

ERVARINGEN VAN STRAATVERPLEEGKUNDIGEN IN DE ZORG AAN DAK- EN THUISLOZEN IN VLAANDEREN EN BRUSSEL:

EEN MIXED-METHOD EMBEDDED STUDIE

Aantal woorden: 7000

Margeaux Lefevere

Stamnummer: 020104354

Promotor: Dr. Herlinde Wynendaele

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

Academiejaar: 2025-2026

©Copyright UGent

Without written permission of the thesis supervisor and the authors it is forbidden to reproduce or adapt in any form or by any means any part of this publication. Requests for obtaining the right to reproduce or utilize parts of this publication should be addressed to the promotor.

A written permission of the thesis supervisor is also required to use the methods, products and results described in this work for publication or commercial use and for submitting this publication in scientific contests.

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.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	1
Argumentatie duo-masterproef	2
Aandeel individuele student	3
Aandeel verantwoordelijke secundaire datacollectie	3
Abstract: Nederlands	4
Abstract: Engels	5
1. Inleiding	6
1.1. Onderzoeksvraag	9
2. Methodologie	9
2.1. Onderzoeksdesign	9
2.2. Setting en participanten	9
2.3. Datacollectie	10
2.3.1. Kwantitatieve component	10
2.3.2. Kwalitatieve component	10
2.4. Data-analyse	11
2.4.1. Fase 1: Kwantitatieve analyse	11
2.4.2. Fase 2: Kwalitatieve analyse	11
2.4.3. Fase 3: Integratie van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens	13
2.5. Ethische overwegingen	13
3. Resultaten	14
3.1. Fase 1: Kwantitatief onderzoek	14
3.2. Fase 2: Kwalitatief onderzoek	17
3.2.1. Beschrijving participanten	17
3.2.2. Werkcontext en professionele identiteit van straatverpleegkundigen	18
3.2.3. Ervaringen van straatverpleegkundigen	20
3.2.4. Beïnvloedende factoren binnen straatverpleegkunde	24
3.3. Fase 3: integratie	28
4. Discussie	29
4.1. Terugkoppeling naar de literatuur	29
4.1.1. Belang van systematische registratie	29
4.1.2. Primaire behoeften als basisrecht	29
4.1.3. Stigma	30
4.1.4. Niet leven maar overleven in een gefragmenteerd zorgsysteem	31

4.1.5.	De meerwaarde van samenwerking op straat	32
4.2.	Aanbevelingen voor de praktijk, onderwijs en onderzoek.....	32
4.3.	Sterktes en beperkingen van het onderzoek	35
5.	Conclusie.....	36
6.	Referentielijst.....	36
7.	Bijlages	41
7.1.	Bijlage 1: ETHOS-Categorieën	41
7.2.	Bijlage 2: codeboek.....	41
7.3.	Bijlage 3: interviewguide versie 1.....	44
7.4.	Bijlage 4: Interviewguide versie 2	46
7.5.	Bijlage 5: interviewguide versie 3.....	48
7.6.	Bijlage 6: Thematische boom.....	50
7.7.	Bijlage 7: Generatieve AI-gebruik	56

Tabellenlijst

Tabel 1: Evaluatie kwantitatieve dataset gegevens.....	15
Tabel 2: Demografische gegevens participanten	17
Tabel 3: Aanbeveling voor dataverzameling dak- en thuisloosheid	33

Woord vooraf

Met veel trots en dankbaarheid stellen wij deze masterproef voor. Toen we aan dit traject begonnen, kozen wij voor dit onderwerp omdat we hier zelf nog weinig over wisten. Net dat maakte het voor ons bijzonder interessant. Doorheen het proces groeide onze nieuwsgierigheid en beseften wij steeds meer hoe boeiend, complex en maatschappelijk relevant dit thema is. Wat aanvankelijk begon als een zoektocht naar kennis, groeide uit tot een onderwerp dat ons oprecht raakte en aan het denken zette.

Het schrijven van deze masterproef was een leerzame, intensieve en soms uitdagende ervaring. Wij werden uitgedaagd om kritisch na te denken, nieuwe inzichten te verwerven en ons te verdiepen in een thema dat gaandeweg steeds meer betekenis kreeg. Dit traject heeft ons niet alleen academisch verrijkt, maar ook persoonlijk doen groeien.

Daarnaast was deze masterproef voor ons ook een oefening in samenwerken, plannen, doorzetten en kritisch blijven kijken naar ons eigen werk. Het proces vroeg tijd, inzet en flexibiliteit, maar gaf ons tegelijk de kans om onze onderzoeksvaardigheden verder te ontwikkelen en onze blik op de praktijk te verruimen.

Graag maken wij van deze gelegenheid gebruik om een aantal mensen te bedanken. Eerst en vooral willen wij onze promotor, dr. Herlinde Wynendaele, oprecht bedanken voor haar begeleiding, waardevolle inzichten en constructieve feedback gedurende dit traject. Haar ondersteuning hielp ons om richting te geven aan ons onderzoek en onze ideeën verder te verfijnen.

Daarnaast willen wij ook onze begeleiders, Jürgen Magerman en Charlotte Ruysen, bedanken voor hun tijd, flexibiliteit, betrokkenheid en constructieve feedback. Jullie vertrouwen, expertise en aanmoedelingen waren van onmiskenbare waarde.

Verder willen wij alle respondenten bedanken die bereid waren hun ervaringen en inzichten met ons te delen. Hun openheid, eerlijkheid en medewerking vormden een belangrijke meerwaarde voor dit onderzoek. Zonder hun bijdrage was deze masterproef niet mogelijk geweest.

Tot slot gaat onze dank uit naar onze familie en vrienden. Bedankt voor jullie steun, geduld en aanmoedelingen, niet alleen tijdens het schrijven van deze masterproef, maar doorheen onze hele opleiding. Jullie vertrouwen en begrip hebben ons geholpen om dit traject tot een goed einde te brengen.

Argumentatie duo-masterproef

De twee onderzoekers beschikken over verschillende opleidingsachtergronden, die elk een waardevolle bijdrage leveren aan deze masterproef. Deze verschillen vloeien voort uit hun gekozen afstudeerrichtingen binnen de opleiding tot verpleegkundig specialist: enerzijds de afstudeerrichting algemene gezondheidszorg en anderzijds geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor benadert één onderzoeker het onderwerp vanuit een somatisch en breed gezondheidszorgperspectief, terwijl de andere onderzoeker zich voornamelijk richt op het geestelijke gezondheidszorgaspect. Deze complementaire invalshoeken hebben bijgedragen aan een meer geïntegreerde en genuanceerde benadering van het onderwerp.

Het uitvoeren van de masterproef in duo bood bovendien mogelijkheden tot een meer diepgaande en kritische analyse van de data. De dataverwerking vond plaats via triangulatie waarbij beide onderzoekers initieel onafhankelijk van elkaar analyses uitvoerden. Nadien werden deze analyses samengebracht en geïntegreerd in een codeboom. Deze codeboom werd vervolgens voorgelegd aan de begeleiders van de masterproef ter verdere validatie.

Daarnaast werd doelgericht gebruikgemaakt van de complementaire sterktes van beide onderzoekers. Waar de ene onderzoeker uitblinkt in het identificeren van verbanden en het koppelen van bevindingen aan relevante concepten, beschikt de andere onderzoeker over sterke vaardigheden in het helder en nauwkeurig formuleren van onderzoeksresultaten. Deze synergie heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de kwaliteit, consistentie en diepgang van het uiteindelijke onderzoek.

Aandeel individuele student

Doorheen het volledige onderzoeksproces werd nauw samengewerkt, waarbij de verschillende fasen van de masterproef gezamenlijk werden uitgevoerd. Zowel de datacollectie, de data-analyse als de integratie van de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen gebeurden in voortdurende afstemming en overleg. Het is daarbij moeilijk om het individueel aandeel scherp af te lijnen, aangezien een dergelijke opdeling onvermijdelijk een reductionistische weergave vormt van het gezamenlijke onderzoeksproces.

Binnen deze samenwerking waren er evenwel subtiele accenten in individuele sterktes en bijdragen. De ene onderzoeker nam een meer uitgesproken rol op tijdens het analyseproces van de kwantitatieve data en bij het structureren en coderen van de kwalitatieve data aan de hand van MAXQDA en de codeboom.

Het aandeel van de andere onderzoeker situeert zich voornamelijk in het formuleren en academisch uitwerken van verschillende onderdelen van de masterproef, waarbij deze instond voor de helderheid, consistentie en wetenschappelijke onderbouwing van de tekst.

Daarnaast droegen beide onderzoekers actief bij aan het verwerken van feedback en het reviseren van de verschillende hoofdstukken. Deze complementariteit in vaardigheden droeg bij aan een evenwichtige en efficiënte samenwerking doorheen het onderzoeksproces

Aandeel verantwoordelijke secundaire datacollectie

De kwantitatieve gegevens werden retrograad geregistreerd door straatverpleegkundigen van een thuiszorgorganisatie. Deze gegevens werden na anonimisering van de identificatiegegevens vertrouwelijk gedeeld met de onderzoekers van deze masterproef door een geestelijke gezondheidsmedewerker van de thuiszorgorganisatie.

Abstract: Nederlands

Inleiding: Dak- en thuisloze personen ervaren complexe somatische, psychische en sociale zorgnoden en vinden vaak moeilijk aansluiting bij reguliere zorgvoorzieningen. Straatverpleegkunde biedt laagdrempelige en outreachende zorg, maar er is beperkt inzicht in hoe straatverpleegkundigen deze zorgverlening ervaren en hoe bestaande registratiedata deze praktijk weerspiegelen.

Methode: Deze studie gebruikte een mixed-method embedded design, waarbij kwalitatieve gegevens centraal stonden en kwantitatieve registratiedata ondersteunend werden geanalyseerd. Eerst werden retrospectieve registratiedata uit 2024 exploratief onderzocht op datakwaliteit. Vervolgens werden vijftien semigestructureerde interviews afgenomen bij straatverpleegkundigen. De interviews werden geanalyseerd via thematische analyse. Beide databronnen werden geïntegreerd tijdens de interpretatiefase.

Resultaten: Straatverpleegkundigen ervaren hun werk als betekenisvol, noodzakelijk en menswaardig, maar ook als complex, intens en onvoorspelbaar. Somatische zorg fungeert als ingangspoort tot vertrouwen en bredere psychosociale begeleiding. De zorgrelatie staat centraal, met voortdurende afwegingen tussen nabijheid, professionele grenzen en respect voor autonomie. Hun werk wordt beïnvloed door middelengebruik, psychische kwetsbaarheid, zorgmijding, stigma, administratieve drempels, fragmentatie van zorg en beperkte structurele financiering. De kwantitatieve analyse toonde beperkingen in volledigheid, uniformiteit en bruikbaarheid van bestaande registratiedata.

Aanbevelingen: Er is nood aan structurele erkenning van straatverpleegkunde, betere samenwerking tussen zorg- en welzijnsdiensten, meer aandacht voor dak- en thuisloosheid in verpleegkundige opleidingen en de ontwikkeling van gestandaardiseerde, praktijkgerichte registratiesystemen.

Discussie/conclusie: Straatverpleegkundigen vervullen een brugfunctie tussen dak- en thuisloze personen en het bredere zorg- en welzijnssysteem. De mixed-methodsbenadering maakte zichtbaar dat bestaande registratiesystemen onvoldoende recht doen aan de relationele, contextuele en procesmatige complexiteit van straatverpleegkundige zorg.

Abstract: Engels

Introduction: People experiencing homelessness face complex physical, mental and social health needs and have difficulty accessing mainstream healthcare. Street nursing provides accessible outreach care, but there is limited understanding of how street nurses experience their care and how existing registry data reflect this.

Method: This study employed a mixed-method embedded design, focusing on qualitative data and quantitative data analysed in a supporting role. First, retrospective registration data from 2024 were explored for data quality. Subsequently, fifteen semi-structured interviews were conducted with street nurses. The interviews were analysed using thematic analysis. Both data sources were integrated during the interpretation phase.

Results: Street nurses experience their work as meaningful, necessary and dignified, but also complex, intense and unpredictable. Somatic care serves as a gateway to trust and psychosocial support. The therapeutic relationship is central, involving constant balance between closeness, professional boundaries and respect for autonomy. Substance use, mental health vulnerability, avoidance of care, stigma, administrative barriers, fragmentation of care and limited structural funding influence their work. The quantitative analysis revealed limitations in the completeness, uniformity and usability of existing registration data.

Recommendations: There is a need for structural recognition of street nursing, better collaboration between healthcare and social services, greater attention to homelessness in nursing education and the development of standardised, practice-oriented registration systems.

Discussion/conclusion: Street nurses act as a bridge between homeless people and the health and social care system. The mixed-methods approach revealed that existing registration systems do not reflect the relational, contextual and process-related complexity of street nursing care.

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

Dak- en thuisloosheid vormt een complex en hardnekkig maatschappelijk probleem dat een aanzienlijke impact heeft op de gezondheid en het welzijn van betrokken personen (Fazel et al., 2014). Deze problematiek gaat verder dan het louter ontbreken van stabiele huisvesting en is nauw verweven met somatische, psychische en sociale kwetsbaarheden (Vanmechelen, 2021). In Vlaanderen en Brussel wordt steeds duidelijker dat reguliere zorgstructuren onvoldoende aansluiten bij de leefwereld en zorgnoden van mensen in een dak- en thuisloosheidssituatie, wat ook door internationale literatuur bevestigd wordt (Gorski et al., 2026). In deze context heeft straatverpleegkunde zich ontwikkeld als een specifieke, outreachende en maatschappelijk relevante zorgpraktijk.

Dak- en thuisloosheid wordt vaak gedefinieerd aan de hand van de ETHOS-typologie (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (Zie bijlage 1), die uiteenlopende vormen van huisvestingsuitsluiting onderscheidt, gaande van leven op straat tot verblijf in noodopvang of onveilige woonsituatie (FEANTSA, 2005). Deze omstandigheden gaan gepaard met ernstige gezondheidsrisico's en versterken bestaande kwetsbaarheden. Dak- en thuisloosheid is daarbij zowel oorzaak als gevolg van ziekte, waarbij somatische aandoeningen, geestelijke gezondheidsproblemen en psychosociale stressoren elkaar wederzijds beïnvloeden (Anombem et al., 2023; Padgett, 2020).

Op Europees niveau wordt geschat dat meer dan 400.000 mensen op een willekeurige nacht dakloos zijn (Fazel et al., 2014). De Vlaamse dak- en thuislozentelling rapporteerde ongeveer 20.000 dak- of thuisloze personen, waarvan ongeveer 6.000 kinderen (CAW, 2023; Mertens et al., 2025). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ging het om 7.134 personen. Opvallend is dat ongeveer één op de vijf daklozen, een jongvolwassene tussen 18 en 25 jaar is (CAW, 2023; Opgroeien, 2024). Recente cijfers tonen aan dat het aandeel personen met mentale gezondheidsproblemen binnen deze

populatie varieert tussen 16% en 38%. Daarnaast wordt bij ongeveer 23% tot 32% van de dak- en thuisloze personen een (vermoedelijke) verslavingsproblematiek vastgesteld (Mertens et al., 2025). Ook comorbiditeiten komen disproportioneel vaak voor, wat de zorgnoden van deze doelgroep complex en multidimensionaal maakt (Fazel et al., 2014).

Met de ondertekening van de Verklaring van Lissabon engageerde België zich om dak- en thuisloosheid tegen 2030 via structurele maatregelen terug te dringen, waaronder preventie van uithuiszettingen, stabiele huisvesting als basis voor het opbouwen van ondersteuning, het garanderen van toegang tot permanente huisvesting en een geïntegreerde beleidsaanpak. Tegelijk wijzen recente tellingen op blijvende en groeiende noden, gekenmerkt door een structureel tekort aan betaalbare woningen, stijgende woonkosten en de toenemende complexiteit van de doelgroep (Homelessness, 2021).

Naast de verhoogde zorgnoden ervaren dak- en thuislozen ook substantiële drempels in de toegang tot gezondheidszorg. Deze toegangs drempels resulteren in een verhoogd gebruik van spoedeisende hulp en ambulancediensten, wat wijst op zowel structurele lacunes in de toegang tot basiszorg zoals hygiëne, wondzorg, en preventie als op een inefficiënt gebruik van middelen binnen het gezondheidssysteem (Hertzberg & Boobis, 2022).

Het onderzoek van Bjerkan et al. (2021) geeft aan dat hoogwaardige patiëntendocumentatie in eerstelijnszorg belangrijk is om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Ondanks dat de ontoereikendheid van verpleegkundige documentatie al enige tijd gemeld wordt, is er nog beperkt inzicht in de wijze waarop zorg aan deze doelgroep systematisch wordt geregistreerd en in welke mate deze gegevens bruikbaar zijn voor onderzoek en beleidsontwikkeling (Bjerkan et al., 2021). Dit hangt onder meer samen met een gebrek aan gestandaardiseerde definitie, consistente dataverzamelingspraktijken binnen deze context en door het feit dat deze populatie niet steeds correct wordt geïdentificeerd binnen registratiesystemen (Prevention., 2024; Stella et al., 2024).

Straatverpleegkunde is een zorgpraktijk die is ontstaan vanuit de vaststelling dat conventionele zorgmodellen onvoldoende aansluiten bij de leefomstandigheden en complexe noden van mensen in een dak- en thuisloosheidssituatie. Internationale literatuur wijst erop dat structurele drempels binnen de reguliere gezondheidszorg, zoals administratieve vereisten, een gebrek aan continuïteit en beperkte toegankelijkheid,

ervoor zorgen dat deze doelgroep vaak geen of slechts laattijdige zorg ontvangt. Als antwoord hierop werden outreachende en verpleegkundig geleide zorgmodellen ontwikkeld, waarbij zorg actief wordt aangeboden buiten de traditionele zorginstellingen (McWilliams et al., 2022).

Ook in de Belgische context werd straatverpleegkunde verder geconceptualiseerd binnen organisaties die inzetten op outreachende zorg. Kenmerkend voor deze aanpak is dat verpleegkundigen zorg verlenen op plaatsen waar mensen zich daadwerkelijk bevinden, zoals op straat, in kraakpanden, in noodopvang of in tijdelijke verblijfsvoorzieningen. Deze manier van werken sluit aan bij internationale richtlijnen die het belang benadrukken van toegankelijke, persoonsgerichte en contextgebonden zorg voor mensen in dak- en thuisloosheid (Excellence, 2022).

Een centraal kenmerk van straatverpleegkunde is de combinatie van verpleegkundige expertise met een relationele, outreachende en herstelgerichte benadering. Straatverpleegkundigen richten zich niet uitsluitend op somatische zorg, maar integreren ook geestelijke gezondheidszorg, psychosociale ondersteuning en zorgcoördinatie in hun praktijk (McWilliams et al., 2022). Verpleegkundigen binnen dit type zorgverlening fungeren vaak als brugfiguren tussen de leefwereld van de cliënt en het reguliere zorg- en welzijnssysteem. Zij ondersteunen cliënten bij het opnemen van zorg, begeleiden hen in zorgtrajecten en dragen bij aan het herstel van vertrouwen in hulpverleningsrelaties (McWilliams et al., 2022; Pleace et al., 2018).

Dergelijke benaderingen dragen bij aan een betere zorgcontinuïteit, een daling in het gebruik van spoedeisende hulp en een afname van crisissituaties wat het maatschappelijk belang van straatverpleegkunde kadert (Pleace et al., 2018). Toch blijft er een lacune in kwalitatief onderzoek naar hoe zorgverleners deze praktijken zelf ervaren en welke uitdagingen en spanningsvelden zij hierbij ondervinden (Ruyssen et al., 2024).

Dit onderzoek heeft als doel de ervaringen van straatverpleegkundigen in de zorg aan dak- en thuislozen in Vlaanderen en Brussel systematisch te exploreren. Door hun perspectieven te verzamelen en te analyseren, worden de specifieke noden, uitdagingen en behoeften binnen dit relatief nieuwe werkveld zichtbaar gemaakt. Deze inzichten kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling, ondersteuning en erkenning van straatverpleegkunde binnen de gezondheidszorg, en bieden handvaten voor beleid, opleiding en praktijkvoering.

1.1. Onderzoeksvraag

Voortbouwend op bovenstaande probleemstelling werd de volgende hoofdonderzoeksvraag opgesteld: “Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie één tot drie in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?” Met bijkomende subvragen:

- Welke uitdagingen en noden ervaren straatverpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk?
- In welke mate voldoen de beschikbare datasets aan kwaliteitscriteria voor onderzoeks-, beleids- en praktische doeleinden?

2. Methodologie

2.1. Onderzoeksdesign

Er werd een mixed method embedded design gekozen, waarbij de nadruk ligt op kwalitatieve gegevensverzameling, aangevuld met een ondersteunende kwantitatieve component. Deze benadering sluit aan bij het QUAL (quan)-design zoals beschreven door Creswell and Plano Clark (2006) waarbij de kwalitatieve data centraal staan en de kwantitatieve gegevens uitsluitend een aanvullende, faciliterende functie vervullen.

Het onderzoek verliep in drie opeenvolgende fasen:

1. Een exploratieve analyse van bestaande registratiedata
2. Semigestructureerde interviews met straatverpleegkundigen
3. Integratie van beide databronnen

De kwantitatieve fase had geen hypothesetoetsend doel, maar diende ter contextualisering van het onderzoeksveld en als input voor de ontwikkeling van de interviewgide en de verdere kwalitatieve dataverzameling.

2.2. Setting en participanten

Het onderzoek werd multicentrisch uitgevoerd binnen organisaties die actief zijn in straatverpleegkunde in Vlaanderen en Brussel. Alle mogelijke organisaties met straatverpleegkundigen (n = 13) werden gecontacteerd met de vraag tot deelname aan het onderzoek en eventuele deling van registratiedata. Niet alle organisaties (n = 6)

beschikten over systematisch geregistreerde gegevens of waren bereid deze data ter beschikking te stellen. Uiteindelijk stelde één organisatie registratiedata beschikbaar voor het kwantitatieve luik van de studie.

Voor het kwalitatieve luik werd gestreefd naar een zo volledig mogelijke inclusie van straatverpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de geïdentificeerde organisaties (n=6). Er werd geen steekproeftrekking toegepast, alle in aanmerking komende straatverpleegkundigen binnen Vlaanderen en Brussel konden deelnemen op vrijwillige basis.

De studie includeerde zorgverleners met een diploma verpleegkunde die actief tewerkgesteld waren binnen Vlaanderen of Brussel en aantoonbare ervaring hadden in het werken met personen in een situatie van dak- en thuisloosheid. Concreet moesten deelnemers minstens zes maanden ervaring hebben in straatverpleegkunde. Daarnaast dienden zij het Nederlands, Engels of Frans voldoende te beheersen om aan het onderzoek te kunnen deelnemen.

2.3. Datacollectie

2.3.1. Kwantitatieve component

In de eerste fase van het onderzoek werd gebruikgemaakt van retrospectieve registratiedata verzameld door straatverpleegkundigen gedurende het volledige jaar 2024. De registratiedata werden oorspronkelijk verzameld in het kader van de dagelijkse zorgpraktijk en werden niet specifiek ontwikkeld voor deze studie. Er werden twee afzonderlijke datasets aangeleverd die afzonderlijk werden geanalyseerd. Deze datasets vormden een voorbereidende en contextualiserende informatiebron voor het kwalitatieve luik van het onderzoek. Op basis van de inhoud en structuur van de datasets werd een codeboek opgesteld (Bijlage 2), dat mee richting gaf aan de ontwikkeling van de semigestructureerde interviewgide (Bijlage 3).

2.3.2. Kwalitatieve component

De dataverzameling vond plaats tussen januari 2026 en maart 2026 via vijftien semigestructureerde interviews aan de hand van een iteratief ontwikkelde interviewgide. Voorafgaand werden eerst twee proefinterviews afgenomen om de interviewstijl van de onderzoekers te beoordelen. Gedurende het onderzoeksproces werden de interviewguides intermediair tweemaal aangepast na tussentijdse analyses

onder begeleiding van de copromotoren wat bijdroeg aan hogere validiteit (Bijlage 4 en 5).

De onderzoekers gebruikten een explorerende open vraagstelling om diepgang te verkrijgen. De interviews duurden gemiddeld ongeveer 50 minuten (minimum 22 minuten - maximum 82 minuten) en vonden plaats op een locatie gekozen door de participant verspreid over Vlaanderen en Brussel.

Na een expliciet gegeven geïnformeerde toestemming werden de interviews audio-opgenomen en nadien letterlijk getranscribeerd met behulp van Whisper waarna audiofragmenten werden verwijderd. Tijdens de interviews werden slechts beperkte notities genomen om de focus op het gesprek te behouden. Reflecties en observaties werden onmiddellijk na afloop van elk interview gedocumenteerd in veldnotities.

2.4. Data-analyse

2.4.1. Fase 1: Kwantitatieve analyse

De retrospectieve registratiedata werden descriptief en exploratief geanalyseerd met als doel inzicht te verkrijgen in de inhoud en structuur van de beschikbare datasets. De analyse had geen verklarend of hypothese toetsend karakter.

Tijdens de analyse werd aandacht besteed aan:

- Volledigheid van de gegevens
- Uniformiteit van registratie
- Consistentie van variabelen
- Standaardisering en definiëring van variabelen
- Vergelijkbaarheid van datasets

De focus lag hierbij op het beoordelen van de bruikbaarheid van de gegevens voor onderzoeks-, beleids- en praktische doeleinden.

2.4.2. Fase 2: Kwalitatieve analyse

Het kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een interpretatieve fenomenologische benadering. Fenomenologisch onderzoek richt zich op de zuivere weergave van subjectieve ervaringen en belevingen met als doel de rode draad in de ervaringen van de participanten bloot te leggen. De centrale focus lag op het begrijpen van de lived experiences van straatverpleegkundigen in hun werkcontext. (Holloway &

Galvin, 2018; Polit & Beck, 2021). Het doel was inzicht krijgen in hoe deze professionals hun dagelijkse praktijk ervaren, welke uitdagingen en sterktes zij benoemen en wat deze ervaringen voor hen betekenen op zowel persoonlijk als professioneel vlak.

De kwalitatieve data-analyse verliep iteratief en werd uitgevoerd volgens de principes van thematische analyse, ondersteund door het softwareprogramma MaxQDA. De dataverzameling en analyse verliepen gelijktijdig, waarbij inzichten uit eerdere interviews continu werden meegenomen en geïntegreerd in latere datacollectie. Na het transcriberen van drie à vier interviews werd er telkens gecodeerd. Thematische analyse is niet geassocieerd met een bepaald theoretisch raamwerk, hierdoor kent deze methode voldoende flexibiliteit om toegepast te worden in de huidige onderzoekscontext (Ahmed, 2024). Er werd naar gestreefd om thema's te formuleren die zo nauw mogelijk aansluiten bij de belevingen en ervaringen van de straatverpleegkundigen. De kwalitatieve, rijke en contextgebonden data die hieruit voortvloeide, droeg bij aan de transfereerbaarheid van de bevindingen naar andere zorgcontexten met een gelijkaardig karakter (Holloway & Galvin, 2023).

In een eerste, voorbereidende conceptualiserende fase werden de interviews herhaaldelijk en grondig gelezen om een diepgaand begrip te verwerven van de ervaringen en betekenissen van de deelnemers. Per interview werden voorlopige conceptuele inzichten geformuleerd. Deze fase werd gekenmerkt door nabijheid tot de data en reflexiviteit van de onderzoeker. Door voortdurende vergelijking binnen en tussen interviews werden patronen en kernconcepten geïdentificeerd en verder geconceptualiseerd. Nadien werden fragmenten gegroepeerd in kerncategorieën. Om de onderlinge verbanden tussen deze categorieën te visualiseren, werd een mindmap opgesteld (Bijlage 6). Vervolgens werd de analytische structuur verder verfijnd door relaties tussen de categorieën te identificeren en te expliciteren. Datasaturatie werd bereikt wanneer er geen nieuwe relevante thema's meer naar voren kwamen.

Er werd gebruikgemaakt van onderzoekerstriangulatie, zowel tijdens de dataverzameling als de analyse. De datacollectie via semigestructureerde interviews werd uitgevoerd door twee onderzoekers met een verschillende achtergrond (algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg), wat bijdroeg aan een bredere benadering van het onderzoeksfenomeen. In het analyseproces werd onderzoekerstriangulatie toegepast door onafhankelijke codering door beide

onderzoekers, gevolgd door consensusbesprekingen. Tweewekelijks werden interpretaties en thematische structuren kritisch afgetoetst met begeleiders en (co)promotoren. Hun uiteenlopende expertises werden ingezet om de analyse te verdiepen en te verfijnen. Klinische en outreachende expertise werd ingezet voor de contextualisering van praktijkgerichte bevindingen; ervaringsgerichte en geestelijke gezondheidszorgperspectieven droegen bij aan de interpretatie vanuit de leefwereld van de doelgroep; en kwantitatieve en beleidsmatige expertise werd aangewend voor het structureren, abstraheren en kritisch evalueren van de bevindingen. Dit bevorderde een rijkere en genuanceerdere interpretatie van de data en verkleinde de kans dat individuele vooroordelen of blinde vlekken het onderzoeksproces beïnvloeden (Valencia, 2022).

2.4.3. Fase 3: Integratie van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens

De integratie van de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens vond plaats tijdens de interpretatiefase van het onderzoek. Beide databronnen werden systematisch met elkaar vergeleken om na te gaan in welke mate de inhoud en focus van de bestaande registratiedata aansloten bij de ervaringen, noden en prioriteiten van straatverpleegkundigen. Hierbij werd onderzocht welke thema's en accenten aanwezig waren binnen de registratiedata en hoe deze zich verhielden tot de onderwerpen die door deelnemers tijdens de interviews als betekenisvol of belangrijk werden beschreven. De gecombineerde interpretatie van beide databronnen maakte het mogelijk om overeenkomsten, verschillen en mogelijke lacunes tussen registratiepraktijken en ervaren zorgrealiteit te identificeren. Deze integratie vormde de basis voor aanbevelingen met betrekking tot toekomstige dataverzameling en registratiepraktijken binnen straatverpleegkunde.

2.5. Ethische overwegingen

Voor dit onderzoek werd goedkeuring verkregen van de Commissie voor medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis te Gent (B6702025000362). De onderzoekers en de participanten overliepen samen de informatiebrief op het moment van het interview. De onderzoekers maakten ruimte om eventuele vragen te beantwoorden. Er werd uitdrukkelijk aangegeven dat deelname vrijwillig is en de participant op eender welk moment de deelname aan het onderzoek kon stopzetten. De participant ondertekende telkens het geïnformeerd toestemmingsformulier geheel vrijwillig. Alle participanten gaven schriftelijke en mondelinge toestemming na het ontvangen van een

geïnformeerde brief. De anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevens werden gewaarborgd. Interviews vonden plaats in een door de participant gekozen en veilige omgeving.

3. Resultaten

3.1. Fase 1: Kwantitatief onderzoek

De verkennende analyse van de dataset bracht verschillende tekortkomingen in datakwaliteit en uniformiteit aan het licht. De ene dataset omvatte 584 registraties van zorgcontacten uitgevoerd door straatverpleegkundigen over een periode van één jaar (2024). Eén registratie vertegenwoordigde één individueel zorgcontact, waarbij meerdere registraties betrekking konden hebben op dezelfde persoon. Bij de andere dataset was het onduidelijk over hoeveel registraties het gaat binnen het jaar 2024. De gegevens werden verzameld door een thuiszorgorganisatie via een elektronisch registratiesysteem op basis van een Google Forms-toepassing, waarvan de data werden geëxporteerd naar een Excelbestand. De dataset bevatte zowel gestructureerde variabelen zoals categorieën en dichotome velden als open tekstvelden.

Een belangrijke beperking betreft het ontbreken van een unieke patientenidentificatie. Hierdoor was het niet mogelijk om registraties eenduidig aan individuele personen te koppelen. Pogingen tot koppeling op basis van beschikbare variabelen, zoals leeftijd, bleken onbetrouwbaar wegens inconsistente en ontbrekende registratie. Bijgevolg werd de analyse uitgevoerd op het niveau van afzonderlijke zorgcontacten. Daarnaast werd er weinig overlap vastgesteld tussen de twee datasets ondanks dat beide afkomstig zijn van dezelfde organisatie. De kwantitatieve analyse focuste daarom uitsluitend op het beschrijven van de datakwaliteit en de geïdentificeerde beperkingen, zoals samengevat in Tabel 1.

Tabel 1: Evaluatie kwantitatieve dataset gegevens

Variabele	Dataset	Type (specificatie)	Datakwaliteits-probleem	Impact op analyse	Voorbeeld
1. Identificatie					
Geslacht	1	Categorie (M/V/X)	Geen	Geen	—
Leeftijd	1	Numeriek (jaren)	Inconsistente registratie	Informatie bias; onbetrouwbare koppeling tussen registraties	Zelfde persoon met verschillende leeftijden
Regio	1	Categorie	Geen	Geen	—
Ziekenfonds	1	Categorie (aangesloten/niet)	Geen	Geen	—
2. Zorgcontext					
Vindplaats	1	Categorie (niet gestandaardiseerd)	Gebrek aan specificatie	Informatie bias; interpretatie-problemen;	Verschillende termen voor gelijkaardige locaties
3. Gezondheid					
Verslavings-problematiek	1	Dichotoom (ja/nee)	Inconsistente en tegenstrijdige registratie	Informatie bias; observer bias	“Ja” en “nee” voor vermoedelijk dezelfde persoon
Middelen-gebruik	1	Categorie	Missing + inconsistente terminologie	Informatie bias; interpretatie-problemen; observer bias	Niet ingevuld of variabele terminologie
Herstel	2	Categorie (gedeeltelijk/volledig)	Onduidelijke afbakening variabele	Interpretatiebias; observer bias	Onduidelijke betekenis van categorieën
Huisarts nodig	2	Dichotoom (ja/nee)	Missing + context ontbreekt	Informatiebias, beperkte interpretatie	Niet ingevuld

4. Zorgproces					
Type zorg	1 en 2	Open tekstveld	Niet gestandaardiseerde, inconsistente registratie	Misclassificatie bias; observer bias	Enkele woorden VS uitgebreide beschrijving
Toeleiding	1	Open tekstveld	Variabele en onvolledige beschrijving	Interpretatiebias	Vage of ontbrekende details
Opvolging	1	Open tekstveld	Inconsistente registratie	Informatie bias, beperkte vergelijkbaarheid	Soms zeer uitgebreid, soms leeg
Duur interventie	1	Numeriek (min/uren)	Onrealistische of foutieve waarden	Meetfouten	"0 minuten"
Door-verwijzer	2	Categorie	Missing + niet gestandaardiseerd	Selectiebias; onvolledig zicht op zorgtraject	Niet ingevuld bij doorverwijzing
Samenwerking	2	Open tekstveld	Onduidelijke afbakening van variabele	Interpretatiebias	Onduidelijk in welke mate er samenwerking is
Doorverwijzing	2	Open tekstveld	Inconsistent gebruik	Overlap andere variabelen; informatiebias	Zelfde actor als "samenwerking"
Ingegaan op zorg	2	Dichotoom (X/leeg)	Ambigue codering	Misclassificatie bias; interpretatiebias	"X" VS leeg, onduidelijk wat bedoeld wordt met leeg
Uit dakloosheid	2	Dichotoom (ja/nee)	Geen tijdsperspectief, onduidelijke afbakening variabele	Informatiebias	Onduidelijk wanneer uit dakloosheid
5. Overig					
Opmerking	2	Open tekstveld	Niet systematisch analyseerbaar	Niet bruikbaar voor kwantitatieve analyse	Vage vrije velden

3.2. Fase 2: Kwalitatief onderzoek

3.2.1. Beschrijving participanten

In totaal werden er veertien straatverpleegkundigen en één verpleegkundige in functie als straathoekwerker geïnterviewd, waarvan dertien vrouwen en twee mannen. De leeftijd varieerde tussen 24 en 62 jaar (zie Tabel 2).

Tabel 2: Demografische gegevens participanten

Karakteristieken	N (15)	Percentage
Geslacht		
Mannen	2	13%
Vrouwen	13	87%
Leeftijd		
21-30	4	26,7%
31-40	1	6,7%
41-50	7	46,7%
51-60	2	13,3%
61-70	1	6,7%
Aantal jaar verpleegkundige		
≤ 5	5	33%
>5	10	67%
Aantal jaar werkzaam in straatverpleging		
≤ 5	11	73%
>5	3	20%
Andere ¹	1	7%

¹ Een verpleegkundige met een diploma verpleegkunde, werkzaam als straathoekwerker, werd geïnccludeerd in de studie.

3.2.2. Werkcontext en professionele identiteit van straatverpleegkundigen

Straatverpleegkunde blijkt geen uniform georganiseerd zorgmodel te zijn. Uit de interviews bleek dat straatverpleegkunde zich afspeelt binnen een sterk veranderlijke en onvoorspelbare zorgcontext, waarbij het dagelijks functioneren wordt gestuurd door zowel wat op dat moment voor cliënten belangrijk is, als acute zorgvragen of crisissituaties.

“Je begint aan je dag met een planning, en 's avonds kom je thuis en is je dag helemaal anders verlopen.” (Participant 13)

Respondenten beschreven uiteenlopende werkvormen, variërend van zorgverlening vanuit vaste voorzieningen zoals inloopcentra of nachtopvang tot uitgesproken outreachende praktijken waarbij zorg op straat of in publieke ruimtes wordt verleend. Hoewel vrijwel alle respondenten aangaven dat zorgverlening overal mogelijk is, wezen zij tegelijkertijd op de beperkingen van het verlenen van zorg op straat. Factoren zoals hygiëne, privacy en toegankelijkheid beïnvloeden volgens hen de kwaliteit van de zorg.

“(...) Dus we begeleiden mensen naar afspraken, maar om met hen te praten, doen we dat eigenlijk onderweg of gaan we ergens koffiedrinken. Maar het is moeilijk om over... kanker, of wat dan ook, te praten midden in't straat of op cafe...” (Participant 9)

De meeste straatverpleegkundigen gaven aan dat ze doorgaans niet werken met een vaste taakinfilling. Sommigen hun werking wordt bepaald door telefonische meldingen van cliënten, burgers of hulpverleners over dak- of thuisloze personen in nood. Overleg met andere diensten, zoals opbouwwerkers, maakt deel uit van de dagelijkse werking en dient om zorgnoden gezamenlijk in te schatten en af te stemmen.

De resultaten toonden een duidelijke variatie in de persoonlijke en professionele zorgdoelstellingen van straatverpleegkundigen. Sommigen benaderen hun werk vanuit een focus om gezondheidsrisico's te beperken en laagdrempelige medische zorg aan te bieden. Anderen vertrekken expliciet vanuit het Housing First-principe, waarbij ze de cliënten proberen toeleiden naar huisvesting om verdere medische en psychosociale begeleiding mogelijk te maken.

Ondanks de verschillen in organisatie en doelstellingen benadrukten vrijwel alle respondenten het belang van een holistische benadering, waarin somatische,

psychische en sociale noden onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zo gaven straatverpleegkundigen aan dat somatische zorg fungeert als ingangspoort tot het identificeren van onderliggende psychische en sociale noden.

“Je hebt zo'n dankbare rol omdat je technisch, lichamelijk gericht bezig bent. Maar als ik wonden zie op een lichaam, dan wil ik weten van waar die wonden komen. En dat is een heel kleintje om te zien dat je kleeerluizen hebt. Kleeerluizen dat wil zeggen dat je je kleren niet wast, (...) En dan, ah ja maar ik heb geen geld om mijn kleren te wassen. Ja maar je hebt kleeerluizen, dat is een gezondheidsinsteek. (...) Maar dan, waar slaap je? Ah ja, ik slaap daar, kraakpand. (...) en dan begin je verder. En hoe gaat het met jou eigenlijk? (...)” (Participant 7)

Naast curatieve zorg zetten straatverpleegkundigen sterk in op preventieve gezondheidszorg. Via preventie, educatie en aandacht voor de veiligheid van de omgeving beperken ze gezondheidsrisico's door propere naalden en veilig gebruiksmateriaal aan te bieden om infecties te voorkomen. Daarnaast hebben ze oog voor genderspecifieke noden, onder meer door menstruatieproducten te voorzien en anticonceptie bespreekbaar te maken.

“We gaven ook materiaal om risico's te beperken. Dus om crack te roken of te injecteren. Maar dan op een veiligere manier dan met materiaal dat zomaar rondslingert, om infecties te voorkomen.” (Participant 9)

Het tijdig signaleren van gezondheidsrisico's en het gericht doorverwijzen naar gepaste zorg speelt een belangrijke rol, waarbij sommige respondenten zichzelf positioneren als doorverwijzer en eerste detectiepunt binnen het bredere zorgnetwerk. Het tegemoetkomen in basisbehoeften zoals het voorzien van eten, drinken, warme en droge kledij, is een belangrijk onderdeel van hun dagelijkse werking, en vormt een ingangspoort tot het opbouwen van vertrouwen en het verkennen van zorgnoden.

“Heel vaak brengen we ook voeding naar mensen, eigenlijk is dat ook niet puur verpleegkundig, maar toch is dat belangrijk dat mensen eten en dat hun buik gevuld is voordat we naar andere stappen kunnen kijken.” (Participant 4)

Eigenschappen die de straatverpleegkundigen aanhaalden om zichzelf te beschrijven waren attitudegericht en komen tot uiting in verschillende aspecten van hun dagelijkse praktijk. Creativiteit en flexibiliteit vertalen zich in het vermogen om zorg te verlenen met

beperkte middelen en in onvoorspelbare omstandigheden. Daarnaast manifesteert doorzettingsvermogen zich in het blijven bieden van zorg waarbij optimisme een ondersteunende rol speelt. Het helpt verpleegkundigen om gemotiveerd te blijven en perspectief te behouden. Verder benadrukten sommigen het belang van echtheid en onvoorwaardelijkheid in het contact met cliënten. Dit betekent niet dat er geen professionele rol wordt vervuld, maar dat gevoelens en reacties zoals vermoeidheid of teleurstelling op een oprechte en transparante manier kunnen worden geuit binnen de relatie.

3.2.3. Ervaringen van straatverpleegkundigen

3.2.3.1. *Ervaringen in de zorgrelatie met de doelgroep*

De interviews toonden aan dat straatverpleegkundigen de doelgroep als zeer heterogeen ervaren. Verschillende respondenten benadrukten dat er geen uniforme aanpak mogelijk is, gezien de sterke verschillen in achtergrond, problematieken en noden.

“Onze doelgroep is niet zwart-wit. Dat is echt een regenboog, iedereen heeft een unieke aanpak en dat maakt het uitdagend maar dat maakt het ook moeilijk.”

(Participant 14)

Meerdere straatverpleegkundigen schatten dat ongeveer 80% van de cliënten kampt met een vorm van middelengebruik. Het werken met deze doelgroep werd omschreven als intens, vluchtig en onvoorspelbaar. Het niet nakomen van afspraken en het tijdelijk verdwijnen uit beeld bemoeilijken de continuïteit van zorg en kunnen de opbouw of het behoud van een vertrouwensrelatie onder druk zetten. Straatverpleegkundigen benoemden dit als eigen aan hun werk en verlenen zorg ondanks deze moeilijkheden onvoorwaardelijk verder.

“Herbeginnen met een glimlach, het heeft geen zin om er iets anders van te maken.

Een wondzorg is een wondzorg en ik ga hem uitvoeren juist zoals dat ik het bij iedereen ga uitvoeren, in het begin had ik het er al veel moeilijker mee maar nu heb ik eigenlijk geen verwachting. En je doet wat je kan.” (Participant 8)

Straatverpleegkundigen gaven aan dat gezondheidszorg voor veel cliënten niet de hoogste prioriteit heeft. Overleven en het invullen van onmiddellijke basisnoden primeren vaak boven medische opvolging. Respondenten beschreven situaties waarin cliënten

onregelmatig omgaan met medicatie of behandelingen, wat maakt dat zorg telkens opnieuw moet worden bijgestuurd of heropgestart.

In de interviews werd ook gewezen op onderlinge zorg en solidariteit binnen de doelgroep. Ze benadrukten dat cliënten niet enkel zorg ontvangen maar ook onderling steun en zorg bieden aan andere lotgenoten. Hierdoor worden cliënten ook gezien als actieve actoren binnen hun sociale context.

“Binnen de groep van daklozen zitten er eigenlijk ook (...) ‘hulpverleners’. Mensen die zich ongerust maken; of die zorgen voor elkaar.” (Participant 14)

Respondenten gaven aan dat zij de relatie zo normaal mogelijk proberen te houden, waarin ruimte is voor humor en informele interactie. Tegelijk voelen zij aan wanneer begrenzing nodig is, bijvoorbeeld bij agressie of wanneer middelengebruik het contact bemoeilijkt. Dit vraagt voortdurende alertheid en inschatting van de situatie.

Uit de verhalen bleek dat er zich een spanningsveld bevindt in de zorgverlening tussen enerzijds het gevoel van verantwoordelijkheid voor de doelgroep en het functioneren van het zorgsysteem, en anderzijds het besef dat de regie over het eigen leven uiteindelijk bij de cliënt ligt. Respondenten gaven aan dat verantwoordelijkheid niet gelijkstaat aan het overnemen van volledige controle of besluitvorming. Het respecteren van autonomie werd benoemd als een essentieel onderdeel van zorgvuldig en ethisch handelen, ook wanneer keuzes gepaard gaan met verhoogde gezondheidsrisico's.

“(...) ook zij blijven zelf verantwoordelijk voor wat dat ze wel of niet doen, welke stappen dat ze wel of niet zetten, gelijk mijn een cliënt die ik hier onder de douche moest (...), ja hij beslist van te gebruiken, ik ga hem daar niet in tegenhouden dan zeg ik van kijk ‘naam dakloze’ zeg dat is uw verantwoordelijkheid he ik zeg hij doet ermee wat hij wil eh maar ik zeg ik kan het niet ik ga het niet afpakken nee ja en als hij daardoor niet in nachtopvang raakt ja.” (Participant 1)

3.2.3.2. Herstel van het mens-zijn:

De interviews wezen op uitgesproken zelfstigma binnen de dak- en thuislozenpopulatie. Volgens straatverpleegkundigen uit zich dit in negatieve zelftypering en het in vraag stellen van de eigenwaarde.

“Ik heb ooit een man die vroeg voor zijn voeten te verzorgen. Ik had een vrouwelijke arts op stage mee. (...) Ik zei ik zal ergens de dokter mee laten kijken. Die man is beginnen huilen. Nee, ik kan mijn lichaam niet aan een vrouw laten zien. Ik zei maar het zijn uw voeten. Nee zei hij. Snap mij maar. Ik kan mijn lichaam niet aan een vrouw... (...) Als ze constant tegen u zeggen hoe slecht je bent. Dan gaat ge dat geloven.” (Participant 10)

In meerdere interviews gaven straatverpleegkundigen aan dat gevoelens van schaamte, minderwaardigheid en waardeloosheid frequent voorkomen bij cliënten. Binnen deze context beschreven verschillende respondenten dat zij voor sommige cliënten één van de weinige, en soms de enige, personen zijn die zorg en aandacht bieden. Naast zelfstigma verwezen respondenten ook naar maatschappelijk stigma. volgens hen worden cliënten vaak niet als mens benaderd, maar gereduceerd tot hun problematiek.

“Heel veel van onze gasten worden niet meer als mens behandeld, maar als ‘die junk’, ‘die gebruiker’. Ze worden als probleem gezien, maar de mens wordt niet meer gezien.” (Participant 13).

Straatverpleegkundigen gaven aan dat het herstellen van menselijkheid een centraal onderdeel vormt van hun werk. Respondenten beschreven hun kernopdracht niet uitsluitend als het verstrekken van medische zorg, maar ook als het opnieuw benaderen van cliënten als volwaardige mensen. Deze humaniserende benadering krijgt volgens straatverpleegkundigen vorm in zeer concrete handelingen zoals lichamelijke zorg, voetverzorging of wondzorg, die volgens hen bijdraagt aan het herstellen van waardigheid.

“Een abces die opengesprongen is of weet ik wat. We gaan daarmee aan de slag. Maar we verwachten wel dat we u morgen terugzien. (...) Dat maakt ook dat mensen zich terug belangrijk gaan voelen. Heel veel gasten voelen zich niet meer belangrijk als het om hun eigen gezondheid, om hun eigen lichaam gaat. (...) je geeft hen terug een identiteit, een eigenheid, een eigen lichaam terug.” (Participant 10)

Daarnaast krijgt humanisering vorm in de manier waarop straatverpleegkundigen omgaan met vertrouwen en nabijheid. Verschillende respondenten gaven aan dat zij cliënten bewust benaderen vanuit gelijkwaardigheid, ongeacht hun situatie, gedrag of uiterlijk. Eén respondent stelde dat vertrouwen niet afhankelijk is van dakloosheid of

middelengebruik. Kleine, alledaagse handelingen werden benoemd als betekenisvol, zoals het groeten van cliënten of samen eten, om nabijheid en erkenning te tonen.

“Tis niet omdat je dakloos bent, tis niet omdat je een gebruiker bent dat je van mij geen vertrouwen verdient.” (Participant 1).

3.2.3.3. *Empathie met grenzen*

In meer dan de helft van de interviews werd empathie benoemd als een cruciale houding voor straatverpleegkundigen. Opvallend is dat sommige respondenten het begrip empathie in vraag stelden en liever spreken over een menselijke benadering. Eén straatverpleegkundige beschreef dit als zich kunnen inleven in het leven en het lijden van daklozen, zonder te vervallen in medelijden aangezien dit het professioneel handelen kan ondermijnen. Tegelijk blijkt het bewaken van expliciete grenzen belangrijk, maar bijzonder moeilijk en sterk casusgerelateerd. De grenzen van empathie worden vooral voelbaar wanneer er risico is op het vervagen van professionele rollen of wanneer het contact te dicht in het persoonlijke leven van de straatverpleegkundige binnendringt.

“Moest ik medelijden hebben, dan zou ik die persoon niet kunnen helpen zoals het hoort. Toen zou ik niet op een bepaald moment heel rationeel kunnen denken en zeggen van oké, en nu gaan we naar daar, (...). Als je medelijden hebt, ga je daarbij zitten en ga je meedoen hé. (...) Je gaat, in mijn geval, je gaat niet de stappen zetten die je moet zetten.” (Participant 1)

3.2.3.4. *Impact van het werk*

Respondenten gaven aan dat werkervaringen soms nazinderen, vooral wanneer situaties schrijnend of confronterend zijn. Voor respondenten wegen de positieve aspecten van het werk zwaarder door dan gevoelens van onmacht of verdriet. De mate waarin de straatverpleegkundigen de emotionele impact van het werk ervaren, verschilt sterk van persoon tot persoon.

“Ik ga niet zeggen dat het mij niks doet, dat zou liegen zijn... maar tot nu toe weegt dat niet op tegen wat het mij wel geeft.” (Participant 6)

Uit de interviews blijkt dat straatverpleegkundigen niet steeds kunnen handelen naar hun professionele overtuiging, waarbij hun gemoedstoestand het contact met cliënten rechtstreeks beïnvloedt. Het team speelt volgens hen een cruciale rol om hun draagkracht te bewaken. Wanneer zij aangeven dat ze tijdelijk niet meer in staat zijn om

optimale zorg te bieden wordt de zorg (tijdelijk) overgedragen aan collega's. Dit wordt niet ervaren als falen, maar als professioneel en verantwoordelijk handelen. Het team fungeert als een veilige context waarin ervaringen gedeeld worden met ruimte voor ventilatie en reflectie, wat helpt om emotioneel belastende situaties te verwerken.

“Als ik moe ben en het mee naar huis neem, dan is dat een teken dat zegt: oké, nu moet ik echt vakantie nemen, ofwel vraag ik om de persoon minder te zien (...) in die gevallen weet ik dat ik het rustiger aan moet doen.” (Participant 3)

Respondenten beschreven ook een invloed op hun persoonlijke en professionele ontwikkeling. Het werken met cliënten wordt ervaren als spiegelen, het confronteert hen met hun eigen reacties, grenzen en overtuigingen. Verder benoemden respondenten een verschuiving in hun verwachtingen. Waar zij sneller vooruitgang verwachtten, hebben zij geleerd dat verandering traag en geleidelijk verloopt, wat heeft geleid tot meer geduld en een sterker vermogen om situaties in perspectief te plaatsen.

Meerdere malen wordt aangehaald dat dankbaarheid en het respect vanuit de doelgroep een drijfveer is. Respondenten gaven aan dat cliënten weinig verwachtingen hebben waardoor kleine gebaren sterk worden gewaardeerd. De ervaren wederkerigheid, cliënten die hen aanspreken of naar hen vragen bevestigt voor de hulpverleners dat hun aanwezigheid betekenisvol is.

“En de dankbaarheid van hen is... veel groter., veel intenser ook. Ik heb nog iemand gehad. Die had een speculoosje, die nog verpakt was en ik heb dat gewoon gekregen, terwijl dat die mens gewoon geen eten had. Van hier kijk merci, ‘naam straatverpleegkundige’ dat dat je dat willen doen hebt. (...).” (Participant 8)

3.2.4. Beïnvloedende factoren binnen straatverpleegkunde

3.2.4.1. Structurele factoren

Respondenten gaven aan dat stigma aanwezig is op verschillende niveaus van het zorgsysteem en zich manifesteert in attitudes, veronderstellingen en structurele drempels, vooral binnen ziekenhuizen en psychiatrische voorzieningen. Volgens de straatverpleegkundigen, ervaren cliënten, binnen spoeddiensten en psychiatrische zorg, regelmatig een gebrek aan betrokkenheid. Dak- en thuisloosheid fungeert hierbij als een dominante identiteit, die andere zorgnoden overschaduw. De associatie van dak- en thuisloosheid met onhygiëne wordt zelden gekaderd binnen de leefomstandigheden en ervaringen van cliënten.

“Ze stinken, ze zijn ambetant en ze zijn eigenzinnig, en het zijn junks en ze verprutsen mijn tijd, of dat ik hem verzorg voor dat spuitabces, binnen een maand gaat hij hier weer staan met een spuitabces. Angstig maar het ligt aan de, het ligt aan zijn druggebruik. (...) je komt binnen op spoed maar je komt niet binnen bij een verpleger, je komt binnen bij administratie. (...) tot dat je zegt van kijk referentieadres is OCMW. En dan hoor je de toon toch iets anders worden en dan weet je van ahja.” (Participant 15)

Uit de interviews bleek dat dakloosheid vaak wordt beschouwd als het gevolg van individuele keuzes, zoals middelengebruik of een gebrek aan motivatie om te werken. Hierdoor wordt de verantwoordelijkheid voor het vastlopen van de zorgtrajecten bij de doelgroep zelf gelegd en worden zorgvragen soms geminimaliseerd of in twijfel getrokken omdat aangenomen wordt dat cliënten vooral op zoek zijn naar opvang.

“Soms willen mensen echt in opname gaan, maar er wordt direct de stempel gezet: het is voor een bed te hebben, voor onderdak. Terwijl dat zeker niet altijd zo is.” (Participant 2)

De samenwerking met reguliere zorgvoorzieningen, zoals ziekenhuizen en intramurale settings, wordt als moeizaam ervaren. Dit vertaalt zich in complexe procedures, administratieve vereisten en exclusiecriteria. Binnen de somatische zorg signaleerden respondenten dat het recht op gezondheidszorg niet altijd gerealiseerd wordt.

“(...) Een assistent van spoed heeft mij uitgemaakt, een dakloze wat wil je dat ik doe? Ik zeg nakijken, want ik denk dat hij een pneumonie heeft. Twee uur nadien heb ik teruggebeld waarop de arts zei, ja u heeft gelijk, de meneer heeft een longontsteking. Ja, wat moet ik daar dan nu mee? Ik zeg, opnemen. Allee, ja maar dat is een dakloze, Ik zeg ja ja, opnemen, ik ga wel de rest doen.” (Participant 7)

Verder wordt dakloosheid binnen de geestelijke gezondheidszorg regelmatig als reden tot uitsluiting gehanteerd waardoor cliënten moeilijker worden doorverwezen of zelfs volledig buiten de zorg vallen. Een bijkomende barrière betreft het ontbreken van identiteitsdocumenten en medische waarborgen wat de toegang tot zorg verder beperkt.

“Die toegang tot die medische waarborgen, dat dat niet in orde is. Of ja, ze krijgen die dan niet als ze hun identiteit niet kunnen bewijzen. Maar ja, bij daklozen wordt er een portemonnee bij wijze van spreken één keer per week gepikt. Die hebben geen

documenten meer. Ah, pech. Je kunt geen medische waarborgen krijgen.” (Participant 7)

Daarnaast vormt het gebruik van collectieve sancties een bijkomend structureel knelpunt. Respondenten gaven aan dat het gedrag van individuele cliënten leidt tot uitsluiting van de volledige doelgroep, wat de toegankelijkheid van zorg verder beperkt.

“Ik denk even spontaan aan een voorbeeld, een plaats waar geen daklozen meer welkom zijn. Omdat bepaalde mensen daar dingen gedaan hebben die niet kunnen. Wat ik zeker begrijp dat dat niet oké is. Maar je mag dan niet die hele groep een exclusie geven.” (Participant 4)

Ten slotte wezen straatverpleegkundigen op de impact van regelgeving rond privacy en gegevensdeling. Zij hebben vaak beperkte toegang tot medische dossiers, wat informatiedeling tussen actoren bemoeilijkt. Hoewel het belang van privacy werd erkend, ervaren respondenten dat de huidige toepassing onvoldoende rekening houdt met de zorgrealiteit van cliënten. De verantwoordelijkheid om informatie veilig en correct over te dragen komt hierdoor vaak bij de straatverpleegkundigen zelf te liggen. Daarnaast werd gewezen op een kennislacune bij zorgverleners omtrent dak- en thuisloosheid.

“Hoe geraakt een illegale aan gezondheidszorg hier? Dat is toch raar dat dat niet.. Allee, verpleegkunde is al vier jaar geworden. (...) En ook artsen weten daar onvoldoende van en schrijven dan medicatie voor. Maar je mag niet gewoon medicatie voorschrijven. Je moet daar nog een extra document bij voeren. Allee, zo. Ja, en dat maakt dat ons cliënten vaak ontslagen worden uit het ziekenhuis zonder de juiste papieren. (...).” (Participant 7)

3.2.4.2. Organisatorische factoren

Straatverpleegkundigen opereren binnen een breed netwerk van samenwerkingspartners, waaronder het OCMW, CAW, MSOC, politie, bewindvoerders, maatschappelijk werkers en straathoekwerkers. Binnen dit netwerk nemen straathoekwerkers een belangrijke plaats in en worden ze als meerwaarde ervaren voor het outreachend werken met dak- en thuisloze personen.

Multidisciplinaire samenwerking werd door respondenten als essentieel beschreven om zorgverlening aan de doelgroep mogelijk te maken. Tegelijkertijd bleek dat samenwerking vlotter verloopt wanneer organisaties een gedeelde visie en taakopvatting hebben. Wanneer deze afstemming ontbreekt, ontstaan er drempels die

de toegang tot zorg bemoeilijken en zorgtrajecten complexer maken, zeker wanneer meerdere partners betrokken zijn. In deze context nemen straatverpleegkundigen vaak een bemiddelende rol op zich. Zij begeleiden cliënten naar voorzieningen, ondersteunen hen bij administratieve procedures en schakelen hulp in om escalatie of weigering van zorg te voorkomen. Zo trachten zij de drempels die voortkomen uit structurele en organisatorische factoren te overbruggen. Daarnaast worden er inspanningen geleverd om samenwerking te verbeteren onder meer door overlegmomenten, casusbesprekingen, multidisciplinair overleg en meeloopdagen.

“Als ze ons niet kennen, gaven we presentaties. En als ze ons wel kennen, organiseren we soms dagen waarop we echt samen werken om elkaars werk beter te begrijpen.” (Participant 9)

Tegelijk signaleerden respondenten dat deze initiatieven tijd en middelen vergen, die niet altijd beschikbaar zijn. Op beleidsniveau merken sommige straatverpleegkundigen een verschuiving waarbij de nadruk eerder ligt op het reageren op acute situaties dan op preventieve initiatieven. Ook op vlak van financiering en organisatie werden knelpunten benoemd. Outreachende en laagdrempelige zorg wordt volgens respondenten onvoldoende ondersteund mede doordat financiering zich voornamelijk richt op residentiële zorgvormen. Er wordt gepleit voor stabielere financiering, meer personele capaciteit, gespecialiseerde en laagdrempelige zorgvormen voor mensen met complexe problematieken zoals verslaving, psychiatrische kwetsbaarheid en verstandelijke beperkingen waarbij ook de bredere levenscontext centraal staat. Daarnaast werden toekomstbeelden geschetst van een grotere aanwezigheid in het straatbeeld en van mobiele, vindplaatsgerichte zorg. Respondenten verwezen ook naar bredere modellen, kleinschalige woonvormen, zorgdorpen of zorgboerderijen, waarin wonen en zorg sterker geïntegreerd worden.

“Een soort nachtopvang, met meer capaciteit, waar mensen daarnaast ook overdag terecht kunnen (...) in sneeuw en regen, en kou (...) en zeker ook in het weekend, wanneer ze vaak nergens terecht kunnen.” (Participant 8).

3.2.4.3. Contextuele factoren

Waar mogelijk proberen straatverpleegkundigen cliënten mee te nemen naar een warmere en rustigere omgeving om bijvoorbeeld wondzorg te kunnen uitvoeren. Wanneer dit niet lukt, wordt zorg verleend op de plek waar de cliënt zich bevindt. De locaties waar cliënten worden aangetroffen zijn divers en de ervaren veiligheid van

straatverpleegkundigen verschilt naargelang de context. Meerdere respondenten gaven aan dat kraakpanden een gevoel van onveiligheid oproept door onwetendheid en druggebruik. Verder kan de aanwezigheid van andere mensen enerzijds een gevoel van veiligheid bieden maar anderzijds ook onvoorspelbare situaties creëren.

“De omgeving is ook niet altijd even leuk. (...). Ik kan me herinneren dat ik een keer (...) Dat ik ergens in een trappenhuis zat (...) die klaar is om gesloopt te worden. En die zat helemaal in de kelder. Het licht deed het niet (...) maar op dat moment om met z'n tweeën in een gebouw te zitten. Waarvan je weet. Het is ook gekraakt. Welke mensen zitten hier. Je hoort geluiden. Als daar iets gebeurt. In een verlaten gebouw. Ja er kan vanalles gebeuren, wie gaat het zien, wie gaat het horen? Dat vond ik niet echt prettig.” (Participant 14)

Omwille van deze factoren gaan straatverpleegkundigen vaak in duo de straat op, meestal met een collega-straatverpleegkundige. Opvallend is dat cliënten zelden als bron van onveiligheid worden ervaren door de straatverpleegkundigen. Integendeel, in bepaalde situaties nemen cliënten net een beschermende rol op.

3.3. Fase 3: integratie

De vergelijking tussen de registratiedata en de interviews toonde een duidelijke discrepantie tussen wat in de bestaande registratie zichtbaar werd en wat straatverpleegkundigen zelf als kern van hun werk beschreven. De datasets bevatten vooral gegevens over identificatie, zorgcontext, gezondheid en het zorgproces maar de interviews toonden dat straatverpleegkunde veel breder wordt ervaren dan wat in deze registraties zichtbaar is.

Een tweede discrepantie betreft de registratie van zorgcontinuïteit. Doordat een unieke patiëntenidentificatie ontbrak, kunnen opeenvolgende contacten met dezelfde persoon niet betrouwbaar worden opgevolgd. Dit staat in contrast met de interviews, waarin straatverpleegkundigen benadrukten dat hun werk bestaat uit langdurige zorgrelaties. De bestaande registraties laten daardoor onvoldoende toe om zorgtrajecten en relationele continuïteit zichtbaar te maken.

Tot slot gaven respondenten aan dat de registratie van gegevens een grote administratieve belasting vormt waardoor dit niet consistent en nauwkeurig wordt bijgehouden en ingevuld. Enerzijds gaven straatverpleegkundigen aan dat de

dataregistratie als tijdsrovend tot zelfs tijdsverspillend wordt ervaren. Anderzijds benadrukten ze het belang van deze registratie ten aanzien van up-to-date te zijn van de voorbije interventies.

4. Discussie

Deze studie had als doel te onderzoeken hoe straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen ervaren en welke factoren hun werk beïnvloeden met bijzondere aandacht voor de ervaren uitdagingen, noden en de rol van beschikbare data.

De bevindingen tonen aan dat straatverpleegkundigen hun praktijk situeren in een spanningsveld tussen enerzijds het vervullen van basisbehoeften en het opbouwen van vertrouwensrelaties en anderzijds het navigeren van structurele en organisatorische factoren. Wat betreft data blijkt dat huidige registratiesystemen onvoldoende uniform en systematisch zijn, waardoor zij slechts beperkt voldoen aan kwaliteitscriteria voor onderzoek, beleid en praktijk, waardoor de nood aan gestandaardiseerde en gedeelde datasets noodzakelijk wordt geacht.

4.1. Terugkoppeling naar de literatuur

4.1.1. Belang van systematische registratie

Momenteel worden contactmomenten en uitgevoerde interventies geregistreerd op een inconsistente wijze. Het huidige registratiesysteem focust zich op identificatie, zorgcontext, gezondheid en zorgproces (Tabel 1) maar blijkt vanuit de interviews onvoldoende afgestemd te zijn op relationele, contextuele en trajectgerichte aspecten van zorg. Zo zijn bepaalde kernaspecten van het werk van straatverpleegkundigen, zoals het opbouwen van een vertrouwensband, moeilijk kwantificeerbaar. Zowel de literatuur als de praktijk benadrukken echter het belang van systematische registratie en opvolging van deze gegevens. Kwalitatieve data zijn daarbij noodzakelijk voor zorgcontinuïteit, beleidsontwikkeling, zichtbaarheid van outreachende zorg en het structureel aanpakken van gezondheidsongelijkheden bij dak- en thuislozen (Heuer, 2022; Liu et al., 2025; Meehan et al., 2024).

4.1.2. Primaire behoeften als basisrecht

Straatverpleegkundigen spelen een essentiële rol in het ondersteunen van de dak- en thuislozenpopulatie door in te spelen op de basisniveaus van de piramide van Maslow, namelijk fysiologische behoeften en veiligheid (Maslow, 1943). Bij deze doelgroep zijn

basisbehoeften zoals onderdak, voeding en toegang tot gezondheidszorg vaak onvoldoende vervuld, wat hun herstel en verdere ontwikkeling belemmert (Fleury et al., 2021). Straatverpleegkundigen benadrukten dat voetverzorging een belangrijk onderdeel vormt van hun dagelijkse praktijk. Dit sluit aan bij Slockers et al. (2017), die aangaven dat voetproblemen tot de meest voorkomende gezondheidsproblemen behoren. Bewustzijn van slechte voethygiëne kan stigma, schaamte en zelfstigma bij dakloosheid versterken (D'Souza et al., 2022). Voetverzorging is daarom niet alleen een somatische interventie, maar ook humaniserende zorg die lichamelijk ongemak vermindert en schaamte helpt doorbreken. Straatverpleegkundigen bouwen een vertrouwensrelatie op met hun patiënten, waardoor ook sociale behoeften zoals verbondenheid en erkenning worden aangesproken. Wanneer de lagere niveaus gedeeltelijk worden ingevuld, ontstaat er ruimte voor hogere behoeften zoals het ontwikkelen van toekomstperspectieven, het herstellen van relaties en het nastreven van zelfontplooiing (Miller et al., 2024).

4.1.3. Stigma

Vanuit de dagelijkse praktijk signaleren straatverpleegkundigen hoe dak- en thuisloosheid fungeert als een identiteit, die andere zorgnoden overschaduwet en de perceptie van cliënten binnendringt, zowel bij zorgverleners als bij cliënten zelf. Deze zogenaamde “barricade” manifesteert zich op verschillende niveaus: in procedures, in exclusiecriteria en de manier waarop hulpvragen geïnterpreteerd worden (Gorski et al., 2026). Opvallend is dat deze mechanismen vaak onzichtbaar blijven binnen het reguliere zorgsysteem. Bell et al. (2022) en Gorski et al. (2026) bevestigen dat deze zorgsystemen vaak onvoldoende afgestemd zijn op de noden van dak- en thuisloze personen, wat het belang van outreachende en laagdrempelige zorgvormen onderstreept. Wanneer cliënten zorg niet opnemen of trajecten niet volhouden, wordt dit frequent toegeschreven aan individuele onwil, gebrek aan motivatie of ‘zorgmijdend gedrag’. De interviews tonen dat dit eerder wijst op zorguitsluiting dan op zorgvermijding. Studies tonen dat dergelijke interpretaties vaak voortkomen uit misverstanden over de leefwereld van dakloze personen (Alves da Costa et al., 2025). Deze interpretaties versterken de internalisering van negatieve maatschappelijke beelden van cliënten wat leidt tot gevoelens van schaamte en minderwaardigheid (Reilly et al., 2022). De literatuur stelt dat stigma en zelfstigma elkaar versterken en zo een vicieuze cirkel creëren die de toegang tot zorg bemoeilijkt (Corrigan et al., 2014; Reilly et al., 2022; Ruysen et al., 2024). Voor sommige cliënten zijn zij de enigen die consequent zorg en aandacht bieden. Hiermee

functioneren straatverpleegkundigen niet alleen als zorgverlener, maar ook als tegenkracht tegen stigma waardoor de barricade die de samenleving rond deze mensen heeft opgetrokken tijdelijk doorbroken wordt. Onderzoek toont dat vertrouwen, veiligheid en respectvolle, niet-oordelende zorg belangrijk zijn voor het betrekken van dakloze personen bij hulpverlening (Miller et al., 2024).

4.1.4. Niet leven maar overleven in een gefragmenteerd zorgsysteem

Straatverpleegkundigen schatten dat ongeveer 80% van de cliënten met middelengebruik kampt, wat hoger ligt dan de cijfers uit algemene dak- en thuislozentellingen waarbij bij ongeveer 23% tot 32% van de dak- en thuisloze personen een (vermoedelijke) verslavingsproblematiek werd vastgesteld (Mertens et al., 2025). Dit verschil kan verklaard worden doordat straatverpleegkundigen werken met de meest kwetsbare en moeilijk bereikbare groep. Middelengebruik wordt door de straatverpleegkundigen niet moreel beoordeeld, maar begrepen als een copingsmechanisme met een functionele betekenis binnen een context van overleving, stress, onzekerheid en trauma. Door deze benadering te hanteren verschuift het perspectief van “probleemgedrag” naar overlevingsgedrag, wat afwijkt van dominante medische en maatschappelijke denkwijzen. Het dominante DSM-gebaseerde diagnostische denken is bij deze populatie niet de juiste aanpak door de meervoudigheid en complexiteit van de problematieken (Marcelis, 2025). Dit wijst op belangrijke tekortkomingen binnen het huidige zorgsysteem en de opleiding van zorgverleners vooral met betrekking tot de eerstelijnszorg voor dak- en thuislozen aldus de straatverpleegkundigen. Wong et al. (2024) tonen aan dat educatieve interventies bij zorgprofessionals en zorgstudenten stigma kan verminderen aangezien onwetendheid, handelingsverlegenheid en angst voor complexiteit stigma en uitsluiting versterken. Dit benadrukt de noodzaak aan structurele verankering van deze thema's binnen gezondheidszorgopleidingen.

Straatverpleegkundigen botsen voortdurend op de grenzen van het gefragmenteerd zorgsysteem en fungeren noodgedwongen als brugfiguren tussen versnipperde diensten wat de nood blootlegt aan meer geïntegreerde en contextgevoelige zorgmodellen (Ruyssen et al., 2024; van der Veen et al., 2026). Ze belichamen een beweging van vermaatschappelijking van zorg, door zorg letterlijk naar de leefwereld van cliënten te brengen. Zorgvermaatschappelijking blijkt geen vanzelfsprekend succesverhaal, maar vraagt een fundamentele herdenking van hoe zorg georganiseerd, gefinancierd en

aangeleerd wordt. Literatuur beschrijft deinstitutionalisering in de geestelijke gezondheidszorg en community-based zorg, waarin dergelijke hervormingen gepaard gaan met belangrijke implementatie-uitdagingen, zoals onvoldoende afstemming, beperkte middelen en een gebrek aan structurele ondersteuning (Meda et al., 2025; Miller et al., 2024). Deze benadering sluit aan bij de groeiende erkenning dat traditionele, instelling-gebaseerde zorgmodellen onvoldoende inspelen op de noden van mensen in extreme kwetsbaarheid (Chantry et al., 2025). Onderzoek van Doran et al. (2021) toont aan dat outreachende en laagdrempelige initiatieven een belangrijke rol spelen in het opvangen van lacunes in het zorgsysteem. Dit kan leiden tot een vermindering van niet-dringend spoedgebruik en betere toegankelijkheid van zorg voor dakloze personen wat de gezondheidsongelijkheden kan verminderen (Bell et al., 2022; Doran et al., 2021).

4.1.5. De meerwaarde van samenwerking op straat

Binnen de interviews kwam duidelijk naar voren dat de rollen van straathoekwerkers en straatverpleegkundigen gedeeltelijk overlappen. Dit sluit aan bij onderzoek dat wijst op een vervaging van beroepsgrenzen binnen community-based en outreachende zorgcontexten (Magerman et al., 2024). Deze overlap hoeft niet noodzakelijk als een probleem te worden gezien. De meerwaarde van deze samenwerking ligt vooral in de complementariteit tussen sociale en medische expertise. Waar straathoekwerkers vertrekken vanuit relationele nabijheid, sociale ondersteuning en toeleiding, brengen straatverpleegkundigen een medische blik binnen in de leefwereld van mensen op straat. De verschillen tussen beide functies situeren zich daardoor minder in strikt afgebakende takenpakketten, maar eerder in hun perspectief, professionele achtergrond en interpretatie van zorgnoden. Straatverpleegkundigen vertelden dat moeilijk bereikbare dak- en thuislozen soms via de doelgroep zelf benaderd konden worden wat aansluit bij onderzoek naar peer outreach. Peers kunnen door hun gedeelde ervaring en nabijheid fungeren als vertrouwensfiguren, waardoor zij toegang kunnen creëren tot groepen die voor hulpverlening moeilijk bereikbaar blijven (de Zeeuw Wright & Morgan, 2024).

4.2. Aanbevelingen voor de praktijk, onderwijs en onderzoek

In lijn met de aanbevelingen uit Data Collection and Management for Street Outreach Providers van de National Alliance to End Homelessness wordt aangeraden om voor dataregistratie te focussen op een beperkt aantal kernvariabelen en gestandaardiseerde variabelen die zowel zorgpraktijk als beleidsanalyse ondersteunen. Vanaf het eerste contactmoment moet een dossier opgestart worden, dat vervolgens systematisch wordt

aangevuld gedurende het volledige traject van de dak- of thuisloze persoon (National Alliance to End Homelessness, 2025). Idealiter wordt dit dossier gedeeld binnen het professioneel netwerk, zodat betrokken hulpverleners, met toestemming van de cliënt, toegang hebben tot dezelfde informatie en de continuïteit van zorg wordt versterkt. De gegevens die kunnen worden opgenomen voor dataregistratie zijn terug te vinden in Tabel 3. Verder onderzoek naar de implementatie van een uniform en gestandaardiseerd registratiesysteem is aanbevolen.

Tabel 3: Aanbeveling voor dataverzameling dak- en thuisloosheid

Gegeven/ Veld	Inhoud/ Toelichting
Identificatie	
Naam/ alias	Naam of schuilnaam van de persoon
Leeftijd	(Geschatte) Leeftijd in jaren
Gender	Genderidentiteit
Contactgegevens	
Telefoonnummer	Indien beschikbaar
Vindplaats	Waar persoon meestal verblijft (straat, opvang, etc.)
Professioneel netwerk	Namen van hulpverleners/organisaties Telefoonnummers/ contactinfo
Persoonlijk netwerk	Contactgegevens vertrouwens- personen Telefoonnummers/ contactinfo
Dakloosheid	
Duur dakloosheid	Aantal maanden/jaren
Datum eerste contact	Datum van eerste registratie/contact/ Datum opvolgcontacten
Medische gegevens	
Mutualiteit	Ja/ Nee
Huisarts	Ja/ Nee Telefoonnummer:
Inzicht gezondheids- problemen	Ja/ Nee/ Nog geen inzicht Indien ja

	- Psychische problematiek: Ja/Nee/Nog geen inzicht + korte beschrijving - Somatische problematiek: Ja/Nee/Nog geen inzicht + korte beschrijving (bv wondzorg, evt foto) - Verslavingsproblematiek: Ja/Nee/Nog geen inzicht + korte beschrijving
Interventies	Wondzorg, hygiënische zorgen (bv douche, kledij), preventie (bv propere naalden geven), administratieve hulp (bv medische waarborg), doorverwijzingen, ventilatienood/ gespreksnood
Dossierbeheer	
Gedeeld dossier	Ja/ Nee
Toegang voor netwerk	Mogelijkheid dat alle hulpverleners toegang hebben voor continuïteit van zorg

Toekomstige zorgverleners moeten worden opgeleid in transdiagnostisch denken, contextgerichte zorg en humaniserende benaderingen. Het systematisch opnemen van thema's zoals dak- en thuisloosheid, stigma, verslaving en outreachend werken binnen het curriculum kan ertoe bijdragen dat zorgverleners beter inzicht krijgen in de emotionele leefwereld en de beweegredenen van mensen in dak- en thuisloosheid (Wong et al., 2024). Cruciaal hierbij is dat deze thema's als fundamentele onderdelen van de professionele vorming worden geïmplementeerd.

Straatverpleegkundige teams moeten systematisch georganiseerd worden in duo's bestaande uit een straatverpleegkundige en een straathoekwerker. Dit kan bijdragen aan een meer geïntegreerde aanpak waarbij medische en sociale noden gelijktijdig worden aangepakt en tegelijk een efficiëntere inzet van beschikbare middelen wordt gerealiseerd. Het betrekken van ervaringswerkers kan een meerwaarde bieden om dak- en thuislozen die onder de radar blijven beter te bereiken en ondersteunen aangezien dak- en thuislozen vaak een signaleringsfunctie opnemen voor elkaar.

Voor verder onderzoek is het zinvol om casestudies uit te voeren waarin interprofessionele samenwerking centraal staat. Daarnaast is het relevant om de ondersteuningsnoden van zorgverleners in reguliere zorgsettings nader te onderzoeken.

Inzicht in deze noden kan bijdragen aan het structureel aanpakken van bestaande hiaten in kennis, ondersteuning en afstemming binnen het zorgsysteem. Het lijkt ook relevant om een longitudinaal onderzoek uit te voeren om zorgtrajecten over de tijd heen in kaart te brengen en dynamieken van zorgcontinuïteit, herstel en doorstroom beter te begrijpen aangezien de zorgnoden en levensomstandigheden van dak- en thuislozen sterk fluctueren en zich ontwikkelen in de tijd. Daarnaast kan een participatief actieonderzoek een waardevolle aanvulling bieden aangezien deze benadering inzet op de samenwerking tussen onderzoekers, hulpverleners en personen met ervaringskennis om zowel inzicht te verwerven als veranderingen te realiseren.

4.3. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Deze mixed-method studie bevat enkele sterktes. Ten eerste maakten de onderzoekers hun persoonlijke referentiekaders en mogelijke vooronderstellingen expliciet via bracketing, evenals de manier waarop deze de interpretatie van de onderzoeksdata konden beïnvloeden. De onderzoekers trachtten deze kritisch te monitoren om met een grote openheid te luisteren naar de ervaringen (Shorey & Ng, 2022). Ten tweede werd het afnemen en transcriberen van interviews uitgevoerd door de twee hoofdonderzoekers onder begeleiding van twee meer ervaren onderzoekers waardoor diepgang verkregen kon worden. Ten derde werd zowel onderzoekers- als methodologische triangulatie gebruikt met een tweewekelijkse peer debriefing waarbij collega-onderzoekers de interpretaties kritisch toetsten. Als laatste waardevolle aanvulling op de kwaliteitsborging en reflectie van het resultaat, werd peer review uitgevoerd.

De studie omvat ook enkele beperkingen. Ten eerste konden omwille van privacyredenen niet alle casussen worden opgenomen in de rapportage. Ten tweede bleef het aantal participanten beperkt door het kleine aantal straatverpleegkundigen in België. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat bijkomende interviews nog aanvullende perspectieven hadden opgeleverd. Ten derde werd er gebruikgemaakt van gegevens uit een bestaande databank van slechts één thuiszorgorganisatie waarin de registraties retrograad worden ingevuld en zonder strikt afgelijnde protocollen of rigoureuze analysemethoden gebeuren wat het risico op recall bias verhoogt.

Binnen deze studie werd geprobeerd om deze impact te beperken door transparant te rapporteren over de gebruikte methoden en door de kwantitatieve bevindingen te

benaderen in samenhang met de kwalitatieve data. De onderzoekers erkennen deze beperking en tracht ze te minimaliseren door transparantie over de gebruikte methoden.

5. Conclusie

Dit onderzoek draagt bij tot het exploreren van ervaringen en beïnvloedende factoren van straatverpleegkundigen in de zorgverlening aan dak- en thuisloze personen in ETHOS-categorie één tot drie in Vlaanderen en Brussel. De analyse van de registratiedata toonde aan dat bestaande gegevens beperkingen vertonen in volledigheid, uniformiteit en bruikbaarheid, waardoor belangrijke aspecten van straatverpleegkundige zorg moeilijk systematisch zichtbaar worden. Hun werk wordt gekenmerkt door een laagdrempelige en outreachende benadering waarbij somatische zorg fungeert als ingangspoort tot vertrouwen en bredere psychosociale begeleiding met het herstellen van menselijkheid en waardigheid als centraal onderdeel. Straatverpleegkundigen beleven hun rol als een brugfunctie tussen de leefwereld van dak- en thuisloze personen en het bredere zorg- en welzijnssysteem, waarbij hun praktijk zowel de kracht van outreachende zorg als de tekortkomingen van het huidige zorgsysteem zichtbaar maakt.

6. Referentielijst

- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Alves da Costa, F., Gorski, D., Vaz dos Santos, M., Tavoschi, L., & Tonin, F. (2025). A scoping review on healthcare access challenges among people experiencing homelessness. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.220>
- Anombem, O. M., Arisoyin, A., Okereke, O. P., Okobi, O. E., Mamman, A., Salawu, M. A., & Oaikhena, I. O. (2023). A Review of the Impact of Homelessness on Mental Health. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 35(17), 11–18. <https://doi.org/10.9734/jammr/2023/v35i175099>
- Bell, L., Whelan, M., Fernandez, E., & Lycett, D. (2022). Nurse-led mental and physical healthcare for the homeless community: A qualitative evaluation. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 2282–2291. <https://doi.org/10.1111/hsc.13778>
- Bjerkan, J., Valderaune, V., & Olsen, R. M. (2021). Patient Safety Through Nursing Documentation: Barriers Identified by Healthcare Professionals and Students

- [Original Research]. *Frontiers in Computer Science*, Volume 3 - 2021. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.624555>
- CAW. (2023). *Dak- en thuisloosheid vermijden en oplossen*. <https://www.caw.be/memorandum/dak-en-thuisloosheid-vermijden-en-oplossen/>
- Chantry, M., Fernandez, K., Magerman, J., Goethals, I., De Ruyscher, C., Sinclair, D. L., Delespaul, P., Antoine, J., Vanderplasschen, W., Lorant, V., & Nicaise, P. (2025). Met and unmet needs of service users with substance use disorders: a latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(11), 2613–2624. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02861-z>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2006). *Designing and conducting mixed methods research Chapter 4: Choosing a mixed methods design*. Sage Publications Inc.
- D'Souza, M. S., O'Mahony, J., & Achoba, A. (2022). Exploring Foot Care Conditions for People Experiencing Homelessness: A Community Participatory Approach. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319211065247. <https://doi.org/10.1177/21501319211065247>
- de Zeeuw Wright, M., & Morgan, C. (2024). Certified Peer Support in the Field of Homelessness: Stories Behind the Work. *Community Mental Health Journal*, 60(8), 1606–1616. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01315-1>
- Doran, K., Boyer, A., & Raven, M. (2021). Health Care for People Experiencing Homelessness—What Outcomes Matter? *JAMA Network Open*, 4, e213837. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3837>
- Excellence, N. I. f. H. a. C. (2022). *Integrated health and social care for people experiencing homelessness* (NG214). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng214/resources/integrated-health-and-social-care-for-people-experiencing-homelessness-pdf-66143775200965>
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- FEANTSA. (2005). *ETHOS: European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*. <https://www.feantsa.org/files/Home/ETHOS/PDFS/ETHOS.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>
- Gorski, D., Alves da Costa, F., Fuertes, R., Gama-Marques, J., Tavošchi, L., & Tonin, F. S. (2026). Barriers to and facilitators of healthcare access among people

- experiencing homelessness: a systematic scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 25(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12939-026-02840-z>
- Hertzberg, D., & Boobis, S. (2022). *The unhealthy state of homelessness 2022: Findings from the Homeless Health Needs Audit*. H. Link. https://homelesslink-1b54.kxcdn.com/media/documents/Homeless_Health_Needs_Audit_Report.pdf
- Heuer, A. J. (2022). More Evidence That the Healthcare Administrative Burden Is Real, Widespread and Has Serious Consequences; Comment on “Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study”. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(4), 536–538. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.129>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2018). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2023). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons.
- Homelessness, E. P. o. C. (2021). *Lisbon Declaration on the European Platform on Combatting Homelessness*. [https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/280675/20210619_bb%20-%20Lisbon%20Declaration%20on%20the%20European%20Platform%20on%20Combatting%20HomelessnessFINAL%20\(8\).pdf](https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/280675/20210619_bb%20-%20Lisbon%20Declaration%20on%20the%20European%20Platform%20on%20Combatting%20HomelessnessFINAL%20(8).pdf)
- Liu, J. C., Ryan, C. J., Olivet, J., Lazowy, E. E., & Koh, H. K. (2025). Homelessness response: a framework for action by hospitals and healthcare systems [Policy and Practice Reviews]. *Frontiers in Public Health*, Volume 13 - 2025. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1642073>
- Magerman, J., De Smet, S., De Mayer, J., & Vanderplasschen, W. (2024). Iedereen doet alles. Een blik op de competenties van GGZ-professionals in een context van deinstitutionalisering. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 33(2), 62–83. <https://doi.org/10.18352/jsi.808>
- Marcelis, M. (2025). De transdiagnostische benadering van psychisch lijden in de praktijk [Essay]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67(8), 445–449.
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation* American Psychological Association.
- McWilliams, L., Paisi, M., Middleton, S., Shawe, J., Thornton, A., Larkin, M., Taylor, J., & Currie, J. (2022). Scoping review: Scope of practice of nurse-led services and access to care for people experiencing homelessness. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3587–3606. <https://doi.org/10.1111/jan.15387>
- Meda, F., Oprea, N., & Buongiorno Sottoriva, C. (2025). Improving access to healthcare services for people experiencing homelessness: evidence from a scoping review of interventions. *Health & Justice*, 13(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s40352-025-00384-y>
- Meehan, A. A., Waddell, C. J., Marx, G. E., Clarke, K. E. N., Bratcher, A., Montgomery, M. P., Marcus, R., Ramirez, V., & Mosites, E. (2024). Considerations for Defining

- Homelessness in Public Health Data Collection. *Public Health Reports*®, 139(4), 412–416. <https://doi.org/10.1177/00333549231215850>
- Mertens, N., Demaerschalk, E., Marana, A.-L., De Moor, N., Moriau, J., Wagener, M., & Hermans, K. (2025). *Dak- en thuisloosheid. Globaal rapport 2025*. L. K. Leuven. https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2025-globaal-rapport-tellingen-2024.pdf
- Miller, J.-P., Hutton, J., Doherty, C., Vallesi, S., Currie, J., Rushworth, K., Larkin, M., Scott, M., Morrow, J., & Wood, L. (2024). A scoping review examining patient experience and what matters to people experiencing homelessness when seeking healthcare. *BMC Health Services Research*, 24(1), 492. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10971-8>
- National Alliance to End Homelessness. (2025). *Data collection and management for street outreach providers*. N. A. t. E. Homelessness. https://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2025/02/NAEH_Data-Collection-and-Management-for-Street-Outreach-Providers.pdf
- Opgroeien. (2024). *De belangrijkste cijfers over dak- en thuisloosheid*. Retrieved 15 januari 2026 from <https://www.opgroeien.be/kennis/themas/dak-en-thuisloosheid-aanpakken-bij-jongvolwassenen/de-belangrijkste-cijfers-over-dak-en-thuisloosheid>
- Padgett, D. K. (2020). Homelessness, housing instability and mental health: making the connections. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 197–201. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.49>
- Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., & Busch-Geertsema, V. (2018). Homelessness Services in Europe : EOH Comparative Studies on Homelessness.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Prevention., U. C. f. D. C. a. (2024). *Public health considerations for homelessness in data collection*. <https://www.cdc.gov/homelessness-and-health/php/datacollection/index.html>
- Reilly, J., Ho, I., & Williamson, A. (2022). A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 2128–2141. <https://doi.org/10.1111/hsc.13884>
- Ruysen, C., Magerman, J., Kharaghanipour, S., & Goossens, P. (2024). Broodnodige zorg? Straatverpleegkunde en personen met een dakloosheidsproblematiek. *Verpleegkunde*, 39(3), 99–110.
- Shorey, S., & Ng, E. D. (2022). Examining characteristics of descriptive phenomenological nursing studies: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 1968–1979. <https://doi.org/10.1111/jan.15244>

- Slockers, M., van Laere, I., & van den Muijsenbergh, M. (2017). Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts en wetenschap*, 60(7), 360–362. <https://doi.org/10.1007/s12445-017-0216-3>
- Stella, S. A., Hanratty, R., Davidson, A. J., Podewils, L. J., Elliott, L., Keith, A., & Everhart, R. (2024). Improving Identification of Patients Experiencing Homelessness in the Electronic Health Record: A Curated Registry Approach. *Journal of General Internal Medicine*, 39(16), 3113–3119. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08909-1>
- Valencia, M. (2022). Principles, Scope, and Limitations of the Methodological Triangulation. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08909-1>
- van der Veen, Y. J. J., Wagemakers, M. A. E., Rosendal, H., & Kroeze, W. (2026). De verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar in de wijk: ervaringen en kansen. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 104(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s12508-026-00480-w>
- Vanmechelen, O. (2021). *Contextanalyse en verkenning van strategieën in de strijd tegen dak- en thuisloosheid in Brussel*. K. WWZ. <https://www.kenniscentrumwwz.be/files/Kennisbank-Items/niet-cahier/Contextanalyse-en-verkenning-van-strategie%C3%ABn-in-de-strijd-tegen-dak-en-thuisloosheid-in-Brussel-2.pdf>
- Wong, J. C. M., Chua, J. Y. X., Chan, P. Y., & Shorey, S. (2024). Effectiveness of educational interventions in reducing the stigma of healthcare professionals and healthcare students towards mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 80(10), 4074–4088. <https://doi.org/10.1111/jan.16127>

7. Bijlages

7.1. Bijlage 1: ETHOS-Categorieën

Operationele categorie	Definitie/leefsituatie
1. In openbare ruimte	Personen die leven in de publieke ruimte.
2. In noodopvang	Personen die in laagdrempelige en kortdurende opvang verblijven. <i>De winter- of nachtopvang.</i>
3. In opvang voor thuislozen	Personen die in opvangcentra of tijdelijke huisvesting verblijven. <i>Bijvoorbeeld crisisopvang, residentiële opvang, begeleid wonen zonder eigen huurcontract, doorgangswoningen OCMW, hotel, jeugherberg, vluchthuizen, niet erkende opvangcentra.</i>
4. Instellingsverlaters	a. Personen die binnen de maand volgend op de teldag de instelling verlaten zonder stabiele woonoplossing. b. Personen die langer verblijven in de instelling wegens gebrek aan een stabiele woonoplossing. <i>Gevangenis, algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis/centrum, residentiële drughulpverlening, de bijzondere jeugdzorg, beschut wonen, LOI en opvangcentra Fedasil.</i>
5. In niet-conventionele woning	Personen die in niet-conventionele ruimtes of woningen verblijven. <i>Bijvoorbeeld een woning zonder huurcontract of basisvoorzieningen. Bijvoorbeeld een woonwagen, hut, garage, kraakpand, auto, tent.</i>
6. Bij familie of vrienden	Personen die tijdelijk inwonen bij familie en vrienden wegens gebrek aan eigen huisvesting.
+ In woning met dreigende uithuiszetting	Personen die de woning binnen de maand na de teldag moeten verlaten wegens: a. een betekend vonnis tot gerechtelijke uithuiszetting b. een beslissing onbewoonbaarheid c. een beslissing ongeschiktheid d. een verlopen opzegtermijn of een opzegtermijn die zal verlopen binnen de maand volgend op de teldag.

7.2. Bijlage 2: codeboek

Variabele	Code	Definitie
Regio	[stad]= 1 [stad]= 2	Straatverpleegkundigen regio [stad] Straatverpleegkundigen regio [stad]
Geslacht	Man = 1 Vrouw = 2	
Toegedijende zorgen	Wondzorg = 1 Psychosociale begeleiding= 2 Parameters = 3 Medicatie = 4	Fysieke letsels, debrideren, spuitabces = 1 Luisterend oor, gesprek rond opname, gesprek rond ziektebeelden, beheersen agressie-aanval, motivationeel gesprek, naar huis gebracht, psychosociale zorg, evalueren van ontwenning, begeleiden ontwenning, angstreductie, kennismaking = 2

	Hygiënische zorgen = 5 Toeleiden naar andere zorgverlening = 6 Medicatie en wondzorg = 7 Medicatie en parameters = 8 Medicatie en luisterend oor = 9 Luisterend oor en parameters = 10 Luisterend oor en wondzorg = 11 Luisterend oor en toeleiden = 12 Hygiënische zorgen en wondzorg = 13 Medicatie en toeleiding = 14 Parameters en toeleiding = 15 Luisterend oor en hygiëne = 16	Bloeddruk, bloedafname, temperatuur, glycemiecontrole = 3 Weekbox klaarzetten, depot inspuiting, zalven medicatietoezicht en -beheer, medicatietoediening, opstart medicatie, diabetesopleiding, hydratatie, mondspoeling, anticonceptiepil, medicatie-educatie, pijnbestrijding = 4 Toilet, kledijwissel, haarwassing, voetverzorging, motivering tot zelfzorg, hygiëne, tampons, condooms, maandverbanden meegeven = 5 Opname ziekenhuis, begeleiden naar huisarts, tandarts, psychiater, endocrinoloog, orthopedist, abortuskliniek, consult aanvragen, bewindvoerder mailen, nachtopvang, administratie = 6
Doorverwijzing	Ziekenhuis = 1 Eerstelijnszorg = 2 Psychische zorg = 3 Maatschappelijke ondersteuning = 4 Basisvoorziening = 5 Geen = 6 Basisvoorzieningen + maatschappelijke zorg = 7 Basisvoorzieningen en psychische zorg = 8	Endocrinoloog, spoed, psychiatrisch centrum, orthopedist Arts, tandarts, apotheek, reguliere zorg, referentie wondzorg, pedicure, politie, [Gezondheidsorganisatie] = 2 Psycholoog, psychiater, [Psychiatrische organisatie] = 3 CAW, OCMW, maatschappelijk werker, bewindvoerder, stadhuis, [ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], justitiehuis, [ontmoetingscentrum], straathoekwerker, welzijnshuis = 4

	Eerstelijnszorg + basisvoorzieningen + maatschappelijk = 9 Eerstelijnszorg + basisvoorzieningen = 10 Eerstelijnszorg + maatschappelijk = 11	Nachtopvang, Housing First = 5
Duur begeleiding	0min = 0 < = 15min = 1 16 – 30min = 2 31 – 45min = 3 46 – 60min = 4 > 60min = 5 Gefragmenteerd = missing value = 666	
Ziekenfonds	CM = 1 Solidaris = 2 Helan = 3 LM plus = 4 Medicore = 5 Onafhankelijk ziekenfonds = 8 Niet gekend = 7 Niet aangesloten = 6	Ja =1 Neen=0 Niet gekend = 2
MDO	Ja = 1 Nee = 2	
Middelenmisbruik	Ja = 1 Nee = 2 Onbekend = 3	
Verslaving	Ja = 1 Nee = 2	
Welke verslaving	Alcohol = 1 Medicatie = 2 Drugs = 3 Combinatie alcohol en medicatie = 4 Combinatie drugs en medicatie = 5 Combinatie drugs en alcohol = 6 Combinatie drugs alcohol en medicatie = 7 Niet van toepassing = 8	
Vindplaats	Openbare plaats = 1 Nachtopvang = 2	Straat, station, colruyt, shoppingcenter, de post, panos, [stad], [stad], stadhuis = 1 [Nachtopvang], nachtopvang = 2

	Verpleeglokaal + ziekenhuis= zorglocaties =3+9=3 Ontmoetingscentrum + voedselbank= 4 +5=4 Ontmoetingscentrum Voedselbank = 5 Thuis +tijdelijk onderdak = 6 +7= 5 Niet gevonden = 8=6 Ziekenhuis = 9=3 Digitaal = 10 =7	Bureau, verpleeglokaal, verpleegpost = 3 [Ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], [ontmoetingscentrum], = 4 [voedselbank] [voedselbank] = 5 Woonst = 6 Crisiskamer, bij een vriend, thuisloos, tijdelijke opvang, kelder ondergronds, noodwoning, ocmw woonst = 7 Niet gevonden, geen, niet aanwezig = 8 [Ziekenhuis]= 9 Telefonisch contact, mail = 10
--	---	---

7.3. Bijlage 3: interviewguide versie 1

Interview guide voor de straatverpleegkundigen

Titel van de studie: Ervaringen van straatverpleegkundigen in de zorg voor dak- en thuislozen in Vlaanderen en Brussel: een mixed-method embedded onderzoek.

Onderzoeker: Lefevere Margeaux en Neiring Enya

Datum:

Locatie:

Duur: ± 45min tot 60min

INTERVIEWGUIDE

Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie 1–3 in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?

Hoofdonderzoeksvraag:

Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie 1–3 in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?

Introductie

“Goedemorgen/ goedemiddag, bedankt dat u tijd maakt om deel te nemen aan dit interview. Mijn naam is Margeaux / Enya en ik voer dit gesprek in het kader van onze masterproef aan de Universiteit Gent. In dit onderzoek bestuderen we de ervaringen van straatverpleegkundigen in Vlaanderen en Brussel. Het doel van dit interview is om beter te begrijpen hoe u uw werk ervaart, welke uitdagingen u tegenkomt en wat volgens u belangrijke elementen zijn binnen de straatverpleegkunde. Er zijn geen goede of foute antwoorden: we zijn vooral geïnteresseerd in uw persoonlijke ervaringen en inzichten.

Voor we starten wil ik graag nog even stilstaan bij vertrouwelijkheid en anonimiteit. Alles wat u vertelt, wordt strikt vertrouwelijk behandeld. De gegevens worden gepseudonimiseerd en kunnen niet naar u of uw organisatie worden teruggeleid. De geluidsopnames en transcripties worden veilig opgeslagen en enkel door de onderzoekers geraadpleegd. Uw deelname is volledig vrijwillig en u mag op elk moment beslissen om te stoppen, zonder opgave van redenen. Voor deelname aan dit onderzoek is geïnformeerde toestemming nodig. U heeft vooraf het informatiedocument en het informed consent ontvangen. Mag ik vragen of u dit gelezen heeft en of u akkoord bent om deel te nemen? (Laat het informed consent tekenen.) Daarnaast wil ik vragen of u toestemming geeft voor het opnemen van dit gesprek. Deze opname wordt enkel gebruikt voor transcriptie en analyse binnen dit onderzoek. Gaat u hiermee akkoord?

De resultaten van dit onderzoek zullen later dit jaar zeker teruggekoppeld worden via een presentatie.

Tot slot: heeft u nog vragen voor we beginnen met het interview?”

Achtergrondinformatie van de deelnemer *(korte*

checklist)

Leeftijd

Opleiding

Hoeveel jaar werkervaring als verpleegkundige?

Hoe lang werkt u als straatverpleegkundige?

Organisatie waar u tewerkgesteld bent

Wat motiveerde u om dit werk te doen?

1. Openingsvraag: Dagelijkse praktijk & ervaringen

1. Kunt u mij eens meenemen door een typische werkdag? Hoe ziet uw dag eruit van begin tot einde?

Indien nodig: hoe bepaalt u wie je aanspreekt op straat?

2. Kernvragen

2. “Hoe ziet een contactmoment eruit?”

(Kunt u beschrijven welke vormen van zorg u het vaakst verleent aan mensen die dak- of thuisloos zijn --> *Indien nodig: doorvragen op somatisch, psychosociaal, hygiënische zorgen, medicatie, opvolging en doorverwijzing --> wat betekent deze zorg voor u, wat houdt dat in?*)

Indien nodig: Eerste contactmoment vs opvolging, duur, inhoud, locatie

3. Hoe beïnvloedt de vindplaats uw mogelijkheden om zorg te verlenen?

4. Hoe beïnvloedt middelengebruik (alcohol/drugs/medicatie) uw zorgverlening?
5. Hoe verloopt de samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen, CAW, OCMW, opvangcentra?
6. Wat zijn volgens u de positieve aspecten aan uw werk?
Hoe gaat u hiermee om?
7. Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen in uw werk?
Hoe gaat u hiermee om?
8. Hoe ervaart u de emotionele impact van dit werk?
Hoe gaat u hiermee om?
9. Hoe ervaren jullie de huidige financiering van jullie werking?

AFSLUITING

10. Is er nog iets dat u graag wil toevoegen?

Dank u wel voor uw openheid en voor het delen van uw ervaringen. Uw inzichten zijn heel waardevol voor ons onderzoek en helpen ons beter begrijpen hoe straatverpleegkundigen hun werk beleven en welke factoren daarin een rol spelen. Zoals eerder vermeld, worden al uw antwoorden vertrouwelijk behandeld en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. Mocht u na dit gesprek nog iets willen toevoegen, opnieuw in contact willen komen of vragen hebben, dan mag u ons altijd contacteren. Nogmaals bedankt voor uw tijd en voor uw belangrijke werk. Wij waarderen uw bijdrage enorm.

7.4. [Bijlage 4: Interviewguide versie 2](#)

Interview guide voor de straatverpleegkundigen

Titel van de studie: Ervaringen van straatverpleegkundigen in de zorg voor dak- en thuislozen in Vlaanderen en Brussel: een mixed-method embedded onderzoek.

Onderzoeker: Lefevre Margeaux en Neiring Enya

Datum:

Locatie:

Duur: ± 45min tot 60min

INTERVIEWGUIDE

Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie 1–3 in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?

Hoofdonderzoeksvraag:

Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie 1–3 in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?

Introductie

“Goedemorgen/ goedemiddag, bedankt dat u tijd maakt om deel te nemen aan dit interview. Mijn naam is Margeaux / Enya en ik voer dit gesprek in het kader van onze masterproef aan de Universiteit Gent. In dit onderzoek bestuderen we de ervaringen van straatverpleegkundigen in Vlaanderen en Brussel. Het doel van dit interview is om beter te begrijpen hoe u uw werk ervaart, welke uitdagingen u tegenkomt en wat volgens u belangrijke elementen zijn binnen de straatverpleegkunde. Er zijn geen goede of foute antwoorden: we zijn vooral geïnteresseerd in uw persoonlijke ervaringen en inzichten.

Voor we starten wil ik graag nog even stilstaan bij vertrouwelijkheid en anonimiteit. Alles wat u vertelt, wordt strikt vertrouwelijk behandeld. De gegevens worden gepseudonimiseerd en kunnen niet naar u of uw organisatie worden teruggeleid. De geluidsopnames en transcripties worden veilig opgeslagen en enkel door de onderzoekers geraadpleegd. Uw deelname is volledig vrijwillig en u mag op elk moment beslissen om te stoppen, zonder opgave van redenen. Voor deelname aan dit onderzoek is geïnformeerde toestemming nodig. U heeft vooraf het informatiedocument en het informed consent ontvangen. Mag ik vragen of u dit gelezen heeft en of u akkoord bent om deel te nemen? (Laat het informed consent tekenen.) Daarnaast wil ik vragen of u toestemming geeft voor het opnemen van dit gesprek. Deze opname wordt enkel gebruikt voor transcriptie en analyse binnen dit onderzoek. Gaat u hiermee akkoord?

De resultaten van dit onderzoek zullen later dit jaar zeker teruggekoppeld worden via een presentatie.

Tot slot: heeft u nog vragen voor we beginnen met het interview?”

Achtergrondinformatie van de deelnemer *(korte checklist)*

Leeftijd

Opleiding

Hoeveel jaar werkervaring als verpleegkundige?

Hoe lang werkt u als straatverpleegkundige?

Organisatie waar u tewerkgesteld bent

Wat motiveerde u om dit werk te doen?

1. Openingsvraag: Dagelijkse praktijk & ervaringen

1. Kunt u mij eens meenemen door een typische werkdag? Hoe ziet uw dag eruit van begin tot einde?

Indien nodig: hoe bepaalt u wie je aanspreekt op straat?

2. Kernvragen

2. “Hoe ziet een contactmoment eruit?”

(Kunt u beschrijven welke vormen van zorg u het vaakst verleent aan mensen die dak- of thuisloos zijn --> *Indien nodig: doorvragen op somatisch, psychosociaal, hygiënische zorgen, medicatie, opvolging en doorverwijzing --> wat betekent deze zorg voor u, wat houdt dat in?*)

Indien nodig: Eerste contactmoment vs opvolging, duur, inhoud, locatie

3. Hoe beïnvloedt de vindplaats uw mogelijkheden om zorg te verlenen?

4. Hoe beïnvloedt middelengebruik (alcohol/drugs/medicatie) uw zorgverlening?

5. Hoe verloopt de samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen, CAW, OCMW, opvangcentra?
6. Wat zijn volgens u de positieve aspecten aan uw werk?
Hoe gaat u hiermee om?
7. Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen in uw werk?
Hoe gaat u hiermee om?
8. Hoe ervaart u de emotionele impact van dit werk?
Hoe gaat u hiermee om?
- 9. Wanneer empathie aangehaald wordt: diepere laag van empathie bevragen, hoe ziet u dit in uw dagelijkse werking?**

AFSLUITING

10. Is er nog iets dat u graag wil toevoegen?

Dank u wel voor uw openheid en voor het delen van uw ervaringen. Uw inzichten zijn heel waardevol voor ons onderzoek en helpen ons beter begrijpen hoe straatverpleegkundigen hun werk beleven en welke factoren daarin een rol spelen. Zoals eerder vermeld, worden al uw antwoorden vertrouwelijk behandeld en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. Mocht u na dit gesprek nog iets willen toevoegen, opnieuw in contact willen komen of vragen hebben, dan mag u ons altijd contacteren. Nogmaals bedankt voor uw tijd en voor uw belangrijke werk. Wij waarderen uw bijdrage enorm.

7.5. Bijlage 5: interviewgide versie 3

Interview guide voor de straatverpleegkundigen

Titel van de studie: Ervaringen van straatverpleegkundigen in de zorg voor dak- en thuislozen in Vlaanderen en Brussel: een mixed-method embedded onderzoek.

Onderzoeker: Lefevere Margeaux en Neiring Enya

Datum:

Locatie:

Duur: ± 45min tot 60min

INTERVIEWGUIDE

Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie 1–3 in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?

Hoofdonderzoeksvraag:

Hoe ervaren straatverpleegkundigen de zorgverlening aan dak- en thuislozen in categorie 1–3 in Vlaanderen en Brussel, en welke factoren beïnvloeden hun werk?

Introductie

“Goedemorgen/ goedemiddag, bedankt dat u tijd maakt om deel te nemen aan dit interview. Mijn naam is Margeaux / Enya en ik voer dit gesprek in het kader van onze masterproef aan de Universiteit Gent. In dit onderzoek bestuderen we de ervaringen van straatverpleegkundigen in Vlaanderen en Brussel. Het doel van dit interview is om beter te begrijpen hoe u uw werk ervaart, welke uitdagingen u tegenkomt en wat volgens u belangrijke elementen zijn binnen de straatverpleegkunde. Er zijn geen goede of foute antwoorden: we zijn vooral geïnteresseerd in uw persoonlijke ervaringen en inzichten.

Voor we starten wil ik graag nog even stilstaan bij vertrouwelijkheid en anonimiteit. Alles wat u vertelt, wordt strikt vertrouwelijk behandeld. De gegevens worden gepseudonimiseerd en kunnen niet naar u of uw organisatie worden teruggeleid. De geluidsopnames en transcripties worden veilig opgeslagen en enkel door de onderzoekers geraadpleegd. Uw deelname is volledig vrijwillig en u mag op elk moment beslissen om te stoppen, zonder opgave van redenen. Voor deelname aan dit onderzoek is geïnformeerde toestemming nodig. U heeft vooraf het informatiedocument en het informed consent ontvangen. Mag ik vragen of u dit gelezen heeft en of u akkoord bent om deel te nemen? (Laat het informed consent tekenen.) Daarnaast wil ik vragen of u toestemming geeft voor het opnemen van dit gesprek. Deze opname wordt enkel gebruikt voor transcriptie en analyse binnen dit onderzoek. Gaat u hiermee akkoord?

De resultaten van dit onderzoek zullen later dit jaar zeker teruggekoppeld worden via een presentatie.

Tot slot: heeft u nog vragen voor we beginnen met het interview?”

Achtergrondinformatie van de deelnemer *(korte checklist)*

Leeftijd

Opleiding

Hoeveel jaar werkervaring als verpleegkundige?

Hoe lang werkt u als straatverpleegkundige?

Organisatie waar u tewerkgesteld bent

Wat motiveerde u om dit werk te doen?

1. Openingsvraag: Dagelijkse praktijk & ervaringen

1. Kunt u mij eens meenemen door een typische werkdag? Hoe ziet uw dag eruit van begin tot einde?

Indien nodig: hoe bepaalt u wie je aanspreekt op straat?

2. Kernvragen

2. “Hoe ziet een contactmoment eruit?”

(Kunt u beschrijven welke vormen van zorg u het vaakst verleent aan mensen die dak- of thuisloos zijn --> *Indien nodig: doorvragen op somatisch, psychosociaal, hygiënische zorgen, medicatie, opvolging en doorverwijzing --> wat betekent deze zorg voor u, wat houdt dat in?*)

Indien nodig: Eerste contactmoment vs opvolging, duur, inhoud, locatie

3. Hoe beïnvloedt de vindplaats uw mogelijkheden om zorg te verlenen?

4. Hoe beïnvloedt middelengebruik (alcohol/drugs/medicatie) uw zorgverlening?

5. Hoe verloopt de samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen, CAW, OCMW, opvangcentra?
6. Wat zijn volgens u de positieve aspecten aan uw werk?
Hoe gaat u hiermee om?
7. Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen in uw werk?
Hoe gaat u hiermee om?
8. Hoe ervaart u de emotionele impact van dit werk?
Hoe gaat u hiermee om?
- 9. Wanneer empathie aangehaald wordt: diepere laag van empathie bevragen, hoe ziet u dit in uw dagelijkse werking?**
- 10. Er komt naar voor dat er een nauwe samenwerking is tussen straatverpleegkundigen, en straathoekwerkers, hoe differentiëren jullie zich van elkaar?**

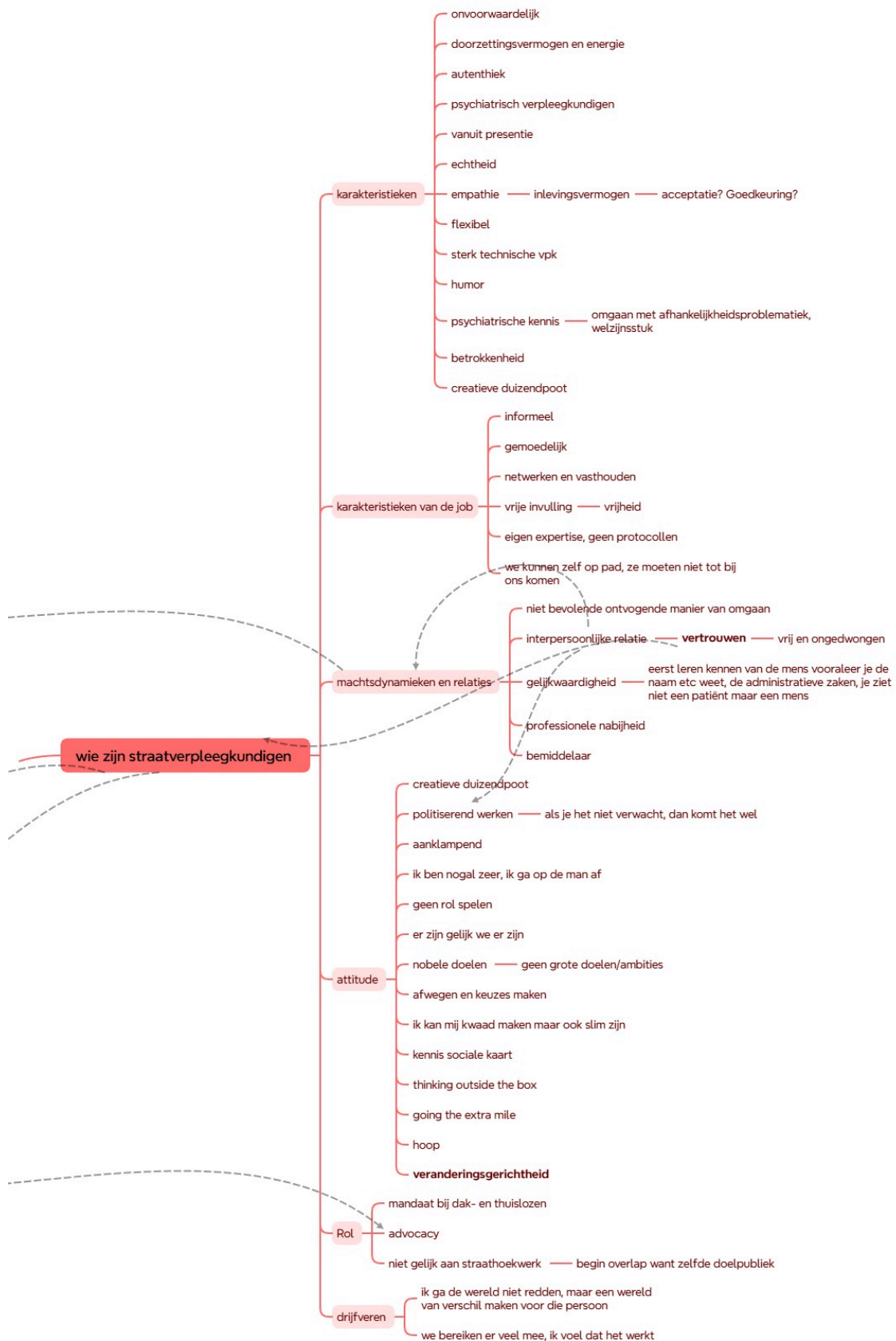
AFSLUITING

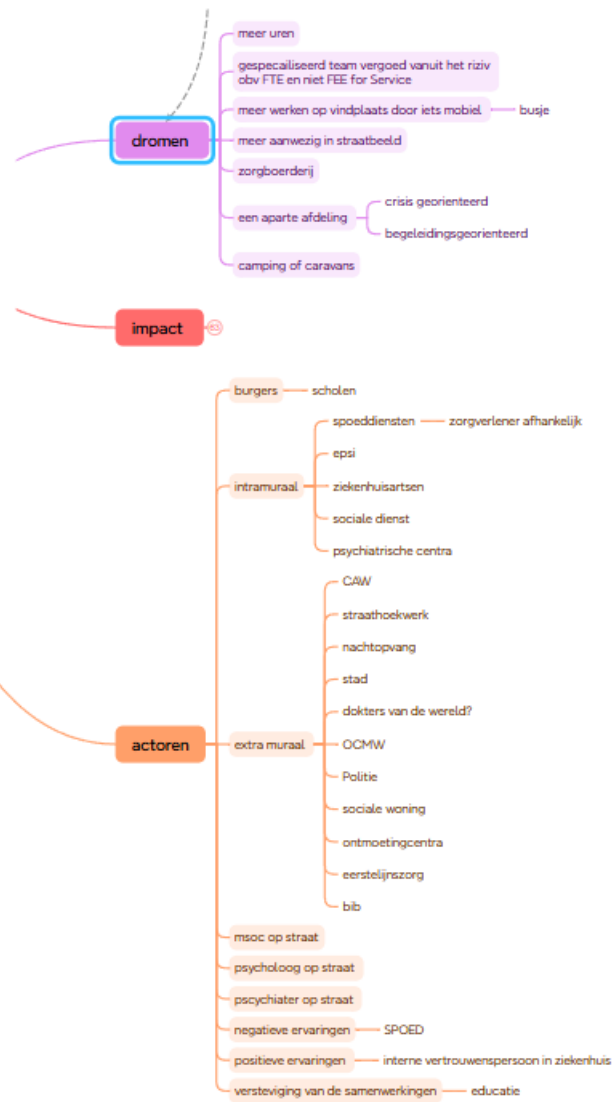
11. Is er nog iets dat u graag wil toevoegen?

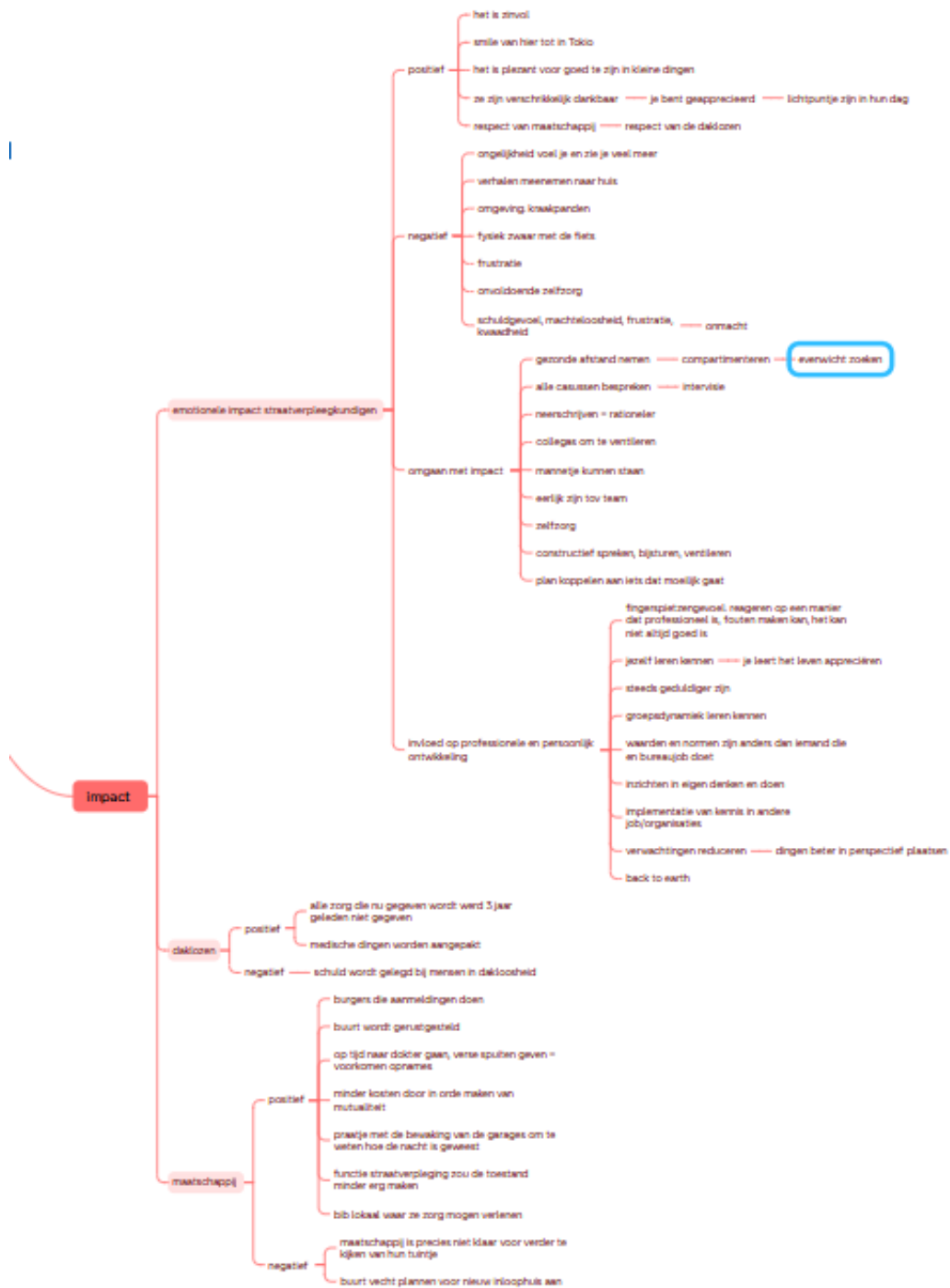
Dank u wel voor uw openheid en voor het delen van uw ervaringen. Uw inzichten zijn heel waardevol voor ons onderzoek en helpen ons beter begrijpen hoe straatverpleegkundigen hun werk beleven en welke factoren daarin een rol spelen. Zoals eerder vermeld, worden al uw antwoorden vertrouwelijk behandeld en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. Mocht u na dit gesprek nog iets willen toevoegen, opnieuw in contact willen komen of vragen hebben, dan mag u ons altijd contacteren. Nogmaals bedankt voor uw tijd en voor uw belangrijke werk. Wij waarderen uw bijdrage enorm.

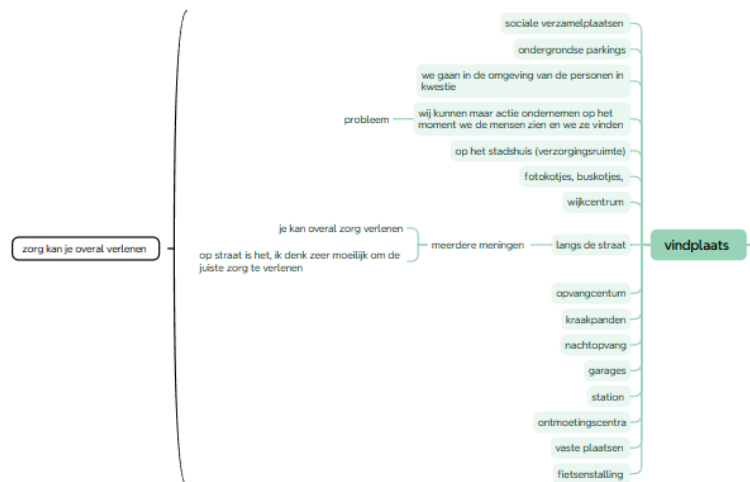
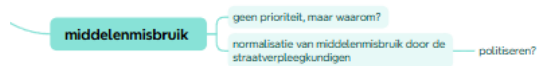
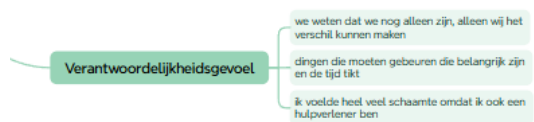
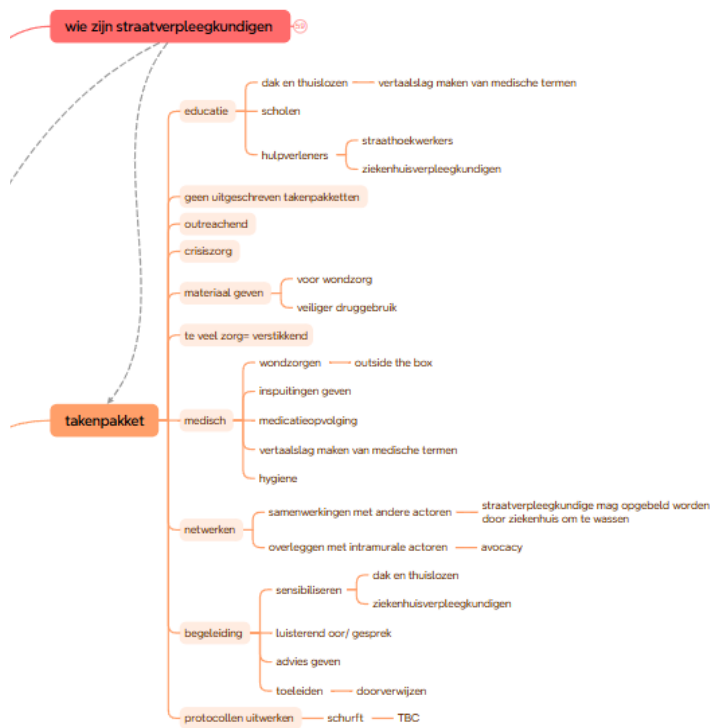
7.6. Bijlage 6: Thematische boom

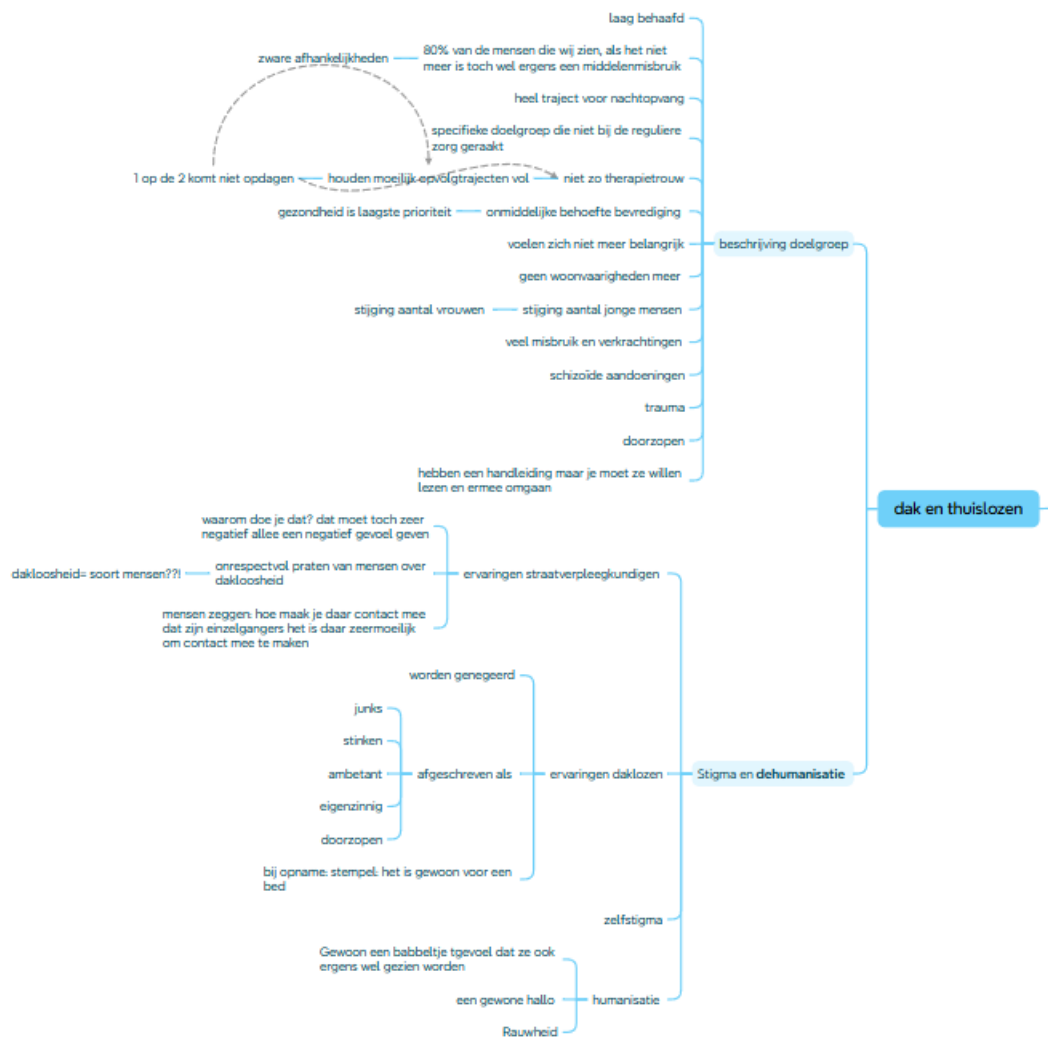


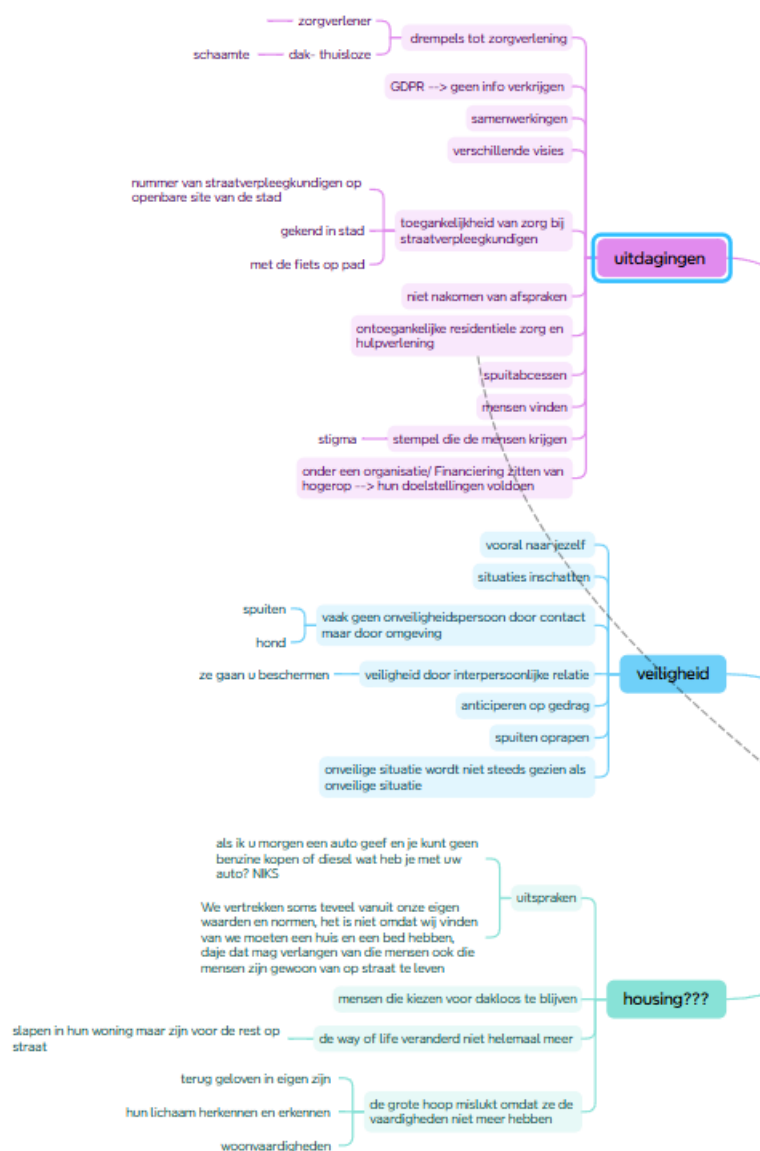












7.7. Bijlage 7: Generatieve AI-gebruik

Dit document biedt een overzicht van het GAI-gebruik van studenten bij de academische (schrijf)taken.

Namen: Lefevere Margeaux & Neiring Enya

Studentnummer: 020104354 & 02409755

Gelieve met 'x' aan te duiden wat van toepassing is en vul aan indien nodig.

ø	Ik heb geen GAI-tool gebruikt.
X	Ik heb een of meerdere GAI-tools gebruikt. Welke? Chatgpt, Copilot via UGent

Gelieve met 'x' aan te duiden wat van toepassing is en omschrijf hoe je de tools hebt gebruikt.

Ik heb de tool gebruikt als:

ø	Ideeënverstrekker (<i>bijvoorbeeld: brainstorm met de tool over een bepaald thema, bereid een discussie voor door argumenten te laten genereren, enz.</i>) Omschrijving: /
X	Zoekmachine (<i>bijvoorbeeld: extra literatuur zoeken over een bepaalde onderwerp, enz.</i>) Omschrijving: moeilijk vindbare artikels zoeken die relevant zijn voor het onderzoek, bij die relevante artikels doorgeklikt naar artikels die ik effectief kon gebruiken

X	Schrijfassistent (bijvoorbeeld: spellings- en typfouten laten verbeteren, een tekst formeler laten schrijven, genereren van tekst enz.) Omschrijving: AI gebruikt om teksten academischer te schrijven, dingen anders te verwoorden, stukken in te korten.
X	Ontwerper (bijvoorbeeld: maak een nieuwe, unieke afbeelding, laat je tekst herschrijven in een academischere stijl, enz.) Omschrijving: AI gebruikt om teksten academischer te schrijven
ø	Oefentool (bijvoorbeeld: gebruik de tool als een buddy en vraag extra uitleg bij specifieke leerstof, vraag om extra oefeningen te maken, enz.). Omschrijving:
ø	Data-analyse (bijvoorbeeld: berekenen van data, scatterplot genereren, enz.) Omschrijving:

X	Efficiëntie bevorderen (<i>bijvoorbeeld: samenvatten van bestaande teksten, bronnenlijst in APA-stijl zetten enz.</i>) Omschrijving: soms korte samenvatting maken om stukken te kunnen inkorten in kader van woordenaantal
ø	Ik heb de tools op een andere manier gebruikt. Omschrijving: