartij, omdat ze het al eens met elkaar aan de stok gehad*

hebben, sommigen ook door hun drugsverslaving of alcohol", vertelt de eerste Hasseltse 'straathoekverpleegkundige' Ivo Todts (54).



Foto gedownload van https://www.hbvl.be/cnt/dmf20171222_03258254/het-leven-op-straat-van-nagels-knippen-tot-ontstoken-wonden-verzorgen op 13 november 2018.

Dit aanwezig zijn in de leefwereld van de doelgroep creëerde ruimte om gericht te gaan interveniëren wanneer de situatie dit vereiste, niet tenminste omwille van de overdrachtelijke betekenis die aan experten wordt toebedeeld.

Tijdens focusgroepen met leidinggevenden en praktijkwerkers uit het ruimere hulp- en zorgverleningslandschap werd deze doelstelling meermaals bevestigd. Zo gaf een medewerker van het Housing First project aan hoe zij op cruciale momenten een beroep doen op de medische bagage van de straathoekverpleegkundige.

> *"Binnen Housing First zijn we allemaal maatschappelijk werkers en zijn er geen verpleegkundigen en we komen bij mensen aan huis waar er ook wel heel wat medische klachten zijn. Het zijn mensen die jarenlang op straat geleefd hebben. We zeggen wel dat ze naar de dokter moeten maar die stap durven ze meestal niet te zetten en soms heb ik ook heel grote vraagtekens bij de medicatie die ze innemen. Daarom vind ik het een heel grote meerwaarde dat ik Ivo heb want ik kan die vaak aanspreken en dan krijg ik de uitleg of hij gaat mee op huisbezoek om inschatting te maken. "*

Een hulpverlener uit het MSOC van het CAD vertelt dat zij de straathoekverpleegkundige had opgebeld toen één van hun cliënten ontslagen werd uit de PAAZ. Zij vreesden dat de medicatie van de man niet

langer in orde was en vroegen aan de straathoekverpleegkundige om dit eens te bevragen mocht hij de cliënt in kwestie op straat tegenkomen.

Ook binnen het huiskamerproject 'café Anoniem' kwam de straathoekverpleegkundige regelmatig over de vloer en stond hij in voor zowel de kleine als grotere verpleegkundige zorgen.

> *"Wij hebben het materiaal en zo… maar er zijn toch bezoekers bij waar wij ook zien dat het verder gaat dan een blaar of een kleine wonde die verzorgd moet worden. Voor mensen die al langer op straat zitten is dit wel … ja serieuzer, en dan vinden wij het ook heel belangrijk dat Ivo daar met zijn ervaring als verpleegkundige kan aangeven 'dit moet verder opgevolgd worden door een arts."*

De link met het straathoekwerk van de Stad Hasselt (LISS) werd tijdens de duur van het project minder snel gemaakt. Volgens de coördinator van het LISS is dit vooral structureel te verklaren, nl. omdat de straathoekverpleegkundige 's morgens op straat aanwezig is en de straathoekwerkers pas rond de middag aan de slag gaan. Hij benadrukt dat ze tijdens het project te weinig beroep deden op de straathoekverpleegkundige maar ziet wel nog een mogelijke samenwerking in de toekomst. De straathoekwerkers van de stad Hasselt beamen dit maar geven aan dat de straathoekverpleegkundige niet de zorgmijdende doelgroep bereikt die de CAD met het project oorspronkelijk voor ogen hadden. Volgens de straathoekwerkers bereik je deze doelgroep enkel en alleen vanuit presentie. Dit vergt tijd, en met een halftijdse zou dit mogelijks twee jaar in beslag kunnen nemen.

> *"Mijn mannen zijn ook soms dakloos en drinken op de pleintjes waar Ivo komt, maar ze hebben geen contact met hem. Het is een andere mentaliteit dan die mannen van café anoniem want die mannen hebben wél geleerd hoe ze om hulp kunnen vragen".*

> *"Het is soms wat tegenstrijdig. Een gast heeft een vaste huisarts en nog andere hulpverleningsdiensten die rond hem zitten, maar hij kan alleen tegen mij zaken vertellen. Het is soms uit schaamte dat ze het tegen niemand anders durven te vertellen, of omwille van gedrag die ze gesteld hebben, ze willen dat niet delen. Dan is het wel interessant dat je de straathoekwerkmethodiek kent. Dat geeft ruimte aan de gasten om iets te vertellen. Dan zou het fijn zijn dat je een collega hebt die je kan betrekken. Ik heb het nog niet kunnen proberen. Maar dat kost tijd, tegen dat je met die gasten zoiets kan bereiken."*

De straathoekwerkers staan open om met de straathoekverpleegkundige samen te werken maar willen daarenboven graag zicht krijgen op de visie en werkwijze van de straathoekverpleegkundige want tot op heden is het voor hen niet duidelijk of hij nu vanuit presentie werkt of ad hoc cliënten verzorgt.

2.4.2.2. Gewijzigde aanpak

Op basis van bovenstaande verhalen is aangetoond dat de straathoekverpleegkundige steeds vaker met de doelgroep aan de slag ging na een oproep vanuit het ruimere werkveld. Bij de start van het project werd echter aangegeven dat andere hulpverleningsinstanties geen cliënten naar de straathoekverpleegkundige konden **doorverwijzen**. Ze konden wel input geven of signaleren waar de straathoekverpleegkundige mogelijks cliënten kon aantreffen. Enerzijds koos de straathoekverpleegkundige hiervoor omdat hij vanuit presentie een relatie wou opbouwen met de

cliënten. Anderzijds wou hij voorkomen dat het werkveld hem te pas of te onpas zou oproepen. Steeds vaker deden hulp- & zorginstanties beroep op hem voor kleine ingrepen of in moeilijke situaties. Een terechte bekommernis hierbij is dat men misbruik gaat maken van het systeem door de straathoekverpleegkundige in te schakelen om de hiaten in de zorg- en hulpverlening t.a.v. de doelgroep op te vangen. Het opvolgen van een cliënt die ontslagen werd uit de PAAZ dient niet de taak te zijn van de straathoekverpleegkundige, maar is idealiter een casemanager of iemand van het MoBiL team. De dienst Housing First zou in haar team ook een psychiatrisch verpleegkundige kunnen aanstellen. Café Anoniem zou de straathoekverpleegkundige graag structureel ingebed zien zodat ze op vaste dagen beroep op hem kunnen doen. Ze zouden zelfs een lokaaltje voorzien waar hij de mensen kan ontvangen. Maar ook dit gaat voorbij aan de opdracht van een straathoekverpleegkundige en kan beter ingevuld worden door structureel beroep te doen op een verpleger van bijvoorbeeld het Wit Gele Kruis. Het blijft dus een uitdaging voor de straathoekverpleegkundige om bij elke oproep een goede afweging te maken of hij erop ingaat of niet, zonder hierbij zijn relatie met het netwerk te beschadigen.

2.4.3. De straathoekverpleegkundige verbetert de (toegang tot) kwaliteitsvolle zorg met focus op gezondheids- en hygiënisch vlak voor de doelgroep.

De straathoekverpleegkundige ontwikkelt:

- sensibiliserende acties rond de doelgroep en de problematiek met als inzet ‘de continuering van en/of de opstart van zorg voor de doelgroep’.
- sensibiliserende acties voor kappers, pedicures, tandartsen …..via uitwisselingsprojecten.
- vormingsmateriaal over ‘medische zorgen’ en ‘zorgen op vlak van hygiëne’, specifiek bij veranderingsresistente probleemdrinkers.
- een vormingsaanbod voor de spoeddienst/polikliniek/thuisverzorgenden.

2.4.3.1. Concrete uitwerking

In april 2017 werd er vanuit de VAD in samenwerking met E-QUAL en Reach Out! een vorming georganiseerd in het CAD Hasselt. Het vormingsaanbod richtte zich tot iedereen die op één of andere manier bij het zorgtraject van veranderingsresistente probleemdrinkers betrokken was. Volgende thema’s werden in het vormingsaanbod belicht: kwaliteit van leven, harm reduction, herstelgericht werken, alcohol- en drugmisbruik, en outreachend werken. Er werd gebruik gemaakt van verschillende werkvormen waaronder presentaties, interactieve discussies en groepswerk. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal aanwezigen per organisatie/dienst.

Tabel 1: aanwezigen vorming 23 april 2017

OCMW	4
Straathoekwerk Stad Hasselt	2
netwerk geestelijke gezondheidszorg van West-Limburg	2
café anoniem	2
CAD (MSOC, straathoekwerk, straathoekverpleegkundige…)	9
Politie Hasselt	1
vzw Basis/sociale werkplaats	1

Spoed AZ Jessa	1

Zoals eerder aangehaald kon de straathoekverpleegkundige de vooropgestelde doelen in een halftijdse betrekking onmogelijk allemaal gerealiseerd krijgen waardoor hij zich voornamelijk gefocust heeft op het uitbouwen van een netwerk. Zo wist hij met een aantal reguliere zorgverstrekkers formele of informele samenwerkingsakkoorden te bekomen. Bijvoorbeeld naar de beschikbaarheid en continuering van zorg kon de straathoekverpleegkundige beroep doen op de medewerking van het Jessa ziekenhuis. Na enkele succesvolle casussen, en omdat dit voor beide partijen een win-win situatie was, werd de afspraak gemaakt dat de straathoekverpleegkundige aanwezig zou zijn bij de opname van cliënten in de spoed, weliswaar nog steeds vanuit de insteek 'om overlast te vermijden'. De patiënt kon dan rekenen op de nodige medische aandacht en dit binnen een aanvaardbare tijdsspanne. Er werden concrete afspraken gemaakt in functie van de verdere opvolging van de cliënten. Zo begeleidde hij bijvoorbeeld iemand met alcoholafhankelijkheid en een TBC problematiek die illegaal in België verbleef. Na drie weken opname werd een nieuw formeel netwerk opgestart met het oog op een betere opvolging van de cliënt. Dit nieuw netwerk bestond naast de straathoekverpleegkundige uit een straathoekwerker, het OCMW (in functie van een tijdelijke huisvesting), iemand van de vereniging m.b.t. tbc en immuun ziektebestrijding (VCRG), het CAW (in het kader van een asielaanvraag), en een huisarts.

Naast de specifieke afspraken met de spoeddienst wist de straathoekverpleegkundige voornamelijk ook linken te leggen met het OCMW. Zo gaf hij aan dat het verpleegkundig-medisch aspect binnen de OCMW hulpverlening belangrijker was geworden, de hulpverleners van het OCMW waren alerter geworden voor de somatische en psychische problematiek van hun cliënteel met een verslavingsproblematiek maar ervoeren tegelijkertijd nog steeds een expertisetekort.

Via het daklozenoverleg kwam hij meer te weten over de medische en psychiatrische noden en bekommernissen van de dak- of thuisloze cliënten wat resulteerde in een betere opvolging van deze cliënten. In de winteropvang ging hij vooral sensibiliserend te werk tijdens de was- en slaapmomenten omdat dit ideale momenten waren om medisch verpleegkundige of items en hygiënische aspecten aan te kaarten.

2.5. Doelstellingen op het niveau van samenwerking

De straathoekverpleegkundige bouwt samenwerkingsverbanden uit rondom de cliënt en organiseert regelmatig cliëntoverstijgende overlegmomenten zou met het netwerk.

2.5.1. De straathoekverpleegkundige als bruggenbouwer

2.5.1.1. Concrete uitwerking

De straathoekverpleegkundige trad in de loop van het project steeds vaker op als **bruggenbouwer** tussen de cliënt en de organisaties/diensten die belangrijk waren voor het verwezenlijken van een betere kwaliteit van leven voor de cliënt. Volgens zijn collega's in Housing First had hij daar ook wel de maturiteit en ervaring voor en wist hij wanneer en naar wie hij best kon doorverwijzen. Toch geeft de straathoekverpleegkundige ook zelf aan dat dit niet altijd zo evident was. Een valkuil was soms dat hij te lang vasthield aan het 'zorgen voor' de cliënt en minder inzette op het betrekken van zowel het formele als informele netwerk rondom de cliënt bij de continuering van de zorg. De

straathoekverpleegkundige omschrijft het als volgt: “Het risico dat de verpleegkundige-medische insteek van de straathoekverpleger wordt uitgebreid naar andere domeinen van hulp- en zorgverlening dient zeker goed bewaakt te worden”.

Daarom is het bijwonen van regionale **overlegmomenten** door de straathoekverpleegkundige noodzakelijk omdat zo sneller kan ingegrepen worden. Op deze overlegmomenten worden concrete netwerken rond de cliënt uitgebouwd en worden onderlinge afspraken gemaakt over wie welke taak op zich neemt. **Voorwaarde** is dat het **gedeeld beroepsgeheim** een prioriteit blijft om een goede, gedeelde opvolging te kunnen garanderen.

Op het lokaal cliëntoverleg werd bijvoorbeeld voor een bepaalde cliënt afgesproken dat Housing First zou instaan voor de woonbegeleiding, het OCMW zich over het budgetbeheer zou ontfermen, de straathoekwerker als buddy zou fungeren en dat een verpleegkundige van het Wit Gele kruis periodiek de verpleegkundige opvolging zou doen. De straathoekverpleegkundige bleef het aanspreekpunt voor de medisch-verpleegkundige items.

Voor een andere (dakloze) cliënt die enkel de straathoekwerker als netwerk had, werkte Ivo eerder vanuit een aanklampende zorg. Hij bleef het verpleegkundig-medisch luik (medicatietoediening, wondzorg, advies, doorverwijzing) opnemen, weliswaar onder de supervisie van de arts van het CAD.

2.5.2. De straathoekverpleegkundige organiseert regelmatig breder (cliëntoverstijgend) netwerkoverleg.

2.5.2.1. Concrete uitwerking

De straathoekverpleegkundige was betrokken bij bestaande netwerken waardoor het niet noodzakelijk was om zelf ook nog een netwerkoverleg te organiseren. Om in zijn halftijdse toch ook voldoende op de straat aanwezig te zijn maakte hij wel steeds de afweging om al dan niet bij het overleg aan te sluiten.

De straathoekverpleegkundige was meestal aanwezig op het tweewekelijks teamoverleg **straathoekwerk van het CAD** omdat zijn doelgroep een grote overlap toonde met het cliënteel van straathoekwerk.

> *Er dient gesteld te worden dat de straathoekverpleegkundige zowel een **gelijkaardige** en **complementaire positie** innam t.a.v. het lokale Hasseltse straathoekwerk. Net zoals een straathoekwerker ondersteunde hij de mensen met een alcohol- en middelenafhankelijkheid op verschillende levensdomeinen en benaderde hij hen vanuit de werkattitudes echtheid, betrokkenheid, gelijkwaardigheid, openheid, voorwaardelijkheid, nabijheid, betrouwbaarheid en respect (Beelen et al., 2014). De psychiatrisch medisch-verpleegkundige expertise van de straathoekverpleegkundige creëerde echter daarenboven nog een extra ingangspoort en zorgaanbod voor de doelgroep.*

Hij was minder vaak aanwezig op het **daklozenoverleg,** dat ook tweewekelijks doorgaat. Op dit overleg zijn verschillende diensten en disciplines (OCMW, politie, CAW, directe opvang, straathoekwerk, Housing first, straatverpleging) aanwezig. De straathoekverpleegkundige gaf zelf aan dat dit voor hem

een heel belangrijk forum was voor netwerkoverleg en het uitbouwen van een geïntegreerd aanpak t.a.v. bepaalde cliënten.

Verder was de straathoekverpleegkundige periodiek aanwezig op het teamoverleg **Straathoekwerk van de stad Hasselt** om zo contacten te kunnen onderhouden met alle straathoekwerkers van Hasselt.

Soms werd hij ook uitgenodigd om deel te nemen aan bijvoorbeeld een wijkoverleg, een intervisie op het OCMW, … .

2.5.3. De straathoekverpleegkundige creëert op beleidsniveau een kader waarin opgezette samenwerkingsverbanden kunnen gecontinueerd worden.

Omdat het netwerk-denken binnen het Hasseltse reeds heel sterk aanwezig was waren er op beleidsmatig niveau geen bijkomende acties meer nodig. Het zorg- en hulpverleningsnetwerk nam zelf heel snel het initiatief om de methodiek structureel in te bedden. Het project wordt dan ook verder gecontinueerd tot december 2019 dankzij financiële investeringen van het OCMW en de stad Hasselt, met voorzichtig en hoopvol optimisme op verdere financiering.

2.6. Doelstellingen op het niveau van het project

2.6.1. De straatverpleegkundige expliciteert doelstellingen, activiteiten, registreert en evalueert

De doelstellingen en activiteiten van een straatverpleegkundige werden in voorgaande punten reeds aangehaald. De evaluatie van het project werd uitgevoerd door de procesondersteuner (zie punt 3).

De visie kwam tot stand op basis van de inzichten en ervaringen van de straathoekverpleegkundige, in overleg met de projectcoördinator en procesondersteuner. De visie werd als volgt geëxpliciteerd:

De straathoekverpleegkundige is aanwezig op **publieke plaatsen** waar hij mensen met een alcohol- en/of illegale middelenafhankelijkheid ontmoet en verzorgt. In de praktijk sluit straathoekverpleging heel nauw aan bij de omschrijving van **categoriaal outreachend werken** nl. “Een sterk naar buiten gerichte, niet afwachtende benadering waarbij potentiële cliënten (lees ‘chronische drinkers’ en ‘gebruikers’) worden opgezocht en actief (lees voornamelijk verpleegkundig-medische) hulp wordt aangeboden zonder echt hulp op te dringen (Vandenbempt, 2001, p.27).
De straathoekverpleegkundige biedt **specialistische zorg** maar draagt een **holistische bril** en heeft naast het medische aspect ook oog heeft voor de verschillende levensdomeinen en de samenhang daartussen. Voor mensen bij wie het formeel en informeel netwerk ontbreekt zal hij aanklampende zorg bieden en geïntegreerde zorg garanderen door **complementair samen te werken** met andere diensten (bv: OCMW, straathoekwerk, de spoedafdeling, wijkmanagers,…). Hij stimuleert en activeert als het ware positieve verbinding met voorzieningen en het eigen netwerk.
De straatverpleegkundige werkt **doelgroepgericht** waardoor hij zich prioritair richt op de specifieke gezondheidsnoden van de doelgroep met het oog op het bevorderen van hun kwaliteit van leven. Indirect kan dit ook leiden tot het verminderen van de overlast in de stad maar het ‘maatschappijgericht’ zijn (Beelen et al., 2014) is niet de finale doelstelling van de straathoekverpleegkundige.

3. Evaluatie van het project

In mei 2018 werden twee focusgroepen georganiseerd, één met de leidinggevende van de betrokken zorgpartners (n = 6) en één met praktijkwerkers (n = 5) die in het kader van het project met de straathoekverpleegkundige hadden samengewerkt. Omdat de straathoekwerkers van de stad Hasselt niet aanwezig konden zijn, werden zij (n = 2) op een later moment bevraagd. Ook werden korte informele gesprekken gehouden met een zestal cliënten uit café anoniem. Volgende onderzoeksvragen werden gesteld:

- Wat betekent straathoekverpleegkunde voor u (uw organisatie)? Wat zijn uw ervaringen?
- Wat zijn succesfactoren en waar ziet u mogelijke belemmeringen?

De bevindingen uit deze bevragingen worden hieronder thematisch weergegeven.

3.1. Ivo, de straathoekverpleegkundige

Het mag gezegd worden, hoewel Ivo bij de start van project moeilijkheden had om zicht te krijgen op de doelgroep en het omringende zorg- en hulpverleningslandschap, werd hij al vrij snel erkend als 'de straathoekverpleegkundige' van Hasselt. Alle participanten spraken lovende woorden over het project maar verwezen bijna exclusief naar **de persoon 'Ivo'**.

> *"Hij heeft ook het vertrouwen van de gasten. Hij heeft die mature uitstraling en heeft het vertrouwen." (café anoniem)*

> *"Want het gaat al gans de tijd over Ivo, en Ivo doet dat super, en we hebben er binnen thuisverpleegkundige weinig die dit ook zouden kunnen doen. Je zegt de verpleegkundige expertise, en ja dat klopt, maar ik durf hier iemand anders die job laten doen, die gaan niet kunnen doen wat Ivo allemaal doet. Ik denk omdat Ivo ook heel wat bagage heeft, hij heeft thuisverpleging mee, ggz mee, verslavingszorg, die verschillende brillen kan hij in die functie wel opnemen." (Wit Gele kruis)*

> *"Het gaat vooral ook over de juiste man Ivo!" (OCMW)*

Tezelfdertijd benadrukten de participanten het belang van zijn **medisch-verpleegkundige status** om cliënten te motiveren en te activeren, ondanks het feit dat deze cliënten veelal wantrouwig zijn t.a.v. welzijns- en gezondheidsdiensten.

> *"De mensen kennen hem nu ook al omdat hij bij ons komt en hij drinkt dan een tas koffie of een tas soep. Mensen kennen hem en weten "aja, dat is die verpleegkundige, die weet waarover die spreekt" (café anoniem)*

> *"Ja, Ivo kan het vertrouwen winnen en tracht zo de brug samen met de mensen te maken om hen naar de dokter te krijgen. Wij hebben helemaal geen medische scholing en als Ivo dat zegt 'gij moet nu naar de spoed' dat heeft meer indruk op de mensen" (Housing First).*

Hij speelde soms ook een **ondersteunende rol naar praktijkwerkers** die het eventjes wat moeilijk hadden met één van hun cliënten.

"Een cliënt die ik niet te pakken kreeg, de collega's zeiden ook van "laat het eventjes zo, zet er een stop op". Als Ivo mij belde, en zei "kijk ik maak er mij toch zorgen over, kan je die toch nog eens zien", dan ging ik dat wel proberen".

Tenslotte werd ook de meerwaarde van de straathoekverpleegkundige als **psychiatrisch verpleegkundige** belangrijk geacht in het aanvoelen van de vaak complexe ondersteunings- en zorgvragen van de doelgroep.

"…vanuit psychiatrisch verpleegkunde containt hij, verdraagt hij die dingen en kan hij die beter plaatsen waardoor hij verder kan werken, ook al zijn ze psychotisch en angstig. En dat is het grote verschil en dat is iets wat maatschappelijk werkers veel minder in hun vingers hebben. Hij komt niet in een onmachtspositie omdat hij de dingen kan kaderen, omdat hij dat voelt, de rugzak waardoor hij die dingen kan plaatsen." (CAD)

3.2. Positieve bejegening t.a.v. de doelgroep

Bij de start van het project hoopte men om een verpleegkundige aan te trekken die werkzaam was binnen het Jessa ziekenhuis om verbindend en vanuit een positieve bejegening met de doelgroep te kunnen werken en zo een brug te bouwen naar de residentiële gezondheidszorg. Jammer genoeg kon dit niet doorgaan maar de straathoekverpleegkundige wist in de loop van het project een **goed contact uit te bouwen** met de spoedafdeling wat voor de doelgroep van onschatbare waarde was.

Zo stelt een medeweker uit café Anoniem: *"Ons gasten hebben altijd het gevoel dat ze er buiten gekeken worden. Ivo is de perfecte persoon om dit soort attitude weg te werken. Dat zijn ook mensen die hulp nodig hebben. Dat is een beetje de weg plaveien. Spoed staat algemeen gekend dat als je als gast binnenkomt met iemand van netwerk en die slaat op tafel met zijn vuist, dat het toch sneller kan. Als je het structureler doet, als je met hem meegaat zal je sneller behandeling krijgen. Een bekend gezicht worden door mee te gaan. Voor mensen die zich niet kunnen uitdrukken is dit heel belangrijk*".

Ook het feit dat de straathoekverpleegkundige als **brugfiguur** contacten legt met huisartsen en op zoek gaat naar artsen die de cliënten niet onmiddellijk afschrijven als junkies, wordt dan weer door de praktijkwerkers sterk gewaardeerd.

"Andere dokters gaan die ofwel snoepjes voorschrijven of hen niet echt onderzoeken omdat het maar Junkies zijn." (Housing First)

3.3. Aanklampende zorg

In de periode van de focusgroepen deed de straathoekverpleegkundige voornamelijk kortdurende medische interventies bij cliënten met een alcohol- en/of drugproblematiek. Toch blijkt uit de gesprekken dat hulpverleners het vertrouwen hebben dat de straatverpleegkunde met tijd ook **veranderingen zal kunnen initiëren op andere domeinen**.

"En als je op dat moment daar bent en je werkt als verpleger…van daaruit kan hij een opstap maken omdat hij naast de verpleegkundige zorg ook dat psychische, dat welbevinden kan aanvoelen en voor een stukje kan inschatten, en dat dat een opstap kan zijn om op lange termijn, misschien over een jaar, dat ook aan te raken." (Housing First)

Vooral het café anoniem vindt het ook belangrijk dat de straathoekverpleegkundige **continuïteit** kan aanbieden aan hun cliënteel.

> *"Bij de dak- en thuislozen groep is dit nog feller hé. Die moet je opvolgen want ze hebben geen klok, geen besef van tijd en van de dag of geen besef van hoe lang geleden ze Ivo gezien hebben, dat is iets dat de straathoekverpleegkundige in het oog moet houden voor hen."*

3.4. Straathoekverpleegkunde: een voltijdse job

Samenhangend met bovenstaande thema is de uitdrukkelijke vraag van alle deelnemers om straatverpleegkunde als een voltijdse job in te vullen. Door het feit dat hij halftijds werkt is de kans groter dat hij de mensen uit het oog verliest, zeker op straat. Met een voltijdse job kan hij continuïteit creëren en zich nog zichtbaarder opstellen waardoor de doelgroep gemakkelijker naar hem toe zal stappen. Andere deelnemers opteerden voor twee halftijdse medewerkers. Deze kunnen de lasten en de zorgen delen, invallen bij ziekte en vakantieperiodes overbruggen waardoor de continuïteit ten alle tijde op de straat gewaarborgd blijft.

3.5. Intensiever samenwerken en structureel inbedden van de functie straathoekverpleegkunde

Wat in alle gesprekken weerklonk was de vraag naar een **intensievere vorm van samenwerken.** Tal van aanwezigen zouden binnen hun eigen organisatie een plek willen voorzien waar Ivo, liefst op een aantal vaste tijdstippen, hun cliënten kan verzorgen. Een andere vraag was om meer zicht te krijgen op zijn uurrooster zodat ze hem efficiënter konden oproepen. Door de projectcoördinator werd meermaals aangegeven dat de straathoekverpleegkundige onmogelijk elke oproep kan of moet beantwoorden. Hij moet wel voortdurend de inschatting maken in welke mate de oproeper mogelijks zelf oplossingen kan vinden binnen het eigen netwerk. Als dit niet het geval is, kan de straathoekverpleegkundige ingrijpen.

> *"Waarom zegt Ivo tegen iemand op straat, 'je hebt pijn aan uw been, ga eens naar de dokter', dat is omdat hij achterliggend weet dat die op het MSOC komt en dat die daar naar zijn been kan laten kijken. Maar bij een andere gast maakt hij zijn tas wel open en kijkt hij wel naar het been want die staat er alleen voor, …en dat vinden we een gigantische uitdaging waar wij nu voor staan". (coördinator)*

Wat het thema **'structurele inbedding'** waren sommige participanten de mening toegedaan dat de straathoekverpleegkundige best **onafhankelijk** blijft en dus niet ingekanteld mag worden binnen een specifieke dienst of instantie. Zij vonden dat de straathoekverpleegkundige er in de eerste plaats moet zijn voor de cliënten en aldus onafhankelijk moet kunnen werken van de regelgeving van een organisatie.

> *"Daar moet je dan mee opletten want een straatverpleegkundige moet op straat werken en een schakel zijn tussen de diensten, niet in functie van één dienst werken want dan gaan ze je weer associëren met een dienst terwijl een heel aantal gasten allergisch zijn voor een bepaalde dienst" (straathoekwerk stad Hasselt).*

Binnen het project wordt deze visie niet gedeeld. De coördinator verwoord het als volgt: "*Het juridisch werkgeverschap is totaal irrelevant voor het uitbouwen van deze functie. Het is wel belangrijk dat er een zekere onafhankelijkheid is van andere teamwerkingen binnen organisaties. Het is aan de professionaliteit van de straathoekverpleegkundige binnen het CAD om deze rol en positie te verwerven. Gezien men echter vrij vaak alleen op straat vertoeft is de ondersteuning door en inbedding in een organisatie belangrijk in functie van coaching, ondersteuning en intervisie, naast de aanwezigheid van medische, ggz en verslavingsexpertise en professionelen.".*

Over de wijze waarop de structurele inbedding moet gebeuren waren de meningen eerder uiteenlopend. Sommigen gaven aan dat het een **gedeelde verantwoordelijkheid** is en dat alle betrokken partners financieel zouden kunnen bijdragen om een straatverpleegkundige aan te stellen. Anderen zagen het als de **opdracht van de stad Hasselt** en nog anderen vonden de huidige constellatie waarbij de straathoekverpleegkundige deel uitmaakt van zowel het CAD als het WitGele Kruis, en daarnaast ook nog een voet binnen heeft in Housing First project, als het ideale scenario.

3.6. Netwerk van de straathoekverpleegkundige

Een laatste thema, dat voornamelijk binnen de focusgroepen aan bod is gekomen, is om blijvend in te zetten op het uitbouwen van een netwerk zodat de straathoekverpleegkundige sneller en gemakkelijker cliënten kan doorverwijzen. Men denkt hierbij voornamelijk aan de relaties met de gezondheidszorg, huisartsenpraktijken, tandartspraktijken, … . Voor de meeste deelnemers is het belangrijk dat de straathoekverpleegkundige allianties maakt met zorg- en hulpverleners die de doelgroep genegen zijn. Anderzijds opteren zij ook om in te zetten op het sensibiliseren van de gezondheidszorg door bijvoorbeeld cursussen te organiseren. De projectcoördinator gaf hierbij aan dat de meeste goede relaties voornamelijk tot stand zijn gekomen vanuit concrete casussen waarbij de zorgverstrekker zelf ook een win-win situatie kon ervaren. Vanuit straathoekwerk kwam de opmerking dat de straatverpleegkundige zoveel mogelijk de regie bij de cliënt moet laten zodat die zelf keuzes kan maken.

4. Enkele conclusies en aanbevelingen voor de toekomst

4.1. Uitbreiding van de doelgroep

Een eerste belangrijke conclusie is dat de straathoekverpleegkundige zich in zijn acties niet kan beperken tot de doelgroep 'veranderingsresistente probleemdrinkers'. De oorspronkelijke projectoproep bleek hypercategoriaal te zijn. Op straat werkt dit echter niet. Bij een medische vraag wordt de verzorging opgestart. Of iemand dan tot de groep veranderingsresistente probleemdrinkers behoort kan immers moeilijk in een eerste ontmoeting bevraagd worden. Op straat zou de functie alle geloofwaardigheid verliezen als dit vervolgens zou betekenen dat men niet geïncludeerd wordt voor de voorhanden zorg. Een aanbeveling is dan ook om voor een bredere en pragmatischere omschrijving van de doelgroep te kiezen, zijnde *de meest kwetsbare en zorgmissende (dak- of thuisloze) middelengebruiker en/of psychiatrische patiënt met een zorgnood aan verpleegkundige zorg of hygiëne.*

Er wordt expliciet gekozen voor de term **'zorgmissende'** in plaats van de term 'zorgmijdende' omdat men van mening is dat de term 'zorgmijder' de zorg reduceert tot zijn institutionele vorm waarbij de 'nood aan zorg' het perspectief van de professionals belicht en niet dat van de doelgroep zelf. Ervaring leert echter dat het vermijden van zorg vaak een interactie is tussen kenmerken van het individu (bv: complexiteit van de zorgnoden) én kenmerken van het vaak versnipperde zorgsysteem (bv: ontoegankelijke of ontoereikende zorg) (Klop et al., 2018; Parys, 2017; Schout, de Jong, Zeelen, 2010).

In de omschrijving van de doelgroep wordt er eveneens verwezen naar de **psychiatrische patiënt.** Uit het project blijkt namelijk dat de straathoekverpleegkundige meermaals werd opgeroepen omwille van zijn expertise als psychiatrisch verpleegkundige, en hoewel de functie aanvankelijk complementair moest zijn aan het huidige outreachende en aanbodgerichte zorgaanbod, vormde de straathoekverpleegkundige een belangrijke brug naar meer GGZ op straat en in de eerstelijnsdiensten (door CAW, OCMW, Housing First, Winternachtopvang, ……..). Wil men in Hasselt de functie ook voor psychiatrische expertise op straat gebruiken en/of langdurigere trajecten mogelijk maken bij chronische zorgmissers dan lijkt een voltijdse betrekking minstens aanbevolen.

4.2. Belangrijke eigenschappen van de straathoekverpleegkundige

Een tweede vaststelling van het project was dat de straathoekverpleegkundige wel degelijk contact wist te maken met de eerder omschreven doelgroep en dat hij hen daarenboven vrij snel kon toeleiden naar de nodige medisch-psychiatrische zorginstanties, zelfs ondanks hun vaak negatieve ervaringen met dergelijke gezondheidsinstanties (Carusone et al., 2019). Volgens de projectindiener en de betrokken zorg- en hulpverleningsinstanties zouden volgende factoren hierbij een rol gespeeld hebben:

- de maturiteit van de straathoekverpleegkundige,
- zijn professionele status als medisch-verpleegkundige,
- zijn affiniteit met de doelgroep en zijn kennis over de complexiteit van hun zorgnoden.

Met **maturiteit** bedoelen we dat de straathoekverpleegkundige de nodige ervaring en skills had om:

- ongedwongen en zelfverzekerd aansluiting te vinden met de heterogene doelgroep,
- snel en efficiënt om te gaan met crisissituaties,
- bij ongepast gedrag (bv: agressie) zijn grenzen aan te geven zonder de persoon te verwerpen,
- oprecht interesse te tonen en de tijd te nemen om met de mensen te praten zonder hen te bruuskeren met vervelende of eerder confronterende vragen,
- directief in te grijpen bij mensen met een acute medisch-verpleegkundige of psychiatrische zorgnood.

Hoewel onderzoek aantoont dat de doelgroep gemakkelijker vertrouwensrelaties opbouwt met casemanagers of straathoekwerkers en eerder wantrouwig staat t.a.v. medisch geschoolde professionals, werd dit binnen het huidige project niet bevestigd. Integendeel, de **professionele status van de straathoekverpleegkundige** bleek regelmatig een ingangspoort te zijn om mensen, bij wie de medische zorgnood acuut was, te overtuigen zich te laten opnemen in een ziekenhuis, of bij een eerder chronische zorgnood te kiezen voor een behandelen door het WitGele Kruis of een huisarts. Een mogelijke verklaring hiervoor is de unieke laagdrempelige insteek van het project waarbij een

verpleegkundige de doelgroep op de straat aanspreekt en helpt, eerder dan binnen dokterspraktijken, consultatiediensten of verplegerspunten waar men met vaste spreekuren werkt.

Vanuit zijn **affiniteit** met de doelgroep en zijn **kennis van de complexe problematieken** van de doelgroep bleef de straathoekverpleegkundige naast zijn medisch-verpleegkundige zorgen ook oog hebben voor psychosociale ondersteuningsnoden. Het is dan ook deze brede en holistisch benadering om naar de doelgroep te kijken dat tot aanbeveling strekt wanneer men straathoekverpleegkunde wenst te implementeren.

4.3. Samen-werken aan een optimale geïntegreerde zorg

Een derde conclusie van het project betreft het **samenwerken v**an de straathoekverpleegkundige met netwerkpartners als cruciale factor voor het bekomen van een **optimale geïntegreerde zorg** voor de doelgroep. Terwijl de holistische benadering van de straathoekverpleegkundige bijdroeg aan het tijdig opsporen van specifieke somatische en psychosociale problemen, vergde een **herstelgerichte** en evidence-based zorg ook een rijker en beter aansluitend palet aan professionals. Daarom werd naast de steun van het CAD Hasselt (projectindieners) vrij snel gezocht naar netwerkpartners zoals bijvoorbeeld het OCMW, WitGele Kruis, Housing First, staathoekwerk, café Anoniem (ontmoetingsplaats voor dak- & thuislozen), huisartspraktijken en Jessa Kliniek. De samenwerking was meestal wederkerig in die zin dat de zorg- en hulpverleningsinstanties voor advies of medisch-verpleegkundige en psychiatrische hulp bij de straathoekverpleegkundige terecht konden en dat hij op zijn beurt mensen naar hen kon doorverwijzen. Het bleef echter een uitdaging voor de straathoekverpleegkundige om daarin een goed evenwicht te vinden aangezien de cliënten niet altijd tot de vooropgestelde doelgroep behoorden of eigenlijk al beschikten over een goed uitgebouwd netwerk waardoor hij sommige oproepen niet kon beantwoorden. Om de gerealiseerde goede relaties te borgen lijkt het dan ook sterk aanbevolen om hierrond in de toekomst formele afspraken te maken (Van Daalen et al., 2019).

Nog een aanbeveling is om verder te blijven inzetten op de **uitbouw** van een **zo breed mogelijk netwerk** en niet in het minst met **gezondheidsinstanties** zoals de ziekenhuizen, huisartspraktijken, en tandartspraktijken. Tot op heden waren de contacten van de straathoekverpleegkundige met de ziekenhuizen en eerstelijnsdiensten eerder beperkt maar wel lonend omdat tijdig passende zorg geboden kon worden aan de patiënten en omdat de eerstelijnszorg professionals de aanwezigheid of het advies van de straathoekverpleegkundige wel konden appreciëren. Vanuit de vaststelling dat (dak- en thuisloze) mensen met een verslavings- en of psychiatrische problematiek veelal een aversie hebben aan dokters en ziekenhuizen (Whitley, 2013), en dat medisch geschoolde professionals een eerder negatieve attitude hebben ten aanzien van de doelgroep, met een minder optimale zorg tot gevolg (van Boekel et al., 2013), dient een goede samenwerking verder gestimuleerd te worden. Het formaliseren van samenwerkingsafspraken tussen de straathoekverpleegkundigen en de eerstelijnsdiensten zou dit proces vergemakkelijken, zeker wanneer het stadsbestuur en zorgverzekeraars hierin een faciliterende rol innemen (Van Daalen et al., 2018).

4.4. Ruime inbedding van de straathoekverpleegkundige

Een vierde vaststelling, en meerwaarde voor het project, was het feit dat de straathoekverpleegkundige ten tijde van het project ingebed zat in het CAD Hasselt (50%) en het WitGele Kruis (50%), met beperkt percentage in Housing First. Gezien het merendeel van de cliënten van de straathoekverpleegkundige een ernstige middelenmisbruikproblematiek heeft, was de **inbedding binnen de verslavingszorg** geen overbodige luxe. Hij had onmiddellijk toegang tot het medisch sociaal opvangcentrum van het CAD, wat zijn toegang tot een medische equipe (arts) vergemakkelijkte. Door zijn tewerkstelling bij het **WitGele Kruis** konden collega verplegers sneller ingeschakeld worden voor de verdere opvolgen van sommige van zijn cliënten.

De inbedding binnen deze organisaties was bovendien belangrijk voor de verdere professionalisering en empowerment van de straathoekverpleegkundige. Via intervisiemomenten konden bepaalde ervaringen en moeilijke casussen bespreekbaar gemaakt worden en werden zowel de visie als de rollen van een straathoekverpleegkundige uitgeklaard. Deze intervisiemomenten waren er veelal op vraag van de straathoekverpleegkundige zelf maar zouden voor minder ervaren straathoekverpleegkundigen best structureel ingebouwd worden.

Momenteel wordt de straathoekverpleegkundige gefinancierd door het OCMW Hasselt maar blijft hij eveneens ingebed binnen het CAD en het WitGele Kruis. Dit toont aan dat de stad Hasselt de straathoekverpleegkundige als een toegevoegde waarde ervaart binnen het huidige outreachende en reguliere zorgaanbod.

4.5. Destigmatiserende acties

Een vijfde conclusie heeft betrekking op het destigmatiseren van de doelgroep met behulp van een aantal acties zoals:

- het organiseren van een vormingsaanbod voor medewerkers van de in het project betrokken zorgverstrekkers,
- het coachen van WitGele Kruis medewerkers en Housing First medewerkers,
- vormen van studenten verpleegkunde aan PXL Hasselt, de UCLL Genk, de Pivh Hasselt (hbo5);
- informeren van de gemeenschap via lokale kranten en magazines (Belang van Limburg, Nursing, Kerke en Leven, Gezond thuis, …).
- bekendmaking van de missie en visie van de straathoekverpleegkundige tijdens een vergadering van het Voltha plan Hasselt, voor de kerkgemeenschap Kuringen Hasselt, en voor de KVLV Zonhoven. In de planning staat nog een infomoment voor het complete team van de stad Hasselt.

Dergelijke acties zijn van onschatbare waarde voor het welbevinden van de (dak- en thuisloze) mensen met een verslaving en/of psychiatrische problematiek, gezien de vaak negatieve attitudes van hulpverleners (Boekel et al., 2013, 2014; Vistorte et al., 2018).

In het curricula van studenten verpleegkunde komen topics zoals verslaving en psychiatrische problematieken heel beperkt aan bod. Toch blijkt dat wanneer zij beter voorbereid worden op het werken met de doelgroep, d.m.v. bijvoorbeeld uitgebreidere kennis en vaardigheden m.b.t. verslaving,

fysieke gevolgen van gebruik, psychiatrische problematieken en bestaande behandelingen, zij meer gemotiveerd zijn om zich voor de doelgroep te engageren (Hung, Lam, & Chow; 2019 Bingham & O'Brien; 2017; Smothers et al., 2018).

Ook wanneer vorming en coaching van hulpverleners geïnitieerd en ondersteund wordt door de werkgever, wat binnen het project het geval was, zou het bijdragen aan meer voldoening en een grotere bereidheid van hulpverleners om met deze doelgroep te werken (Ford et al., 2008).

4.6. Brug- en signaalfunctie van de straathoekverpleegkundige

Tenslotte, omwille van het projectmatige van de doelgroep werd expliciet gekozen om een functie te creëren complementair aan het huidige zorg- en hulpverleningsaanbod; nl. een medisch verpleegkundige aanvulling op de reeds bestaande psychosociale praktijken zoals bijvoorbeeld de straathoekwerkers, (F)ACT teams of Mobiele teams. Zoals aangetoond vervulde de straathoekverpleegkundige naast deze outreachende hulpverleners een belangrijke schakel om verdere sociale uitsluiting van de doelgroep tegen te gaan door de toegankelijkheid naar de reguliere zorg- en hulpverlening te vergroten. Het project leerde ons ook dat de straathoekverpleegkundige de geschikte persoon is om de hiaten in het huidige aanbod te detecteren en te signaleren waar de eerste lijn, op enkele uitzonderingen na, tekort schiet t.a.v. de kwetsbare doelgroep.

Zijn professionele status als medisch-verpleegkundige zorgde niet alleen voor een snellere toegang tot de doelgroep, het opende ook deuren naar betere zorg voor de doelgroep op de spoedafdeling en bij huisartsen.

Vanuit de verschillende overlegmomenten (bv: straathoekwerk, daklozenoverleg, wijkoverleg,…) kon hij de vinger aan de pols houden maar zelf ook doelgroepgebonden noden signaleren.

Op het niveau van het lokaal sociaal beleid slaagde hij erin om een signaalfunctie te vervullen ten aanzien van het stadsbestuur. Door de problematiek zichtbaar te maken, is het thema het voorbije jaar op de agenda van lokale beleidsmakers terecht gekomen. Zo worden er voor dit jaar publieke middelen vrijgemaakt om de straathoekverpleegkundige halftijds in dienst te nemen.

Bronnenlijst

Baart, A. (2004). Introductie in de presentietheorie. Geraadpleegd via file:///C:/Users/igoe177/Downloads/Presentiefilosofie_in_mal.pdf

Bingham, H., & O'Brien, A.J. (2017). Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of mental health Nursing, 27*(1), 311_319.

Carusone, S.C., Guta, A., Robinson, S. ,Tan, D.H., Cooper, C., O'Leary, B., et al. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?" - hospital care experiences of people who use drugs. Harm Reduction Journal, 16, 16-26. https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7

Ford R, Bammer G, & Becker N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2452-2462.

Hung, M.S.Y., Lam, K.K.L., CHowTung, M.C.M. (in press). Nursing students' experiences of mental health first aid training: A qualitative descriptive study. *Collegian*. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.02.006

Klop, H.T., Evenblij, K., Jaap R. G. Gootjes, J.R.G., de Veer, A.J.G. and Onwuteaka-Philipsen, B.O. (2018). Care avoidance among homeless people and access to care: an interview study among spiritual caregivers, street pastors, homeless outreach workers and formerly homeless people. *BMC Public Health, 18*, 1095 – 1107.

Parys, A. (2017). *Care on the Street: A study on practices of care among homeless people in Amsterdam* (Thesis). University of Amsterdam, Amsterdam.

Schout G, de Jong G, & Zeelen J. (2010). Establishing contact and gaining trust: an exploratory study of care avoidance. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(2),324-33. https://doi.org/10. 1111/j.1365-2648.2009.05171

Smothers, Z., Reynolds, V. McEachern, M., Derouin, A. L., Carter, B.M., & Muzyk, A. (2018). Substance Use Education in Schools of Nursing: A Systematic Review of the Literature. *Nurse Educator, 43*(3), 136-139.

VAD (2015). *Een geïntegreerde aanpak voor veranderingsresistente probleemdrinkers* [Onderzoeksrapport]. Geraadpleegd op 1 oktober 2016 via https://www.vad.be/materialen/detail/een-geintegreerde-aanpak-voor-veranderingsresistente-probleemdrinkers

Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M., Van Weeghel, J., Garretsen, H.F.L., (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 131*, 23–35.

Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M., Van Weeghel, J., Garretsen, H.F.L., (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence, 134,* 93-98.

Van Daalen, K., Kromwijk, E., Van Den Muijsenbergh, M., Van Laere, I., & Sassen, B. (2019). Sociaal-medische zorg daklozen niet overal vanzelfsprekend. *TVZ, 04,* 46-49.

Vistorte, A.O.R., Ribeiro, W.S., Jean, D., Jorge, M.R., Evans-Lacko,S. & Mari, J.J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 53*(3), 317-338. doi: 10.1177/0091217418778620.

Whitley, R. (2013) Fear and loathing in New England: examining the healthcare perspectives of homeless people in rural areas. *Anthropology & Medicine 20*(3): 232-243.