

# **BROODNODIGE ZORG? HOE STRAATVERPLEEGKUNDE KAN INSPELEN OP DE ERVAREN (ZORG)NODEN VAN PERSONEN MET EEN DAKLOOSHEIDSPROBLEMATIEK**

EEN KWALITATIEVE ONDERZOEKSBENADERING

Aantal woorden: 6908

Charlotte Ruysen  
Stamnummer: 02111918

Promotor: Prof. dr. Peter Goossens  
Copromotor: Jürgen Magerman

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van master in de verpleegkunde  
en de vroedkunde

Academiejaar: 2022-2023



©Copyright UGent

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor als de auteurs is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de promotor.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor is eveneens vereist voor het aanwenden van de in de masterproef beschreven (originele) methoden, producten en resultaten voor publicatie of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.





# **BROODNODIGE ZORG? HOE STRAATVERPLEEGKUNDE KAN INSPELEN OP DE ERVAREN (ZORG)NODEN VAN PERSONEN MET EEN DAKLOOSHEIDSPROBLEMATIEK**

**EEN KWALITATIEVE ONDERZOEKSBENADERING**

Aantal woorden: 6908

**Charlotte Ruysen**  
Stamnummer: 02111918

Promotor: Prof. dr. Peter Goossens  
Copromotor: Jürgen Magerman

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van master in de verpleegkunde  
en de vroedkunde

Academiejaar: 2022-2023



## Inhoudsopgave

Woord vooraf .....	1
Abstract: Nederlands .....	2
Abstract: Engels .....	3
1. Inleiding.....	4
1.1. Definitie dak- en thuisloosheid .....	4
1.2. Epidemiologie .....	5
1.3. Concept straatverpleegkunde .....	6
1.4. Meerwaarde onderzoek.....	6
1.5. Onderzoeksvraag .....	7
2. Methodologie .....	8
2.1. Onderzoeksdesign.....	8
2.2. Setting en steekproef .....	8
2.3. Datacollectie .....	9
2.4. Data-analyse .....	10
2.5. Kwaliteitsmaatregelen .....	11
2.6. Ethische overwegingen .....	12
3. Resultaten.....	13
3.1. Beschrijving participanten .....	13
3.2. Verschillende percepties van dakloosheid .....	14
3.3. Zorgnoden .....	14
3.4. Basiscompetenties van hulpverleners.....	20
3.5. Straatverpleegkunde .....	22
3.6. Welzijn en kwaliteit van leven.....	23
3.7. Stigmatisering.....	25
4. Discussie .....	26
4.1. Terugkoppeling naar de literatuur.....	26
4.2. Aanbevelingen voor de praktijk, onderwijs en onderzoek.....	30
4.3. Sterktes en beperkingen van het onderzoek.....	31
5. Conclusie .....	32
Referentielijst.....	33
Bijlages .....	41
Bijlage 1: ETHOS-classificatie .....	41
Bijlage 2: Interviewguides .....	43
Bijlage 3: Informatiebrief .....	52
Bijlage 4: Geïnformeerd toestemmingsformulier .....	57
Bijlage 5: Populariserende poster .....	58

## Woord vooraf

In 2021 ging ik de uitdaging aan om mij verder te professionaliseren als verpleegkundige door middel van het volgen van de Master of Science in de verpleegkunde en de vroedkunde. Tijdens de opleiding ontwikkelde ik een bijzondere interesse voor kwalitatief onderzoek. Deze interesse, gecombineerd met mijn belangstelling voor psychiatrie, zorgde voor de totstandkoming van deze masterproef. Dit vergde bloed, zweet en tranen, maar vormde mij tot de persoon en verpleegkundige die ik de dag van vandaag ben.

Zonder een aantal steunfiguren, was deze masterproef nooit tot stand gekomen. In het bijzonder geef ik mijn dank aan copromotor Jürgen Magerman voor de ontelbare scherpzinnige inzichten tijdens dit onderzoek. Hij stond mij bij met raad en daad doorheen het gehele proces. Ik bedank verder graag mijn promotor professor Peter Goossens voor zijn wetenschappelijke expertise. Ik betuig ook graag mijn dank aan de straatverpleegkundigen en opbouwwerkers die mij geholpen hebben om participanten te rekruteren. Bovendien bedank ik de participanten graag voor hun medewerking en het vertrouwen in mij als beginnend onderzoeker.

Ik ben mijn ouders ontzettend dankbaar voor de kans die ik kreeg om verder te studeren en mij verder te ontwikkelen. Ook hebben zij en mijn vriend vele malen mijn passie (en occasioneel wat frustratie) voor de masterproef moeten aanhoren, soms tot vervelens toe. Ook ben ik mijn schoonvader dankbaar voor het nalezen van deze masterproef. Eveneens kon ik telkens terecht bij mijn vrienden. Vanuit de grond van mijn hart, ik ben jullie eeuwig dankbaar.

En tot slot volgend pleidooi:

*“Any fool can know. The point is to understand.” (Albert Einstein)*

Probeer mijn masterproef zodanig te begrijpen dat het u kan aanzetten tot meer menslievendheid, empathie en begrip, ongeacht u een hulpverlener bent of niet. Indien ik dit kan bekomen, is mijn opzet glansrijk geslaagd.

## Abstract: Nederlands

**Achtergrond:** Ondanks de algemene slechte gezondheidstoestand van personen met een dakloosheidsproblematiek, wordt de zorg inefficiënt gebruikt. Straatverpleegkundigen bevinden zich in een unieke positie om contact te leggen met de doelpopulatie, (zorg)noden te identificeren en toegang tot adequate zorg te faciliteren. Tot op heden zijn er amper studies die de bijdrage van straatverpleegkunde bij dakloze personen en bijkomende ervaren zorgnoden en zorghiaten hebben onderzocht.

**Doel:** Het doel van deze thesis was om te onderzoeken hoe straatverpleegkunde kon bijdragen tot betere zorgverlening voor dakloze personen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie in België. Bijkomend werd onderzocht welke zorgnoden en zorghiaten ervaren werden door de populatie.

**Methode:** Van augustus 2022 tot februari 2023 werden data verzameld aan de hand van 15 semigestructureerde interviews, waarvan één duo interview en drie observatiemomenten. De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. De datacollectie en data-analyse gebeurde op basis van de principes van *Grounded Theory*.

**Resultaten:** De personen met een dakloosheidsproblematiek hadden veelal complexe fysieke, psychische en maatschappelijke zorgnoden. Zij hechtten minder belang aan hun psychische zorgnoden. Straatverpleegkunde kan inspelen op deze zorgnoden door de methodiek van intensief casemanagement aan te wenden. Hierbij is de therapeutische interpersoonlijke relatie tussen de straatverpleegkundige en de dakloze populatie cruciaal.

**Conclusie:** De resultaten suggereren dat straatverpleegkunde kan aangewend worden om op de zorgnoden van personen met een dakloosheidsproblematiek in te spelen, indien er vanuit een authentiek relationeel kader sterk methodologisch ingezet wordt op de principe van intensief casemanagement.

## Abstract: Engels

**Background:** Despite the overall poor health status of the population, health care is used inefficiently. Street nurses are in an ideal position to connect with the target population, identify (health care) needs and facilitate access to health care. Until now, few studies have examined the contribution of street nursing among homeless individuals and additional experienced care needs and care gaps.

**Aim:** The aim of this thesis was to investigate how street nursing could contribute to improving healthcare for homeless people within categories 1 and 2 of the ETHOS-typology in Belgium. In addition, the study investigated which care needs and gaps in care were experienced by the population.

**Methods:** From August 2022 to February 2023, data were collected using 15 semi-structured interviews, including one duo interview and three observational moments. The interviews were recorded and transcribed. Data collection and data analysis were conducted based on the principles of Grounded Theory.

**Results:** Those experiencing homelessness tended to have complex physical, psychological, and social care needs. They attached less importance to their psychological care needs. Street nursing can anticipate these care needs by applying the methodology of intensive case management. Here, the therapeutic interpersonal relationship between the street nurse and the homeless population is crucial.

**Conclusion:** The results suggest that street nursing can be employed to respond to the care needs of persons experiencing homelessness, if strong methodological efforts are made from an authentic relational framework to establish the principle of intensive case management.



‘DE MASTERPROEF IS IN ARTIKELVORM GESCHREVEN. DE UITGEBREIDE RAPPORTAGE VAN DE SYSTEMATISCHE LITERATUURSTUDIE MAAKT GEEN DEEL UIT VAN HET GESCHREVEN ARTIKEL. DE LITERATUURSTUDIE WERD EERDER BEOORDEELD IN HET GELIJKGENOEMDE OPLEIDINGSONDERDEEL’.

## 1. Inleiding

Ondanks de vele initiatieven in België om mensen met een dak- of thuisloosheidsproblematiek op te vangen en te integreren, blijft de prevalentie stijgen (Koning Boudewijnstichting, 2021). Deze populatie kan weinig beroep doen op de gezondheidszorg, ondanks de populatie haar gezondheidstoestand als algemeen slecht ervaart (Davis et al., 2012; Schockaert et al., 2012). Straatverpleegkundigen bevinden zich in een gunstige positie om contact te leggen met de doelgroep, zorgnoden te identificeren en toegang tot de zorg te simplificeren (Pauly, 2014; Van Daalen et al., 2018).

### 1.1. Definitie dak- en thuisloosheid

De definiëring van dak- en thuisloosheid is complex en er is geen algemene consensus in de begripsomschrijving ervan. In 2005 werd op Europees niveau een definitie opgesteld door de *European Federation of National Organisations Working with the Homeless* (FEANTSA) aan de hand van een classificatiesysteem, genaamd *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS). Hierbij worden vier conceptuele categorieën vooropgesteld: dakloos, thuisloos, instabiele huisvesting en ontoereikende huisvesting (De Boyser et al., 2009; FEANTSA, 2006; Meys & Hermans, 2014). De conceptuele categorieën worden vervolgens onderverdeeld in 13 operationele categorieën, waarvan categorie 1 en 2 tot “dakloos” behoren (zie Bijlage 1). Dit omvat personen die zich in de openbare ruimte of nachtopvang bevinden. Deze classificatie wordt ook door internationale beleids- en onderzoekskaders aangewend om dak- en thuisloosheid te definiëren (De Vlaamse Woonraad, 2016; Robeyns et al., 2011).

## 1.2. Epidemiologie

Volgens Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2020) bestaat er geen officieel Belgisch prevalentiecijfer van het aantal daklozen, maar enkel schattingen.

Volgens de Koning Boudewijnstichting (2021) nemen cijfers van dak- en thuisloosheid in alle Europese landen toe. In Vlaanderen werden in 2014 tijdens de periode van 15 januari tot en met 15 februari 711 volwassenen en 53 kinderen in de winteropvang geregistreerd. Bijkomend werden in deze periode 3019 volwassenen en 1675 kinderen geregistreerd in de daklozenzorg van de Centra Algemeen Welzijnswerk en de doorgangswoningen van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn. Het werkelijke aantal ligt hoger omdat dakloze personen die niet door de opvangvoorzieningen worden bereikt, niet meegeteld worden door de complexiteit van de doelgroep en de moeilijke, zometertijd onmogelijke identificatieprocedure (Meys & Hermans, 2014).

In de Verenigde Staten wordt geschat dat 30%-60% van de mensen met een dakloosheidsproblematiek een volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* diagnoseerbare psychiatrische problematiek heeft en bijna 50% een middelengebonden stoornis heeft (Fleury et al., 2021; Nielsen et al., 2011; Woolcott, 2008). Ongeveer 46%-85% van deze populatie heeft een chronische lichamelijke ziekte, zoals tuberculose of het humaan immunodeficiëntievirus (Fleury et al., 2021; Hwang et al., 2011; Zlotnick & Zerger, 2009). Deze slechte gezondheidsstatus resulteert in een verhoogde mortaliteit en morbiditeit waardoor de totale levensverwachting tot 30 jaar lager kan zijn bij deze doelgroep in vergelijking met de algemene bevolking in de Verenigde Staten (Davis et al., 2012; Fleury et al., 2021). Ongeveer 21% van de mannen beoordeelt zijn algemene gezondheidstoestand zelf als slecht tot zeer slecht. Daarenboven heeft 31,7% een beperking of is er sprake van langdurige psychische of somatische ziekte. Bij vrouwen beschouwt 28% zijn gezondheidstoestand als slecht tot zeer slecht en 46,2% heeft bijkomend een beperking of langdurige ziekte (Schockaert et al., 2012). Deze suboptimale gezondheidstoestand gaat gepaard met een verhoogde frequentie aan spoedeisende hulpinterventies en

residentiële opnames, die vaak voorkomen kunnen worden. In combinatie met een moeilijke toegang tot de eerstelijnszorg leidt dit tot inefficiënt gebruik van de middelen van de gezondheidszorg (Davis et al., 2012). Daarnaast is de subjectieve beleving van kwaliteit van leven lager bij dakloze personen dan bij niet-daklozen (Hubley et al., 2014).

### 1.3. Concept straatverpleegkunde

Meys & Hermans (2014) brachten de ETHOS-categorieën 1 en 2 in kaart. Ze adviseerden een verhoogde inzet van aanklappende zorg en meer onderzoek naar barrières tot een adequaat hulpverleningsaanbod. Naar aanleiding van deze aanbeveling werd in Oostende het pilootproject “straatverpleegkunde” geïnitieerd waarbij een aanklappende zorgaanpak wordt nagestreefd. Het project richt zich ook op mensen die zich binnen de ETHOS-categorieën 1 en 2 bevinden. In tegenstelling tot andere projecten in verband met straatverpleegkunde, wordt de actieve *casefinding* naar deze populatie uitgevoerd door de straathoekwerkers. De straatverpleegkundigen zijn binnen dit project het eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg voor de daklozenpopulatie. Zij bevinden zich in een gunstige positie om contact te leggen met de doelgroep, problemen te signaleren en toegang tot de zorg te vergemakkelijken (Pauly, 2014; Van Daalen et al., 2018).

### 1.4. Meerwaarde onderzoek

Dit onderzoek zal de bijdrage van straatverpleegkunde in het zorglandschap in België onderzoeken. Er werden geen studies geïdentificeerd die dit reeds onderzocht hebben. Bijkomend zijn er weinig studies die de effectieve behoeften en zorgbeleving van daklozen hebben onderzocht (Fleury et al., 2021; Hubley et al., 2014).

## 1.5. Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt: “Hoe kan straatverpleegkunde bijdragen tot een betere zorgverlening voor dakloze personen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie in België?”, met bijkomende subvragen:

- Wat zijn de (zorg)noden van volwassen daklozen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie in België?
- Welke zorgiäten ervaren volwassen daklozen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie in België?
- Hoe ervaren volwassen daklozen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie de werking van straatverpleegkunde in België?

## 2. Methodologie

### 2.1. Onderzoeksdesign

Gezien het uitgesproken explorerend en belevingsgericht karakter van dit onderzoeksonderwerp, werd voor een *Grounded Theory* benadering gekozen (Glaser & Strauss, 1967). Kwalitatieve data werden verzameld en simultaan geanalyseerd om zo een nieuwe theorie te ontwikkelen die gegrond is in deze data (Chun Tie et al., 2019; Holloway & Wheeler, 2016). Er bestaan twee soorten theorieën: de formele en de substantieve theorie. Dit onderzoek zal een substantieve theorie ontwikkelen. Er wordt in een specifieke context (dakloosheid) onderzoek gevoerd in een duidelijk omschreven setting, dat in dit onderzoek de openbare ruimte is. Een substantieve theorie doet geen poging om iets te verklaren buiten het directe veld van de studie (Holloway & Wheeler, 2016).

### 2.2. Setting en steekproef

Er werd een monocentrisch onderzoek uitgevoerd binnen een nachtopvang in Vlaanderen waar het project straatverpleegkunde opgestart werd. Een nachtopvangcentrum is een opvang voor volwassenen met een dakloosheidsproblematiek waar bed, brood en bad aangeboden worden tijdens de avond en nacht (Akkermans & Anthonio, 2022).

Er werd gestart met een heterogene doelgerichte steekproeftrekking, waarna overgegaan werd tot een theoretische steekproeftrekking. Individuen met uiteenlopende karakteristieken zoals periode van dakloosheid, leeftijd en geslacht werden geïnterviewd, wat zorgde voor maximale diversiteit om de theoretische vorming verder te onderbouwen (Glaser & Strauss, 1967; Holloway & Wheeler, 2016). Als inclusiecriteria werden volwassen en wilsbekwame personen binnen categorie 1 of 2 van de ETHOS-typologie weerhouden die Nederlands- of Engelstalig waren en in België verbleven. Personen in een acute psychische crisis werden omwille van ethische redenen niet geïnccludeerd.

Er werden 16 participanten gerekruteerd door één contactpersoon en twee straatverpleegkundigen binnen het nachtopvangcentrum. De participanten

werden door hen aangesproken en geïnformeerd omtrent het onderzoek, waarna bij goedkeuring de participanten in contact werden gebracht met de onderzoeker.

De participanten en de onderzoeker overliepen samen de volledige informatiebrief in de nachtopvang (zie Bijlage 3). De onderzoeker maakte ruimte om vragen te beantwoorden. Er werd uitdrukkelijk aangegeven dat de participant op eenieder moment de deelname aan het onderzoek kon stopzetten. De participant ondertekende het geïnformeerd toestemmingsformulier telkens geheel vrijwillig (zie Bijlage 4). De onderzoeker benadrukte stevast haar geheimhoudingsplicht ten opzichte van hulpverleners en andere instanties.

### 2.3. Datacollectie

Tussen augustus 2022 en februari 2023 werden data geïncolteerd aan de hand van drie open observatiemomenten en 15 semigestructureerde diepte-interviews, waarvan één duo interview. De observatiedagen vonden plaats om belangrijke thema's voor de interviewgide te identificeren en om inzicht te krijgen in de leefwereld van de doelpopulatie. Eén observatie vond in een andere regio plaats om de heterogeniteit binnen de databronnen te vergroten en zicht te krijgen op verschillende werkingen van straatverpleegkunde. Op basis van de classificatie van Gold (1958) vielen deze observaties onder de categorie "de observeerder als participant". De onderzoeker was aanwezig op de locatie, maar interfereerde niet met de omgeving. De nadruk tijdens deze observatie lag op de werking van straatverpleegkunde en de interactie tussen de zorgvrager en de straatverpleegkundige. Er werden veldnota's neergeschreven tijdens de observatie die deze interacties beschreven. Zoals eigen aan *Grounded Theory*, werden ook de ervaringen van de onderzoeker gezien als data en meegenomen in de analyse (Holloway & Wheeler, 2016).

Een observatiemoment duurde gemiddeld 140 minuten (range 120 – 180 minuten). Een interview duurde gemiddeld 50 minuten (range: 20 - 85 minuten). Voorafgaand werd eerst een proefinterview afgenomen om de interviewstijl van de onderzoeker te observeren. De eerste interviewgide werd opgesteld op basis van het eerste observatiemoment in samenspraak met de (co)promotor. De interviewguides werden intermediair driemaal aangepast na tussentijdse

analyses onder begeleiding van de copromotor (zie Bijlage 2). Ook werd getracht de zinsformulering en het woordgebruik aan te passen aan de doelgroep. De onderzoeker gebruikte een explorerende open vraagstelling om diepgang te verkrijgen. De interviews werden afgenomen in een bureel of de gemeenschappelijke ruimte op het moment dat dit voor de participant het best paste.

## 2.4. Data-analyse

Kwalitatieve data-analyse is een complex proces (Holloway & Wheeler, 2016). De gegevensanalyse gebeurde iteratief. Er werd heen en weer gewisseld tussen de dataverzameling en data-analyse. Memo's werden aangewend om nota's, gedachten, interpretaties en hypothesen te formuleren en bij te houden. Deze memo's hielpen bij *tacking*, het heen en weer gaan tussen de data, theoretische ideeën, codes en thema's (Holloway & Wheeler, 2016).

Bij aanvang van het onderzoek, werd geen uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd om vooringenomenheid te voorkomen (Glaser, 1998). De constante vergelijkingsmethode tussen data en literatuur werd toegepast van zodra de belangrijkste concepten geïdentificeerd werden (Boeije & Bleijenbergh, 2012; Chun Tie et al., 2019; Holloway & Wheeler, 2016). Elke sectie van de data werd vergeleken met een ander segment van de data. Er werd op deze manier gezocht naar gelijkenissen, verschillen en connecties (Dierckx de Casterlé et al., 2012).

De interviews werden letterlijk getranscribeerd. Dit gebeurde door de onderzoeker zelf om zich te verdiepen en theoretische sensitiviteit te ontwikkelen (Holloway & Wheeler, 2016). Het NVivo-softwareprogramma werd gebruikt om de data te coderen en te analyseren. De interviews werden na het transcriberen permanent verwijderd en de gegevens werden geanonimiseerd. Enkel het geslacht, de leeftijd en de periode van dakloosheid werden bijgehouden om de diversiteit te kunnen aantonen in de resultaten.

Na het transcriberen van drie artikels werd er telkens gecodeerd. Er werd gestart met open coderen. Alle gegevens werden zorgvuldig gelezen en in fragmenten ingedeeld. De relevante gegevens werden gelabeld en onderling vergeleken

(Boeije & Bleijenbergh, 2012). Een fragment kon meerdere codes krijgen. Deze codes werden samen met de copromotor besproken. Na het open coderen werd axiaal gecodeerd. De belangrijkste begrippen werden toen achterhaald en gelinkt aan de kerncategorie (Boeije & Bleijenbergh, 2012; Corbin & Strauss, 2015). Daarna werd de data gestructureerd door middel van selectief coderen. De onderzoeker bracht structuur aan in de gegevens en legde verbanden (Boeije & Bleijenbergh, 2012).

Na de codering werden de definitieve resultaten uitgeschreven in functie van de onderzoeksvraag (Boeije & Bleijenbergh, 2012). In dit laatste stadium werd de constante vergelijkingsmethode toegepast om de theoretische inzichten te controleren, te bespreken en verder te ontwikkelen (Dierckx de Casterlé et al., 2012).

## 2.5. Kwaliteitsmaatregelen

Om de kwaliteit van het onderzoek te bevorderen, werden maatregelen genomen op basis van *trustworthiness*, *dependability*, *credibility*, *transferability* en *confirmability* (Holloway & Wheeler, 2016).

Er werd gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie. Dit versterkte de *trustworthiness* (Golafshani, 2003; Mays & Pope, 1995). Daarnaast vond ook theoretische triangulatie plaats door het gebruik van verpleegkundige en orthopedagogische theoretische perspectieven, gezien de achtergrond van de onderzoeker en de copromotor (Holloway & Wheeler, 2016). Een andere triangulatievorm die werd gebruikt, was *within-method* triangulatie. Er werd gebruik gemaakt van zowel observaties als interviews. Het includeren van negatieve casussen versterkte ook de *trustworthiness*.

Daarnaast werd reflexiviteit toegepast. De onderzoeker werd zich door *bracketing* bewust van haar sociaal-culturele positie waarbij haar referentiekader de dataverzameling en de data-analyse kon beïnvloeden (Kitto et al., 2008; Moorley & Cathala, 2019). Voorgaande stage- en werkervaringen werden besproken met de (co)promotor waarbinnen de onderzoeker met de doelgroep in aanraking kwam. Met de copromotor werden ook *peer debriefings* ingepland om



te reflecteren omtrent eigen percepties bij de observaties en interviews en bij de memo's (Stenfors et al., 2020). Deze maatregelen zorgden voor een grotere *confirmability* (Holloway & Wheeler, 2016).

Om de *dependability* van het onderzoek te vergroten, werd in het onderzoek een gedetailleerde omschrijving van de context gegeven en werd een audit trail bijgehouden (zie Bijlage 5). Elke beslissing in het onderzoek werd transparant genoteerd en de rationale erachter beschreven (Golafshani, 2003) wat de *confirmability* vergrootte (Mooley & Cathala, 2019). Aan de audit trail is dichte beschrijving (*thick description*) gelinkt. Dit staat voor een gedetailleerde beschrijving van zowel het onderzoeksproces als de context waarin de mensen vertoeven (Holloway & Wheeler, 2016).

Om de *transferability* te vergroten, werd een duidelijke beschrijving van de kenmerken van de setting, de populatie, de context en het onderzoek opgesteld, mede door de audit trail (Holloway & Wheeler, 2016; Moorley & Cathala, 2019; Stenfors et al., 2020).

## 2.6. Ethische overwegingen

Het onderzoek met Belgisch registratienummer B6702022000336 werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent. De participanten werden geïnformeerd door een informatiebrief die vooraf mondeling overlopen werd. Er werd ruimte voorzien om eventuele vragen te beantwoorden. De participanten ondertekenden vrijwillig het geïnformeerd toestemmingsformulier, waarin goedkeuring werd gegeven voor het opnemen en de letterlijke transcriptie van het interview, waarna anonimiseren plaatsvond.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Beschrijving participanten

Alle participanten werden gerekruteerd binnen een nachtopvangcentrum in Vlaanderen. De participanten bevonden zich tijdens hun deelname binnen categorie 1 en/of 2 van de ETHOS-typologie. In totaal namen 16 participanten deel aan het onderzoek waaronder 14 mannen en 2 vrouwen. De leeftijd varieerde van 30 tot 68 jaar (zie Tabel 1).

**Tabel 1: demografische variabelen participanten**

<b>Karakteristieken</b>	<b>N (16)</b>	<b>Percentage (%)</b>
<b>Geslacht</b>		
Man	14	87
Vrouw	2	13
<b>Leeftijd</b>		
20-30	1	6
31-40	3	19
41-50	4	25
51-60	5	31
+60	3	19
<b>Periode dakloos</b>		
0-5 maanden	3	19
6-11 maanden	8	50
1-2 jaar	3	19
3-4 jaar	1	6
+5 jaar	1	6

## 3.2. Verschillende percepties van dakloosheid

Al snel werd helder dat de doelgroep een zeer diverse groep is. Er werden twee typologieën van perceptie naar dakloosheid opgemerkt. Enerzijds waren er mensen die dakloosheid percipieerden als een *way of life* en er een eerder neutrale tot positieve connotatie aan verbonden. De andere groep verzette zich tegen de dakloosheid. Dertien personen konden in de groep van “verzet tegen dakloosheid” geplaatst worden.

### 3.2.1. Beleving van dakloosheid

De personen die zich tegen dakloosheid verzetten, beleefden dakloosheid negatief. Woorden zoals “triestig”, “moeilijk”, “verschrikkelijk” en “rampzalig” kwamen dikwijls aan bod. De participanten die dakloosheid als een *way of life* zagen, vermeldden dat ze specifiek voor dakloosheid kozen, omwille van financiële redenen en/of omwille van een vrijheidsgevoel.

*“Ik heb ervoor gekozen in de eerste plaats vier jaar geleden. Ik heb nu 1400 euro voor mij. Als je een huis hebt, alé huishuur, elektriciteit, water, ja, je hebt nog niet gegeten [lacht kort]. Hoeveel mensen zijn er niet die in de shit leven gewoon omdat ze een huisje hebben (...) Ik ben gelukkig. Er zijn weinig mensen in een huis wonen die gelukkig zijn.” (Interview 9)*

## 3.3. Zorgnoden

Naast het bevragen van de beleving van dakloosheid, werden tijdens de interviews ook mogelijke fysieke en/of psychische zorgnoden nagegaan. Globaal werd opgemerkt dat fysieke zorgnoden telkens zeer uitgebreid besproken werden. Het onderwerp psychische zorgnoden werd zelden spontaan vermeld door de participanten. Maatschappelijke zorgnoden werden niet expliciet bevroegd, maar werden wel veelvuldig aangehaald door de participanten zelf.

### 3.3.1. Fysieke zorgnoden

Er werden verschillende fysische aandoeningen benoemd, gaande van meer banale aandoeningen zoals milde luchtweginfecties tot aandoeningen die gespecialiseerde medische interventies vereisten. Het karakter van deze aandoeningen gaf aanleiding tot verschillende zorgnoden. Regelmatig was er sprake van comorbiditeit, bijvoorbeeld een persoon met een orthopedisch letsel

in combinatie met een auto-immuunaandoening en fibromyalgie. De zorgnoden namen hierdoor toe. De meest voorkomende aandoening die gerapporteerd werd, waren orthopedische letsels. De meest gerapporteerde fysieke zorgnoden waren wondzorg, hulp bij hygiënische zorgen en hulp bij medicatiemanagement.

Verschillende eerstelijnszorgactoren ondersteunden de fysieke zorgnoden van de participanten en gebruikten enige discretionaire bevoegdheid om hen maximaal te ondersteunen. Bij ingrijpende somatische interventies zoals grote chirurgische ingrepen, konden dakloze personen voor een korte periode in de crisisopvang binnen de nachtopvang verblijven. Hierdoor kon thuisverpleegkunde opgestart worden. In bepaalde gevallen werd thuisverpleegkunde niet opgestart, bijvoorbeeld als iemand niet aangesloten was bij een mutualiteit. In dat geval werd de straatverpleegkundige ingeschakeld om de fysieke zorgnoden zoals wondzorg op zich te nemen. Hierbij was er een tekort aan plaatsen om verzorging te laten plaatsvinden. Andere participanten konden voor hun fysieke zorgnoden terecht in laagdrempelige *harm-reduction* settings. Daar werden onder andere steriele naalden afgehaald om spuitabcessen te voorkomen of konden abcessen verzorgd worden. Daarnaast werden laagdrempelige initiatieven zoals Dokters van de Wereld door een aantal participanten geconsulteerd.

Opvallend is dat slechts twee participanten een vaste huisarts hadden. Momenteel wil of kan geen enkele huisartsenpraktijk samenwerken met de omringende hulpverleners van de dakloze personen binnen de regio waar het onderzoek plaatsvond. Tijdens een observatiemoment in een andere regio werd opgemerkt dat er wel een samenwerkingsverband was ontstaan tussen een huisartsenpraktijk en straatverpleegkundigen. De huisartsenpraktijk vormde bovendien een brug naar de omliggende ziekenhuizen waardoor doorverwijzing volgens de straatverpleegkundige aanzienlijk beter gefaciliteerd werd.

Naast een tekort aan plaatsen om zorg toe te dienen en beperkte samenwerkingsverbanden tussen de straatverpleegkundige en de huisartsen, werd ook opgemerkt dat de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg niet altijd probleemloos verliep. Er werd een kluwen aan doorverwijzingen

ervaren tussen verschillende zorgactoren. Zij waren volgens participanten niet op elkaar afgestemd waardoor de bereikbaarheid van gespecialiseerde zorg ontoereikend werd geacht. Zo werd gerapporteerd dat wondzorgen incorrect uitgevoerd werden door sommige thuisverpleegkundigen of geen opvolging na een chirurgische ingreep voorzien werd. Ook administratieve aangelegenheden zoals het verlies van de identiteitskaart belemmerden de toegang tot hulpverlening. Soms waren er geen financiële middelen om een nieuwe identiteitskaart te voorzien, waardoor medicatie niet voorgeschreven werd en adequate hulpverlening niet opgestart kon worden.

*“Wel ja omdat mijn dochter haar paspoort kwijt was en haar dokter wou een paspoort, maar een paspoort kost 26 euro wat ik in die tijd niet had, nu is het wel in orde we zijn naar het gemeentehuis geweest, wat ook een hele grote zorg was. Welke gemeente ga je naar toe? Deze waar je verblijft? Deze waar je wettelijk adres hebt?” (Interview 6)*

De participanten ervoeren deze hiaten binnen de zorg- en hulpverleningssector sterk. Bijkomend werd de communicatie met de arts door een participant als moeilijk ervaren door het gebruik van vakjargon. Eenvoudige, duidelijke communicatie werd als belangrijk geacht. Daarnaast begrepen ook hulpverleners niet altijd wat zorgvragers vroegen, wat tot een wederzijds wantrouwen kon leiden.

### 3.3.2. Maatschappelijke zorgnoden

De participanten belandden omwille van verscheidene redenen in de dakloosheid. Vaak was het een combinatie van factoren. Enerzijds waren er combinaties van maatschappelijke determinanten waardoor personen in dakloosheid vervielen zoals jobverlies, een relatiebreuk, vluchten uit het land van oorsprong, pensionering... Anderzijds waren er determinanten die net door de dakloosheid ontstonden en de situatie verder lieten escaleren, zoals geen domiciliëring hebben waardoor geen nieuwe identiteitskaart kon aangevraagd worden, geen werk kon gezocht worden en de mutualiteit niet in orde kon gebracht worden.

*“Dertien maanden in het ziekenhuis (...) Euhm, jah, ik heb toen problemen gehad met euh met mijn uitkeringen en alles euh en met de ziekenbond*

*en de ziekenkas. En met dit en met dat maar rekeningen rekeningen rekeningen rekeningen rekeningen en nog ne keer rekeningen. Ik kreeg alleen maar rekeningen.” (Interview 10)*

Indien de maatschappelijke determinanten en fysieke zorgnoden geremedieerd werden, bleef het volgens een aantal participanten moeilijk om onderdak te vinden vanwege lange wachtlijsten voor sociale woningen. Een aantal participanten trachtten een woning via immobiliën te huren, maar dit was financieel onhaalbaar, ook niet via huursubsidies. Een vrijwilliger gaf aan dat de maatschappelijke zorgondersteuning een complex systeem is waar verantwoordelijkheden binnen verschillende zorginstellingen vaak doorgeschoven worden. Dit werd bevestigd door enkele participanten. Het was voor hen ook niet helder op welke zorg- en hulpverleningsinstanties zij beroep konden doen en waar zij recht op hadden.

*“Dat is, wat bedoel ik met het OCMW, mijn wettelijk adres staat nog in [stad 1], ik ben verhuisd naar [stad 2] (...) Ik ben naar [stad 3] gekomen en nu is er ruzie tussen die drie OCMW 's over wie dat mij geld gaat geven, wie dat mij een referentieadres gaat geven, wie dat er wat dus ja (...) en dan heb je, het is erg gezegd, ik zit misschien in de shit, maar ik heb er echt geen goesting meer in”. (Interview 6)*

Ook binnen de nachtopvang werden enkele moeilijkheden opgemerkt door de participanten. Verschillende participanten voelden zich niet veilig door gepercipieerde conflicten en moeilijk na te leven regels, zoals geen alcohol of druggebruik. Tijdens een observatiemoment werd waargenomen dat boterhammen werden meegegeven aan mensen die geen slaapplek konden bemachtigen. Enkele dakloze personen vermeldden dat indien zij geen slaapplek hadden, zij geen boterhammen kregen. Dit werd gepercipieerd als een ongelijke behandeling.

*“De eerste dag toen ik hier kwam hebben ze mij gezegd dit is de regel van hier: je mag niet roken op de kamer, je mag niet drinken op de kamer, je mag niet euh drugs gebruiken, ik zeg oke ik begrijp het. Maar de andere mensen, beseffen die dat? Zij roken, drinken, drugs (...) maar het personeel hier moet ook kijken, die persoon stoort die andere, 2 dagen buiten zetten en misschien gaat het beter worden.” (Interview 13)*

Veel participanten ervoeren een goed contact met de personeelsleden binnen de nachtopvang waar ze ook regelmatig nieuwe kledij kregen. Naast de basisbehoeften bed, brood en bad werd ook de interpersoonlijke relatie centraal gesteld. Participanten gaven aan dat ze geïnspireerd werden door hulpverleners omdat ze hen op het rechte pad hielden.

### 3.3.3. Psychische zorgnoden

Tijdens het overlopen van de informatiebrief werd meteen weerstand gevoeld bij sommige participanten. In het algemene informatieluik werd beschreven dat volgens de literatuur dakloze personen ook psychische aandoeningen kunnen hebben. Verschillende participanten reageerden onmiddellijk dat een psychische problematiek niet van toepassing was op hen. Nochtans werden sommige participanten opgevolgd door hulpverleningsinstanties omwille van psychische aandoeningen. Bijkomend zijn volgens een straatverpleegkundige niet de fysieke, maar de psychiatrische aandoeningen het grootste probleem bij de dakloze personen. Dit was zeer contradictoerisch gezien dakloze personen aangaven dit zelf zo niet te ervaren. Weinig participanten gaven concrete psychische zorgnoden aan. Eén participant bracht wel naar voren dat hij het psychisch moeilijk had en een paar participanten hadden het gevoel dat sommige mensen niet beseften dat ze psychische zorgnoden hadden.

*“Ja dan zijn er toch veel die grijpen naar de alcohol ze en de alcohol kan van alles zijn, ja en ook drugsverslaafden hé (...) mensen moeten meer geholpen worden alé dat vind ik toch. Ik vind dat ja, want die mensen beseffen dat zelf soms niet wat dat ze aan het uitsteken zijn. Dus ja, ze blijven maar drinken hé. Ik vind dat er een beetje meer hulp moet zijn.”  
(Interview 15)*

Om de weerstand toch enigszins te verlagen tegenover de verwoording “psychische zorgnoden”, werd eerst bevestigd of participanten voldoende hun verhaal konden vertellen aan hun omgeving. Bijkomend werd bevestigd of er een taboe rond psychische zorg was. Uit deze vragen bleek dat veel participanten hun verhaal of bezorgdheden niet konden of wensten te delen met mede dakloze personen of hulpverleners. Dit was omwille van verscheidene redenen. Participanten hadden het gevoel dat er geen cultuur heerste binnen de dakloze populatie om psychische problemen te delen. Zij voelden ook geen mentale

ruimte om zelf een luisterend oor te bieden. Bijkomend werden hulpverleners ook amper of niet geraadpleegd voor psychologische begeleiding zoals gespreksvoering. De interviewafname voelde voor sommige participanten als een kans om hun verhaal te vertellen.

*“Nee nee nee, elk heeft zijn eigen probleem en wij houden dat voor onszelf. We hebben allemaal problemen en als we dat allemaal moeten vertellen aleja ja dat gaat niet hé. We houden het allemaal voor onszelf.”*  
(Interview 14)

De participanten ontwikkelden vaak zelf copingstrategieën met betrekking tot hun psychische zorgnoden. Sommige participanten bespraken hun problemen met vrienden of familie die zich buiten de dakloze populatie bevonden. Anderen hielden alles voor zichzelf. Nog andere participanten lieten hun problemen los omdat ze naar hun eigen zeggen geen baat hadden bij het stresseren over zaken die ze niet zomaar konden veranderen.

*“Hetgeen ik niet kan oplossen steek ik in een doos, in een kast en ik doe het dicht. Nu denk ik daar niet meer zo over hé, maar vroeger wel, ik heb met iemand in de gevangenis gezeten en die heeft mij dat geleerd (...) Ze zeggen altijd in de diepvries, maar als het probleem passeert en je hebt dan de oplossing, dan moet je het eerst nog ontdooien. Ik moet gewoon mijn kast opendoen en mijn doos en ik kan mijn probleem oplossen.”*  
(Interview 9)

Enkele participanten spraken in deze context openlijk over hun druggebruik. Zij ervoeren alcohol- en middelengebruik niet meteen als problematisch, maar eerder als een manier om te overleven. Een participant vertelde dat hij zijn eigen beste psychiater is. Participanten die al in aanraking waren gekomen met psychiatrische hulpverlening, gaven aan dat die zich slechts op één probleem focusten, terwijl er vaak meerdere problemen waren. Positieve belevingen van psychiatrische hulpverlening werden bij participanten vastgesteld als zij zich konden conformeren aan de hulpverleners omwille van overeenkomstige kenmerken zoals leeftijd of eenzelfde ervaringen meegemaakt te hebben. Uiteindelijk had slechts één participant tot op heden een permanente vorm van psychische zorgondersteuning.



*“Psychiater ja da wel, een hele goeie. Een oudere mens die zelf ervaring had op het slagveld om het zo te noemen ja ja, die reisde ook altijd mee dus die zag meestal ook de dingen die wij zien hé, die moet er ook mee kunnen omgaan.” (Interview 3)*

### 3.4. Basiscompetenties van hulpverleners

De beleving en verwachtingen van participanten omtrent het concept van de al dan niet meerwaarde van straatverpleegkunde werden bevestigd. Slechts enkelen konden de inhoud van straatverpleegkunde gedeeltelijk of volledig correct beschrijven. Daarnaast herkenden de meeste participanten de straatverpleegkundige niet tenzij haar naam werd vermeld. De functie van de hulpverlener heeft minder belang, maar wel de persoon die erachter schuilgaat.

Om als hulpverlener toegelaten te worden tot de leefwereld van dakloze personen, rapporteerden mensen met een dakloosheidsproblematiek een aantal basiscompetenties. Vanuit deze basiscompetenties kan vertrouwen groeien, waardoor de hulpverleners ruimte krijgen om in te spelen op de zorgnoden. Participanten gaven vele kenmerken waaraan een goede hulpverlener volgens hen moet voldoen, wat in lijn lag met hun eigen waarden en normen. Bepaalde competenties waren voor vrijwel iedere participant essentieel. Dit kon variëren naargelang het moment.

Als eerste was vriendelijkheid een cruciale competentie. Participanten moeten het gevoel hebben dat ze op een gelijkwaardige manier behandeld werden, wat tot connectie kon leiden. Eén participant vermeldde contradictorisch dat hulpverleners meer op hun strepen moeten staan. Naast connectie gaven mensen aan dat er ook een doelmatigheid in de relatie moet aanwezig zijn, waarbij actief nagedacht wordt hoe de levenssituatie kan verbeterd worden door samen probleemoplossend na te denken. Het was uitermate belangrijk voor hen om vanuit een zo gelijkwaardig mogelijke positie in interactie te treden met de hulpverleners. Sommige participanten gaven aan dat ze sturing door hulpverlening misten.

*“Ze moeten neutraal zijn en me steunen in mijn problemen om zo rap mogelijk mijn leven terug in mijn handen te nemen en ja verder, verder te gaan met het leven gelijk dat het is hé.” (Interview 4)*

Bijkomend vonden de participanten het essentieel dat de hulpverlener authentiek aanwezig was. Het gevoel dat er tijd kon gemaakt worden voor de dakloze personen, gaf hun de kans om zichzelf geleidelijk aan open te stellen. Als er tijd werd vrijgemaakt, gaven zij aan dat het belangrijk was dat de hulpverlener actief luisterde, interesse toonde en in het moment aanwezig was.

*“Ik ga praten tegen haar [hulpverlener] en het is lijk dat ze een film aan het volgen is, ze vraagt dan dit en dat terwijl die andere, ze luisteren niet. Je ziet dat, alé ze luisteren wel maar niet zoals haar begrijp je wat ik bedoel? (...) Ze zouden er zo tien moeten hebben van haar”. (Interview 11)*

Ook de participatie aan het onderzoek werd als aangenaam en als een erkenning van hun maatschappelijke rol ervaren, waarbij sommige participanten versted stonden van hun eigen omvangrijke inbreng. Hieruit bleek dat presentie een belangrijke factor was voor hen waarbij dagdagelijkse momenten worden gedeeld zonder expliciete veranderingsgerichtheid. Als er geen presentie op te merken was bij hulpverleners, voelden participanten zich gauw minderwaardig.

Hulpverleners vormen voor veel participanten een brugfunctie tussen de verschillende zorginstellingen. Idealiter verwees de hulpverlener door indien nodig volgens participanten. Bovendien namen ze vanuit een aanklampende positie een advocaturenrol op zich om dakloze personen te ondersteunen in hun rechten en noden. Bijkomend werd discretionair gewerkt door de hulpverleners. Ze stelden zinvolle handelingen voor de dakloze personen die niet tot hun takenpakket behoren.

*“Goh, dat [hulpverlener] mij vandaag in het park is komen bezoeken. Ze zegt dat ik zeker naar hier moest komen. Ze is zelfs naar het park geweest met haar autootje (...) Ze heeft me al gevoerd met de auto ook (...) want ik kon niet gaan, totaal niet.” (Interview 12)*

Tenslotte werd de afstand en nabijheid door een paar participanten aangekaart. Er was individuele variatie in de verwachtingen over de professionele afstand en nabijheid van de hulpverlener. Indien de dakloze persoon een vriendschapsrelatie verwachtte, konden acties die niet stroken met deze verwachting als een koude douche aanvoelen. Dit kon het vertrouwen schaden.

*“Maar ik heb al eens een discussie gehad met iemand hier die hier werkt en ik zei ja soms kom je goed overeen voor te praten enzo en da voelt als moeten moeten azo weet je wat ik bedoel (...) Ik versta waarom ze geen vrienden vrienden kunnen zijn versta je, ze zijn vriendelijk é, maar je kan niet echt maten mee zijn lijkt op Facebook je gaat dat toevoegen en bam ze gaan je blokkeren versta je dat vind ik jammer.” (Interview 11)*

### 3.5. Straatverpleegkunde

Eén van de onderzoeksvragen was hoe straatverpleegkunde werd ervaren door dakloze personen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie. Van de geïnccludeerde participanten kwamen een aantal in aanraking met de straatverpleegkundige, maar niet iedereen. De meeste participanten kenden de straatverpleegkundige bij naam en niet bij functie. De functie kon door de meeste participanten niet juist beschreven worden, zelfs niet door diegenen die intensiever opgevolgd werden door de straatverpleegkundige. Enkel konden wel de essentie samenvatten.

*“Ja dat is, die mensen verzorgen dus eigenlijk de daklozen euh naar verzorging toe euh zowel qua wondverzorging als psychologische verzorgen, beetje van de twee en ze doet zij dat heel goed.” (Interview 1)*

De participanten kwamen in aanraking met de straatverpleegkundige via Dokters van de Wereld of via de nachtopvang. Er werd geen actieve *case finding* op straat uitgevoerd door de straatverpleegkundigen. In een andere regio werd geobserveerd dat de straatverpleegkundige wel aan actieve *case finding* deed. De functiedifferentiatie is te verklaren door de al dan niet veelheid aan straathoekwerkers. Indien de straathoekwerkers in de regio van het onderzoek een vraag hadden omtrent een wondzorg of een fysieke aandoening, werd de straatverpleegkundige gecontacteerd. Hier is er een brug tussen maatschappelijke en fysieke zorgnoden waar beide partijen op inspelen.

De functie van een straatverpleegkundige is zeer divers. Vaak wordt via fysieke zorgnoden een weg gezocht naar contact met de dakloze personen. Een straatverpleegkundige vermeldde dat zij, door de uitvoering van een wondzorg, snel contact kon leggen met dakloze personen. Eens er contact was, probeerde ze een vertrouwensband op te bouwen. Op deze manier werd een ingangsweg gevonden om over psychische problematieken te spreken.

De participanten gaven aan dat de straatverpleegkundige inspeelde op de zorgnoden. Er werden gesprekken ingepland met participanten om aan de psychische zorgnoden te voldoen. De straatverpleegkundige kreeg dit mandaat omdat ze het vertrouwen van de participanten had gewonnen. Daarnaast werd medicatie klaargezet voor een dakloze persoon. Een andere persoon kreeg hulp bij de hygiënische zorgen. De meest uitgevoerde taak was wondverzorging, wat een zorgnood was van veel dakloze personen.

Naast de meer zichtbare taken die een straatverpleegkundige uitoefende, werd aangegeven dat er ook minder zichtbare zaken werden uitgevoerd, zoals het opnemen van een advocatenrol. Er waren enkele casussen waarbij aangegeven werd dat zij voor personen met een dakloosheidsproblematiek was opgekomen. Ook voerde de straatverpleegkundige een brugfunctie uit. Ze werkte nauw samen met verschillende eerstelijnsactoren binnen de regio. Zoals eerder vermeld, was er ook een nauwe samenwerking met de straathoekwerkers en de maatschappelijk werkers. De straatverpleegkundige verwees door naar eerste- en tweedelijnsactoren indien noodzakelijk en mogelijk.

*“Hier dat ze zeggen je staat met zo een dikken poot [lacht]. En euh en [maatschappelijk werker] zegt ik ga een keer vragen dat ze [de straatverpleegkundige] gaat komen dan. Dan heeft ze gezegd, kom af om kwart na zes en zo zijn wij in contact gekomen.” (Interview 12)*

Bijkomend probeerde de straatverpleegkundige aanklappend te werken. Dit houdt in dat ze de dakloze personen constant opvolgde, zelfs nadat ze terug een huisvesting hadden gevonden. Het doel was om het hulpverleningsproces te blijven vasthouden bij deze personen.

*“Ja, wat kwam die daar doen [straatverpleegkundige in een park], iemand zijn been verzorgen, want die kwam weer niet opdagen en die is dan euh die komen zoeken. Dat vond ik wel al op dat moment een bewonderenswaardig initiatief dat die zelfs buiten haar uren, want het was al redelijk, “ah hier zitte jij”. (...) ze is zij dat niet verplicht hé. Dat is die gedrevenheid toch.” (Interview 3)*

### 3.6. Welzijn en kwaliteit van leven

Er werd gepeild naar het welzijn en de kwaliteit van de participanten. Aangezien welzijn een moeilijk concept was om te definiëren, werd gevraagd aan de

participanten om hun ideale dag te omschrijven, en bijkomend wat een normaal leven voor hen was of als ze zichzelf gezond voelden.

Voor elke participant was dit zeer uiteenlopend. Wat opviel tijdens de interviews was dat de beschrijving van de ideale dag en het normale leven volgens de participanten sterk in lijn lagen met elkaar. Participanten probeerden het dakloze leven zo veel als mogelijk te normaliseren door dagdagelijkse taken uit het leven vóór de dakloosheid op te nemen.

*“Ja met mijn muzieksje en ik kijk dan nog achter de krant, je moet nog een beetje geluk hebben met een gratis krant in de week met bijvoorbeeld de Metro daar ofzo, of de zondag het zondagbladje (...) Ik zit daar in mijn hoeksje zo, ik ben tranquille alé euhm een kalmen en euh ja ik heb mijn muzieksje aan, ik heb mijn krantje mee en ik heb mijn paksje snoepsjes mee et voila.” (Interview 10)*

Ook was voor veel participanten contact en genegenheid met familie en/of vrienden van groot belang. Het samenzijn met hun geliefden werd zowel als een normaal leven als een ideale dag omschreven. Bijkomend gaf een participant aan dat hij het interview aangenaam vond omdat hij kon spreken over zijn toekomstplannen in verband met een nieuwe huisvesting.

*“De ideale dag zo ja, een zondag, lekker vroeg opstaan, naar de bakker, naar de beenhouder, alles klaarzetten (...) 's avonds te lui voor te koken en dan eens bellen azo, ik deed dat vroeger nooit, den afhaaltoestand of euh de take-away toestanden en dan de kinderen naar bed 's avonds en dan nog een beetje praten of wat TV kijken of euh ja dat is een mooie dag.” (Interview 3)*

Anderzijds gaven sommige participanten aan dat het niet altijd eenvoudig of mogelijk was om het welzijn en de kwaliteit van het leven in stand te houden doordat ze geen onderdak hadden. Het normale leven opnemen, bleek dus niet eenvoudig voor sommigen.

*“Ja, zelf ben ik wel sterk, maar het is storend hé je verliest heel veel tijd hé. Ik zou anders een familieleven hebben en nu ja zit ik gewoon in een straatje waarin ik ja, geen relatie kan aangaan ofzo of ja zo van die normale dingen in het leven hé. Het leven... ja het is moeilijker”. (Interview 4)*

### 3.7. Stigmatisering

Doorheen alle interviews werd opgemerkt dat verschillende (zelf)stigmatiserende uitspraken werden gegeven door de participanten. De stigmatiserende uitspraken gingen vaak hand-in-hand met het verzet tegen de dakloosheid. Participanten die dakloosheid als een *way of life* zagen, gaven minder tot geen stigmatiserende uitspraken. De participanten die zich tegen dakloosheid probeerden te verzetten, wensten zich te differentiëren van de dakloze populatie.

*“Nee het is niet voor te stoefen ma in sé, wij horen hier eigenlijk niet thuis ten opzichte van de rest van de mensen” (Interview 8)*

Deze stigmatiserende uitspraken werden zeer onbewust gegeven. Als aan participanten gevraagd werd welke vooroordelen er waren tegenover dakloosheid, reageerden ze dat ze geen vooroordelen hadden. Nochtans werden daarvoor en daarna verschillende stigmatiseringen uitgesproken. Rond het woord dakloosheid op zich, werd al stigmatisering opgemerkt.

*“Dakloos ja ja voor mij is dat negatief ja pff. Ik, ja die naam alleen al, dakloos how pfoeh ik denk in mijn eigen oei oei oei hoe ben ik hier beland.” (Interview 5)*

De participanten die zich verzetten tegen dakloosheid, spraken vaak over de “ik” versus “de anderen”. De stigmatiserende uitspraken over anderen, kwamen vaak voort uit hun eigen waarden en normen. Er waren vier concepten waar het wij-zij verhaal sterk naar voor kwam: de werkwilgheid, het uiterlijk, alcohol- en druggebruik, en financiële verantwoordelijkheid. De stigma's werden door de participanten niet ontkracht voor de gehele dakloze populatie, maar enkel voor zichzelf.

Naast de stigmatisering ten opzichte van de algemene dakloze populatie, gaven enkele participanten de stigmatisering weer die ze zelf soms dagelijks ervaren door uiterlijk, werkloosheids-, leeftijds- of hun dakloosheidsstatus. Deze stigmatisering voelden sommige participanten ook bij hulpverleners.

*“Ge zijt dakloos, ge zijt gelijk stront voor de stad voor iedereen zijde stront, ge zijt gelijk stront behandeld ik ben zeker dat een stagiair op m'n knie gezet is en niks heeft gezien. Ben daar zeker van.” (Interview 11)*

## 4. Discussie

Het doel van deze masterproef was om de zorgnoden van volwassen dakloze personen en hiaten in de zorgverlening in kaart te brengen. Hierbij werd nagegaan hoe straatverpleegkunde kon bijdragen tot betere zorgverlening en hoe dit ervaren werd. In deze sectie worden de bevindingen uit de interviews vergeleken met literatuur. Bijkomend werden sterktes, beperkingen en aanbevelingen beschreven.

### 4.1. Terugkoppeling naar de literatuur

Uit de interviews komt naar voren dat er ruwweg twee types van personen zich binnen dakloosheid bevinden, namelijk personen die dakloosheid als een *way of life* zien en personen die het predicaat van dakloosheid niet accepteren. Personen kunnen van het verzet tegen dakloosheid naar het internaliseren van de identiteit ervan evolueren via integratie in de daklozencultuur. Dakloosheid als een *way of life* zien, kenmerkt zich volgens Auerswald & Eyre (2002) door de overtuiging dat dakloosheid een subcultuur is met wantrouwen naar mensen en instellingen in de reguliere wereld. Deze bevindingen liggen in lijn met de resultaten van dit onderzoek. Ook Johnson & Chamberlain (2016) beschrijven dat sociale adaptie ervoor zorgt dat mensen langer in dakloosheid blijven doordat ze vriendschappen vormen met andere dakloze personen en overlevingsmechanismen van andere daklozen overnemen, wat re-integratie vermindert. Vanuit de onderzoeksbevindingen kunnen we opmerken dat hulpverleners andere strategieën moeten toepassen bij beide types van personen omdat zij verschillende zorgnoden hebben.

Bijna alle dakloze personen hebben fysieke, psychische en/of maatschappelijke zorgnoden (Rowe et al., 2002). Mensen die dakloos zijn geworden, lopen een groter risico op comorbiditeit en hebben meerdere complexe gezondheidsproblemen (Davies & Wood, 2018; Vallesi et al., 2021). De fysieke zorgnoden worden ook in dit onderzoek uitgebreid beschreven door dakloze personen. Wat sterk opvalt, is dat ze weinig tot geen psychische zorgnoden rapporteren terwijl de hulpverleners dit wel als een grote nood beschouwen. Nochtans wordt er geschat dat 30%-60% een psychiatrische aandoening heeft

(Fleury et al., 2021). De personen in dakloosheid focussen zich dagelijks op het inzetten van overlevingsstrategieën (Segal et al., 1977). Bovendien worden van buitenaf andere maatschappelijke prioriteiten opgedrongen, zoals het zoeken naar werk, inkomen, onderdak en voedsel en het handhaven van hun lichaamshygiëne (Thorndike et al., 2022). Dit is mogelijks een verklaring voor de minieme rapportage van psychische zorgnoden. Daarnaast hebben dakloze personen het gevoel dat ze met niemand een conversatie kunnen voeren, wat hun (mentale) gezondheid negatief beïnvloedt (Davis et al., 2012). Dit wordt ook opgemerkt doorheen de interviews.

Ondanks de hoge zorgnoden, vinden mensen met een dakloosheidsproblematiek veel moeizamer ingang tot de eerstelijnszorg waardoor ze een disproportionele belasting op de acute, gespecialiseerde gezondheidszorg leggen (Davies & Wood, 2018). Zelfs indien er een eerstelijnszorgnetwerk rondom de persoon is, blijft het doorverwijzen en de follow-up vaak moeizaam. Dit komt door de zorgfragmentatie en het onduidelijke zorglandschap, wat zorgmijding creëert (Klop et al., 2018). Een ander segment is het mijden van de geestelijke gezondheidszorg wegens eerdere negatieve ervaringen met het psychiatrisch werkveld (Koegel, 1992).

Dakloze personen worden beschouwd als zorgmijders, maar de zorg mijdt ook deze mensen door onbewuste mechanismen van stigma en discriminatie (Canham et al., 2022; John & Law., 2011; Wen et al., 2007). Hierdoor verhoogt de drempel tot het zoeken van hulp voor psychische problematieken (Clement et al., 2015). Anderzijds blijkt ook dat de toegang tot residentiële psychiatrische zorg ontzegd wordt voor de dakloze populatie omdat ze niet voldoet aan de vaak veeleisende opnamevoorwaarden (Gunner et al., 2019). Uit ons onderzoek merken we op dat er nog een bijkomende dimensie heerst. Dakloosheid heeft binnen de dakloze populatie zelf ook een negatieve connotatie. Er leeft een zelfstigmatiserende sfeer binnen de doelgroep, wat de stigmatisering van de doelgroep door hulpverleners versterkt. Dit kan de zelfstigmatisering opnieuw versterken en voor een vicieuze cirkel van stigmatisering zorgen, waardoor opnieuw minder toegang tot de zorg is.



Het is duidelijk dat binnen de zorg voor de dakloze populatie nog veel discontinuïteit aanwezig is. Hoewel geen enkele gezondheidsactor, door het complexe karakter van deze problematiek, solitair deze problemen kan oplossen, kan intensief casemanagement ingezet worden bij de dakloze populatie om deze continuïteit meer te garanderen (Vanderplasschen et al., 2004). Intensief casemanagement wordt gekenmerkt door patiëntgerichtheid, flexibiliteit en een sterk integraal aanklappende aanpak. Het richt zich op het creëren van een sociaal netwerk, belangenbehartiging, assessment van de (zorg)noden, coördinatie en monitoring. Er is langdurige individuele begeleiding van de casemanager (Braucht et al., 1995; Forchuk et al., 1989; Paradis-Gagné et al., 2020; SAMHSA, 2015; Vanderplasschen et al., 2004). De focus ligt hierbij op de subjectieve beleving van levenskwaliteit (Hublely et al., 2014) met respect voor de waarden en normen van het individu door de interpersoonlijke relatie en krachtgericht werken. Dit kan bijdragen tot een groter gevoel van autonomie, competentie en veerkracht (Krabbenborg et al., 2015; Lindsey, 2000). Intensief casemanagement vermindert onnodige ziekenhuisopnames en verbetert de kwaliteit van leven en de tevredenheid over de gezondheidszorg (Rivera et al., 2007). Het wordt ook geassocieerd met verminderde ernst van symptomen, een beter globaal functioneren en meer vaardigheden om in de maatschappij te functioneren (Neale & Rosenheck, 1995).

Omdat casemanagement een functie is en geen beroep, zou de straatverpleegkundige deze functie kunnen aanwenden vanwege de kennis van zowel psychosociale als medische-psihiatrische aandoeningen en netwerken (Paradis-Gagné et al., 2020). Idealiter heeft de straatverpleegkundige dus een robuuste somatische, psihiatrische en sociaal-maatschappelijke voorkennis en een uitgebreid netwerk. De samenwerking met huisartsen speelt hier een sleutelrol gezien het belang aan medische follow-up (Currie et al., 2023). Deze samenwerking wordt amper gerapporteerd in het onderzoek. Daarnaast moeten de straatverpleegkundigen zorg op maat aanbieden aangepast naargelang de zorgnoden, wat kan leiden tot meer engagement, wat op zijn beurt leidt tot minder zorgvermijding (Klop et al., 2018; Lamanna et al., 2018). Bijkomend kan zij fungeren als coördinator en navigator in het kluwen aan doorverwijzingen om het

zorglandschap helder te stellen voor de personen met een dakloosheidsproblematiek (Davies & Wood, 2018). Het is essentieel dat de *caseload* beperkt blijft per straatverpleegkundige zodat deze vorm van hulpverlening niet gefragmenteerd wordt, en dus haar waarde niet verliest. Ook moeten de straatverpleegkundigen de stigmatiserende houdingen die de toegang tot gezondheidszorg belemmeren, politiseren bij hulpverleners om probleembesef te laten groeien (John & Law, 2011). Ook moeten zij vanuit het operationeel management veel flexibiliteit en minder formele regels krijgen om hun werk maximaal af te stemmen op de behoeften van deze bijzonder complexe doelgroep (Paradis-Gagné et al., 2020).

De straatverpleegkundigen moeten over een aantal basiscompetenties beschikken, zoals presentie, vriendelijkheid en actiegerichtheid, wat door onderzoek bevestigd wordt (Gunner et al., 2019). Dakloze personen beschrijven de relatie met casemanagers vaak als een vriendschap en ze voelen een authentieke bekommernis van de casemanager (Davis et al., 2012). In het onderzoek werd duidelijk dat bepaalde participanten een vriendschapsband wensten op te bouwen, maar ook dat anderen liever afstand hielden. De straatverpleegkundige moet dus een continue balansoefening kunnen maken tussen afstand-nabijheid naargelang de wensen van de dakloze persoon. Dit is uiterst belangrijk, want hoe beter de relatie tussen casemanagers en zorgvragers, des te beter de uitkomsten (Neale & Rosenheck, 1995). Ook de theorie van Peplau kan het conceptualiseren van een interpersoonlijke vertrouwensrelatie tussen de casemanager en de zorgvrager vormgeven (Forchuk et al., 1989). Zodra vertrouwen ontstaat, is het gemakkelijker voor de doelgroep om op een authentieke manier zorgnoden kenbaar te maken (Lamanna et al., 2018).

Een laatste belangrijk aspect is dat de straatverpleegkundige uit de houding van expert kan treden en in plaats daarvan een begeleidende rol kan opnemen. Zij fungeert dus als een *skilled companion*, waarbij een evenwicht wordt gezocht tussen deskundige hulpverlening en de behoeften van de persoon (Dierckx de Casterlé, 2015). Binnen deze begeleidende rol kan op de gepaste momenten

sturing gegeven worden om de doelgroep te behoeden voor risico's. Toch mag er geen veroordeling blijken en moet de sturing op vraag van de zorgvrager zijn. Dit kan enkel tot stand komen indien de interpersoonlijke therapeutische relatie sterk genoeg ontwikkeld is (Vandekerkhove et al., 2023).

#### 4.2. Aanbevelingen voor de praktijk, onderwijs en onderzoek

De straatverpleegkundige moet fungeren als een intensieve casemanager, die het onderscheid kan maken tussen het type dakloze personen, gezien beiden andere (zorg)noden hebben. Tegelijk dient de straatverpleegkundige een continue afweging te maken tussen investeren in interventies of in contact en presentie. Daarnaast moeten zij een advocatenrol voor de doelgroep op zich nemen waarbij destigmatisering naar andere hulpverleners toe een belangrijke taak is. Dit vereist een uitgebreid competentieprofiel van de persoon die de functie van straatverpleegkundige wenst uit te voeren.

Veranderingen in het beleid en de wetgeving met betrekking tot de beschikbare tijd van de zorgprofessionals die met de doelgroep werken, zijn cruciaal. Intensieve opvolging is nodig bij de doelgroep om een interpersoonlijke vertrouwensrelatie aan te gaan, wat tijd kost en "harde uitkomsten" kunnen dus niet op korte termijn worden gegarandeerd (Klop et al., 2018). Daarnaast bevinden straatverpleegkundigen zich op het kruispunt van welzijn en zorg en moeten zij ondersteund worden door zowel de eerste- als tweedelijnsdiensten. Dit vereist ook een duidelijke formele en informele mandatering binnen het netwerk. De kaders die gebruikt worden voor verpleegkunde en maatschappelijk werk moeten geïntegreerd worden voor beide hulpverleners.

Er moeten voor alle hulpverleners binnen zorgberoepen opleidingen voorzien worden specifiek over stigmatisatie binnen de dakloze populatie zodat hier inzicht in kan verkregen worden. Hierdoor kan mogelijks empathie ontwikkeld worden, waardoor een omgeving gecreëerd wordt waarin de noden van mensen met een dakloosheidsproblematiek worden gecapteerd en aangepakt binnen een ondersteunend relationeel kader (Thorndike et al., 2022).

Er werd nog geen onderzoek uitgevoerd omtrent de diepgaande beleving van straatverpleegkunde, wat wel nodig is om de meerwaarde van de functie met een

breder blik te kunnen bekijken. Daarnaast zijn opleidingsnoden die nodig zijn om met deze doelgroep zinvol aan de slag te kunnen gaan nog niet vastgesteld (Currie et al., 2023). Bijkomend moet stigmatisering binnen de daklozenpopulatie en de impact op hulpverlening hiervan verder onderzocht worden. Als laatste moet verder onderzocht worden hoe straatverpleegkundigen een rol kunnen spelen bij andere ETHOS-categorieën.

#### 4.3. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek bevat enkele sterktes. Ten eerste werd voor bepaalde concepten datasaturatie verkregen terwijl andere concepten nog verder geëxploreerd konden worden. Wegens de moeilijkere te rekruteren doelgroep binnen de beperkte tijd, was het niet mogelijk om voor elk concept saturatie te krijgen. Ten tweede was er een goed gevestigd contact met de gatekeepers waardoor het risico op gatekeeperbias verkleind werd (Clark, 2010). Ten derde werd het afnemen van de interviews en het transcriberen uitgevoerd door eenzelfde onderzoeker onder supervisie van een tweede meer ervaren onderzoeker, waardoor theoretische sensitiviteit en diepgang verkregen konden worden. Ten vierde werden zowel onderzoekers-, methodologische-, als theoretische triangulatie gebruikt en werden op regelmatige basis *peer reviews* ingepland. Ten vijfde werd een audit trail aangewend. Als laatste werden de transcripties en coderingen op regelmatige tijdstippen besproken met de copromotor.

Het onderzoek bevat ook een aantal beperkingen. Als eerste was het moeilijk om volledige privacy te garanderen tijdens de interviewafname in de eigenheid van de nachtopvangsetting. Ten tweede waren sommige participanten laaggeletterd. Ondanks dat de vraagstelling zo eenvoudig mogelijk werd gehouden, moesten soms voorbeelden aangereikt worden om de vraag helder te stellen. Dit impliceert soms suggestieve vraagstelling of misinterpretatie. Ten derde werden slechts twee vrouwen in de studie geïnccludeerd, waardoor voorzichtig moet omgesprongen worden met de resultaten in kader van transfereerbaarheid. Ten vierde kon het thema omtrent de beleving van straatverpleegkunde niet voldoende diepgaand bevraagd worden, gezien een groot aantal participanten niet werden opgevolgd door haar. Ten vijfde werden enkel personen binnen

categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie geïncorporeerd. Als laatste was het soms moeilijk voor de participanten om de onderzoekersrol en hulpverlenersrol van de onderzoeker te onderscheiden.

## 5. Conclusie

Deze thesis draagt bij tot het exploreren van de (zorg)noden van de dakloze populatie en hoe straatverpleegkunde hierop kan inspelen. Veel personen binnen de dakloze populatie hebben complexe zorgnoden op zowel fysiek, psychisch als maatschappelijk vlak. De straatverpleegkundige kan op deze zorgnoden inspelen door intensief casemanagement toe te passen. Er moet een interpersoonlijke vertrouwensrelatie opgebouwd worden om toegang te krijgen tot de populatie. Omdat de steekproef klein is, is verder onderzoek aangewezen om de meer diepgaande beleving van de werking van straatverpleegkunde na te gaan.

## Referentielijst

- Akkermans, C. & Anthonio, M. (2022). *Rapportage: Staat van de Nachtopvang*. Valente. <https://www.valente.nl/wp-content/uploads/2022/02/Rapportage-Staat-van-de-Nachtopvang-2022-opgemaakt.pdf>
- Auerswald, C. L., & Eyre, S. L. (2002). Youth homelessness in San Francisco: a life cycle approach. *Social science & medicine (1982)*, *54*(10), 1497–1512. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00128-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00128-9)
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek : denken en doen* (2nd ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Braucht, G. N., Reichardt, C. S., Geissler, L. J., Bormann, C. A., Kwiatkowski, C. F., & Kirby, M. W., Jr (1995). Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, *14*(4), 87–109. [https://doi.org/10.1300/j069v14n04\\_06](https://doi.org/10.1300/j069v14n04_06)
- Canham, S. L., Moore, P., & Custodio, K. (2022). Homeism: naming the stigmatization and discrimination of persons experiencing homelessness. *Housing. Theory and Society 2021*, *39*(5), 507-523. <https://doi.org/10.1080/14036096.2021.2014558>
- Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE Open Medicine*, *7*, 2050312118822927. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>
- Clark, T. (2010). Gaining and Maintaining Access: Exploring the Mechanisms that Support and Challenge the Relationship between Gatekeepers and Researchers. *Qualitative Social Work*, *10*(4), 458-502. <https://doi.org/10.1177%2F1473325009358228>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsçh, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative

studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory* (4<sup>th</sup> ed.). Los Angeles : SAGE. <http://lib.ugent.be/catalog/rug01:002495549>

Currie, J., McWilliams, L., Venkataraman, V., Paisi, M., Shawe, J., Thornton, A., Larkin, M., Taylor, J., & Middleton, S. (2023). Nurses' perceptions on the skills, knowledge, and attributes required to provide healthcare to people experiencing homelessness in Australia: A qualitative study. *Collegian* (in press). <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.03.006>

Davies, A., & Wood, L. J. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *The Medical Journal of Australia*, 209(5), 230–234. <https://doi.org/10.5694/mja17.01264>

Davis, E., Tamayo, A., & Fernandez, A. (2012). "Because somebody cared about me. That's how it changed things": homeless, chronically ill patients' perspectives on case management. *PLOS ONE*, 7(9), e45980. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045980>

De Boyser, K., Linchet, S., & Van Dijck, L. (2009). *Onderzoek naar de OCMW-hulpverlening aan dak- en thuislozen*. Universiteit Antwerpen. [https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/ocmw-hulpverleningen\\_aan\\_daklozen.pdf](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/ocmw-hulpverleningen_aan_daklozen.pdf)

De Vlaamse Woonraad. (2016). *Dak- en thuisloosheid in Vlaanderen: pistes voor een meer woongericht beleid* (Advies 2016/04). <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/20061>

Dierckx de Casterlé B. (2015). Realising skilled companionship in nursing: a utopian idea or difficult challenge?. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3327–3335. <https://doi.org/10.1111/jocn.12920>

- Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 360–371.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>
- European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (FEANTSA). (2006). *ETHOS - taking stock*.  
<https://www.feantsa.org/download/ethospaper20063618592914136463249.pdf>
- European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (FEANTSA). (n.d.). *ETHOS- Europese Typologie van dakloosheid en sociale uitsluiting*.  
[https://www.feantsa.org/download/nl\\_\\_\\_1313787036796784442.pdf](https://www.feantsa.org/download/nl___1313787036796784442.pdf)
- Fleury, M. J., Grenier, G., Sabetti, J., Bertrand, K., Clément, M., & Brochu, S. (2021). Met and unmet needs of homeless individuals at different stages of housing reintegration: A mixed-method investigation. *PLOS ONE*, 16(1), e0245088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245088>
- Forchuk, C., Beaton, S., Crawford, L., Ide, L., Voorberg, N., & Bethune, J. (1989). Incorporating Peplau's theory and case management. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27(2), 35-38.  
<https://doi.org/10.3928/0279-3695-19890201-11>
- Glaser, B. G. (1998). *Doing grounded theory : issues and discussion*. Sociology press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. Aldine Publishing.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-607.
- Gold, R. L. (1958). Roles in Sociological Field Observations. *Social Forces*, 36(3), 217-223. <https://doi.org/10.2307/2573808>



- Gunner, E., Chandan, S. K., Marwick, S., Saunders, K., Burwood, S., Yahyouche, A., & Paudyal, V. (2019). Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *The British journal of general practice : the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(685), 526–536. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704633>
- Holloway, I., & Wheeler, K. (2016). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4<sup>th</sup> ed.). Wiley-Blackwell.
- Huble, A. M., Russell, L. B., Palepu, A., & Hwang, S. W. (2014). Subjective Quality of Life Among Individuals who are Homeless: A Review of Current Knowledge. *Social Indicators Research*, 115(1), 509-524. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-9998-7>
- Hwang, S. W., Aubry, T., Palepu, A., Farrell, S., Nisenbaum, R., Huble, A. M., Klodawsky, F., Gogosis, E., Hay, E., Pidlubny, S., Dowbor, T., & Chambers, C. (2011). The health and housing in transition study: a longitudinal study of the health of homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *International Journal of Public Health*, 56(6), 609–623. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0283-3>
- John, W., & Law, K. (2011). Addressing the health needs of the homeless. *British Journal of Community Nursing*, 16(3), 134–139. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.3.134>
- Johnson, G., & Chamberlain, C. (2016) From Youth to Adult Homelessness. *The Australian Journal of Social Issues*, 43(4), 563–582. <https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.2008.tb00119.x>
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x>
- Klop, H. T., Evenblij, K., Gootjes, J. R. G., de Veer, A. J. E., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (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(1), 1095. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5989-1>

Koegel P. (1992). Through a different lens: an anthropological perspective on the homeless mentally ill. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/BF00054437>

Koning Boudewijnstichting. (2021, March 17). *Dak- en thuisloosheid geteld, om tot effectieve oplossingen te komen*. <https://www.kbs-frb.be/nl/dak-en-thuisloosheid-geteld-om-tot-effectieve-oplossingen-te-komen>

Krabbenborg, M. A. M., Boersma, S. N., van der Veld, W. M., van Hulst, B., Vollebergh, W. A. M., & Wolf, J. R. L. M. (2015). A Cluster Randomized Controlled Trial Testing the Effectiveness of Houvast. *Research on Social Work Practice*, 27(6), 639–652. <https://doi.org/10.1177/1049731515622263>

Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D., & Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>

Lindsey, E. W. (2000). Social work with homeless mothers: A strength-based solution-focused model. *Journal of Family Social Work*, 4(1), 59-78. [https://doi.org/10.1300/J039v04n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J039v04n01_06)

Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311(6997), 109-112. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6997.109>

Meys, E., & Hermans, K. (2014). *Nulmeting dak- en thuisloosheid (2014/07)*. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin. <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/294093>

- Moorley, C., & Cathala, X. (2019). How to appraise qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 22(1), 10–13. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103044>
- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services*, 46(7), 719–721. <https://doi.org/10.1176/ps.46.7.719>
- Nielsen, S. F., Hjorthøj, C. R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 377(9784), 2205–2214. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60747-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2)
- Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Villemure, M., & Chauvette, S. (2020). A Critical Ethnography of Outreach Nursing for People Experiencing Homelessness. *Journal of Community Health Nursing*, 37(4), 189–202. <https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1809858>
- Pauly, B. (2014). *Close to the street: nursing practice with people marginalized by homelessness and substance use* [E-book]. University of Ottawa Press. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/33266/515362.pdf?sequence=1#page=222>
- Rivera, J. J., Sullivan, A. M., & Valenti, S. S. (2007). Adding consumer-providers to intensive case management: does it improve outcome?. *Psychiatric Services*, 58(6), 802–809. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.802>
- Robeyns, L., Demaerschalk, E., & Hermans, K. (2011). *Ontwikkelen en uittesten van een monitoringsinstrument in de Vlaamse thuislozenzorg*. KU Leuven. [https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/2011\\_Thuislozenzorg.pdf](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2011_Thuislozenzorg.pdf)

- Rowe, M., Kloos, B., Chinman, M., Davidson, L., & Boyle Cross, A. (2002). Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Social Policy & Administration*, 35(1), 14-31. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00217>
- Schockaert, I., Morissens, A., Cincinnato, S., & Nicaise, I. (2012). *Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen* [E-book]. HIVA. <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/288574>
- Segal, S. P., Baumohl, J., & Johnson, E. (1977). Falling through the cracks: Mental disorder and social margin in a young vagrant population. *Social Problems*, 24(3), 387-400. <https://doi.org/10.2307/800091>
- Stenfors, T., Kajamaa, A., & Bennett, D. (2020). How to ... assess the quality of qualitative research. *The Clinical Teacher*, 17(6), 596-599. <https://doi.org/10.1111/tct.13242>
- Steunpunt tot bestrijding van armoede bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2020). *Feiten en cijfers: hoeveel daklozen zijn er in België?* [https://www.armoedebestrijding.be/wp-content/uploads/2020/02/cijfers\\_daklozen.pdf](https://www.armoedebestrijding.be/wp-content/uploads/2020/02/cijfers_daklozen.pdf)
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (2015). *Comprehensive case management for substance abuse treatment (Treatment Improvement Protocol Series 27)*. HHS Publication
- Thorndike, A. L., Yetman, H. E., Thorndike, A. N., Jeffrys, M., & Rowe, M. (2022). Unmet health needs and barriers to health care among people experiencing homelessness in San Francisco's Mission District: a qualitative study. *BMC Public Health*, 22(1), 1071. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13499-w>
- Vallesi, S., Tuson, M., Davies, A., & Wood, L. (2021). Multimorbidity among People Experiencing Homelessness-Insights from Primary Care Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6498. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126498>

- Van Daalen, K., Kromwijk, E., Van Den Muijsenbergh, M., Van Laere, I., & Sassen, B. (2018). Sociaal-medische zorg daklozen niet overall vanzelfsprekend. *TVZ*, 128(4), 46-49. <https://doi.org/10.1007/s41184-018-0164-9>
- Vandekerkhove, L., Magerman, J., Vanderplasschen, W., & Meesen, D. (2023). Beleving van informele dwang bij zorggebruikers en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 32(1), 3–20. <https://doi.org/10.18352/jsi.727>
- Vanderplasschen, W., Rapp, R., C, Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.8.913>
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. In *Handboek Verslaving: Hulpverlening, preventie en beleid*. (pp. 1–34). Bohn Stafleu van Loghum.
- Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. (2007). Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal of general internal medicine*, 22(7), 1011–1017. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0183-7>
- Woollcott M. (2008). Access to primary care services for homeless mentally ill people. *Nursing standard*, 22(35), 40–44. <https://doi.org/10.7748/ns2008.05.22.35.40.c6534>
- Zlotnick, C., & Zerger, S. (2009). Survey findings on characteristics and health status of clients treated by the federally funded (US) Health Care for the Homeless Programs. *Health & Social Care in The Community*, 17(1), 18-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00793.x>

## Bijlages

### Bijlage 1: ETHOS-classificatie

Operationele categorie			Leefsituatie		Definitie
DAKLOOS	1	Mensen zonder vaste verblijfplaats	1.1	Openbare ruimte of open lucht	Leven op de straat en in openbare ruimte, zonder vaste verblijfplaats
	2	Mensen in noodopvang	2.1	Nachtopvang	Mensen zonder vaste verblijfplaats die gebruik maken van de nachtopvang, laagdrempelige opvang
THUISLOOS	3	Mensen in opvang voor thuislozen	3.1	Passantenverblijf	Opvang voor kortdurend verblijf
			3.2	Tijdelijke huisvesting	
			3.3	Huisvesting als overbruggingsperiode	
	4	Mensen in vrouwenopvang	4.1	Blijf-van-mijn-lijf huizen vrouwenopvang	Opvang voor vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld, bedoeld voor kortdurend verblijf
	5	Mensen in opvang voor asielzoekers en immigranten	5.1	Tijdelijke opvang / Asielzoekerscentrum (AZC)	Immigranten in Asielzoekerscentra of tijdelijke opvang door hun verblijfsstatus
5.2			Pension voor seizoenarbeiders		
6	Mensen die binnenkort uit een instelling komen	6.1	Penitentiaire inrichting	Geen huisvesting beschikbaar vóór vrijlating Blijven langer door gebrek aan huisvesting	
		6.2	Medische instellingen (inclusief afkickcentra, psychiatrische ziekenhuizen etc.)		
7	Mensen die langdurig hulp krijgen (vanwege dakloosheid)	6.3	Jeugdinstellingen	Geen geïdentificeerde huisvesting (bijvoorbeeld door 18e verjaardag)	
		7.1	Woonzorg voor oudere daklozen	Langdurige verblijfplaats voor mensen die dakloos geweest zijn (meestal langer dan een jaar)	
7.2	Begeleid wonen voor mensen die dakloos zijn geweest				
INSTABIELE HUISVESTING	8	Mensen met een instabiele huisvesting	8.1	Tijdelijk bij familie of vrienden	Leven in tijdelijk conventionele huisvesting (niet uit vrije keuze)  Gebruiken van een woning zonder standaard huurcontract (niet kraken)  Bezetten van land zonder wettelijke rechten
			8.2	Zonder standaard huurcontract	
8.3			Illegale bezetting van land		
9	Mensen die hun huis uit worden gezet	9.1	Uitgevoerd dwangbevel (huurhuis)	Wanneer procedures voor huisuitzetting in gang gezet zijn	
		9.2	Terugname bevel (koophuis)	Wanneer de hypotheekverstrekker het huis in beslag mag nemen	

	<b>10</b>	Mensen die leven onder dreiging van huiselijk geweld	<b>10.1</b>	Gemeld bij politie	Wanneer de politie actie onderneemt om veiligheid voor slachtoffers van huiselijk geweld te garanderen
ONTOEREIKENDE HUISVESTING	<b>11</b>	Mensen in tijdelijke / niet conventionele woningen	<b>11.1</b> <b>11.2</b> <b>11.3</b>	Camper / caravan Niet conventionele woonruimte Tijdelijke aard	Niet bedoeld als standaard woonplaats Tijdelijke schuilplaats (kraken)  Roma, zigeuners, woonwagenbewoners
	<b>12</b>	Mensen in ongeschikte huisvesting	<b>12.1</b>	Woning ongeschikt voor bewoning	Woonruimte die door landelijke wetgeving ongeschikt verklaard is voor bewoning
	<b>13</b>	Mensen die wonen in een extreem overbevolkt 'gebied'	<b>13.1</b>	Hoogste nationale norm van overbevolking	Bepaald als het overschrijden van de nationale dichtheidsnorm voor oppervlakte of bruikbare kamers

*Noot.* Overgenomen uit *ETHOS- Europese Typologie van dakloosheid en sociale uitsluiting*, door European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (FEANTSA), n.d.  
[https://www.feantsa.org/download/nl\\_\\_\\_1313787036796784442.pdf](https://www.feantsa.org/download/nl___1313787036796784442.pdf)

## Bijlage 2: Interviewguides

### Interviewguide 1

Alle interviewguides werden ook naar het Engels vertaald

<p style="text-align: center;"><b>INTERVIEW / TOPIC GUIDE VOOR ANALYSE VAN STRAATVERPLEEGKUNDE BIJ DAKLOZE PERSONEN IN BELGIË</b></p>
---

De vragenlijst (of interviewguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

1. **Inleiding** van het interview waarbij informatie over het onderzoeksdoel, protocol wordt meegegeven. De informatiebrief wordt mondeling overlopen waarbij het *informed consent* wordt getekend. De opnameapparatuur wordt klaargelegd. Er wordt nog eens uitgelegd dat de opnames onmiddellijk worden verwijderd na het transcriberen en de data geanonimiseerd wordt. Er moet ook duidelijk aan de participant meegegeven worden dat het over de werking van straatverpleegkunde gaat en niet over de straatverpleegkundige als persoon op zich.
2. **Demografische gegevens bevragen**: leeftijd van de participant bevragen en aantal dagen/weken/maanden/jaren dakloos
3. **Openingsvraag**: Hoe bent u in contact gekomen met de straatverpleegkundige?
4. **Aandacht** tijdens het interview: geen suggestieve vragen stellen, ruimte geven voor emotionele zaken.
5. **Bijkomende interviewvragen/topics** (naargelang het verhaal van de participant, worden aangepast na analyse van de voorgaande 2 à 3 interviews).
  - Hoe is het voor jou om dakloos te zijn?
  - Kan je mij iets vertellen over de zorgnoden die je hebt?



- Kan je mij iets meer vertellen over andere noden (anders dan zorgnoden) die je hebt?
- Heb je het gevoel voldoende voor jezelf te kunnen zorgen?
- Kan je vertellen hoe je de werking van straatverpleegkunde ervaart?
- Kan straatverpleegkunde helpen bij jouw (zorg)?
  - Zo niet, wie helpt jou bij jouw (zorg)noden?
  - Als je geen hulp ontvangt, wie denk je zelf dat jou kan helpen met jouw (zorg)noden?
- Weet u wat de werking is van straatverpleegkunde?

6. Mogelijke vragen om **te verdiepen**:

- Kan je daar iets meer over vertellen?
- Hoe heb je dat ervaren? / Hoe voelde dat voor jou?
- Op welke manier ben je daarmee omgegaan?
- Bij onduidelijkheid: wat bedoel je precies? / Kan je het nog eens herhalen? / Wat is eigenlijk (...) voor jou?
- Stelling: ik zie dat het (gevoel) voor je is.
- Laat stiltes
- Kan je een voorbeeld geven van (...)?
- Indien weerstand bij vragen: welke vragen mag ik dan aan jou stellen?
- Einde: hoe vond je het gesprek gaan? / Is er nog iets dat je graag wilt vertellen dat nog niet ter sprake is gekomen?

7. **Afsluiten**, ruimte maken voor bijkomende vragen. De participant uitleggen dat ze altijd contact kunnen opnemen indien ze nog vragen hebben. De participant **bedanken** voor diens medewerking

**INTERVIEW / TOPIC GUIDE VOOR ANALYSE VAN STRAATVERPLEEGKUNDE  
BIJ DAKLOZE PERSONEN IN BELGIË**

De vragenlijst (of interviewguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

1. **Inleiding** van het interview waarbij informatie over het onderzoeksdoel, protocol wordt meegegeven. De informatiebrief wordt mondeling overlopen waarbij het *informed consent* wordt getekend. De opnameapparatuur wordt klaargelegd. Er wordt nog eens uitgelegd dat de opnames onmiddellijk worden verwijderd na het transcriberen en de data geanonimiseerd wordt. Er moet ook duidelijk aan de participant meegegeven worden dat het over de werking van straatverpleegkunde gaat en niet over de straatverpleegkundige als persoon op zich.
2. **Demografische gegevens bevragen:** leeftijd van de participant bevragen en aantal dagen/weken/maanden/jaren dakloos
3. **Openingsvraag:** Hoe bent u in contact gekomen met de straatverpleegkundige?
4. **Aandacht** tijdens het interview: geen suggestieve vragen stellen, ruimte geven voor emotionele zaken.
5. **Bijkomende interviewvragen/topics** (naargelang het verhaal van de participant, worden aangepast na analyse van de voorgaande 2 à 3 interviews).
  - Hoe is het voor jou om dakloos te zijn?
  - Wat hebde van doen op vlak van ondersteuning? Of Waarbij heb je hulp nodig, al dan niet gezondheidsgerelateerd
  - Heb je het gevoel voldoende voor jezelf te kunnen zorgen?

- Kan je vertellen hoe je de werking van straatverpleegkunde ervaart?
- Kan straatverpleegkunde helpen bij jouw (zorg)?
  - Zo niet, wie helpt jou bij jouw (zorg)noden?
  - Als je geen hulp ontvangt, wie denk je zelf dat jou kan helpen met jouw (zorg)noden?
- Weet u wat de werking is van straatverpleegkunde?
- Wat vindt je belangrijk aan hulpverlening?
  - Wat vindt je belangrijk aan straatverpleegkunde?
  - Vind je de functie van de hulpverlener belangrijk?
- Heb je het gevoel voldoende je verhaal te kunnen doen tegenover mensen of zorgverleners?
- **Einde: hoe vond je het gesprek gaan? / Is er nog iets dat je graag wilt vertellen dat nog niet ter sprake is gekomen?**

#### 6. Mogelijke vragen om te verdiepen:

- Kan je daar iets meer over vertellen?
- Hoe heb je dat ervaren? / Hoe voelde dat voor jou?
- Op welke manier ben je daarmee omgegaan?
- Bij onduidelijkheid: wat bedoel je precies? / Kan je het nog eens herhalen? / Wat is eigenlijk (...) voor jou?
- Stelling: ik zie dat het (gevoel) voor je is.
- Laat stiltes
- Kan je een voorbeeld geven van (...)?
- Indien weerstand bij vragen: welke vragen mag ik dan aan jou stellen?

#### 7. **Afsluiten**, ruimte maken voor bijkomende vragen. De participant uitleggen dat ze altijd contact kunnen opnemen indien ze nog vragen hebben. De participant **bedanken** voor diens medewerking

**INTERVIEW / TOPIC GUIDE VOOR ANALYSE VAN STRAATVERPLEEGKUNDE  
BIJ DAKLOZE PERSONEN IN BELGIË**

De vragenlijst (of interviewgide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

1. **Inleiding** van het interview waarbij informatie over het onderzoeksdoel, protocol wordt meegegeven. De informatiebrief wordt mondeling overlopen waarbij het *informed consent* wordt getekend. De opnameapparatuur wordt klaargelegd. Er wordt nog eens uitgelegd dat de opnames onmiddellijk worden verwijderd na het transcriberen en de data geanonimiseerd wordt. Er moet ook duidelijk aan de participant meegegeven worden dat het over de werking van straatverpleegkunde gaat en niet over de straatverpleegkundige als persoon op zich.
2. **Demografische gegevens bevragen:** leeftijd van de participant bevragen en aantal dagen/weken/maanden/jaren dakloos
3. **Openingsvraag:** Hoe bent u in contact gekomen met de straatverpleegkundige?
4. **Aandacht** tijdens het interview: geen suggestieve vragen stellen, ruimte geven voor emotionele zaken.
5. **Bijkomende interviewvragen/topics** (naargelang het verhaal van de participant, worden aangepast na analyse van de voorgaande 2 à 3 interviews).
  - Hoe is het voor jou om dakloos te zijn?
  - Wat hebde van doen op vlak van ondersteuning?  
Of Waarbij heb je hulp nodig, al dan niet gezondheidsgerelateerd
  - Heb je het gevoel voldoende voor jezelf te kunnen zorgen?
  - Hoe ervaar je de werking van straatverpleegkunde?

- Hoe kan straatverpleegkunde helpen bij jouw (zorg)?
  - Zo niet, wie helpt jou bij jouw (zorg)noden?
  - Als je geen hulp ontvangt, wie denk je zelf dat jou kan helpen met jouw (zorg)noden?
- Weet u wat de werking is van straatverpleegkunde?
- Wat vindt je belangrijk aan hulpverlening?
  - Wat vindt je belangrijk aan straatverpleegkunde/hulpverlener?
  - Vind je de functie van de hulpverlener belangrijk?
- Heb je het gevoel voldoende je verhaal te kunnen doen tegenover mensen of zorgverleners?
- Welke vooroordelen zijn er over dakloosheid?
  - Welke zou je weerleggen?
- Wat is welzijn en gezondheid voor jou?
- **Einde: hoe vond je het gesprek gaan? / Is er nog iets dat je graag wilt vertellen dat nog niet ter sprake is gekomen?**

6. Mogelijke vragen om **te verdiepen**:

- Kan je daar iets meer over vertellen?
- Hoe heb je dat ervaren? / Hoe voelde dat voor jou?
- Op welke manier ben je daarmee omgegaan?
- Bij onduidelijkheid: wat bedoel je precies? / Kan je het nog eens herhalen? / Wat is eigenlijk (...) voor jou?
- Stelling: ik zie dat het (gevoel) voor je is.
- Laat stiltes
- Kan je een voorbeeld geven van (...)?
- Indien weerstand bij vragen: welke vragen mag ik dan aan jou stellen?

7. **Afsluiten**, ruimte maken voor bijkomende vragen. De participant uitleggen dat ze altijd contact kunnen opnemen indien ze nog vragen hebben. De participant **bedanken** voor diens medewerking

**INTERVIEW / TOPIC GUIDE VOOR ANALYSE VAN STRAATVERPLEEGKUNDE  
BIJ DAKLOZE PERSONEN IN BELGIË**

De vragenlijst (of interviewgide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

1. **Inleiding** van het interview waarbij informatie over het onderzoeksdoel, protocol wordt meegegeven. De informatiebrief wordt mondeling overlopen waarbij het *informed consent* wordt getekend. De opnameapparatuur wordt klaargelegd. Er wordt nog eens uitgelegd dat de opnames onmiddellijk worden verwijderd na het transcriberen en de data geanonimiseerd wordt. Er moet ook duidelijk aan de participant meegegeven worden dat het over de werking van straatverpleegkunde gaat en niet over de straatverpleegkundige als persoon op zich.
2. **Demografische gegevens bevragen:** leeftijd van de participant bevragen en aantal dagen/weken/maanden/jaren dakloos
3. **Openingsvraag:** Hoe bent u in contact gekomen met de straatverpleegkundige?
4. **Aandacht** tijdens het interview: geen suggestieve vragen stellen, ruimte geven voor emotionele zaken.
5. **Bijkomende interviewvragen/topics** (naargelang het verhaal van de participant, worden aangepast na analyse van de voorgaande 2 à 3 interviews).
  - Hoe is het voor jou om dakloos te zijn?
  - Wat hebde van doen op vlak van ondersteuning?  
Of Waarbij heb je hulp nodig, al dan niet gezondheidsgerelateerd
  - Heb je het gevoel voldoende voor jezelf te kunnen zorgen?
  - Hoe ervaar je de werking van straatverpleegkunde?

- Hoe kan straatverpleegkunde helpen bij jouw (zorg)?
  - Zo niet, wie helpt jou bij jouw (zorg)noden?
  - Als je geen hulp ontvangt, wie denk je zelf dat jou kan helpen met jouw (zorg)noden?
- Weet u wat de werking is van straatverpleegkunde?
- Wat vindt je belangrijk aan hulpverlening?
  - Wat vindt je belangrijk aan straatverpleegkunde/hulpverlener?
  - Vind je de functie van de hulpverlener belangrijk?
- Heb je het gevoel voldoende je verhaal te kunnen doen tegenover mensen of zorgverleners?
- Welke vooroordelen zijn er over dakloosheid?
  - Welke zou je weerleggen?
- Wat is voor jou een “normaal” leven?
- Is er een taboe rond psychische problemen/hulpverlening bij de dakloze personen?
- Hoe zou jouw ideale dag er uit zien?
- Wanneer voel jij jou “gezond”?
- Werd je anders behandeld door mensen als je niet dakloos was
  - Indien ja, hoezo? Op welke manier? Hoe komt dat?
- **Einde: hoe vond je het gesprek gaan? / Is er nog iets dat je graag wilt vertellen dat nog niet ter sprake is gekomen?**

## 6. Mogelijke vragen om te verdiepen:

- Kan je daar iets meer over vertellen?
- Hoe heb je dat ervaren? / Hoe voelde dat voor jou?
- Op welke manier ben je daarmee omgegaan?
- Bij onduidelijkheid: wat bedoel je precies? / Kan je het nog eens herhalen? / Wat is eigenlijk (...) voor jou?
- Stelling: ik zie dat het (gevoel) voor je is.
- Laat stiltes
- Kan je een voorbeeld geven van (...)?

- Indien weerstand bij vragen: welke vragen mag ik dan aan jou stellen?
7. **Afsluiten**, ruimte maken voor bijkomende vragen. De participant uitleggen dat ze altijd contact kunnen opnemen indien ze nog vragen hebben. De participant **bedanken** voor diens medewerking



## Bijlage 3: Informatiebrief

Deze brief werd ook naar het Engels vertaald.

<p style="text-align: center;"><b>INFORMATIE VOOR DEELNEMERS AAN EEN ONDERZOEK OVER: ANALYSE VAN STRAATVERPLEEGKUNDE BIJ VOLWASSEN DAKLOZE PERSONEN</b></p>
---

Beste,

Van studenten aan de Universiteit van Gent wordt verwacht dat een masterproef wordt uitgeschreven. Mijn masterproef zal gaan over de werking van straatverpleegkunde bij volwassen dakloze personen. Uit beginnend onderzoek bleek dat er al veel initiatieven in België zijn genomen om dak- en thuisloze personen te helpen. Toch blijft het cijfer stijgen. Er wordt geschat dat 30-60% van de dakloze personen een psychische aandoening heeft. Bij 31,7% is er sprake van een handicap of langdurige ziekte. Een slechte gezondheid van dakloze mensen gaat vaak gepaard met een hoog aantal bezoeken aan de spoeddienst en ziekenhuisopnames. Straatverpleegkunde kan hier een oplossing voor bieden.

### **1. Doel van het onderzoek**

Het doel van het onderzoek om de werking van straatverpleegkunde te onderzoeken. We zullen dus vragen stellen over jouw (zorg)noden en hoe straatverpleegkunde hierbij helpt. Om dit onderzoek mogelijk te maken, willen we, Professor Goossens, meneer Magerman en student Charlotte Ruysen, jouw medewerking vragen.

### **2. Wie kan deelnemen aan het onderzoek?**

Er werd in Europa een soort schaal ontwikkeld dat soorten dakloosheid weergeeft. In dit onderzoek willen wij "categorie 1 en 2" interviewen. Dit zijn mensen die overnachten in een noodopvang (de nachtopvang) of mensen die in het openbaar overnachten: op straat zelf, in een tent in het park, in het station, ... De persoon moet ook volwassen zijn. Zowel mannen, vrouwen als onzijdige

personen mogen deelnemen. Enkel mensen die in Oostende overnachten op het moment van het interview, kunnen deelnemen. Zowel Engelstalige als Nederlandstalige personen kunnen deelnemen. Wanneer een persoon zich lichamelijk of psychisch heel ziek voelt, zullen wij geen interview afnemen. Ook wanneer het tijdens het interview te zwaar wordt voor iemand, wordt het interview meteen gestopt. De gezondheid van de personen die willen deelnemen is voor ons belangrijk. Er wordt dan contact opgenomen met de straatverpleegkundige.

### **3. Wat houdt deelname aan het onderzoek in voor u?**

Deelnemen aan het onderzoek betekent dat je een één op één interview met student Charlotte Ruysen zal afleggen om jouw verhaal te brengen rond jouw (zorg)noden en behoeften en van de beleving van de werking van het project straatverpleegkunde.

### **4. Wat is de procedure tijdens het onderzoek?**

Het gesprek dat we met jou willen hebben, willen we het liefst opnemen. Zo hoeven we niet te noteren tijdens het gesprek en kan de verwerking van het gesprek beter gebeuren. We kunnen tijdens het gesprek dan volledig aandacht geven aan jouw verhaal. Dit gesprek wordt meteen verwijderd nadat het gesprek letterlijk is uitgetypt (om niks van jouw woorden te veranderen). Jouw naam wordt nergens neergeschreven of vermeld. Het interview is dus anoniem. Enkel jouw leeftijd en geslacht/onzijdigheid worden bijgehouden. De uitgetypte interviews worden 10 jaar bijgehouden op een beveiligde server van de Universiteit van Gent. Als student krijg ik hulp van professor Peter Goossens en begeleider Jürgen Magerman. Alleen Peter Goossens, Jürgen Magerman en ik zullen de uitgeschreven interviews kunnen lezen. De straatverpleegkundige of andere mensen die jou ondersteunen, krijgen niks van dit gesprek te horen. Wat u verteld wordt dus geanonimiseerd. Alles is vertrouwelijk. Om de vertrouwelijkheid te ondersteunen, werden regels en wetten opgesteld. Alle gegevens uit dit onderzoek worden dus behandeld volgens de regels van de Belgische wet van 22 augustus 2002 en de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in werking treedt betreffende de bescherming van natuurlijke

personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Het gesprek zal doorgaan op het moment dat dit voor jou het beste past. De plaats waar het gesprek doorgaat, zal samen besproken worden. De straatverpleegkundige en student zullen daarvoor met jou een afspraak maken. Het gesprek zal ongeveer 1 uur duren.

Als we met meerdere personen gesproken hebben, analyseren we wat al deze personen ons gezegd hebben. Wat we daaruit kunnen besluiten leggen we in een rapport vast, en dat delen we mee aan onze collega's en studenten zodat ook zij van ons onderzoek kunnen leren. We willen nogmaals aanhalen dat in deze rapporten u zelf niet herkenbaar zal zijn.

De persoon die verantwoordelijk is voor de gegevensbescherming kan je indien je dit wenst meer informatie geven over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: [privacy@ugent.be](mailto:privacy@ugent.be)

### **5. Wat zijn uw rechten bij deelname aan dit onderzoek?**

U kan volledig zelf kiezen of u wilt deelnemen of niet. Jouw keuze zal geen enkele invloed hebben op de zorg die je krijgt. Op elk moment kan je jouw deelname aan het onderzoek stoppen of jouw toestemming om deel te nemen intrekken. Ook dat zal geen enkel gevolg hebben voor de zorg die jij krijgt. Vooraleer het onderzoek van start kon gaan, hebben we, zoals dat in België wettelijk geregeld is, het onderzoek aan het Ethische Comité van het UZ Gent voorgelegd. Dit comité heeft het project goedgekeurd. Het is niet omdat het Ethisch Comité het goedgekeurd heeft, dat je verplicht bent om deel te nemen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki (versie 2013) om mensen te beschermen die deelnemen aan onderzoeken in de gezondheidszorg. Als je bereid bent deel te nemen aan het onderzoek, zullen we jou vragen, zoals de wet dit voorziet, een toestemmingsformulier te ondertekenen. Ook na de ondertekening daarvan ben

je vrij om op ieder ogenblik te beslissen niet langer aan het onderzoek deel te nemen.

Je hebt het recht om een klacht in te dienen over hoe jouw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming: Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, Tel. +32 2 274 48 00, e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be); [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)”

## **6. Risico's verbonden aan dit onderzoek?**

Hoewel het helemaal niet te verwachten is dat je schade zou kunnen oplopen door aan het onderzoek mee te werken – het gaat alleen om een gesprek – is er toch een verzekering voor schade voor de deelnemers afgesloten, zoals bepaald in de wetgeving (experimentenwet van 7/5/2004).

## **7. Zijn er kosten / voordelen verbonden aan uw deelname aan dit onderzoek?**

Jouw deelname aan het onderzoek brengt geen bijkomende kosten mee voor jou. Deelname aan het onderzoek brengt voor jou waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel. Jouw deelname kan wel helpen om in de toekomst dakloze personen beter te kunnen begrijpen en helpen.

## **8. Wie kan u contacteren bij vragen of bij problemen?**

Als je aanvullende informatie wil over het onderzoek of over jouw mogelijke deelname, kan je nu of in de loop van het onderzoek contact opnemen met één van de personen hieronder.

We danken jou voor jouw interesse en tijd.

Met vriendelijke groeten,

*Professor Peter Goossens, verpleegkundig specialist in de geestelijke gezondheidszorg, Universiteit Gent, Dimence, [telefoonnummer werd hier ingegeven]*

*Jürgen Magerman, geestelijke gezondheidsverpleegkundige, Universiteit Gent, Hogeschool Gent, [telefoonnummer werd hier ingegeven]*

*Charlotte Ruysen, verpleegkundige, [charlotte.ruysen@ugent.be](mailto:charlotte.ruysen@ugent.be)*

## Bijlage 4: Geïnfomeerd toestemmingsformulier

Het formulier werd ook naar het Engels vertaald.

Betreft: Werking van straatverpleegkunde bij volwassen dakloze personen

Geïnfomeerde toestemming tot medewerking

Ik verklaar hierbij op een duidelijke wijze zowel mondeling als schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode, het doel en (indien aanwezig) de risico's en de belasting van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname.

Ik heb het recht om op elk moment zonder het opgeven van redenen mijn deelname aan het onderzoek te beëindigen.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan dit onderzoek geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

Mijn identiteit en mijn deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld.

Ik ben ervan op de hoogte dat het gesprek opgenomen wordt.

(\*aankruisen door de deelnemer indien akkoord)

Gelezen en goedgekeurd,

Naam + voornaam deelnemer: .....

Datum: .....

Handtekening: .....

Ik verklaar de benodigde informatie inzake dit onderzoek (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan dit onderzoek en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

(\* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord)

Naam + voornaam onderzoeker: .....

Datum: .....

Handtekening: .....

## Bijlage 5: Populariserende poster

# Broodnodige zorg? Hoe straatverpleegkunde kan inspelen op de ervaren zorgnoden bij personen met een dakloosheidsproblematiek

Charlotte RUYSEN RN, Peter GOOSSENS<sup>1,2</sup> RN, MANP, PhD, Jürgen MAGERMAN<sup>1,3,4,5</sup> RN, MSc

1 Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent  
2 Onderzoekslijn Bipolair en Zelfmanagement, Dimence  
3 Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent  
4 Orthopedagogie, Hogeschool Gent  
5 EQUALITY ResearchCollective, Hogeschool Gent

### Inleiding

- De European Federation of National Organisations Working with the Homeless ontwikkelde een classificatiesysteem voor dak- en thuislozen, genaamd European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) om dakloosheid eenduidig te identificeren
- Er is geen officieel Belgisch prevalentiecijfer van het aantal daklozen, maar enkel schattingen
- Ondanks de algemene slechte gezondheidstoestand van de populatie, wordt de zorg inefficiënt gebruikt. Straatverpleegkundigen zijn uiterst geschikt om contact te leggen met de doelgroep, (zorg)noden te identificeren en toegang tot de zorg te vergemakkelijken
- Er werden geen studies geïdentificeerd die straatverpleegkunde in België reeds onderzochten en er zijn amper studies die de behoeften van daklozen hebben onderzocht

### Doel

Het doel van deze masterproef was om te onderzoeken hoe straatverpleegkunde kan bijdragen tot betere zorgverlening voor dakloze personen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie in België. Bijkomend werd er nagegaan welke zorgnoden en zorghiaten ervaren werden door de populatie.

### Methodologie

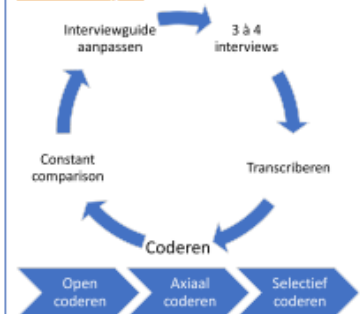
Grounded Theory

- 🗣️ 15 semistructureerde interviews (1 duo-interview)
- 👥 Heterogene purposive sampling/theoretische sampling (n=16)
- 🕒 Open observatiemomenten (n=3)
- 📍 Monocentrisch onderzoek (nachttopvang)

In- en exclusiecriteria

- ✓ Personen binnen categorie 1 en 2 van de ETHOS-typologie
- ✓ Verblijfsterrein België
- ✓ Nederlands- of Engelstalig
- ✗ Personen in acute psychische crisis

### Data-analyse



### Resultaten

- Er waren **twee percepties** rond dakloosheid, namelijk dakloosheid als een "way of life" (n=3) zien of verzet tegen het predicaat dakloosheid (n=13)
- De doelgroep ervoerde **complexe zorgnoden** op zowel fysiek als maatschappelijk vlak
  - **Psychische** zorgnoden werden **amper gerapporteerd** door participanten
- Belangrijke **basiccompetenties** voor een straatverpleegkundige
  - Connectiegerichtheid
  - Actiegerichtheid
  - Authenticiteit en presentie
  - Aanklappend en discretionair werken
  - Goede professionele nabijheid
  - Brugfunctie tussen de eerste- en tweedelijnszorg
- **(Zelf)stigma** werd veelvuldig gerapporteerd
  - Zelfstigma gaat hand-in-hand met het verzet tegen dakloosheid
  - Stigmatiserende uitspraken gebeuren onbewust



"Ik ga praten tegen haar en het is lijk dat ze een film aan het volgen is, ze vraagt dan dit en dat terwijl die andere, ze luisteren niet. Je ziet dat, alé ze luisteren wel maar niet zoals haar."

"Ja, wat kwam die daar doen, iemand zijn been verzorgen, want die kwam weer niet opdagen en die is dan euh die komen zoeken. Dat vond ik wel al op dat moment een bewonderenswaardig initiatief dat die zelfs buiten haar uren, want het was al redelijk laat, "ah hier zit je gij."

"Dakloos ja ja voor mij is dat negatief ja pff. Ik, ja die naam alleen al, dakloos how pfoeh ik denk in mijn eigen oei oei oei hoe ben ik hier beland."

### Discussie

- Minieme rapportage aan psychische zorgnoden kan verklaard worden door het gebrek aan ruimte om een conversatie te voeren, de overlevingsmodus waarin de doelgroep zich bevindt, en andere opgedrongen maatschappelijke prioriteiten
- Er is moeilijke toegang tot de zorg
  - De dakloze populatie mijdt de zorg
  - De hulpverleners mijden de dakloze populatie  
→ Stigmatisering beïnvloedt dit
- Intensief casemanagement kan ingezet worden door de straatverpleegkundige om aan de zorgnoden te voldoen
  - Een sterke interpersoonlijke therapeutische relatie is van groot belang

### Conclusie

- De straatverpleegkundige kan op de complexe zorgnoden inspelen door middel van Intensief casemanagement aan te wenden
- Opbouw van interpersoonlijke vertrouwensrelatie is belangrijk, maar dit vergt tijd
- Verder onderzoek is aangewezen om de diepgaande beleving van de werking van straatverpleegkunde na te gaan