



SOCIAAL MEDISCHE ZORG AAN DAKLOZE MENSEN: HANDREIKING VOOR IMPLEMENTATIE VAN BOUWSTENEN IN DE PRAKTIJK

Igor van Laere
Ronald Smit
Maria van den Muijsenbergh

Sociaal medische zorg aan dakloze mensen in Nederland: handreiking voor implementatie van bouwstenen in de praktijk



ADESIUM
FOUNDATION

dioraphte



gemeente
gouda



Radboudumc
university medical center



Nederlandse
Straatdokter
Groep



Doctors for **Homeless**
FOUNDATION

“Men hoort slechts die vragen, waarop men in staat is antwoord te geven”

Friedrich Nietzsche - Die fröhliche Wissenschaft

Inhoud

Inleiding	5
Definitie sociaal medische zorg	6
Bouwstenen sociaal medische zorg aan dakloze mensen	7
Bouwsteen 1 - eenduidige manier van verwijzing, intake en begeleidingsplan	8
1.1 Sociaal medisch team	8
1.1.2 Doelstelling sociaal medisch team	8
1.1.3 Organisaties	8
1.1.4 Taken	8
1.1.5 Disciplines	8
1.1.6 Scholing	9
1.2 Locatie Centraal Meldpunt Dakloze Personen	10
1.2.1 Uitgangspunten centrale locatie	10
1.2.2 Faciliteiten centrale locatie	10
1.3 Aanmelding centraal meldpunt dakloze personen	11
1.4 Sociaal medische intake	13
1.4.1 Sociale intake	15
1.4.2 Medische intake proces	17
1.4.3 Inloopspreekuur straatdokter	18
1.5 Maatschappelijke opvang	19
1.5.1 Uitkomst en vervolg op onderzoek recht op opvang	21
1.6 Briefadres	22
1.7 Uitkering	24
1.8 Schulden	26
1.8.1 Aanvraag schuldhulpverlening	26
1.8.2 Processtappen binnen de schuldhulp nader uitgewerkt	28
1.9 Medische intake	31
1.9.1 Medische beoordeling	31
1.9.2 Hulpvraag	31
1.9.3 Beoordelingsinstrumenten	32
1.9.4 Zorguitvoering	33
1.10 Begeleidingsplan	34
1.10.1 Overzicht sociaal medische problemen en afspraken	34
1.10.2 Multidisciplinair overleg	35
Bouwsteen 2 – Begeleiding door trajectmanager	36
2.1 Taken	36
2.2 Begeleidingsplan	36
2.3 Opvolging	36

Bouwsteen 3 – De inzet van ervaringsdeskundigen	37
3.1 Selectie en opleiding	37
3.2 Resultaatgebieden	37
Bouwsteen 4 - Straatdokerspraktijk en ziekenboeg in de maatschappelijke opvang	38
4.1 Inlooppreekuur	38
4.2 Financiering en declaratie	38
4.3 Bereikbaarheid	38
4.4 Samenwerkingsafspraken ketenpartners.....	38
4.5 Regelingen (on)verzekerden	40
4.5.1 Verzekerden	40
4.5.2 Eigen risico en vergoedingen	40
4.5.3 Meldpunt onverzekerden.....	40
4.5.4 EU onderdanen	40
4.5.5 Ongedocumenteerden vreemdelingen	40
4.6 Ziekenboeg maatschappelijke opvang	41
5 Lessen van de straat	42
5.1 Monitor & evaluatie	42
5.2 Beleidsinformatie preventie dakloosheid	42
5.3 Beleidsinformatie dakloosheid en sociale zorg	42
5.4 Beleidsinformatie dakloosheid en medische zorg.....	43
Bijlagen	44
A. Taakomschrijving disciplines sociaal medisch team dakloze mensen	44
B. Formulier sociale intake dakloze mensen	47
C. Formulier acties en afspraken dakloze mensen.....	53
D. Bewindvoering en mentorschap	54
E. Formulier medische intake dakloze mensen	58
Colofon.....	72

Inleiding

Deze handreiking is bedoeld voor hulpverleners, bestuurders en beleidsmakers om de sociaal medische zorg voor dakloze mensen te versterken en verbeteren. De handreiking is gebaseerd op kennis en ervaring van professionals uit de praktijk. Met vier bouwstenen wordt de sociaal medische zorg stap voor stap opgebouwd, van aanmelding, intake, begeleiding en uitstroom tot en met het verzamelen van gegevens die bijdragen aan een monitor voor het verkrijgen van inzicht voor het versterken van preventie van dakloosheid en verbeteren van opvang en zorg voor hen die dakloos zijn geraakt.

Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) onderzoek onder straatdokerspraktijken in Nederland in de periode 2014-2015 toonde drie belangrijke knelpunten aan: 1) De specifieke leefomstandigheden, ervaringen en kenmerken van de populatie dak- en thuislozen belemmert de toegang tot en gebruik van reguliere medische zorg. 2) Grote verschillen tussen gemeenten en GGD-en in aandacht, organisatie en financiering van zorg voor deze doelgroep. 3) Tekort aan deskundig personeel door gebrek aan specifieke scholing en richtlijnen voor een gestructureerde aanpak.¹

Benaderd en ondersteund door de *Adessium Foundation* heeft de NSG samen met de afdeling eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc in de periode 2016-2018 onderzoek verricht naar organisatie, inhoud en financiering van de sociaal medische zorg aan dak- en thuisloze mensen. Deze verkenning leverde vier bouwstenen om op structurele wijze deze zorg in de praktijk in alle gemeenten te implementeren en nader te ontwikkelen.²

Met steun van de *Adessium Foundation* en *Stichting Dioraphte* heeft de NSG in de periode 2019-2021, in samenwerking met ambtenaren van centrumgemeente Gouda, het leger des Heils en de lokale GGD, de bouwstenen aan de praktijk getoetst en verder ontwikkeld. Het resultaat is weergegeven in onderhavige handreiking en kan voor andere gemeenten als model dienen voor het nader ontwikkelen en versterken van sociaal medische zorg aan dakloze mensen in Nederland.

Doctors for Homeless Foundation

Nederlandse Straatdokers Groep

december 2021

¹ Laere I van, Muijsenbergh M van den, Smit R, Slockers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Straatdokers bepleiten landelijk beleid. *Medisch Contact* 2015; 70(8): 340-43.

² Laere I van, Smit R, Muijsenbergh M van den. Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland. Nederlandse Straatdokers Groep, Radboudumc Nijmegen, 2018.

Definitie sociaal medische zorg

Sociaal medische zorg is het integrale en persoonsgerichte aanbod van *sociale zorg* voor het behouden of verkrijgen van onderdak, inkomen, schuldhulpverlening en bezigheden en *medische zorg* ter preventie en stabilisatie van problemen door verslaving, psychiatrische stoornissen, verstandelijke beperkingen, lichamelijke aandoeningen, gebitsproblemen en ontoereikende voeding.

De stappen vooraf richten zich op professionals met sociaal-medische ervaring en beleidsmakers die overwegen om in een gemeente de sociaal medische zorg voor dakloze mensen te organiseren en/of verbeteren. Aanbevolen wordt dat elke centrumgemeente beschikt over een straatdokter³

Inventariseer dakloosheid en beleid opvang en zorg. Doel van deze fase is op hoofdlijnen een beeld van de problematiek in de regio te krijgen en het agenderen hiervan. Start vooraf met een inventarisatie van de aard en omvang van de populatie dakloze mensen en het aanbod van opvang en zorg in de gemeente. Bepaal wie de probleemhouder is, meestal is dat de gemeente, welke partijen actief zouden kunnen en willen zijn in het organiseren en leveren van de sociaal medische zorg. Verricht een probleemanalyse van wat nu gebeurt, wat de huidige knelpunten zijn en kom met alle betrokkenen tot een prioritering en voorstellen voor een eerste oplossingsrichting.

Betrek sleutelfiguren. Voor succesvolle sociaal-medische zorg is brede samenwerking vereist tussen in ieder geval gemeente en sociaal domein (huisvesting, daklozenbeleid, Werk en Inkomen, schuldhulpverlening), GGD, maatschappelijke opvang, huisartsen, tandartsen, GGZ, verslavingszorg, ervaringsdeskundigen. Zoek dus vanaf de start contact met alle bij de opvang en zorg voor dakloze mensen betrokken sleutelfiguren binnen en buiten de gemeentelijke afdelingen. Start met een workshop waarin kansen en uitdagingen worden gedeeld. Formeer een werkgroep, stel een projectleider aan, maak een plan van aanpak en ga aan de slag. Beoordeel of de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) een adviserende rol kan hebben voor het helpen inventariseren, ontwikkelen en implementeren van de bouwstenen.

Start een werkgroep. Stel een werkgroep samen bestaande uit een projectleider, ambtenaren van diverse gemeentelijke afdelingen en medewerkers betrokken bij de opvang en zorg aan dakloze mensen in de regio. De werkgroep stelt een agenda op met taken, acties en verantwoordelijkheden. Vanuit de inventarisatie voorafgaande aan de start van de werkgroep zijn op hoofdlijnen de knelpunten inzichtelijk gemaakt. De eerste opdracht van de werkgroep is deze verder uit te diepen en te concretiseren welke verbeterpunten en oplossingen nodig zijn. Dit zal voor iedere regio anders zijn en moeten aansluiten bij de lokale situatie en de samenstelling van de doelgroep in de regio. Afhankelijk van de complexiteit en grootte van de regio kan dit proces een aantal maanden duren. De werkgroep komt maandelijks bijeen om de activiteiten af te stemmen en verder uit te zetten. Organiseer vooraf en per kwartaal een grote netwerkbijeenkomst over de plannen en stand van zaken, met zorgpartners, cliëntenraden en betrokken ambtenaren uit omliggende gemeenten.

Besluit. Het vergemakkelijkt de implementatie wanneer het gemeentebestuur, met een positief advies van de wethouder die volksgezondheid en/of het sociaal domein in portefeuille heeft, officieel het besluit neemt om de hiernavolgende bouwstenen als basis voor een structureel plan van aanpak in te zetten. Gebruik deze handleiding voor het verbeteren van opvang en zorg aan dakloze mensen in uw regio.

³ Slockers M. Sterfte, ziekte en toegang tot zorg bij dak- en thuislozen. Erasmus Universiteit, Department of Public Health, 2021.

Implementatie. Na besluitvorming kan de werkgroep aan de slag met het implementeren van de plannen.

Evaluatie. Het is wenselijk om na een halfjaar en vervolgens jaarlijks te evalueren in hoeverre de oorspronkelijke plannen uitgevoerd zijn, welke elementen minder goed lukten en waarom, en welke lessen voor de toekomst daaruit getrokken kunnen worden om vervolgens de plannen aan te passen.

Bouwstenen sociaal medische zorg aan dakloze mensen

Deze handreiking voor *toegankelijke en goede sociaal medische zorg aan dakloze mensen in Nederland* is gebaseerd op de volgende bouwstenen:

1. **Bouwsteen 1: eenduidige manier van verwijzing, intake en begeleidingsplan** Voor de centrale toegang tot sociaal medische zorg voor dakloze mensen kan worden verwezen naar een of meer locaties in de gemeente. Een multidisciplinair sociaal medisch team verricht een integrale intake. Aan de hand van een sociale en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en systematisch geregistreerd (aangepast aan de lokale situatie). Het sociaal medisch team stelt tijdens een multidisciplinair overleg een probleemgericht begeleidingsplan met concrete doelen op.
2. **Bouwsteen 2: begeleiding door een trajectmanager** van de gemeente, GGD, GGZ of een voorziening van de Maatschappelijke Opvang bij alle stappen die nodig zijn voor diagnostiek, herstel, stabilisatie en doorstroom naar een voorziening of huisvesting met persoonsgerichte zorg voor de lange termijn. Dit is een hulpverlener die optreedt als spil tussen de dakloze persoon, zorgverleners en instanties. Deze heeft doorzettingskracht om vastgestelde knelpunten op te lossen en zaken georganiseerd te krijgen. Deze bouwsteen wordt in deze handreiking niet verder uitgewerkt.
3. **Bouwsteen 3: het inzetten van ervaringsdeskundigen** uit de doelgroep om hen te betrekken bij de trajecten bestaande uit toeleiding naar (verdere) zorg en ondersteuning van dakloze mensen en uitdragen van ervaringsdeskundigheid. Ook deze bouwsteen wordt hier niet verder uitgewerkt.
4. **Bouwsteen 4: huisartsenzorg/straatdokerspraktijk en ziekenboeg.** Laagdrempelig toegankelijke inloopsprekuren zijn aanwezig op de locaties waar daklozen zich bevinden. Straatdokers en straatverpleegkundigen houden op vaste tijden spreekuren. Ziekenboegbedden zijn een noodzakelijk onderdeel van de maatschappelijke opvang voor observatie, diagnostiek, herstel, stabilisatie en gerichte doorstroom van de doelgroep. Naar de omvang en aard van de zorgbehoeften van de doelgroep dienen dergelijke bedden flexibel inzetbaar te zijn. Over indicatiestelling, uitvoering en financiering van de ziekenboegbedden dienen lokaal duidelijke afspraken te bestaan.

Bouwsteen 1 - eenduidige manier van verwijzing, intake en begeleidingsplan

De gemeente beschikt over een sociaal medisch team voor dakloze mensen. Dit team is bereikbaar via een Centraal Meldpunt Dakloze Personen. Voor cliënten en hulpverlening is de wijze van toeleiding naar het meldpunt bekend. Aan de hand van een sociale en medische intake worden door het team gegevens systematisch verzameld. Tijdens een multidisciplinair overleg wordt een probleemgericht begeleidingsplan met concrete doelen opgesteld.

1.1 Sociaal medisch team

1.1.2 Doelstelling sociaal medisch team

Doel van het sociaal medisch team is het inzichtelijk maken van hulpvraag van de cliënt en benodigde hulpverlening en voorzieningen voor stabilisatie en vervolgens het realiseren van een gezonde leefomgeving voor dakloze mensen; dat betekent verblijf in een eigen woonruimte, stilte en rust, veiligheid, gezondheid, dagbesteding afgestemd op behoeften en talent.

1.1.3 Organisaties

In de gemeente zijn professionals beschikbaar en/of kan een team gevormd worden. Bij het team behoren de volgende organisaties en disciplines vertegenwoordigd en/of betrokken te zijn:

- Gemeente, medewerker afdeling Basisregistratie Personen (BRP) voor een briefadres, participatie (werk en inkomen), maatschappelijke zorg, schuldhulpverlening, Wmo aanspraken, etc.
- Maatschappelijke Opvangvoorziening
- Medewerker lokaal functionerende teams; bijvoorbeeld FACT, Vangnet & Advies, Meldpunt Zorg en Overlast, Bemoeizorg GGD/GGZ.
- Sociaal verpleegkundige/Verpleegkundig Specialist (VS) openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ); bijvoorbeeld verbonden aan de maatschappelijke opvang, GGD, wijkteam, thuiszorg, huisartsenpraktijk.
- Huisartsen, praktijkondersteuner (POH-OGGZ).
- Tandartsen.
- Zorgverzekeraar.

1.1.4 Taken

- Bereiken, contact leggen met dakloze personen.
- Sociaal en medisch beoordelen.
- Leiden naar passende hulp.
- Zicht houden op beloop van de realisatie van opvang en zorg.
- Monitoring en evaluatie van kenmerken, problemen en zorg.

1.1.5 Disciplines

Om gerichte opvang en zorg aan dakloze mensen te kunnen bieden is een sociaal medisch team nodig waarin een sociaal medewerker uit het gemeentelijk sociaal domein, een ervaringsdeskundige uit de doelgroep, een verpleegkundig specialist/sociaal verpleegkundige en een huisarts/straatdokter vertegenwoordigd zijn. Inzet van een arts is noodzakelijk vanwege de medische beoordeling, consultatie en behandeling, naast supervisie, intercollegiaal overleg en afstemming in het medisch zorgnetwerk. Een voorbeeld van een taakomschrijving van disciplines zie bijlage A.

1.1.6 Scholing

Gebaseerd op (potentiële) sociaal medische problemen bij dakloze mensen is training gewenst voor het sociaal-medische team gericht op de volgende onderdelen.

- Kennis, vaardigheden en attitude rondom de kenmerken en specifieke sociale en medische problemen van dakloze mensen.
- Vaardigheden voor interprofessionele samenwerking en multidisciplinair overleg; met aandacht voor het gestructureerd samenvatten en presenteren van casuïstiek.
- Inzicht in de lokale sociale kaart.
- Kennis over het zorgvuldig uitwisselen van gegevens.⁴
- Efficiënt ICT gebruik, registratie en monitoring.
- Het leren opschalen bij het vastlopen van het begeleidingsplan of het ontbreken ervan bij 'moeilijke of lastige personen uit de doelgroep'.
- Het leren effectief, krachtgericht ondersteunen van dakloze mensen, met handhaving van maximale zelfstandigheid en zelfredzaamheid (bijvoorbeeld via de Krachtwerk methodiek).
- Kennis van specifieke Wettelijke regelingen.
- Trajectmanagement complexe problematiek en zorg.
- Effectief benutten van ervaringsdeskundigheid.
- Effectief communiceren met mensen met beperkte taalvaardigheid en beperkte gezondheidsvaardigheden en omgaan met culturele verschillen in opvattingen over gezondheid en goede zorg.

Organiseer periodiek scholing en supervisie met het team en de directe partners in de zorg.

⁴ [Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg ggdghor.nl](https://www.ggdghor.nl/handreiking-gegevensuitwisseling-bemoeizorg)

1.2 Locatie Centraal Meldpunt Dakloze Personen

De gemeente is verantwoordelijk voor een voor de doelgroep, hulpverlening en burgers herkenbare centraal gevestigde locatie⁵ in de centrumgemeente. Voor goede sociaal medische zorg voldoet deze idealiter aan onderstaande kenmerken.

1.2.1 Uitgangspunten centrale locatie

- Bereikbaar, centraal gelegen, dichtbij openbaar vervoer.
- Telefoonnummer voor bereikbaarheid en communicatie.
- Herkenbaar, toegankelijk, gastvrij, onafhankelijk, huiskamergevoel, open, warme plek.
- Laagdrempelig, inloop zonder afspraak.
- Organiseer beheergroepen die samen met de omwonenden mee praten over alle aspecten van de voorziening.
- Afstemming van het aanbod van een centraal meldpunt voor dakloze mensen met overige opvang- en zorgvoorzieningen, ervaringsdeskundigen, pastoraal werk en politie.
- Open (aantal dagdelen) tijdens kantooruren (tijdens avond en weekend melden bij de nachtopvang).
- Veiligheid, gekwalificeerde beveiliging aanwezig.
- Medewerker is aanwezig op vaste dagen en tijdsblokken; creëer vastigheid.
- Verpleegkundige/huisarts is aanwezig op vaste dagen en tijdsblokken; creëer vastigheid.
- Medewerkers van diverse opvang en zorginstellingen die in dagelijkse praktijk samenwerken gaan bij elkaar op bezoek voor kennismaking en uitwisselen contactgegevens. Elkaar kennen maakt betere hulpverlening. Maak vrienden.

1.2.2 Faciliteiten centrale locatie

- Voldoende oppervlakte naar aantal dakloze mensen. Een wettelijke richtlijn voor het aantal vierkante meters per dakloze persoon in de opvang ontbreekt.
- Na oplevering is een risico-inventarisatie en evaluatie (RIE) nodig om na te gaan of aan alle eisen is voldaan op het gebied van veiligheid (noodknop), hygiëne (infectiepreventie)⁶ en geluidsnormen. Voldoe aan eisen bouwbesluit: ventilatie, vocht, isolatie en milieu.⁷
- Hygiëne: laat elke drie jaar een GGD-medewerker deskundige infectiepreventie (DIP) een beoordeling van de hygiëne uitvoeren conform RIVM-richtlijnen.⁸
- Sanitair toilet, douche. Werkplekken en stoelen.
- Laptops, scherm/beamer voor teamoverleg en cliëntbespreking.
- Privacy, aparte kamers voor voeren van privégesprekken, vertrouwelijkheid.
- Biedt een overlegruimte voor gezamenlijk overleg.
- Biedt straatdokterssprekuren en ziekenboegvoorziening met minimaal 2 bedden.
- Medische voorzieningen: eigen spreekkamer volgens geluidsnormen, onderzoeksbank, en benodigd instrumentarium zoals weegschaal, bloeddrukmeter, saturatiemeter, stethoscoop, voetbad, verbandmiddelen, oorspuit, otoscoop, volgens de richtlijnen van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)⁹.
- Visitekaartjes (u heeft gesproken met) en flyer of poster met informatie over de voorziening.
- Postvoorziening, de post van dak- en thuisloze mensen met een briefadres kan worden bezorgd en opgehaald op de centrale locatie. Contact moment.

⁵ Een voorbeeld is Herstart in Utrecht: <https://www.legerdesheils.nl/midden-nederland/inloopvoorziening>

⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/27/richtlijn-voor-opvang-van-dak--en-thuislozen-tijdens-coronacrisis-vastgesteld>

⁷ <https://www.rvo.nl/onderwerpen/duurzaam-ondernemen/gebouwen/wetten-en-regels-gebouwen/bouwbesluit>

⁸ <https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/dak-thuislozencentra-sociale-pensions>

⁹ <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/lhv-bouwadvies>

1.3 Aanmelding centraal meldpunt dakloze personen

Procesbeschrijving | Werkinstructies ten behoeve van daklozenopvang

Inleiding

Deze procesbeschrijvingen zijn bedoeld om alle medewerkers die dagelijks bezig zijn met de daklozenopvang binnen gemeenten een leidraad te bieden om de sociaal medische zorg aan daklozen te versterken en verbeteren. Dat begint met een eenduidige manier van verwijzing, intake en begeleiding. Aan de hand van een sociale en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en geadministreerd. De benodigde vervolgstappen kunnen daarna in gang worden gezet.

Door het betrekken en trainen van de medewerkers die zich bezighouden met daklozenopvang binnen de gemeente, kunnen de procesbeschrijvingen in dit hoofdstuk volledig worden afgestemd op de lokale situatie en de doelgroep in de regio.

Kenmerken dakloze personen

- Door de tijd hebben laagopgeleide, alleenwonende mannen met schulden, verslavingsproblematiek of met justitiële contacten de grootste kans op het verlies van woonruimte. Dakloosheid is dichtbij in geval van scheiding en financiële tegenslag door gebrek aan toegankelijke woonruimte.
- De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de preventie van huisuitzettingen en in de zorg voor dakloze mensen. Hierbij is een integrale, multidisciplinaire aanpak nodig.
- Dakloze mensen hebben problemen op meerdere levensgebieden tegelijk: huisvesting, inkomen, dagbesteding, relaties, schulden, verslaving, psychiatrie, lichamelijke gezondheid, gebit en verstandelijk vermogen.
- Meer dan de helft van de dakloze mensen gebruikt meerdere soorten drugs.
- Dakloze mensen hebben vaker dan gemiddeld last van psychoses of depressies.
- Ruim 30% van de dakloze mensen heeft een verstandelijke beperking, die vaak niet onderkend wordt. Er bestaan eenvoudige testen om een beperking aan te tonen.
- Ruim 40% van de daklozen heeft zowel ernstige lichamelijke als psychische problemen.
- Het daklozenbestaan leidt tot ernstige en chronische gezondheidsproblemen van de huid, luchtwegen, hart en bloedvaten, maagdarmsstelsel, trauma's en gebitsklachten.
- Infectieziekten als tuberculose, hepatitis, schurft en klierluis komen bij dakloze mensen vaker voor dan onder de algemene bevolking.
- Veel dakloze mensen mijden zorg, kunnen onverzekerd zijn en zijn vaak niet in staat om gezondheidsadviezen op te volgen.
- Dakloze mensen gaan 14 tot 16 jaar eerder dood dan andere mensen in Nederland.

Bron: publicaties www.straatsdokter.nl

Voorfase

Door duidelijke werkafspraken en samenwerking binnen de gemeente kunnen succesvolle stappen worden gezet om de sociaal medische zorg aan daklozen te verbeteren. Dit betreft afspraken tussen de gemeente, instanties in het sociale domein (huisvesting, daklozenbeleid, Werk en Inkomen, Schuldhulpverlening), GGD, maatschappelijke opvang, GGZ, verslavingszorg, ervaringsdeskundigen, huisartsen en tandartsen gemaakt. Door het maken van afspraken weet iedereen wat er van hem/haar verwacht wordt en waar welke verantwoordelijkheden liggen. De afspraken dienen dan ook als input voor de medewerkers bij het Centraal Meldpunt Daklozen Opvang.

Processen en werkinstructies

De volgende processen zijn uitgewerkt:

1. Aanmelding Centraal Meldpunt Daklozenopvang
2. Intake: Sociale en medische intake
3. Maatschappelijke opvang
4. Aanvraag briefadres
5. Aanvraag uitkering

Om het werk zo goed mogelijk uit te kunnen voeren is ook een aantal formulieren opgesteld. Deze formulieren helpen de betrokkenen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de situatie van de dakloze en de nodige vervolgstappen.

In de procesbeschrijvingen wordt verwezen naar deze formulieren:

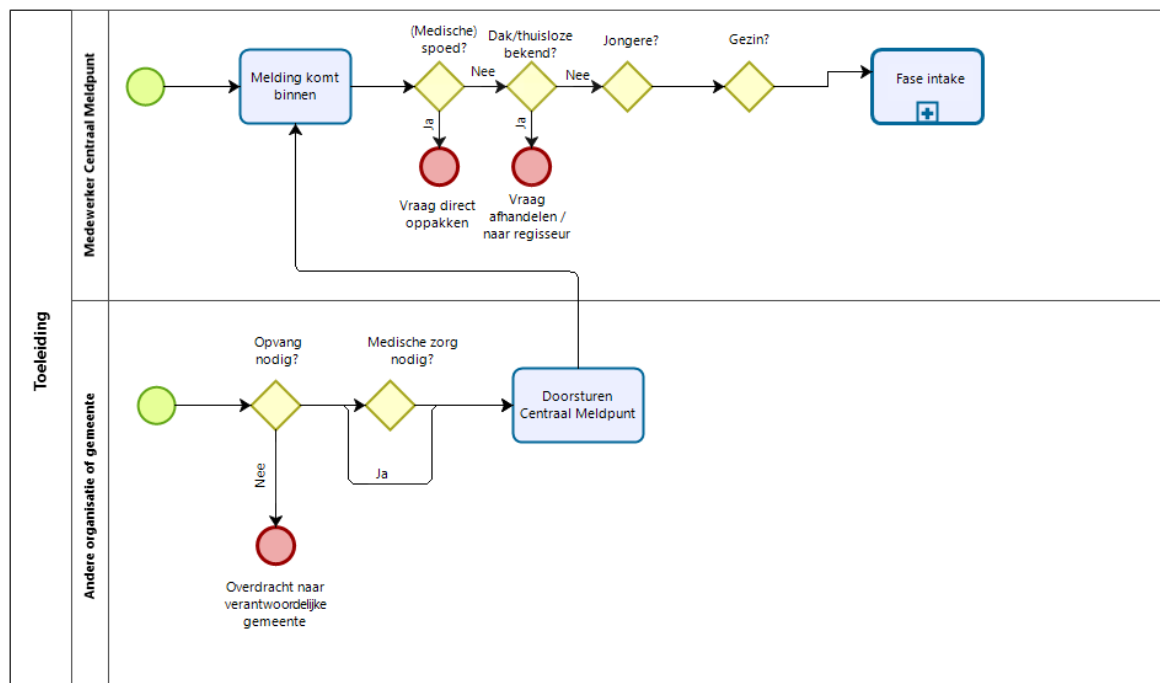
- Formulier sociale intake dakloze mensen (bijlage B)
- Formulier acties en afspraken dakloze mensen (bijlage C)
- Formulier medische intake dakloze mensen (bijlage D)
- Checklist 'Document Centraal Meldpunt Daklozen'

Aanmelding Centraal Meldpunt Dakloze Personen

Dakloze mensen kunnen via verschillende instanties of professionals worden aangemeld. Het *werkproces aanmelding* beschrijft hoe de aanmelding bij het Centraal Meldpunt Dakloze Personen binnenkomt en welke handelingen moeten worden uitgevoerd.

Proces: aanmelding bij Centraal Meldpunt Dakloze Personen

Het aanmeldproces ziet er schematisch als volgt uit:



Wie: *sociaal medewerker*

1. Melding: Melding komt binnen per telefoon, e-mail of in persoon, via cliënt zelf of derden.
2. Registratie melding: Medewerker registreert de manier van verwijzing, de naam van de verwijzer en de contactpersoon van het meldpunt in het systeem.
3. Beoordeling spoed: Medewerker beoordeelt of er sprake is van (medische) spoed. Zo ja, dan wordt de melding doorgezet naar de juiste instantie (huisarts, ziekenhuispost).
4. Controle bekend persoon: Als de cliënt bekend is bij het team/lokale zorgnetwerk dan wordt client doorverwezen naar de vaste contactpersoon die in het dossier staat vermeld. Een korte eenvoudige vraag kan de sociaal medewerker zelf beantwoorden.
5. Controle recht op opvang: Indien cliënt geen onderdak heeft, bepaalt het Centraal Meldpunt het recht op opvang. Criteria en de te doorlopen stappen, zie 1.5.

Belangrijk: voor jongeren en gezinnen gelden specifieke afspraken. Deze afspraken zijn tussen de gemeente en betrokken instanties gemaakt en vastgelegd. Het Centraal Meldpunt is bekend met deze afspraken.

Jongeren: Er zijn bijvoorbeeld specifieke afspraken over de opvang van dakloze jongeren, tot welke leeftijdsgrens of functioneringsniveau.

Gezinnen: Als een gezin zich meldt bij het Centraal Meldpunt dan wordt contact opgenomen met de betreffende opvangvoorziening zoals het leger des Heils. Er volgt dan een gezamenlijke intake.

Melding vanuit andere organisatie of regiogemeente

Het Centraal Meldpunt kan ook een melding binnenkrijgen via een andere organisatie of gemeente. Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam. Vanaf het moment dat de melding binnenkomt wordt dezelfde procedure doorlopen als hierboven beschreven.

- Is de persoon afkomstig uit een regiogemeente en is er opvang nodig, dan moet worden bepaald of er recht is op opvang (zie paragraaf 1.5).
- Bij gezondheidsproblemen en het ontbreken van een huisarts kan cliënt worden aangemeld via het Centraal Meldpunt Dakloze Personen en worden verwezen naar het inloopsprekuur van de verpleegkundige en/of straatdokter.

Na de aanmelding bij het Centraal Meldpunt start de *Sociaal medische intake*.

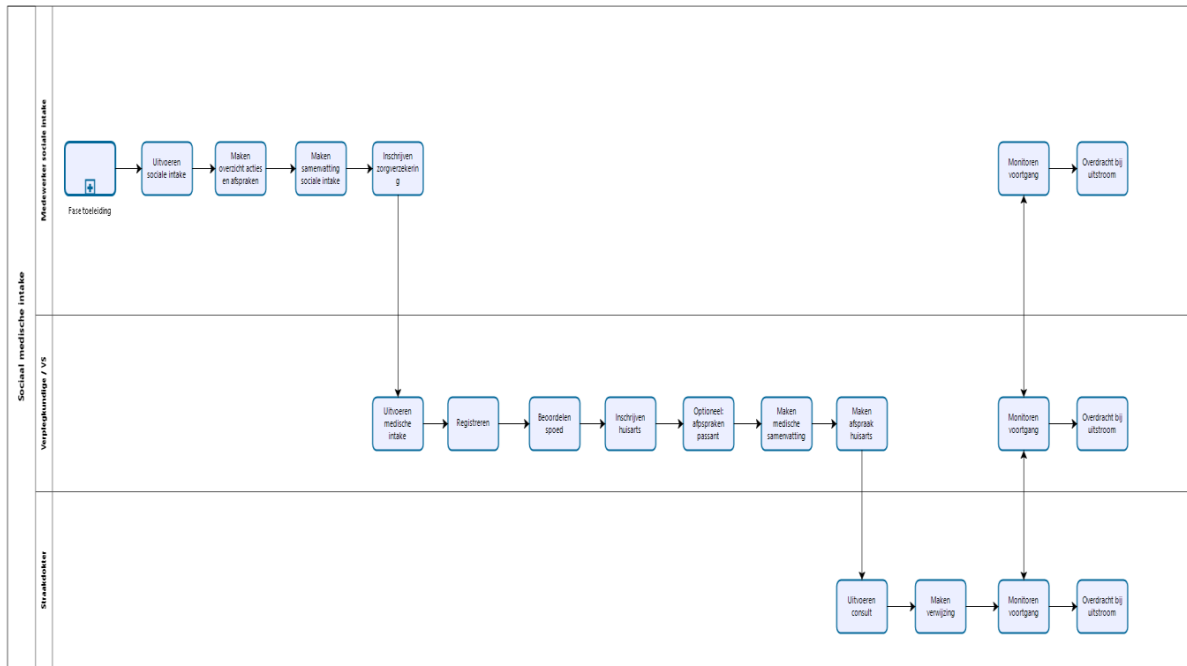
1.4 Sociaal medische intake

Na de aanmelding bij het Centraal Meldpunt volgt de intakeprocedure. Bij de intake wordt een zo volledig mogelijk beeld verkregen van de sociale en medische situatie van de dakloze persoon. De intake bestaat dus uit zowel een sociale intake als een medische intake.

Bij de intake zijn de sociaal medewerker (sociale intake), de verpleegkundige, de trajectmanager en de huisarts/straatdokter betrokken (medische intake).

Proces: Intake

Het totale proces ziet er schematisch als volgt uit:



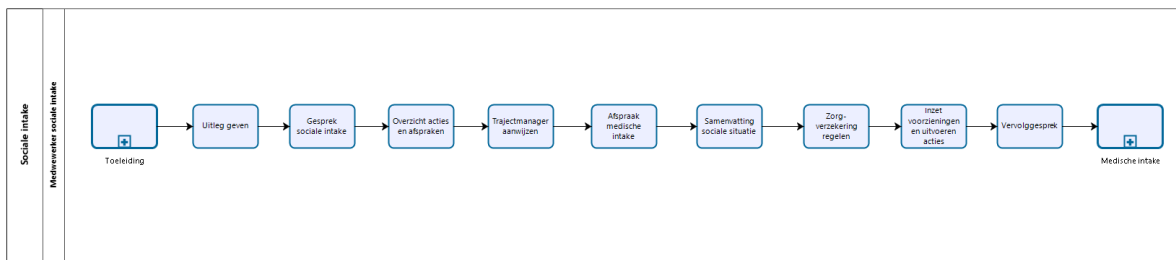
Het intakeproces start met de sociale intake die wordt uitgevoerd door de sociaal medewerker, gevolgd door een medische intake waarbij de verpleegkundige of verpleegkundig specialist (VS) de medische situatie beoordeelt, problemen deelt en zo nodig doorverwijst naar de betrokken huisarts/straatdokter. Na deze stappen wordt gezamenlijk de voortgang van alle acties gewaarborgd.

1.4.1 Sociale intake

Tijdens de sociale intake wordt beoordeeld of iemand recht heeft op opvang en zorg in de regio, of direct onderdak geregeld moet worden en of er hulp nodig is voor het verkrijgen van een briefadres, een uitkering en andere voorzieningen zoals schuldhulpverlening, bijzondere bijstand of begeleiding vanuit de WMO. Voorts of er sprake is van een situatie waarvoor verwijzing naar verpleegkundige of straatdokter noodzakelijk is (zie paragraaf 1.4.3).

Proces: Sociale intake

Schematisch ziet de sociale intake er als volgt uit:



Powered by
bizagi
Modeler

Wie: *sociaal medewerker*

1. Uitleg: Medewerker geeft aan de hand van een checklist bij de start van het intakegesprek uitleg over:
 - Wat doet het Centraal Meldpunt Dakloze Personen
 - Hoe het proces eruit ziet
 - Recht op cliëntvertegenwoordiging bij aanvraag WMO
 - Rechten en plichten
 - Verwachtingen
 - Wachttijden
 - Veiligheid
 - Privacy: uitleg over privacyregels en verzoek cliënt om **schriftelijke toestemming** voor het delen van informatie binnen en buiten het team.
2. Uitvoering sociale intake: Tijdens de sociale intake wordt aan de hand van een vragenlijst een beoordeling van de sociale situatie verricht (formulier bijlage B). Vervolgens worden de procedures doorlopen die van toepassing zijn, zoals opvang (paragraaf 1.5), briefadres (paragraaf 1.6), uitkering (paragraaf 1.7) en schulden (paragraaf 1.8).
3. Overhandiging overzicht acties en afspraken: na de sociale intake ontvangt de cliënt een overzicht van de acties en afspraken (formulier bijlage C).
4. Aanwijzing trajectmanager: Wijs binnen het sociaal medisch team een uitvoerend trajectmanager aan voor deze cliënt.
5. Afspraak voor medische intake: Na de sociale intake wordt een afspraak gemaakt voor de medische intake (paragraaf 1.9). Als de verpleegkundige/VS op locatie is kan de medische intake direct plaatsvinden.
6. Samenvatting sociale situatie: Medewerker geeft ter voorbereiding op de medische intake een samenvatting van de psychosociale situatie aan verpleegkundige/VS. Hiervoor worden de antwoorden op de vragen uit bijlage B samengevat.

7. Inschrijving bij zorgverzekering: Medewerker zorgt voor inschrijving bij de zorgverzekeraar waarmee een collectieve verzekering is afgesloten door de gemeente, volgens vaststaande procedure (die per gemeente kan verschillen).
8. Inzet voorzieningen en uitvoeren acties. Medewerker start de processen die van toepassing zijn en voert gemaakte afspraken en acties uit.
9. Planning vervolggesprekken. Waar nodig worden vervolggesprekken gepland en gevoerd. Bijvoorbeeld als geen hulpverlener betrokken is, of meer tijd nodig is voor probleeminventarisatie en/of hulpacties (noteer op formulier bijlage C).

Uitleg van formulier bijlage B: Systematische beoordeling sociale situatie

Doorloop met de cliënt de volgende onderwerpen:

- Wens cliënt: in welke gemeente hij/zij opgevangen wil worden
- Vaststellen identiteit
- Laatste inschrijf- verblijfadres
- Huidige verblijflocaatie
- Oorzaken en duur dakloosheid
- Netwerk: Wie behoren tot het sociale netwerk (personen uit de huiselijke kring of andere personen met wie de cliënt een sociale relatie onderhoudt) en waar wonen zij?
- Werk en inkomen: Bestaand werk en/of dagbesteding en/of onderwijs (informatie van de cliënt zelf en gemeente van herkomst).
- Financiën en schulden
- Taalvaardigheid: kan betrokkene lezen en schrijven in het Nederlands?
- Zorgverzekering: zorgverzekeraar en premieachterstand
- Hulpnetwerk: Lopende hulpverlenings- of ondersteuningstrajecten (informatie van de cliënt zelf en gemeente van herkomst).
- Veiligheid: Actuele criminele activiteiten en/of maatregelen (informatie van cliënt zelf en (zorg) veiligheidshuis).
- Digitale vaardigheid. Toets of cliënt voldoende digitaal vaardig is.

Uitleg van Formulier bijlage C: Acties en afspraken

Na afloop van het intakegesprek worden de processen die van toepassing zijn gestart. Hierbij worden afspraken gemaakt over wie wat oppakt: cliënt zelf, de trajectmanager of hulpverlening in de opvang

- Maatschappelijke Opvang (paragraaf 1.5)
- Regelen geldig ID
- Bankrekening
- Briefadres (paragraaf 1.6)
- Uitkering (paragraaf 1.7)
- Schulden (paragraaf 1.8)
- Zorgverzekering
- Inschrijving bij huisarts/straatdokerspraktijk
- DigiD
- Overlijdensverzekering
- Inschrijving woningnet
- Op orde brengen administratie
- Kluis voor persoonlijke eigendommen

1.4.2 Medische intake proces

Na het eerste deel van de intake, het sociale proces, kan ook de medische intake starten. Dit is de systematische beoordeling van de gezondheid, leefstijl en zorg van de dakloze persoon door een verpleegkundige/Verpleegkundig Specialist (VS) of huisarts/straatdokter. Alhoewel in paragraaf 1.9 meer in detail wordt ingegaan op de daadwerkelijke medische beoordeling, beschrijven we hier alvast de processtappen. Dit is van belang, zodat alle betrokken medewerkers een volledig beeld hebben van de gehele intakeprocedure en de onderlinge samenhang van acties en afstemmingsmomenten duidelijk is.

Actie: *verpleegkundige /VS, huisarts, straatdokter, trajectmanager*

1. **Registratie:** verpleegkundige/Vs legt bevindingen vast in een medisch registratiesysteem. Dit is bij voorkeur het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), of een systeem waartoe ook de huisarts toegang heeft.
2. **Bepaling spoed:** Verpleegkundige/Vs bepaalt aan de hand van een systematische beoordeling van de gezondheid, of het (direct) betrekken van de huisarts noodzakelijk is.
3. **Inschrijving bij huisarts:** Als de cliënt nog geen eigen huisarts heeft, wordt hij/zij ingeschreven bij de huisarts/straatdokter of behandeld als passant.
4. **Passant:** Maak afspraak (met zorgverzekeraar) over de duur van passant zijn. Is client na drie maanden nog in beeld en niet ingeschreven bij een andere huisarts dan kan deze bijvoorbeeld op naam worden ingeschreven in de huisartspraktijk.

5. Medische samenvatting: Na de medische intake deelt verpleegkundige/VS een samenvatting met huisarts/straatdokter. Dit betreft een korte beschrijving van de sociaal medische problemen, inclusief het samen met de cliënt geformuleerde voorstel voor eventuele nadere diagnostiek of behandeling. *Vanuit de sociale ondersteuning is er idealiter een begeleidingsplan dat gedeeld wordt met de medische zorgverleners.* Bij voorkeur wordt de samenvatting uit bijlage D opgenomen in het HIS.
6. Afspraak huisarts: Verpleegkundige/VS maakt een afspraak voor cliënt bij de huisarts/straatdokter. Locatie: in de praktijk of inloopspreekuur in de opvang.
7. Consult huisarts: Cliënt heeft gesprek met huisarts/straatdokter. De eerste keer gaat verpleegkundige/VS altijd mee ter ondersteuning van de cliënt, voor hulp bij vervolgspraken en verder op indicatie. *Afspraken worden afgestemd, geregistreerd, bewaakt en ondersteund door de trajectmanager.*
8. Verwijzing: Verwijzing door huisarts naar benodigde hulpverlening en eventueel vervolgspraak bij huisarts (reguliere hulpverlening) en/of opvolging door verpleegkundige.
9. Voortgang: Afstemming verpleegkundige/VS en huisarts/straatdokter over de voortgang van de benodigde zorg. Frequentie wordt nader bepaald, tijdens een vast moment vindt overleg plaats.
10. Uitstroom overdracht: De cliënt wordt ingeschreven bij een andere huisarts als hij/zij in een andere buurt gaat wonen. Er moet altijd een mondelinge en schriftelijke overdracht plaatsvinden van verpleegkundige/VS naar nieuwe arts. In de overdracht worden problemen, interventies, resultaten en adviezen beschreven.

1.4.3 Inloopspreekuur straatdokter

Dakloze mensen kunnen gezondheidsproblemen hebben die niet spontaan worden vermeld. Sociaal medewerkers kunnen aan dakloze mensen vragen stellen en/of observaties doen voor het inschatten van de wenselijkheid van een verwijzing naar het (inloop)spreekuur van een verpleegkundige/VS of huisarts/straatdokter.

Sociaal medewerkers dienen op hun eigen observaties en intuïtie te durven vertrouwen of bij de dakloze persoon de gezondheidssituatie pluis of niet pluis is en in lijn hiervan geen schroom en drempels kennen om deze observaties te delen met een verpleegkundige/VS of huisarts/straatdokter.

(1) Vraag: Heeft u geestelijke of lichamelijke klachten en geen toegang tot een eigen huisarts of bent u onverzekerd?

Ja → verwijs naar spreekuur straatdokter

(2) Vraag: Gebruikt u medicijnen?

Ja → heeft u genoeg medicijnen?

Nee → heeft u een arts van wie u ze kan krijgen?

Nee → verwijs naar spreekuur straatdokter

(3) Vraag: Hoe lang geleden heeft een dokter u onderzocht?

Langer dan jaar geleden → verwijs naar spreekuur straatdokter

(4) Observatie: Ziet iemand er ziek of verward uit?

Ja → overleg/verwijs naar straatdokter spreekuur

1.5 Maatschappelijke opvang

Maatschappelijke opvang is een maatwerkvoorziening zoals bedoeld in de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO 2015). Voor maatschappelijke opvang worden verplichte processtappen uitgevoerd: 1. melding, 2. aanvraag, 3. onderzoek en 4. beslissing.

Regiobinding

Is iemand dakloos en verbonden aan de regio, maar kan diegene niet in het eigen netwerk terecht en is hij/zij niet in staat problemen zelf op te lossen? Dan heeft diegene in de regio de beste kans om haar/zijn leven weer op te bouwen. Dat kan zijn omdat diegene in de regio heeft gewoond, gewerkt of hier onder behandeling is (geweest) van een zorginstelling. Ook als iemand er geboren is of familie heeft, kan er binding zijn met de regio. Om uit te zoeken of er regiobinding is en te beslissen of opvang kan plaatsvinden mag twee weken de tijd worden genomen. In afwachting van een besluit moet er in ieder geval opvang geboden worden

Recht op opvang

Vanuit de gemeente vindt verplicht onderzoek plaats naar het recht op opvang. In de tussentijd kan de persoon in de nachtopvang verblijven. Medewerker belt en verwijst naar betreffende organisatie in gemeente van herkomst. Voor dit onderzoek staat maximaal 2 weken.

Onderdak nodig en voldoet niet aan eisen:

Voor de opvang van EU-burgers kan iedere regio eigen beleidsregels opstellen.

- Bijvoorbeeld 18-plus en EU-burger of vreemdeling zonder geldige verblijfspapieren.
- Client mag zelf onderdak regelen als de gezondheidsconditie dit toelaat.
- Als de geestelijke en/of lichamelijke conditie acuut zorgen oproept bij de medewerker verbonden aan de opvang, wordt contact gezocht met de verpleegkundige van het Centraal Meldpunt. Naar gelang dag en tijdstip kan ook de aan het team verbonden huisarts/straatdokter of de huisartsenpost (en via hen de crisisdienst) geraadpleegd worden of er sprake is van schrijnende problematiek waarvoor acute opvang en zorg is aangewezen; met eventueel stappen richting land van herkomst.

EU-burgers, opvang en verblijfsrecht:

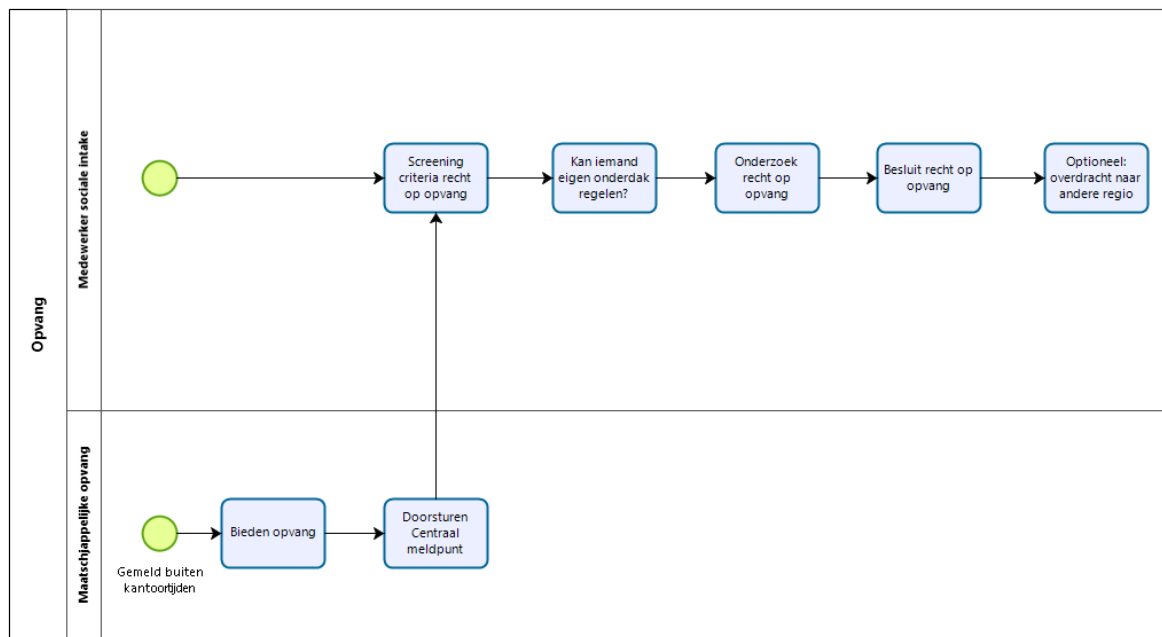
EU-burgers die als werkzoekenden naar Nederland zijn gekomen hebben de eerste drie maanden van verblijf geen recht op maatschappelijke opvang. Voor EU-burgers die tussen drie maanden en vijf jaar in Nederland verblijven, geldt dat een beroep op maatschappelijk opvang consequenties kan hebben ten aanzien van hun verblijfsrecht. Verblijf in de maatschappelijke opvang moet worden gemeld aan de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), mogelijk via Vragen.CPU.Zwolle@ind.nl. De IND beoordeelt of een beroep op maatschappelijke opvang gevolgen heeft voor het verblijfsrecht in Nederland. Cliënt moet geïnformeerd worden over de verplichte melding.

Belangrijk aandachtspunt voor toegang en capaciteit de opvang

Het Centraal Meldpunt en de opvangvoorziening spreken af hoe zij elkaar informeren over het aantal beschikbare bedden in de opvang en de eventuele wachtlijst (capaciteit voor mannen, vrouwen, jongeren en gezinnen). De aanbeveling is om hier een standaard format voor te ontwikkelen om deze informatie met elkaar te kunnen delen.

Proces: Maatschappelijke opvang

Het proces maatschappelijke opvang ziet er schematisch als volgt uit:



Powered by
bizagi
Modeler

Actie: *sociaal medewerker*

1. Melding. Client meldt zich met vraag voor opvang.
2. Controle of structurele alternatieve verblijfslocatie mogelijk is. Medewerker vraagt na of client structureel ergens anders dan in opvang kan verblijven. Onderzoekt wat nodig is zodat iemand in eigen netwerk kan verblijven.
3. Controle of tijdelijke alternatieve verblijfslocatie mogelijk is. Medewerker vraagt na of iemand tijdelijk ergens anders dan in opvang kan verblijven.
4. Is opvang nodig? Medewerker checkt de opvangcapaciteit. Is er capaciteit, ga naar stap 5. Is er geen capaciteit, ga naar stap 10.

Wel capaciteit:

5. Overhandiging brief 'voorlopig verblijf'. Als iemand toegang krijgt tot de opvang dan wordt een brief voorlopig verblijf gemaakt. In deze brief staat dat toegang verleend wordt gedurende de duur van het onderzoek naar het recht op opvang in de centrumgemeente. Deze brief is ter informatie aan de cliënt en de opvang.

6. Verwijzing naar opvang. Medewerker verwijst cliënt naar de opvang en meldt de komst aan bij de medewerker opvang.
 7. Informatie naar opvanginstelling. Medewerker stuurt nadere informatie over de cliënt (naam, BRP-registratie, briefadres) naar de ontvangende opvanginstelling.
 8. Check of hulp onderweg nodig is. Medewerker schat in of cliënt hulp nodig heeft om bij de opvang aan te komen. Client weet de weg, is mobiel, kan lopen, heeft indien nodig geld voor vervoer en weet hoe vervoer te regelen?
 9. Controle aankomst in opvang. Idealiter wordt gecontroleerd of de cliënt daadwerkelijk is aangekomen in de opvang. De sociaal medewerker stemt dan af met de medewerker opvang, altijd bij de eerste verwijzing en later op indicatie.
- ➔ Einde proces, zie 1.5.1 voor vervolg

Geen capaciteit:

10. Wachtrij opvang. Als er geen plek is in de opvang, meldt de medewerker sociale intake bij de medewerker opvang de cliënt aan voor de wachtrij. De medewerker opvang houdt de lijst bij en onderhoudt het contact met mensen op de wachtrij die hierover dagelijks naar de opvanginstelling kunnen bellen.
11. Alternatief verblijf. Waar nodig en mogelijk wordt alternatieve opvang aangeboden.

➔ Einde proces, zie 1.5.1 voor vervolg

Functie wachtrij: De wachtrij dient als signaleringsfunctie voor de omvang van de populatie dakloze personen en behoefte aan opvang. Idealiter zijn er afspraken met betreffende gemeentelijke beleidsambtenaren om signalen te registreren en delen.

1.5.1 Uitkomst en vervolg op onderzoek recht op opvang

Onderzoek recht op opvang: Gedurende twee weken kan iemand worden opgevangen terwijl zijn/haar recht op opvang wordt onderzocht.

Beschikking: Een beschikking tot afwijzen/toekennen voor opvang en hulptraject volgt. Onderzoeksverslag en beschikking worden verstuurd naar de cliënt.

Informereren betrokkenen: Client, trajectmanager en medewerker opvang worden geïnformeerd over het besluit.

1.6 Briefadres

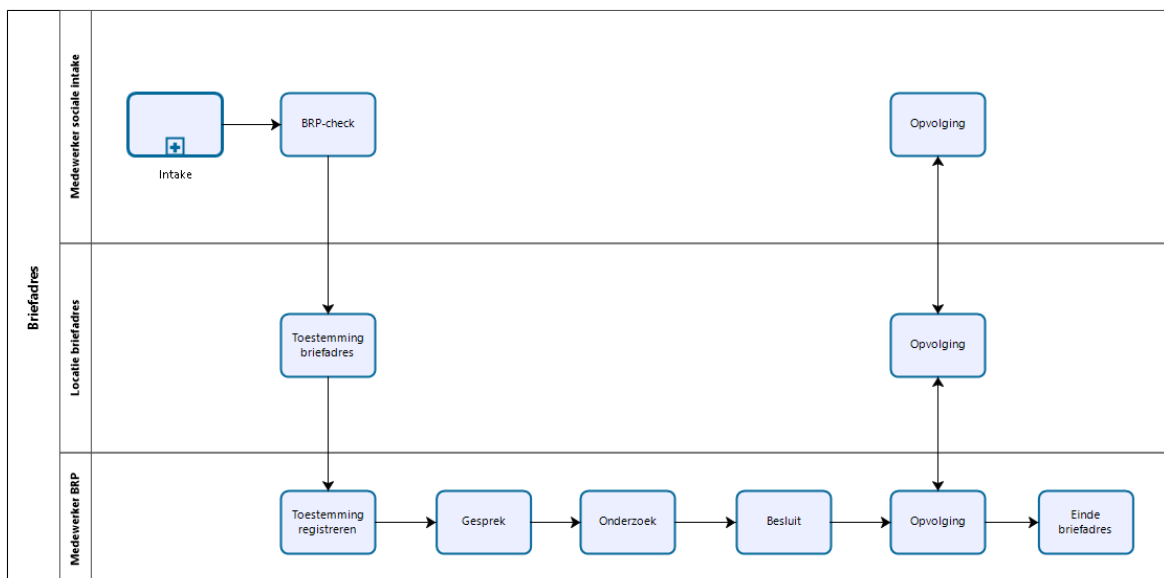
Een gemeentelijke aanvraag briefadres is nodig omdat dakloze personen geen mogelijkheid hebben om zich in te schrijven op een adres in de basisregistratie personen (BRP). Mensen zijn verplicht zich in te schrijven in de gemeente waar zij de meeste tijd verblijven; mogelijk is dit niet de centrumgemeente waar de maatschappelijke opvang zich bevindt, maar een regiogemeente waar iemand in haar/zijn netwerk verblijft. Gemeenten zijn verplicht een mogelijkheid tot briefadres te bieden. Een briefadres is nodig voor het hebben van een bankrekening, zorgverzekering, om eventueel via dit adres een uitkering aan te vragen en post te kunnen ontvangen. Om dit adres te mogen gebruiken moet de opvangvoorziening hiervoor een *Toestemmingsverklaring Briefadres* afgeven.

Voor de dakloze persoon en de betrokken hulpverleners is het belangrijk dat de stappen duidelijk zijn wanneer in de BRP een inschrijving staat vermeld als een “adres elders”, “vertrokken onbekend waarheen (VOW)” of “in onderzoek (IO)”. De gemeente mag alleen uitschrijven als VOW als de betrokkene niet kan worden bereikt én hij/zij geen ander inschrijfadres heeft gemeld of bericht van vertrek heeft gegeven, én na gedegen onderzoek geen gegevens kunnen worden achterhaald.

Soms is het mogelijk om af te wijken van de kostendelersnorm zodat een thuisloos persoon zich kan inschrijven bij iemand uit zijn netwerk. Maar let op: dit kan alsnog invloed hebben op zaken als huurtoeslag; hierover moet de ontvanger van de huurtoeslag van tevoren zijn geïnformeerd. Hieronder volgt een voorbeeld van het werkproces rond het realiseren van een briefadres.

Proces: Aanvraag briefadres

Het proces Aanvraag briefadres ziet er schematisch als volgt uit:



Wie: Sociaal medewerker, medewerker basisregistratie

Vanaf 1 januari 2022 is een gemeente wettelijk verplicht om iemand in te schrijven op een briefadres.¹⁰ Divosa heeft een handreiking opgesteld hoe met deze verplichting om te gaan.¹¹

1. BRP-check: Check hoe cliënt nu staat ingeschreven in BRP.
2. Toestemming briefadres: Cliënt heeft mogelijk een toestemmingsverklaring briefadres nodig om zich te kunnen inschrijven op het aangewezen adres voor briefadressen.
3. Registratie toestemming: Gemeentelijk medewerker bevestigt ontvangst van de toestemmingsverklaring, het document wordt opgenomen in registratiesysteem gemeente.
4. Gesprek afdeling BRP: Client heeft gesprek met gemeente over inschrijving.
5. Onderzoek: Onderzoek naar of de cliënt ingeschreven mag worden voor briefadres.
6. Besluit: Gemeente besluit wel/niet in te schrijven voor briefadres.
7. Opvolging briefadres: Het is van belang dat de medewerker van het Centraal Meldpunt weet welke cliënten wel/niet hun post komen ophalen. Medewerker heeft hierover contact met de opvang.
8. Einde briefadres: Indien cliënt een maand of langer uit beeld is (door mogelijk verblijf in de gevangenis, langdurige opname in een zorginstelling, verblijf buiten de regio of in het buitenland), na overleg met cliënt zelf (indien mogelijk), en na contact met betrokken hulpverleners, kan het briefadres worden beëindigd. Voor het in onderzoek zetten van cliënten die uit beeld zijn geraakt gelden wettelijke regels voorafgaande aan deze handeling.

¹⁰ [Het ambtshalve registreren van een persoon op een briefadres | Basisregistratie Personen \(BRP\) | Rijksdienst voor Identiteitsgegevens \(rvig.nl\)](#)

¹¹ [Handreiking briefadressen en het voorkomen van dakloosheid | Divosa](#)

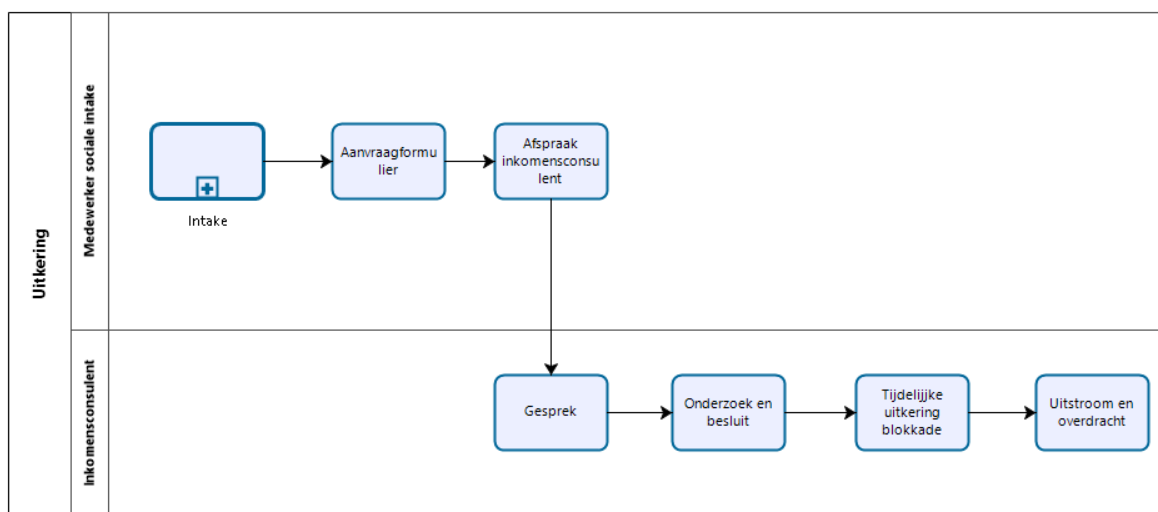
1.7 Uitkering

Tijdens de gesprekken in de sociale intake wordt duidelijk dat cliënt een uitkering nodig heeft. De datum van het intakegesprek is de melddatum. Vanaf deze datum is er bij toewijzing recht op een uitkering.

Bij voorkeur zijn er in een gemeente één of meerdere inkomensconsulenten specifiek verantwoordelijk voor dak- en thuisloze mensen. Hierdoor wordt de expertise gebundeld. Deze afspraak dient binnen de gemeente zelf te worden gemaakt en, indien aanwezig, bekend te zijn bij het Centrale Meldpunt.

Proces: Aanvraag uitkering

Het proces Aanvraag uitkering ziet er schematisch als volgt uit:



Powered by
bizagi
Modeler

Wie: sociaal medewerker/trajectmanager en inkomensconsulent

1. Verstrek aanvraagformulier: Sociaal medewerker geeft een aanvraagformulier/inlichtingenformulier voor een uitkering mee aan de cliënt, als de inschatting is dat de cliënt deze (gedeeltelijk) zelf kan invullen. Dit formulier kan ook meegegeven worden aan een hulpverlener om samen met cliënt in te vullen.
2. Bemiddeling bij afspraak inkomensconsulent: Sociaal medewerker maakt afspraak met de inkomensconsulent. Deze afspraak vindt binnen twee weken na het eerste gesprek plaats. De inkomensconsulent kan in de gemeentelijke registratie het intakeformulier van de cliënt raadplegen en kan overleggen met de medewerker sociale intake bij aanvullende vragen. Onderzoek wordt uitgevoerd, besluit genomen en teruggekoppeld aan Centraal Meldpunt.

Onderzoek en besluit. Gemeenteonderzoek of cliënt recht heeft op gemeentelijke uitkering. Beschikking wordt verstuurd naar de cliënt.

Tijdelijke uitkering blokkade. Als een cliënt buiten beeld raakt is het blokkeren van de uitkering een middel om iemand weer op de radar te krijgen. Hierin kan snel geschakeld worden tussen de trajectmanager vanuit het Centraal Meldpunt en de inkomensconsulent. Bij geen contact wordt uiterlijk 1 maand na start van de blokkade de intrekking in werking gezet.

In het systeem kan bijvoorbeeld per drie maanden een blokkade op betaling van de uitkering worden gezet. Dit is om ervoor te zorgen dat uitkeringen niet worden doorbetaald aan cliënten die niet meer in beeld zijn. De cliënt ontvangt dan een brief waarin wordt verzocht om contact op te nemen met de trajectmanager. Na contact rapporteert de trajectmanager een verslag over de situatie en informeert de inkomensconsulent om af te stemmen of de blokkade wordt opgeheven of aangehouden.

Uitstroom en overdracht. De trajectmanager van het Centraal Meldpunt informeert de inkomensconsulent als iemand uitstroomt (woonruimte gevonden, lang uit beeld, andere redenen). De inkomensconsulent beoordeelt of overdracht naar een andere gemeentelijke afdeling moet plaatsvinden (bijvoorbeeld afdeling inkomen), handelt overeenkomstig en koppelt terug aan de trajectmanager Centraal Meldpunt.

1.8 Schulden

Mensen die in armoede en met schulden leven hebben meer kans op gezondheidsproblemen. Daarom is een integrale aanpak van armoede, schulden en gezondheid belangrijk.^{12 13} Zeker in het geval mensen dakloos zijn kunnen we aannemen dat er schulden zijn. Bij voorkeur zijn er in een gemeente dan ook afspraken met één of meerdere schuldhulpverleners die specifiek verantwoordelijk zijn voor dak- en thuisloze mensen. Hierdoor wordt de expertise gebundeld. Deze afspraken dienen binnen de gemeente zelf te worden gemaakt en, indien aanwezig, bekend te zijn bij het Centrale Meldpunt voor Dakloze mensen. In enkele grotere gemeenten zijn er ook gehele organisaties die zich specifiek richten op schuldenproblematiek bij dakloze mensen en personen in de maatschappelijke opvang. Van belang is dat zowel sociale als medische hulpverleners op de hoogte zijn van de mogelijkheden en te nemen stappen voor schuldhulp.

Tijdens de gesprekken in de sociale intake of tijdens het contact met zorgverleners wordt in de regel duidelijk dat de dakloze cliënt schulden heeft. Vaak gaat het dan om achterstanden en openstaande vorderingen (zoals huurschulden, boetes, premie zorgverzekering, energiekosten) die weer actueel worden zodra de cliënt in het BRP is ingeschreven en een uitkering heeft. Schuldeisers kunnen dan actief worden. Hier dient rekening mee te worden gehouden omdat dit veel stress kan veroorzaken.

Het is zodoende van belang dat bij zowel kleine als bij grote schulden de schuldhulpverlening wordt ingeschakeld. Samen met de cliënt wordt er dan een zo compleet mogelijk overzicht van de schulden en schuldeisers gemaakt. De mogelijkheden worden verkend om tijdig en gericht schuldhulp in te zetten en de financiële stress bij cliënt te verminderen.¹⁴ Vroegtijdig contact tussen schuldhulpverlening en schuldeisers (denk met name aan woningstichtingen, Centraal Justitieel Incasso Bureau (CIJB) en Belastingdienst) kan voorkomen dat de situatie verder escaleert. Voorts is het van belang in te schatten of beschermende maatregelen nodig zijn.

1.8.1 Aanvraag schuldhulpverlening

Als er sprake blijkt te zijn van schuldenproblematiek en de cliënt gaat akkoord dan kan men worden aangemeld voor schuldhulpverlening. Het proces van schuldhulpverlening ziet er als volgt uit:

- Aanmelding bij schuldhulpverlening: het verschilt per gemeente bij welke instantie deze aanmelding dient plaats te vinden. Vaak is dat bij de wijkteams, bij een maatschappelijk werk organisatie of bij de gemeente zelf. Kijk voor de lokale informatie op de website van de gemeente.
- Aanmeldgesprek: vaststellen of de cliënt recht heeft op schuldhulp en of er sprake is van crisis.
- Intake gesprek binnen vier weken (bij crisis binnen 3 dagen)
- Beschikking en plan van aanpak. In het plan van aanpak staat beschreven welke ondersteuning passend is en op welke termijn een schuldregeling mogelijk is. Het kan ook zijn dat er duurzaam financiële dienstverlening wordt beschikt. Dat richt zich niet op oplossen van, maar leven met schulden. De meeste gemeenten verwijzen dan overigens door naar onderbewindstelling.
- Stabilisatiefase. Deze fase heeft als doel de inkomsten en uitgaven van de cliënt in evenwicht te brengen. Pas als er een stabiele situatie is, kan er schuldregeling worden opgezet.
- Schuldbemiddeling of saneringskrediet. Binnen de stabilisatiefase worden ondersteunende middelen zoals budgetbeheer en beschermingsbewind opgestart. Er vindt verder onderzoek plaats naar de schuldensituatie en mogelijkheden voor een regeling. Er zijn twee keuzes. Een *schuldbemiddeling* wordt ingezet als het idee bestaat dat de cliënt gaandeweg het traject in staat

¹² <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/armoede-schulden-en-gezondheid>

¹³ Nederlands Centrum Jeugdgezondheid | Handreiking 'Omgaan met armoede in het domein Jeugdgezondheid' (ncj.nl)

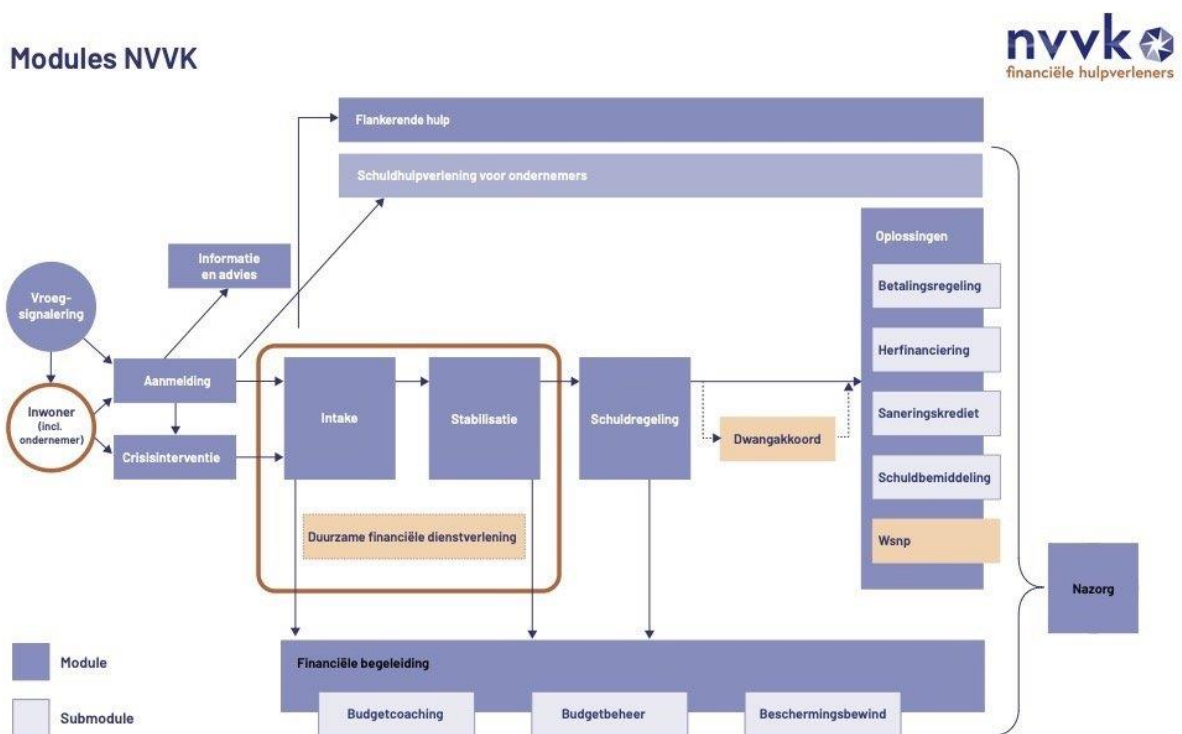
¹⁴ <https://moodle.schuldenerincasso.nl/> online training voor huisartsen en praktijkondersteuners voor het signaleren en verwijzen van de gevolgen van de doorwerking van financiële problemen op de gezondheid en de gezondheidsbeleving van mensen.

moet worden geacht een hoger inkomen te verwerven en dus gaandeweg meer kan aflossen aan de schuldeisers. Indien nodig wordt er een minnelijke schuldsanering met afkoop (kwijtschelding) opgezet. Een *saneringskrediet* (afkoop van de vordering in één keer; cliënt betaalt alleen dit saneringskrediet nog terug) wordt verstrekt wanneer er mogelijk geen verbetering van de afloscapaciteit plaatsvindt.

- **Wsnp.** Bij weigering schuldeisers, is het mogelijk om een aanvraag voor de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) in te dienen. Voor een aanvraag van de wettelijke schuldsanering moet geprobeerd zijn een minnelijke regeling tot stand te brengen. De aanvraag wordt via de schuldhulpverlenende instantie bij de rechtbank gedaan. Het verzoekschrift moet, zodra overhandigd, binnen één maand bij de rechtbank liggen.
- **Bezwaar.** Bij afwijzing van schuldhulpverlening of als de cliënt het oneens is met het plan van aanpak, kan bezwaar worden gemaakt. Eventueel kan daarbij rechtshulp worden ingeschakeld.

Let op: er is een verschil tussen schuldhulpverlening en een schuldregeling. Schuldhulpverlening bevat alle ondersteuningsmiddelen die de gemeentelijke schuldhulp heeft om de problematiek te verminderen. Denk hierbij ook aan de stabilisatiefase, budgetbeheer en bijvoorbeeld budgetcursussen. Een schuldregeling gaat uitsluitend over de wijze van afbetalen van de schulden. Op de NVVK website, de vereniging waarbij de meeste schuldhulpverlenende instanties zijn aangesloten, staan ondersteuningsvormen vermeld.

Zie figuur:



Bron: <https://www.nvbk.nl/page/1439/2021/09/01/Processchema-NVVK-alle-diensten-van-onze-leden>

1.8.2 Processtappen binnen de schuldhulp nader uitgewerkt

Hieronder zijn een aantal belangrijke stappen binnen de schuldhulp verder uitgeschreven en benoemen we ook wie de contactpersoon is waarmee kan worden geschakeld.

1. Melding en aanvraag schuldhulp.

In een persoonlijk overleg (cliënt, sociaal medewerker, schuldhulpverlener) worden de noodzakelijke gegevens (schuldenpositie, mate van zelfredzaamheid en motivatie) overgedragen. Het gaat hier om een eerste, nog globale indruk van de cliënt en diens situatie.

Sociaal medewerker meldt de cliënt (met diens toestemming of toestemming van de gemachtigde) aan bij de, door de gemeente aangewezen organisatie voor schuldhulpverlening. Meestal gebeurt dit bij perspectief op langer durend verblijf in de gemeente.¹⁵

2. Eerste inventarisatie schulden. De schuldhulpverlener bespreekt de situatie met de cliënt (bij voorkeur samen met een ervaringsdeskundige en/of sociaal medewerker) en maakt een eerste inventarisatie van de schulden. Cliënt wordt geïnformeerd over de procedure, rechten en plichten bij schuldhulpverlening. De schuldhulpverlener zal als eerste nagaan welke schulden het meest dringend zijn; daar waar escalatie dreigt en de basisbehoeften van cliënt in gedrang kunnen komen.

Als het goed is gaat de schuldhulpverlener eerst een 'voorzieningencheck' uitvoeren: is er voldoende inkomen? Bij beslag: is het beslag juist vastgesteld? Zijn de toeslagen juist berekend? Worden ze ook ontvangen? Wanneer het beschikbare inkomen op orde is, hoeven er geen nieuwe schulden te ontstaan. Alleen bij mogelijk bedreigende schulden (dat zijn er maar twee: afsluiting en uitzetting) zal er harder gelopen moeten worden.

Het advies is om niet te snel te starten met schuldhulpverlening. Bedenk goed: schuld-bemiddelen wordt alleen gedaan met bekende schuldeisers. Dat zal bij een dakloze persoon een probleem kunnen opleveren. Op zichzelf kun je dan nog wel bemiddelen, maar de beste oplossing voor een dakloze persoon is de Wsnp. Deze wet werkt voor alle schulden; behalve voor DUO, Strafbeschikkingen (wel voor Mulder en Strabis). Mocht een grote schuld te goeder trouw vergeten worden, dan valt die toch onder de werking van de Wsnp. Alleen bij misleiding zal de Wsnp worden opgeheven. De inventarisatiefase wordt nog wel eens te snel gedaan waardoor het voorkomt dat er nog oude schulden opduiken die dus niet in de regeling zijn opgenomen.

3. Gemeentelijk akkoord voor inzet schuldhulp. Beoordeeld wordt of de cliënt in aanmerking komt voor schuldhulp van de gemeente conform de Wet Gemeentelijke Schuldhulpverlening¹⁶. Minimale eis is dat een cliënt ingeschreven is in de gemeente (BRP). Alleen in bijzondere omstandigheden kan daar vanaf worden geweken. In het gemeentelijke beleid worden verdere criteria uitgewerkt. De cliënt ontvangt schriftelijk een beschikking van de gemeente.

4. Verslaving en schulden. Actuele verslaving is een contra-indicatie voor schuldhulp. Schuldhulp is wel mogelijk indien er tegelijk een traject loopt bij een instelling voor verslavingszorg of anders hulp plaatsvindt. Er is in zijn algemeenheid maar één beoordelingscriterium relevant: gaat de cliënt geen nieuwe schulden maken. Ook kan de gemeente kijken of beschermingsbewind passend zou zijn.

¹⁵ De WGS zegt hierover in artikel 3.5: In bijzondere omstandigheden kan het college, zo nodig in overleg met het college van een andere gemeente, ook schuldhulpverlening aan een persoon geven als die geen inwoner is. Voor de toepassing van deze wet wordt deze persoon gelijkgesteld met een inwoner.

¹⁶ [wetten.nl - Regeling - Wet gemeentelijke schuldhulpverlening - BWBR0031331 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Wet-gemeentelijke-schuldhulpverlening-BWBR0031331-overheid.nl)

5. Documenten en overzicht schulden. Samen met de cliënt wordt door de schuldhulpverlener de noodzakelijke documentatie met betrekking tot de schulden verzameld. Hierbij maakt de schuldhulpverlener gebruik van diverse bronnen zoals de Schuldenwijzer¹⁷ en Bureau Krediet Registratie (BKR)¹⁸. Daarvoor is een machtiging/toestemmingsverklaring (standaardformulier AVG) van de cliënt nodig.¹⁹

6. Stabilisatiefase. Stabilisatie heeft als doel de inkomsten en uitgaven van de cliënt in evenwicht te brengen. Pas daarna kan er een schuldregeling worden opgezet. Een ander belangrijk doel van deze fase is de schuldenstress weg te nemen. De stabilisatiefase duurt in principe vier maanden en kan dan nog met vier maanden worden verlengd. In deze fase ontvangen schuldeisers brieven dat de cliënt bezig is met schuldhulp. De NVVK (branchevereniging voor financiële hulpverleners) heeft met veel schuldeisers convenanten. Afgesproken is dat zij hun incassomaatregelen in deze fase opschorten ofwel tijdelijk stop zetten. In de stabilisatiefase worden vaak aanvullende instrumenten of activiteiten ingezet zoals budgetcoaching, budgetbeheer, beschermingsbewind of flankerende hulp. Vaak zijn dit weer andere professionals die zich specifiek richten op de coaching, beheer of bewind.

7. Budgetbeheer en leefgeld. Bij budgetbeheer draagt de cliënt zijn inkomen over aan de schuldhulpverlening op een zogenaamde derdenrekening. De budgetbeheerder zorgt voor betaling van vaste lasten en aflossing, cliënt krijgt het restant 'leefgeld' van 40 tot 50 euro per week op de eigen bankrekening. Belangrijk is op te passen dat er niet méér aan schuldeisers wordt betaald dan de beslagvrije voet toelaat.

8. Schuldbemiddeling bij problematische schulden. De schuldhulpverlener beoordeelt (aan de hand van onderzoek en screening van de aanvrager) welke aanpak wenselijk en haalbaar is. Bij een schuldenbedrag dat binnen drie jaar op basis van de afloscapaciteit (bij een Participatie Wet-uitkering rond de 5% van de uitkering) geheel of bijna geheel afbetaald kan worden, kan een schuldbemiddeling (overeenkomst met schuldeisers) worden getroffen. Voor schuldbemiddeling maakt de hoogte van de schuld niet uit. (Wanneer er sprake is van 100% betaling is er sprake van een betalingsregeling.) Schuldeisers dienen aan het plan van aflossen mee te werken. De schuldhulpverlening bemiddelt in dit geval tussen cliënt en schuldeisers. Verblijf in één gemeente is wenselijk omdat de gemeente elk jaar een hercontrole uitvoeren.

9. Schuldsanering. Bij een schuldenbedrag dat niet binnen drie jaar betaald kan worden is sanering nodig. Voor schuldsanering (minnelijk dan wel wettelijk) is langer durend verblijf van de cliënt in de gemeente wenselijk. De regeling bestrijkt 3 tot 4 jaar. De cliënt is er bij gebaat als hij in omstandigheden verkeert waardoor hij de regeling beter kan vol houden. Schuldeisers worden hierbij geïnformeerd over de situatie van de cliënt. Zij dienen (bij een sanering met afkoop) akkoord te gaan met afkoop (oninbaar stellen) van een deel van hun vordering. Cliënt dient hiervoor akkoord te gaan met verplichtingen zoals de informatieplicht. Dit wordt contractueel vastgelegd in een overeenkomst tussen cliënt en gemeente (c.q. de schuldhulpverlening). Steeds meer gemeenten kiezen voor een saneringskrediet als vorm van sanering. De gemeenten (vaak via de kredietbank) betalen dan de schuldeisers in één keer af en de cliënt betaald het bedrag aan de gemeente terug. De schuldhulpverlener blijft in dit proces telkens de contactpersoon waarmee geschakeld kan worden.

10. Beschermingsbewind. Als een schuldregeling niet mogelijk is, kan het wenselijk zijn om beschermingsbewind aan te vragen. Cliënt dient zelf een beschermingsbewindvoerder te zoeken, advies en ondersteuning van de schuldhulpverlener of een hulpverlener zijn daarbij belangrijk. Het is een vrijwillige beslissing van de cliënt. De bewindvoerder ondersteunt bij de aanvraag van het bewind

¹⁷ <https://schuldenwijzer.nl>

¹⁸ [Stichting BKR - Voor financieel welzijn](#)

¹⁹ [VNG Realisatie rapport](#) Handreiking gegevensuitwisseling BKR voor schuldhulpverlening

bij de Rechtbank. De Rechtbank dient de gemeente te consulteren (Adviesrecht). Bij akkoord wordt bewind toegewezen. Beschermingsbewind kan ook een voorwaarde zijn voor het Wsnp-traject. Kosten van beschermingsbewind worden vergoed vanuit de Bijzondere Bijstand.

11. Belemmeringen door fraudeschulden. Hierbij is er duidelijk onderscheid tussen opzettelijke fraude en onoplettendheid. Dit vraagt nader onderzoek door de schuldhulpverlener. Indien er sprake is van fraudeschulden kan de gemeente (op basis van haar beleid²⁰) niet akkoord gaan met bemiddeling. Tegen een negatieve beschikking kan bezwaar worden aangetekend (AWB). Indien hierdoor een minnelijke regeling niet meer mogelijk is, is er nog de mogelijkheid om een wettelijke schuldsanering (Wsnp) aan te vragen. Zie de processtap hieronder. Want ook binnen deze Wsnp aanvraag vragen fraudeschulden dan wel extra aandacht en onderbouwing. Er zal altijd een minnelijk traject gedaan moeten worden (of de gemeente zal bij voorbaat moeten verklaren waarom dat niet gedaan is), omdat dat een voorwaarde is voor toelating Wsnp. In beginsel is een fraudeschuld te kwader trouw en geldt een verjaringstermijn van 5 jaar. Er bestaat een hardheidsclausule die vaak niet wordt ingeroepen. Binnen beschermingsbewind geldt een termijn van een jaar of twee waarin blijkt dat 'de gronden die tot het ontstaan leiden onder controle zijn'.

12. Weigering door schuldeisers. Wanneer schuldeisers niet willen meewerken aan een "minnelijke" dus vrijwillige schuldsanering kan de cliënt met behulp van de schuldhulpverlener, als laatste mogelijkheid, een beroep doen op de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp)²¹. Een belangrijke toelatingseis is dat er geen sprake mag zijn van "kwader trouw" dus misleiding of opzettelijk veroorzaken van schulden. Fraudeschulden in de afgelopen 5 jaar worden automatisch gezien als te kwader trouw. Let op; de wet kent een hardheidsclausule. Te allen tijde kan worden onderbouwt waarom cliënt toch toegelaten zou moeten worden tot de WSNP vanwege het ontbreken van schuld of doordat gedrag inmiddels is gebeterd.

Daarbij dient er een gemotiveerde vaststelling te zijn van de bereidheid en het vermogen van de aanvrager om het Wsnp-traject met succes te kunnen doorlopen. De schuldhulpverlener adviseert en zorgt voor de aanvraag. De Rechtbank beslist over toelating en stelt een toezichthouder (Wsnp-bewindvoerder) aan. De Wsnp-bewindvoerder behartigt de belangen van de schuldeisers en heeft dus een andere functie dan de beschermingsbewindvoerder. Er kunnen problemen zijn bij de sollicitatieplicht. Wanneer je van mening bent dat je cliënt niet kan werken, dan is de enige manier onder de sollicitatieplicht uit te komen een arbo-onderzoek.

13. Verandering leefsituatie tijdens minnelijke of wettelijke regeling. Bij een overgang naar permanente huisvesting of bij betaalde arbeid kan de inkomenssituatie van de cliënt veranderen. De schuldhulpverlener of Wsnp-bewindvoerder maakt dan een nieuwe berekening van het budget en de aflossingscapaciteit. Als het inkomen niet verandert blijft de aflossing gelijk. Wordt het inkomen hoger dan kan het voor aflossing beschikbare bedrag hoger worden. Afhankelijk van de soort regeling kan hierdoor eerder aan de aflossingsverplichting worden voldaan of ontvangen de schuldeisers uiteindelijk een hoger bedrag.

14. Uitstroom en overdracht. Een sociaal medewerker, of indien aanwezig in de gemeente de trajectmanager van het Centraal Meldpunt, informeert de schuldhulpverlener als iemand uitstroomt. De schuldhulpverlening loopt door, al dan niet buiten het zicht van de opvangorganisatie. Wanneer de cliënt vertrekt naar een andere gemeente zal de schuldhulpverlening de zaak overdragen aan de nieuwe gemeente. Als de cliënt in de Wsnp zit, blijft de eigen Wsnp-bewindvoerder de zaak behartigen.

Voor achtergrondinformatie over bewindvoering zie bijlage D.

²⁰https://www.divosa.nl/sites/default/files/onderwerp_bestanden/leidraad_wet_gemeentelijke_schuldhulpverlening_nvvk.pdf

²¹ <https://www.rijksoverheid.nl/wetten-en-regelingen/productbeschrijvingen/wettelijke-schuldsanering-wsnp>

1.9 Medische intake

Wie: medewerker sociale intake/trajectmanager, verpleegkundige/verpleegkundig specialist (VS), huisarts/straatdokter, ervaringsdeskundige

Registratie: registratiesysteem voor verpleegkundige/VS, Huisarts Informatie Systeem (HIS); website/systeem voor inschrijving bij huisarts/straatdokter; voor toegang medische gegevens van patiënten in het Landelijk Schakelpunt (LSP); systeem voor Veilige Communicatie in de Zorg (VeCoZo); Zorg Domein om patiënten en zorgverleners te verbinden, meest gebruikt voor verwijzingen en onderlinge communicatie tussen artsen.

1.9.1 Medische beoordeling

Systematische beoordeling medische situatie

Verpleegkundige/VS of huisarts verricht een beoordeling volgens de **Utrechtse Somatische Screening** = USS (paragraaf 1.9.3 en bijlage D) en richt zicht hierbij op

- Zelf ervaren algemene gezondheid
- Verslavingen/middelengebruik
- Psychisch functioneren
- Cognitief functioneren, verstandelijke beperking
- Lichamelijk functioneren
- Zelfverzorging algemeen, gebit, voeding
- Beweging, slapen en rust
- Medicatie
- Toestemming opvragen en delen medische informatie

1.9.2 Hulpvraag

Clïënt dient antwoord te kunnen krijgen op de volgende hulpvragen:

- Hoe krijg ik hulp voor mijn verslaving?
 - Hoe krijg ik hulp voor mijn psychiatrische problemen?
 - Hoe krijg ik hulp voor mijn verstandelijke beperking?
 - Hoe krijg ik hulp voor mijn traumatische ervaringen?
 - Hoe krijg ik hulp voor mijn lichamelijke gezondheid?
 - Hoe krijg ik hulp voor mijn gebit?
 - Hoe krijg ik hulp voor het verkrijgen en omgaan met medicatie?
 - Hoe krijg ik hulp voor gezondheidsproblemen in de avond, nacht en weekenden?
-
- Verslaving: verpleegkundige/VS vraagt expliciet naar het gebruik van middelen die de gezondheid ernstig kunnen schaden. Ze geeft gericht leefstijladviezen en beoordeelt of hulp van een huisarts/verslavingsarts moet worden ingezet.
 - Psychiatrie: verpleegkundige/VS maakt een inschatting van het psychisch functioneren, al dan niet gecombineerd met middelengebruik en of lichamelijke aandoeningen die het psychisch functioneren kunnen beïnvloeden, ter beoordeling of nadere huisarts/GGZ hulp moet worden ingezet.
 - Verstandelijke beperking: verpleegkundige/VS neemt de SCIL-test af (paragraaf 1.9.3). Bij een lage score volgt overleg met de huisarts voor verwijzing naar een organisatie voor LVB-problematiek (bijvoorbeeld Abrona, Humanitas, Cordaan, Stichting Mee, Sherpa).

- Trauma: veel dakloze mensen hebben traumatische ervaringen opgedaan tijdens hun jeugd of latere leeftijd. Vaak is men zich niet bewust van de gevolgen van deze trauma's of van behandel mogelijkheden. Daarom is het goed om hiernaar te vragen, mits een vertrouwensband en een veilige omgeving voor cliënt bestaat. Eventueel kan hiervoor gebruik gemaakt worden van een ACE-test (paragraaf 1.9.3), ter beoordeling of sprake kan zijn van trauma-sporen en/of nadere hulp nodig is.
- Lichamelijk: verpleegkundige/VS beoordeelt conform de USS (paragraaf 1.9.3) met aandacht voor de algehele hygiëne, lengte, gewicht, body Mass index, bloeddruk, pols, temperatuur, mondconditie, buikomvang gemeten over de navel, voedingstoestand, hydratatie, dieet.
- Gebit: verpleegkundige/VS beoordeelt de conditie van mond en gebit en geeft advies over mondverzorging en stimuleert een bezoek aan de tandarts, indien beschikbaar en betaalbaar (zo nodig afstemming financiën met sociaal medewerker).
- Medicatie: verpleegkundige/VS inventariseert voorschriften en omgang met medicatie en geeft advies en stemt verstrekking medicatie/hulpmiddelen af met cliënt, huisarts, apotheek en opvang medewerkers.²²
- Bereikbaarheid medische zorg buiten kantoor: zie bouwsteen 4.
- Toestemming: Verpleegkundige/VS verzoekt cliënt om het toestemmingsformulier te ondertekenen voor het delen van medische informatie met medewerkers van de opvang.

1.9.3 Beoordelingsinstrumenten

Utrechtse Somatische Screening (USS), bijlage D, is speciaal ontwikkeld voor de zorg mijdende langdurig verslaafde en/of psychiatrische patiënt, die niet of zelden in het zicht van een huisarts komt. De USS screent op veel voorkomende ernstige somatische aandoeningen waar mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen mee te maken kunnen krijgen. Deze aandoeningen kunnen niet enkel binnen de geïntegreerde behandeling van de GGZ behandeld worden. Behandeling dient plaats te vinden op het snijvlak van de algemene gezondheidszorg en de GGZ, dus in samenhang met de huisarts, het algemeen ziekenhuis of de GGD.²³

Scil-test: Deze test geeft een indruk van verstandelijk functioneren op het moment van afnemen van de test.²⁴ Laaggeletterdheid en verstandelijke beperking komen regelmatig voor bij de doelgroep.

ACE-test: De Adverse Childhood Experience (ACE) – vragenlijst identificeert traumatische ervaringen en stress uit de kindertijd. Vaak zijn deze ervaringen uit de kindertijd een voorspeller van gezondheidsproblemen tijdens de volwassenheid²⁵ en is er een sterke relatie tussen de hoogte van de testscore en het risico op dakloosheid.²⁶

²² <https://docplayer.nl/9813802-Auditrapportage-recept-voor-goed-handelen-maatschappelijke-opvang-utrecht.html>

²³ <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/2d33e141-a774-4538-b79f-fde0ee60c1a1.pdf>

²⁴ <https://www.hogrefe.com/nl/shop/scil-screener-voor-intelligentie-en-licht-verstandelijke-beperking.html>

²⁵ <https://acestoohigh.com/aces-101/>

²⁶ <https://nhhc.org/wp-content/uploads/2019/08/aces-fact-sheet.pdf>

1.9.4 Zorguitvoering

Werkproces medische zorg

- Samenvatting en begeleidingsplan: na de medische intake maakt de verpleegkundige/VS een samenvatting van de belangrijkste gezondheidsproblemen en stelt een begeleidingsplan op. Rapporteer in registratiesysteem.
- Overleg huisarts: na de medische intake kunnen gezondheidsproblemen worden aangetroffen waarvoor de verpleegkundige/VS (direct) met de huisarts/straatdokter wenst te overleggen om beleid/behandeling in te kunnen zetten. Maak afspraken over bereikbaarheid en een (vast) moment voor overleg (zie bouwsteen 4).
- Inschrijven huisarts: indien cliënt geen huisarts heeft of een huisarts in de buurt wenst, dan schrijft de verpleegkundige/VS cliënt in bij de huisarts/straatdokter. Op het moment van intake is nog niet bekend of cliënt een beschikking recht op opvang krijgt, wordt cliënt geboekt als passant, eventueel later inschrijven op naam.
- Afspraak huisarts: verpleegkundige/VS deelt de samenvatting en het behandelplan met de huisarts en maakt een afspraak op het spreekuur. Deze afspraak kan naar inschatting van de haalbaarheid en wenselijkheid plaatsvinden in de praktijk van de huisarts/straatdokter of op het inloopspreekuur in de opvang (zie bouwsteen 4).
- Visitekaartje: cliënt ontvangt na de medische intake een visitekaartje met daarop de naam en bereikbaarheid van degene met wie men zojuist gesproken heeft en de datum en het tijdstip van de afspraak op het spreekuur bij de huisarts/straatdokter. Tevens algemene informatie over toegang tot inloopsprekuren.
- Terugkoppeling sociaal werker: de verpleegkundige/VS meldt de medewerker sociale intake/trajectmanager dat cliënt medisch beoordeeld is en vermeldt de datum en tijdstip van de afspraak bij de huisarts.
- Samen bezoek huisarts: de eerste keer en voorts op indicatie vindt, volgens afspraak, een bezoek van cliënt en verpleegkundige/VS bij de huisarts plaats, in diens praktijk of tijdens het inloopspreekuur in de opvang. De belangrijkste bevindingen uit de medische intake worden met cliënt besproken en zo nodig acties voor nadere diagnostiek en/of behandeling ingezet. Er worden met cliënt zo nodig vervolgspraken bij de verpleegkundige/VS en/of de huisarts/straatdokter gemaakt en genoteerd.
- Opvolgen: de verpleegkundige/VS volgt acties op en registreert deze in het medisch dossier.
- Afstemming met trajectmanager: bijzonderheden en vervolgspraken worden per telefoon/e-mail door de verpleegkundige/VS afgestemd met de medewerker sociale intake/trajectmanager van het Centrale Meldpunt. De sociaal medewerker rapporteert de afspraken in het sociaal dossier.
- Periodiek onderzoek: elke drie maanden, in lijn met de 3 maanden check van de sociaal medewerker, ziet de verpleegkundige/VS alle cliënten ter preventie/opvolging van adviezen ter verbetering van de leefstijl, de algemene gezondheid en opvolging van bij de intake of tijdens spreekuren aangetroffen specifieke gezondheidsproblemen.

1.10 Begeleidingsplan

1.10.1 Overzicht sociaal medische problemen en afspraken

Na de sociale en medische intake volgt een overzicht van problemen en acties. Noteer wie of waar zaken geregeld moeten worden. Noteer de datum wanneer de afspraak voor de actie is gemaakt. Noteer de datum wanneer het geregeld is. In bijlage C staat een overzicht van acties en afspraken vanuit de sociaal medewerker/trajectmanager.

In onderstaand overzicht komen de sociale en medische afspraken samen.

Afspraken	Wie? /Waar?	Wanneer?	Geregeld?
SOCIAAL		Datum	Datum
Legitimatie aanvragen/ verlengen			
Aangifte van vermissing legitimatie bij politie			
Op orde brengen administratie			
Opvang regelen			
Hulp bij aanvragen briefadres			
Hulp bij inschrijven op het adres van uw familie/vriend			
U schrijft zichzelf in op het adres van uw familie/vriend			
Hulp bij aanvraag uitkering bij de gemeente			
Hulp bij aanvraag schuldhulpverlening /bewindvoering			
Hulp bij regelen zorgverzekering/premieachterstand			
Overige acties			
MEDISCH			
U krijgt een gesprek over uw gezondheid			
U krijgt een afspraak bij de huisarts			
Verwijzing medisch specialist			
Verwijzing LVB zorg			
Verwijzing GGZ/Verslavingszorg			
Verwijzing anders			
U krijgt hulp bij verstrekking/ inname medicatie			
Overige hulp			
OPVOLGING			
Uw hulp wordt besproken in een teamoverleg			
3 maanden check sociaal medewerker/ trajectmanager			
3 maanden periodiek consult verpleegkundige			
Overige			

1.10.2 Multidisciplinair overleg

Wie: Sociaal Medisch Team: sociaal medewerkers/trajectmanagers, verpleegkundige/VS, huisarts/straatdokter, ervaringsdeskundige.

Systeem: formulier sociale en medische intake/ overzicht begeleidingsplan in gemeentelijke systeem en registratiesysteem verpleegkundige/VS; HIS.

- Organiseer multidisciplinair overleg (MDO) van het sociaal medisch team voor het bespreken van casuïstiek.
- In het kader van samen beslissen bestaat er tegenwoordig een sterke voorkeur om cliënten bij het MDO aanwezig te laten zijn. De ervaring leert dat goed werkt, ook bijvoorbeeld met cliënten met psychotische belevingen.
- De frequentie van overleg is afhankelijk van het aantal cliënten en ernst van de problematiek.
- Ga uit van gemiddeld 15 minuten bespreektijd per cliënt.
- Volg een vaste structuur om cliënten te presenteren en loop problematiek systematisch na.
- Ontwikkel een format voor het MDO, gebruik dit om vooraf in te vullen om het overleg zo efficiënt mogelijk te gebruiken met focus op handelen.
- Besluit per probleemgebied wie wat wanneer oppakt, opvolgt, terugkoppelt en registreert.
- Op indicatie kunnen partners in de zorg van buiten het team worden uitgenodigd. Bijvoorbeeld als er enkele cliënten met GGZ en/of LVB-problematiek worden besproken.
- Laat de ervaringsdeskundige kritisch meekijken naar de haalbaarheid van bepaalde besluiten.
- Vermijd bespreking van algemeen beleid tijdens het overleg over cliënten. Noteer beleidspunten voor een overleg op een ander moment.
- Evalueer jaarlijks de inhoudelijke en praktische kwaliteit van het MDO.
- Verpleegkundig schat in wanneer aanwezigheid van de huisarts/straatdokter bij het MDO gewenst is.
- Huisarts/straatdokter neemt minimaal een keer per kwartaal deel aan het MDO; het team kan vooraf cliënten met multiple problemen verzamelen en voorbereiden om met de huisarts/straatdokter te bespreken. Tijdens dit overleg kunnen op indicatie ook een psychiater, verslavingsarts, arts verstandelijk gehandicapten, sociaal geriater en/of apotheker aanschuiven. Elkaar betrekken en kunnen vinden komt de kwaliteit en snelheid van zorg ten goede.

Bouwsteen 2 – Begeleiding door trajectmanager

2.1 Taken

De trajectmanager is onderdeel van het sociaal medisch team en kan afkomstig zijn van de gemeente, GGD, GGZ, verslavingszorg of een voorziening van de Maatschappelijke Opvang. De trajectmanager is een hulpverlener die optreedt als spil tussen de dakloze persoon, zorgverleners en instanties. Hij/zij heeft doorzettingskracht en mandaat om vastgestelde knelpunten op te lossen en zaken georganiseerd te krijgen.

2.2 Begeleidingsplan

Uit de sociale intake en medische intake komen problemen naar voren die opgenomen worden in een begeleidingsplan (zie voor een voorbeeld bouwsteen 1.9). De trajectmanager ziet toe dat het begeleidingsplan wordt uitgevoerd, opgevolgd, teruggekoppeld en geregistreerd. Hiermee is de trajectmanager betrokken bij alle stappen die nodig zijn voor diagnostiek, herstel, stabilisatie en doorstroom naar een voorziening met persoonsgerichte zorg voor de lange termijn.

2.3 Opvolging

De trajectmanager hanteert het format begeleidingsplan (zie tabel 1.9.1) om periodiek terugkoppeling te geven binnen het sociaal medisch team, ter controle of alle afspraken in gang gezet zijn en nageleefd worden. De trajectmanager registreert de vorderingen in lijn met afgesproken monitorgegevens (zie hoofdstuk 5 lessen van de straat).

Bouwsteen 3 – De inzet van ervaringsdeskundigen

3.1 Selectie en opleiding

Selecteer ervaringsdeskundigen uit de doelgroep dakloze mensen. Bied hen een opleiding ervaringsdeskundigheid²⁷, organiseer begeleiding om hen actief te coachen en supervisie te geven, met als doel een bijdrage te leveren aan de volgende resultaatgebieden. Stichting werkplaats COMO²⁸ en Stichting Zwerfjongeren Nederland²⁹ kunnen hierbij adviseren.

3.2 Resultaatgebieden

1. Het motiveren en ondersteunen van deelnemers
2. Het (mede) uitvoeren van begeleidingsplannen
3. Het geven van voorlichting
4. Het bevorderen van deskundigheid

1. Motiveren

Het ondersteunen van deelnemers op individueel -en groepsniveau. Benadert actief deelnemers en participeert in activiteiten om vertrouwen te winnen en bondgenootschap met de deelnemer te ontwikkelen. Bespreekt met deelnemer diens verwachtingen. Stimuleert de deelnemer.

Resultaat: Deelnemer gemotiveerd zodanig dat deze de eigen perspectieven herkent.

2. Begeleidingsplan

Het (mede) uitvoeren van begeleidingsplannen die leiden tot herstel van het gewone leven voor zover dat mogelijk is. Overlegt de mogelijkheden met de begeleiders. Participeert in het overleg over de realisatie van het zorgplan. Neemt deel in de uitvoering van het begeleidingsplan.

Resultaat: Het zorgplan wordt mede uitgevoerd

3. Voorlichting

Geeft voorlichting over ervaringsdeskundigheid aan interne en externe partijen. Participeert in interne netwerken van ervaringsdeskundigen. Ondersteunt met voorlichting gericht op praktische en sociale onderdelen uit het begeleidingsplan.

Resultaat: Voorlichting is gegeven aan alle betrokken

4. Deskundigheid

Organiseert deskundigheidsbevordering bij professionals, thema, refereerbijeenkomsten. Verzorgt presentaties op het terrein van ervaringsdeskundigheid. Levert specifieke deskundigheid in het team. Bevordert het inzicht bij de deelnemer van de eigen mogelijkheden in relatie tot het begeleidingsplan. Signaleert knelpunten in de realisatie van doelen en maakt deze bespreekbaar

Resultaat: Betrokken hebben ervaringsdeskundigheid ontwikkeld

²⁷ <https://www.deervaringsdeskundige.nl/inzet-ervaringsdeskundigheid/scholing/scholing-ervaringsdeskundigheid.aspx>

²⁸ <https://werkplaatscomo.wordpress.com/home/over/stichting/>

²⁹ <https://zwerfjongeren.nl/>

Bouwsteen 4 - Straatdokerspraktijk en ziekenboeg in de maatschappelijke opvang

4.1 Inloopspreekuur

Biedt beschikbaarheid van een straatdokter en straatverpleegkundige voor het verzorgen van medische spreekuren, op een goed bereikbare centrale locatie (of) in de opvangvoorziening(en). Organiseer in gemeenten tot 150.000 inwoners 1-3 keer per week een dagdeel toegang tot een inloopspreekuur of aanwezigheid van een verpleegkundige en/of huisarts/straatdokter. In grotere gemeenten biedt 3-5 keer per week een dagdeel toegang tot een inloopspreekuur.

POH-OGGZ: Overweeg het inzetten van een nog niet bestaande functie van POH-OGGZ. Dit is een verpleegkundig specialist die vanuit (meerdere) huisartsenpraktijken sociaal medische zorg aan sociaal kwetsbare personen biedt die (bijna) dakloos zijn en verblijven in de wijk, de opvang en op straat. Door deze discipline te verbinden aan de huisartsenpraktijk realiseer je administratieve en financiële afhandeling van de geleverde zorg.

4.2 Financiering en declaratie

Financiering is deels afhankelijk van een gemeentelijke bijdrage, voor de inzet van de verpleegkundige en de coördinerende activiteiten van huisarts/straatdokers. Daarnaast zijn er declaratiemogelijkheden bij de zorgverzekeraar volgens de huisartsenzorg tarieven voor consulten en verrichtingen en kan bij het CAK een beroep worden gedaan op een tegemoetkoming in de kosten voor onverzekerden/ en onverzekerbare vreemdelingen

Maak afspraken over bepaalde verrichtingen, vernieuwingen en/of resultaten zodat deze kunnen worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar³⁰, of dat bepaalde kosten door de gemeente worden gedekt. Te denken valt aan een systematische intake door een verpleegkundige/VS (gemiddelde schatting van 60-90 minuten), of het afnemen van een SCIL test /ACE test (15 minuten per test), zorgcoördinatie en afstemming multidisciplinair overleg (gemiddelde schatting 60-120 minuten per cliënt per kwartaal). Tijd besteed aan monitoring van gegevens om inzicht in de zorgconsumptie van de doelgroep te krijgen en/of interventies de zorgconsumptie kunnen.

4.3 Bereikbaarheid

Zorg dat de verpleegkundige/VS en of de arts op vaste dagen en tijden spreekuren houden. Cliënten melden zich voor het spreekuur bij de sociaal werkers verbonden aan de opvangvoorziening. Een afspraak maken is niet nodig.

4.4 Samenwerkingsafspraken ketenpartners

Huisarts

- Afspraken over bereikbaarheid buiten kantoortijden
- Afspraken bij acuut zieke mensen.
- Afspraken mensen die eigen huisarts hebben.
- Zieke mensen in de opvang met/zonder eigen huisarts, eerste beoordeling door verpleegkundige
- Supervisie verpleegkundige door (coördinerend) huisarts/straatdokter
- Visite ziekenboeg

³⁰ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/innovatie-en-preventie/afspraken-maken-binnen-vrije-tarieven-s2-s3>

Apotheek: Het wordt aanbevolen om met één apotheek voor de rechthebbende dakloze mensen (inclusief onverzekerde Nederlanders en EU-onderdanen), afspraken te maken over levering (afhalen, bezorgen, leveringsfrequentie) en de eigen bijdrage. Per gemeente is er een apotheek die een contract heeft met het CAK voor onverzekerbare vreemdelingen. De aanbesteding van het CAK wisselt om de drie jaar, het kan dezelfde apotheker zijn als voor andere cliënten.

- Afstemmen over de wijze en inhoud om elkaar te informeren over medicatie verstrekking aan en medicatiegebruik door cliënt.
- In principe hebben cliënten in de nachtopvang de medicatie in eigen beheer.

Overige ketenpartners

- Ziekenhuis
- Laboratorium
- Mondzorg
- GGZ
- Verslavingszorg
- Begeleiding verstandelijke beperking
- Fysiotherapeut

4.5 Regelingen (on)verzekerden

4.5.1 Verzekerden

Dakloze patiënten kunnen op naam ingeschreven staan of op het briefadres afgegeven door de gemeente. De opvangvoorziening kan gelegen zijn in een wijk die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) wordt aangemerkt als opslagwijk (postcode), waardoor hogere inschrijftarieven kunnen worden gedeclareerd bij een zorgverzekeraar.³¹

4.5.2 Eigen risico en vergoedingen

Veel gemeenten hebben met de preferente zorgverzekeraar een collectieve verzekering afgesloten voor dak- en thuisloze patiënten en andere sociaal kwetsbare groepen (de gemeentepolis). Hiervoor zijn afspraken gemaakt over de premiehoogte, eigen risico en onderdelen van de aanvullende verzekering die vergoed worden. Bij premieachterstand is iemand gebonden aan de zorgverzekering waar de premieachterstand is. Als iemand al een zorgverzekering heeft, kan zij/hij alleen per start nieuwe jaar overstappen.

4.5.3 Meldpunt onverzekerden

De straatdokter signaleerden een epidemie van onverzekerde dakloze mensen, sloegen alarm³² en hebben bijdragen aan de een regeling ter declaratie van kosten gemaakt voor onverzekerden.³³ Voor huisartsen: hulp bij declareren zorgkosten onverzekerden. DEAB nodig. Per onverzekerde persoon aanmelden bij meldpunt onverzekerden³⁴, inloggen met UZI pas, nieuwe aanmelding gegevens invullen, u ontvangt een meldnummer, dat nummer gebruiken voor het sturen naar CAK van een factuur voor alle consulten/verrichtingen gedurende een periode van 30 dagen op datzelfde nummer.

4.5.4 EU onderdanen

Zorg aan EU-onderdanen die niet verzekerd zijn kan via dezelfde subsidieregeling verzekerbare onverzekerden CAK in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de kosten.

4.5.5 Ongedocumenteerden vreemdelingen

Zorg geleverd aan ongedocumenteerden vreemdelingen kan via de subsidieregeling verzekerbare vreemdelingen CAK voor een vergoeding van de gedeelde kosten in aanmerking komen. Hoewel deze groep strikt genomen niet tot de doelgroep van het Centrale Meldpunt behoort, kunnen deze mensen wel in beeld komen en medische zorg nodig hebben.³⁵ Het is noodzakelijk dat in samenwerking met reguliere huisartsen afspraken gemaakt zijn die de toegang van zorg voor deze groep mensen waarborgt.

³¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274378_22/1/

³² Sloekers M, Laere I van, Smit R. Straatdokter slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. Ned. Tijdschrift Geneeskunde 2016;160: D214.

³³ Sloekers MT, Zia Z, van Dijk T, van Laere I. Geef onverzekerde daklozen waar ze recht op hebben. Protocol kan einde maken aan onduidelijkheid en onbekendheid van regels. Medisch Contact 2019; 74(33/34):40-43.

³⁴ <https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl/>

³⁵ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

4.6 Ziekenboeg maatschappelijke opvang

Noodzaak ziekenboeg: Als geen sprake is van 24-uurs opvang, is het nodig ingeval van medische problematiek om ziekenbedden in de opvang te realiseren.³⁶ Deze zijn bedoeld voor dakloze mensen die niet ziek genoeg zijn voor het ziekenhuis, maar ook niet op straat kunnen verblijven. Het gaat om ziekenbedden in de maatschappelijke opvang (zoals geboden door bijvoorbeeld het Leger des Heils, HVO-Querido, CVD Havenzicht, NEOS, in de grote steden), of een zo optimaal mogelijk alternatief waarbij medische en verpleegkundige zorg gewaarborgd wordt. Naast ziekenboegbedden zijn er in de opvang chronische verpleegbedden waar dakloze mensen langdurige en/of palliatieve begeleiding kunnen krijgen.³⁷

Flexibel aantal bedden: In lijn met aard en omvang van de medische problematiek van de populatie dakloze mensen dient een flexibel aantal bedden beschikbaar te zijn, met een minimum van twee.

Medische indicatie: De indicatie voor opname in de ziekenboeg moet worden gesteld door een arts en/of een verpleegkundige specialist, met een diagnose, behandelplan en medicatievoorschrift/hulpmiddelen.

Opnameduur: De arts en verpleegkundige geven aan hoe lang de te verwachten opnameduur zal zijn.

Verpleegkundige beschikbaar: Overdag is een verpleegkundige/VS beschikbaar fysiek of op afroep, afhankelijk van aantal bedden. Dagelijks vindt contact plaats tussen cliënt en verpleegkundige/VS en zo vaak als nodig naar gelang de conditie. Tijdens de avond, nacht en weekenden zijn afspraken met de huisartsenpost gemaakt voor overleg, advies en beoordeling op locatie.

Financiering bedden. Maak afspraken over de bekostiging van de bedden. Overweeg collectieve bekostiging vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), hanteer een richtbedrag van Euro 20.000 per bed per jaar. Evalueer halfjaarlijks bezetting, aard en omvang van gebruik en de eventuele uitdagingen. Overweeg een deel bekostiging van in te zetten individuele zorg in de ziekenboeg door zorgverzekeraar, eventueel op projectbasis.

Uitgangspunten locatie en faciliteiten voor ziekenboeg

- Dichtbij locatie centrale intake.
- 1 of 2 bedden op aparte kamers.
- Huiselijke sfeer, zo normaal mogelijk.
- Toilet/douche voor cliënten ziekenboeg.
- Beveiliging aanwezig, verbonden aan de maatschappelijke opvang.
- Medische zorg door arts en verpleegkundige.
- Bemensing, woonbegeleiding en vrijwilligers.
- In de buurt van de ziekenboeg is een huisarts beschikbaar, via huisartsenpost 24/7.
- Verpleegkundige aanwezig, dagelijks contactmoment of op afroep.

³⁶ Laere I van, Wit MA de, Klazinga NS. Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study. BMC Health Serv Res 2009, 9;208.

³⁷ van Dongen SI, Klop HT, Onwuteaka-Philipsen BD, de Veer AJ, Sloekers MT, van Laere IR, van der Heide A, Rietjens JA. End-of-life care for homeless people in shelter-based nursing care settings: A retrospective record study. Palliat Med 2020 Dec;34(10):1374-1384

5 Lessen van de straat

5.1 Monitor & evaluatie

Het Centraal Meldpunt Dakloze Personen heeft een cruciale rol voor het verzamelen van gegevens die bijdragen aan het verkrijgen van inzicht en trends door de tijd van de omvang en aard van de populatie dakloze personen, kenmerken, problemen, herstel en participatie, ziekte en sterfte.

Om sociaal medisch beleid te kunnen formuleren en verbeteren dient de gemeente het Centraal Meldpunt Dakloze Personen expliciet opdracht te geven en faciliteiten te bieden om gegevens te verzamelen, analyseren en rapporteren. Dit onder strenge voorwaarden, waarbij het duidelijk is welke informatie uit het registratiesysteem wordt gehaald en waarvoor de cliënt schriftelijke toestemming geeft om deze in kader van onderzoek anoniem te mogen gebruiken. Het doel van het onderzoek is wetenschappelijk onderbouwde input te leveren voor gemeentelijk beleid ter preventie van dakloosheid en verbetering van sociale en medische hulp voor hen die dakloos zijn geraakt.³⁸

Geef de GGD de epidemiologische opdracht om specifieke gegevens systematisch te verzamelen en rapporteren.³⁹ Gebaseerd op de praktijk en wetenschap van de sociaal medische zorg voor en tijdens dakloosheid⁴⁰ wordt aanbevolen de volgende basisgegevens te verzamelen:

5.2 Beleidsinformatie preventie dakloosheid

- Hoeveel dakloos: aantal dakloze personen gemeld, intake en hulptraject.
- Waar dakloos: postcode van dakloos raken (maak een geografische kaart waar men dakloos is geworden)
- Hoe dakloos: relatiebreuk, huisuitzetting door huurschuld, huisuitzetting door overlast, huisuitzetting door onrechtmatig gebruik/hennepteelt, verlaten van een instelling/gevangenis of retour na verblijf in het buitenland.
- Wie dakloos: samenstelling huishouden, geslacht, leeftijd, opleiding, werk en inkomen.
- Dakloos van buiten: aantal dakloze personen uit een Europese Unie land of van verder weg.
- Welke hulp vooraf: met welke hulpverlening sociaal of medisch was er contact voor het dakloos raken.

5.3 Beleidsinformatie dakloosheid en sociale zorg

- Hoeveel daklozen: aantal dakloze personen gemeld, intake, hulptraject, uit beeld, terugval.
- Hoe lang dakloos: bepaal de duur van het traject van aanmelding tot vaste huisvesting (hoe langer dakloos hoe moeilijker de weg terug en hoe ongezonder de leefsituatie)
- Slaapplek: waar heeft men de afgelopen week geslapen, teruggekeken vanaf moment van sociale intake en heeft men buiten geslapen
- Briefadressen: bepaal het aantal aanvragen en toewijzingen van een briefadres voor feitelijk dakloze personen.

³⁸ Lauriks S, de Wit M, ten Asbroek A et al. Prestatie-indicatoren voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: een conceptueel kader. TSG 2008; 86: 328–336. <https://doi.org/10.1007/BF03082109>

³⁹ Viergever RF. Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg? TSG 2013; 6: 347-357.

⁴⁰ Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. University of Amsterdam, PhD Dissertation, 2009. <http://dare.uva.nl/record/325935>

- Daklozenuitkering: bepaal het aantal aanvragen en toewijzingen voor een bijstandstanduitkering aan dakloze personen.
- Onverzekerden: bepaal het aantal onverzekerde dakloze personen op het moment van sociale intake.
- Dagbesteding: bepaal de aard en de omvang van de dagbesteding van de dakloze personen het jaar voor en tijdens het hulptraject.
- Uitstroom: bepaal aantal personen doorgestroomd naar vaste huisvesting en overdracht aan reguliere hulpverlening.
- Opvolgen: volg alle uitgestroomde cliënten elke 6-12 maanden; bepaal aantal personen uit beeld, naar andere regio, naar buitenland, langdurig in een zorginstelling, terug in het daklozencircuit of overleden.

5.4 Beleidsinformatie dakloosheid en medische zorg

- Hoeveel consulten: aantal daklozen met een verpleegkundige intake, aantal consulten door de verpleegkundige, aantal consulten door de huisarts.
- Kenmerken dakloze: geslacht, leeftijd, opleiding, werk, inkomen, verzekering, hoogte schulden, en locatie, reden en duur dakloosheid.
- Medische problemen: aantal met problemen van verslaving, psychiatrie, chronische lichamelijke aandoeningen, verstandelijke beperking (SCIL-scores), trauma (ACE scores), cognitieve beperkingen.⁴¹ Voorbeeld monitoring zorgvragen op de straatdokerspreekuur in Rotterdam.⁴²
- Medicatie: aantal recepten, voor somatische of psychische medicatie, en hulpmiddelen.
- Verwijzingen: aantal verwijzingen per dakloze patiënt en totaal (naar ziekenboeg in de maatschappelijke opvang, naar ziekenhuis, GGZ, verslavingszorg, LVB, fysiotherapie, tandarts, anders).
- Hulp: aantal in zorg bij verslavingszorg, GGD, medisch specialist, tandarts, LVB, fysiotherapie, anders. Aantal behandelingen klinisch en poliklinisch.
- Ziekenboeg: verwijzer, indicatie, duur opname en bestemming na opname in een ziekenboeg.
- Crisis: aantal vrijwillige of dwangopnamen in de GGZ (verslaving, psychiatrie, LVB, cognitief, maatschappelijke teloorgang).
- Uit beeld: aantal in hulptraject dat uit beeld raakt (langer dan 3 maanden gevangenis of opname zorginstelling, of vertrek naar andere regio of buitenland of overleden).
- Sterfte: aantal sterfgevallen onder de dakloze personen; woonstatus, locatie, datum, dag in de week en tijdstip van overlijden, doodsoorzaak.

⁴¹ Slockers M, van Laere I, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts & Wetenschap 2017;60(7):360–2.

⁴² Slockers M, van Laere I, van der Gevel A, Slockers C, van Marlen-Bos C, Mackenbach J, van Beeck E. Rotterdamse daklozen met een zorgvraag. Gegevens van het straatdokerspreekuur in de periode 2006-2017. Ned Tijdschr Geneesk 2020;164:D4656

Bijlagen

A. Taakomschrijving disciplines sociaal medisch team dakloze mensen

Sociaal medewerker namens de gemeente

HBO, 36 uur, gemeente functieschaal 10, maximaal bruto Euro 4.500 per maand.

Consulent Sociaal Domein, expertise regisseur, dak- en thuisloze mensen.⁴³ De sociaal medewerker is verantwoordelijk voor uitvoering van de sociale intake en is poortwachter richting voorzieningen zoals briefadres, opvang, gemeentelijke uitkering en schuldhulpverlening. Hiernaast helpt deze medewerker bij de (her)aanmelding voor zorgverzekering, aanvragen van legitimatie. Het aanreiken van de verzamelde informatie is voor de verpleegkundige en de huisarts/straatdokter van groot belang voor het kunnen duiden van klachten en gedrag en het bepalen van (de haalbaarheid van) stappen richting medische diagnostiek en behandeling.

Ervaringsdeskundige afkomstig uit de doelgroep

MBO+, 36 uur, Euro 2000 – 3000 bruto per maand.

De ervaringsdeskundige⁴⁴ (sociaal medische zorg voor dakloze mensen) ondersteunt de deelnemers in hun ontwikkeling naar herstel van het gewone leven, zodat zij zich zover als mogelijk als zelfstandig persoon kunnen manifesteren in wisselwerking met de naaste omgeving en/of voorzieningen, en maakt deel uit van het team van professionals. MBO werk- en denkniveau. Opleiding op het gebied van ervaringsdeskundigheid. Neemt zelf deel aan de ontwikkeling in het herstel van het gewone leven. Is in staat te met voldoende afstand te kunnen reflecteren op de eigen ervaringen en grenzen.

Verpleegkundig specialist (VS)/sociaal verpleegkundige

HBO+, 16-36 uur, Euro 4500-5000 bruto per maand

De verpleegkundige/verpleegkundig specialist kan op verschillende locaties werkzaam zijn zoals locatie Centraal Meldpunt Dakloze Personen, opvanglocatie, GGD, wijkteam locatie en/of huisartsenpraktijk.

De VS heeft sinds 01-01-2012 een in de wet BIG verankerde bevoegdheid tot het indiceren, uitvoeren en delegeren van een aantal medische handelingen. Binnen de reikwijdte van de in de wet toegekende bevoegdheden en binnen het deskundigheidsgebied betekent dit ook een zelfstandige verantwoordelijkheid. Een VS diagnosticeert, behandelt en verwijst patiënten naar eerste en of tweedelijns zorgvoorzieningen. Als zelfstandige behandelaar vallen verpleegkundig specialisten onder het medisch tuchtrecht. Zij maken zelf de afweging of intercollegiaal overleg gewenst is. Controle van activiteiten achteraf zal vooral gericht zijn op intercollegiale toetsing. De opleiding tot VS leidt op tot een wetenschappelijk werk en denkniveau. Minimaal 5 jaar relevante werkervaring binnen verschillende domeinen in de gezondheidszorg is noodzakelijk. VS is ingeschreven in het BIG-register. Om in dit kwaliteitsregister geregistreerd te blijven is jaarlijks een minimumaantal bijscholingen noodzakelijk.

⁴³ Voorbeeld van vacature consulent in centrumgemeente Gouda. <https://vacatures.werkeninhetwesten.nl/vacature/4469/consulent-sociaal-domein-expertise-regisseur-dak-en-thuisloze/>

⁴⁴ https://www.deervaringsdeskundige.nl/media/21569/GGZ_ERVARINGSDESKUNDIGHEID.pdf

- Aanspreekpunt op opvanglocatie. Zicht op gezondheidssituatie van cliënten in de opvang.
- Link tussen de opvang, huisartspraktijk en Centraal Meldpunt
- Vertrouwen winnen van doelgroep en contact leggen op locatie.
- Ondersteunt de huisarts met OGGZ-problematiek van de (toekomstige) patiënten die ingeschreven staan in de huisartsenpraktijk
- Verricht de medische intake inclusief lichamelijk onderzoek en neemt de Scil-test af
- Verzamelt, verwerkt en analyseert de medische informatie uit de medische intake, rapporteert de problematiek van de cliënt en stelt een behandelplan voor aan de huisarts.
- Verzamelt, verwerkt en analyseert de medische informatie en observatie van direct betrokkenen en vroegere hulpverleners.
- Bezoekt ter ondersteuning samen met de cliënt de huisarts, voor kennismaking, delen informatie, maken van vervolgspraken.
- Heeft een taak in de zorgcoördinatie:
 - Terugkoppeling naar het Centraal Meldpunt over zorgproces (zo beperkt mogelijk inhoudelijk) en bijwonen casuïstiekoverleg.
 - Contact zoeken en onderhouden met betrokken hulpverleners en afstemmen over de inhoud en de voortgang van de sociaal medische zorg.
 - Zicht op ontwikkelingen van de cliënt
 - Vervolggesprekken met de cliënt

Indien verpleegkundig specialist:

- Verwijst patiënten, schrijft recepten en vraagt nader onderzoek aan.
- Voert medische handelingen uit waaronder het meten van de bloeddruk, saturatie, polsslag en ademhalingsfrequentie, geheel lichamelijk onderzoek wondbehandeling, en bespreekt leefstijl gerelateerde problematiek.
- Indiceren, voorschrijven en opvolgen van opiaten, kalmeringsmiddelen, slaapmedicatie of andere psychofarmaca altijd in overleg met huisarts/straatdokter, verslavingsarts en/of psychiater en nauwkeurig gerapporteerd.
- Flexibel, inventief, weerbaar, kritisch, communicatief, samenwerken

Huisarts/ straatdokter

- Keuze voor het huisartsaanbod voor dakloze mensen bestaat uit 1 huisartsenpraktijk die de totale zorg verleent of meerdere huisartspraktijken met 1 coördinerend huisarts als vast aanspreekpunt voor gemeente, opvang en zorginstellingen.
- Doet spreekuur op locatie, elke 1-2 weken, tussen de middag of tijdens een avond, bijvoorbeeld vanaf 18 uur inloop, in samenwerking met verpleegkundig specialist en medewerker opvang.
- Aanspreekpunt voor verpleegkundig specialist, coaching en supervisie.
- Aanspreekpunt voor collega huisartsen, in samenwerking met de regionale huisartsenvereniging.
- Aansluiting huisartsenpost; 24-uurs zorg borging avond, nacht en weekenden.
- Creëren van goodwill bij collega huisartsen voor opname doelgroep in de praktijk.
- Connectie met ziekenhuizen, bemiddeling en coördineren bij problemen
- Toegang tot diverse registratiebestanden (HIS, LSP, Vecozo, Zorgdomein).

Taken coördinerend huisarts/straatdokter

- Overleg binnen huisartsenkring, met zorgpartners, gemeente
- Supervisie verpleegkundig specialist/ sociaal verpleegkundige (te creëren functie POH-OGGZ)
- Organisatie deskundigheidsbevordering collega huisartsen, verpleegkundigen, POH, doktersassistenten
- Verzamelen gegevens patiënten voor monitor informatie
- Kwaliteitsborging zorg in opvang

Taken participierend huisarts/straatdokter

- Consulten in eigen praktijk en op locatie
- Medisch handelen, diagnostiek en therapie
- Bereikbaar voor overleg met verpleegkundige
- Afstemming diagnostiek en behandeling

Trajectmanager

HBO+, 24-36 uur per week, 4000-4500 Euro bruto per maand. De trajectmanager is verantwoordelijk voor het uitvoeren, opvolgen en registreren van het begeleidingsplan. Dit is een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg, zelfmanagement en onderlinge communicatie, gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de cliënt, die in gezamenlijke besluitvorming tot stand is gekomen. Voor een effectief en efficiënt gebruik van het begeleidingsplan is adequate en actuele registratie vereist, in lijn met privacy regels. De trajectmanager beschikt over een actueel overzicht van relevante delen van de:

- Probleemlijst van en actielijst voor sociale en medisch problemen
- Medicatielijst, inclusief zelfzorgmedicatie
- Betrokken zorgverleners en hun rollen/verantwoordelijkheden en interventies
- De behandeldoelen en het beleid bij calamiteiten
- De inzet/mogelijkheden van cliënten (en naasten)

B. Formulier sociale intake dakloze mensen

Sociale intake dak- en thuisloze mensen

Naam sociaal medewerker:

Intakedatum:

Geef informatie over:

- Wat doet het Centraal Meldpunt Dakloze Personen
- Hoe ziet het proces eruit
- Recht op cliëntvertegenwoordiging bij aanvraag WMO
- Rechten en plichten
- Verwachtingen
- Wachttijden
- Veiligheid
- Privacy/ registratie van gegevens

Vaststellen identiteit	
Naam:	
Geboortedatum:	.. - - -
BSN:	
Geslacht:	(1) Vrouw (2) Man (3) Anders
Nationaliteit:	(1) Nederlandse (2) Overige, namelijk:
Burgerlijke staat:	(1) Ongehuwd (2) Gehuwd (3) Verweduwd (4) Gescheiden
Contactgegevens: Adres Telefoon E-mailadres	
Heeft u legitimatie?	(1) Ja → Actie 1 (2) Nee → Actie 2
Zo ja, welke:	(1) Rijbewijs (2) ID kaart (3) Paspoort (4) Verblijfsdocument
Zo ja, is uw legitimatie nog geldig?	(1) Ja (2) Nee → Actie 2
Zo nee, aangifte van vermissing gedaan?	(1) Ja → Actie 3 (2) Nee → Actie 4
Acties:	
(1) Kopie legitimatie maken	
(2) Legitimatie aanvragen	
(3) Kopie bewijs van vermissing maken	
(4) (Helpen bij) aangifte van vermissing ID bij politie	
Laatste inschrijfadres	
Wat was uw laatste inschrijfadres?	Adresgegevens: Postcode, straat en huisnummer Actie → 5

Met wie woonde u hier?	<ul style="list-style-type: none"> (1) Alleen (2) Met partner (3) Met partner en kinderen (4) Met kinderen zonder partner (5) Met ouder(s) (6) Met anderen (geen partnerrelatie, wel gezamenlijk huishouden) (7) Anders, namelijk: (8) Weet niet
Wat voor woning was dit?	<ul style="list-style-type: none"> (1) Huurwoning met contract op eigen naam (2) Huurwoning, inwonend, geen contract op eigen naam (3) Beschermd/beschut wonen (4) Koopwoning (5) Verblijf in een instelling, namelijk: (6) Anders, namelijk:
Hoe lang heeft u hier gewoond?	<p>Duur:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 0-6 maanden (2) 6-12 maanden (3) 1-3 jaar (4) 3-5 jaar (5) 5-10 jaar (6) Langer dan 10 jaar
Als laatste verblijfadres anders is dan laatste inschrijfadres onderstaande invullen:	
Wat was uw laatste verblijfadres?	<p>Adresgegevens: Postcode, straat en huisnummer</p> <p style="color: red;">Actie → 6</p>
Met wie woonde u hier?	<ul style="list-style-type: none"> (1) Alleen (2) Met partner (3) Met partner en kinderen (4) Met kinderen zonder partner (5) Met ouder(s) (6) Met anderen (geen partnerrelatie, wel gezamenlijk huishouden) (7) Anders, namelijk: (8) Weet niet
Wat voor woning was uw laatste verblijfadres?	<ul style="list-style-type: none"> (1) Eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract/hypotheek) (2) Bij familie, vrienden of kennissen inwonend, permanent, zonder huurcontract (3) Bij familie, vrienden of kennissen inwonend: tijdelijk, zonder uitzicht op langer verblijf (4) Particulier pension, logement, hôtel (5) Kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand (6) Op straat; in de open lucht, overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra, auto, garage) (7) Passantenverblijf, slaaphuis of noodcentrum; tijdelijk verblijf; nachtopvang (8) Woonvoorziening voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang (sociaal pension, internaat) (9) Woonvoorziening in de GGZ of verslavingszorg (10) (Psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek (11) Gevangenis of huis van bewaring

	(12) Overig, namelijk...
Hoe lang heeft u hier gewoond?	Duur: (1) 0-6 maanden (2) 6-12 maanden (3) 1-3 jaar (4) 3-5 jaar (5) Langer dan 5 jaar
Acties:	
5) Checken laatste inschrijfadres en duur in BRP; 1) Adres elders 2) VOW (vertrek onbekend waarheen) of 3) In onderzoek. Bij 2 en 3 is gesprek aan de balie bij services nodig.	
6) Inschrijfadres status BRP: VOW/In onderzoek en geen opvang nodig: helpen bij afspraak gemeenteafdeling Services voor inschrijving.	

Huidige verblijflootatie	
Wat is uw huidige verblijflootatie?	(1) Eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract/hypotheek) (2) Bij familie, vrienden of kennissen inwonend, permanent, zonder huurcontract (3) Bij familie, vrienden of kennissen inwonend: tijdelijk, zonder uitzicht op langer verblijf (4) Particulier pension, logement, hôtel (5) Kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand (6) Op straat; in de open lucht, overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra, auto) → ACTIE (7) Passantenverblijf, slaaphuis of noodcentrum; tijdelijk verblijf; nachtopvang (8) Woonvoorziening voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang (sociaal pension, internaat) (9) Woonvoorziening in de GGZ of verslavingszorg (10) (Psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek (11) Gevangenis of huis van bewaring (12) Overig, namelijk...
Reden dakloosheid	
Wat is de reden van dakloosheid?	(1) Relatiebreuk, weggestuurd of zelf vertrokken (2) Huurschulden (3) Verlaten instelling (GGZ, detentie, etc.) (4) Remigratie, terug uit buitenland (5) Overige ...
Duur dakloosheid	Duur: (1) 0-3 maanden (2) 3-6 maanden (3) 6-12 maanden (4) 1-3 jaar (5) 3-5 jaar (6) Langer dan 5 jaar (7) weet niet

Kunt u (tijdelijk) verblijven bij familie/vrienden?	(1) Ja (2) Nee -> Actie 7
Geen (brief)adres en geen mogelijkheid tot inschrijving elders?	(1) Ja → Actie 8 (2) Briefadres nodig: → Actie 9
Acties:	
7) Start proces opvang (18+, legaal in Nederland, recht op geldig legitimatiebewijs, niet geschorst bij opvang).	
8) Checken briefadres in BRP	
9) Gemeente: proces (brief)adres starten. Regiogemeente: Aanmelden briefadres regiogemeente	

Netwerk	
In welke gemeente(n) wonen uw familie/vrienden?	
Mogen we contact met familie/vrienden opnemen in geval van medische nood of bij overlijden?	(1) Ja → Toestemming Actie 10 (2) Nee
Contactgegevens netwerk voor noodgeval:	(NAW, telefoon, emailadres)
Is er iemand die weet van uw situatie? Is er iemand die u vertrouwd?	(1) Ja, wie? (2) Nee
Acties:	
(10) Toestemmingsverklaring gebruik contactgegevens bij (medisch) noodgeval of overlijden.	

Opleiding, werk en inkomen	
Hoogst genoten opleiding met diploma? (Indeling CBS)	(1) <u>Laag</u> : basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo of de assistentenopleiding (mbo-1). (2) <u>Middelbaar</u> : bovenbouw van havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo-2), de vakopleiding (mbo-3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-4). (3) Hoog: hbo of wo.
Heeft u werkinkomsten?	(1) Ja (2) Nee
Zo ja, wat is uw werk?	
Bij werk: Wat voor contract?	Contract/ aantal uren per week: (1) Vast contract/onbepaalde tijd (2) Tijdelijk contract, tot ... (3) Flex/ nul-uren contract (4) ZZP (5) Overige
Heeft u een uitkering?	(1) Ja Welke: a) Wajong b) Bijstand c) WW d) WIA e) AOW f) Aanvullend pensioen g) Overig: ... (2) Nee
Wel uitkering: Inkomensinstantie:	

Contactgegevens contactpersoon:	van	
Geen uitkering: Waarvan komt u rond?		(1) Lenen (van familie/vrienden) (2) Bedelen, daklozenkrant verkopen (3) Overig, inkomsten uit zwart werk (handel)
Check recht uitkering		<ul style="list-style-type: none"> • Geen inkomen • Geen recht op andere uitkering (bijvoorbeeld WW UWV bij ontslag) • BRP-check. Persoon moet ingeschreven zijn • Vermogenstoets (alleenstaande €6000) - <i>check laatste informatie hierover.</i> • Geen arbeidsmogelijkheden <p>Geen inkomen uit uitkering/werk → aanvraag daklozenuitkering,</p> <p>Aanvraagformulier invullen Actie 11 Afspraak inkomensconsulent gemeente Actie 12</p>
Heeft u een bankrekeningnummer?		(1) Ja (2) Nee → hulp bij aanvraag Actie 13
Schulden		
Heeft u schulden?		(1) Nee (2) Ja → regel schuldhulp Actie 14
Hoogte totale schuld?		Tot 100 euro 100-500 euro 500-1000 euro 1000-10.000 Meer dan 10.000 Totaal schuldbedrag:
Bij wie heeft u schulden? Of bij wie de hoogste schulden? Welk bedrag?		1) Premieachterstand zorgverzekeraar 2) Telefoonprovider 3) Boetes (CIJB) 4) Huurschuld 5) Familie/vrienden 6) Anders...
Acties:		
(11) Start proces uitkering. Aanvraagformulier invullen. Documenten checklist meegeven; of vervolgspraak voor verzamelen stukken. Doorgeven aan inkomensconsulent		
(12) Aanmelden bij inkomensconsulent/		
(13) (Helpen bij) bankrekeningnummer aanvragen		
(14) Schuldhulp regelen		
Ervaren gezondheid en zorgverzekering		
Hoe vindt u uw gezondheid?		Zeer goed Goed Matig Slecht Zeer slecht
Heeft u een zorgverzekering?		(1) Ja → Actie 15 (2) Nee → inschrijven eigen verzekeraar Actie 16 Of inschrijven collectieve verzekering gemeente Actie 17
Bij welke verzekeraar?		
Zorgverzekering polisnummer:		

Heeft u achterstand voor de betaling van de zorgpremie?	(1) ja → Actie 16 (2) nee
Acties:	
(15) Kopie verzekeringspas	
(16) Inschrijven bij eigen verzekeraar, naar eigen keuze	
(17) Inschrijven verzekeraar collectieve verzekering gemeente/ regiogemeente	
(18) uitzoeken premieachterstand, regelen schuldsanering	

Veiligheid	
Actuele politie- of justitiecontacten	(1) nee (2) ja
Contact- of gebiedsverboden?	(1) nee (2) ja
Bekend bij Veiligheidshuis?	(1) nee (2) ja

Privacy	
Cliënt informeren over het vastleggen en gebruik van de door hem/haar verstrekte informatie en de reden van het delen ervan met interne partijen, louter in het belang van de hulpverlening aan cliënt. → Actie 19	
Cliënt informeren over het vastleggen en gebruik van de door hem/haar verstrekte informatie en de reden van het delen ervan met externe partijen, louter in het belang van de hulpverlening aan cliënt. → Actie 20	
Acties:	
(19) Toestemmingsverklaring interne partijen ondertekenen	
(20) Toestemmingsverklaring externe partijen ondertekenen	

Samenvatting
(Geef een overzicht van bovenstaande items)

C. Formulier acties en afspraken dakloze mensen

Datum

Geachte mevrouw/meneer,

U heeft zich gemeld bij het Centraal Meldpunt Dakloze Personen

Samen hebben we over uw situatie en de hulp die u nodig heeft gesproken. We hebben acties ondernomen en afspraken gemaakt. Wij vinden het belangrijk om goed om te gaan met uw gegevens. De informatie die u aan ons gegeven heeft delen wij alleen met anderen in uw belang. Dus alleen als dit nodig is voor de hulpverlening die u krijgt. U heeft ons hiervoor schriftelijk akkoord gegeven.

De volgende acties en afspraken hebben wij met u gemaakt of moeten nog worden geregeld.

Uw gegevens				
	Naam			
	Geboortedatum			
	Telefoonnummer/e-mail			
Onze gegevens				
	Naam van uw trajectmanager			
Acties en afspraken		Ja/ Nee	Wanneer	Geregeld
1	Kopie van uw ID gemaakt			
2	Aanvraag voor ID gedaan			
3	Kopie van vermissing van uw ID gemaakt			
4	Hulp bij aangifte politie voor vermissing van uw ID			
5	Uw laatste inschrijfadres genoteerd en opgezocht in BRP			
6	Uw laatste verblijfadres genoteerd en opgezocht in BRP			
7	Start hulp voor verkrijgen van onderdak in de opvang			
8	Gekeken naar briefadres in BRP			
9	Aangemeld voor aanvraag briefadres bij gemeente			
10	Uw toestemming voor benaderen familie/vrienden			
11	Aanvraagformulier uitkering ingevuld			
12	Afspraak bij inkomensconsulent gemeente			
13	Hulp bij aanvragen bankrekeningnummer			
14	Hulp bij aanvragen schuldhulpverlening			
15	Kopie zorgverzekeringsspas gemaakt			
16	Hulp bij inschrijven eigen zorgverzekeraar			
17	Inschrijven bij collectieve zorgverzekeraar gemeente			
18	Hulp bij regelen wegwerken premieachterstand			
19	Uw toestemming delen informatie interne hulpverlening			
20	Uw toestemming delen informatie externe hulpverlening			

D. Bewindvoering en mentorschap

Bewindvoering, beschermingsbewind, onderbewindstelling van meerderjarigen

Aan bod kwam al de Wsnp bewindvoerder (zie hoofdstuk 1.8). Dit is een bewindvoerder die werkt voor de schuldeisers. De Wsnp bewindvoerder bewaakt dat:

1. Er maximaal wordt afgedragen aan de schuldeisers
2. De sollicitatieplicht wordt nagekomen
3. Er alle informatie gegeven wordt die in het belang is voor de voortgang van het Wsnp traject (inlichtingenplicht)
4. Er geen nieuwe schulden worden gemaakt

Dat is een hele andere rol dan een bewindvoerder in het beschermingsbewind. Dit werkt juist van uit het perspectief van de cliënt. Er zijn verschillende beschermingsbewindkantoren; elk kantoor dat benoemd wordt, is goedgekeurd door het Landelijk Kwaliteitsbureau Curatoren, Bewindvoerders en Mentoren.

Beschermingsbewind wordt vaak ingezet als voorbereiding op en ondersteuning van het schuldenoplossingstraject. Het voordeel van bewindvoering is dat het inkomen en de toeslagen (als ze er zijn!) beschermd worden ontvangen en de vaste lasten dus altijd betaald kunnen worden. Vanuit die stabiele situatie is het dus mogelijk een toeleiding naar de gemeentelijke schuldhulpverlening te organiseren.

Aanmelding. De weg naar beschermingsbewind start met de aanmelding bij een bewindvoerderskantoor. Die zal je veel werk uit handen nemen, maar in grote lijnen zal het volgende ingevuld / aangeleverd moeten worden:

Verzoekschrift. Hierover valt nog het volgende te zeggen:

- Hiermee wordt aan de kantonrechter gevraagd de zaak in behandeling te nemen. Voor het ondertekenen van een verzoekschrift moet de cliënt voldoende wilsbekwaam zijn, anders zal de kantonrechter een andere verzoeker willen. Bijvoorbeeld een familielid, of de instelling die cliënt verzorgt en/of begeleidt. In een uiterst geval kan de Officier van Justitie het verzoek verzorgen.
- Waarom moet de cliënt onder bewind? Er zijn twee grondslagen:
 1. De geestelijke en/of lichamelijke grondslag. Dat betekent dat een cliënt onvoldoende in staat is zijn financiële belangen goed waar te nemen. Eigenlijk staat de vraag of de cliënt wel of geen schulden heeft hier los van. De geestelijke grondslag zal nauwkeurig onderbouwd moeten worden.
 2. Het hebben van problematische schulden en/of verkwisting. De eerste is momenteel de snelste manier om onder bewind te komen, want het makkelijkste te onderbouwen. Voor een stabiele toekomst is het wel zaak zorgvuldig af te wegen wat de grondslag wordt.
- De bereidheidsverklaring van de bewindvoerder
- De akkoordverklaring van familie (bij schulden vaak niet verplicht)
- De schuldenlijst
- Plan van aanpak
- Aanvullend plan van aanpak bij schulden
- Eventueel rapportage over de geestelijke toestand

Beschikking van de kantonrechter. Wanneer de kantonrechter zitting gehouden heeft, wordt er een beschikking opgesteld. Nu staat de cliënt officieel onder bewind.

Nieuwe schulden maken. Wanneer de cliënt vanwege schulden onder bewind staat, is er automatisch sprake van een openbaar bewind. Dat betekent dat hij geen nieuwe verplichtingen meer kan afsluiten: elke nieuwe schuldeiser had immers kunnen weten dat hij onder bewind stond. Wanneer een cliënt onder bewind staat vanwege geestelijke toestand kan er om openbaarmaking gevraagd worden. Dat is handig wanneer iemand makkelijk beïnvloedbaar is. Wanneer een cliënt nieuwe boetes maakt, vallen die niet onder de bescherming tegen nieuwe schulden. Het is dus in specifieke gevallen nog steeds mogelijk schulden te maken.

Beheerrekening. De bewindvoerder zal eerst proberen een 'schone bankrekening' te openen. De zogenaamde 'beheerrekening'. De bewindvoerder zal zorgen dat het inkomen en de toeslagen op deze nieuwe rekening terecht gaan komen. Ook zal de bewindvoerder bewaken dat de cliënt alles krijgt waar hij recht op heeft. Denk er aan dat hij dan toeslagen aanvraagt, beslagen herstelt, verrekeningen er af haalt.

Met dit volledige inkomen zal hij starten met het betalen van de lopende vaste lasten. Misschien raar om te bedenken, maar een bewindvoerder zal altijd focussen op:

1. Het voorkomen van nieuwe schulden. Nieuwe schulden zouden immers betekenen dat de toegang tot schuldhulpverlening geweigerd wordt.
2. Schuldenrust creëren. De bewindvoerder zal alle schuldeisers aanschrijven met het verzoek de vordering bij hem in te dienen. In beginsel zal er nog niet aangegeven worden wat de oplossing wordt. In een nieuw dossier weet je vaak niet of er sprake is van een saneerbaar geheel

Wanneer de bewindvoerder beoordeelt dat:

1. Het budget stabiel is
2. De schuldenaar stabiel gedrag vertoont
3. De schuldenlijst juist en volledig is

Dan zal er pas een toeleiding naar de gemeentelijke schuldhulpverlening mogelijk zijn. Waarschijnlijk zullen de oude schulden in deze fase zelfs hoger zijn geworden. In een problematische schuldensituatie is dat niet erg. Immers: er gaat een percentage afgelost worden en niet de hele schuld.

Reken een halfjaar tot een jaar ná eerste ontvangst van het inkomen voor dit deel van het verhaal.

alle beheeractiviteiten behoren tot het werk van de bewindvoerder: belastingaangifte, aanvragen bijzondere bijstand, aanvragen kwijtschelding enzovoort. Pinnen en boodschappen doen moet de cliënt nog steeds zelf doen...

Een bewindvoerder mag een bedrag in rekening brengen bij de cliënt. Dit bedrag wordt jaarlijks vastgesteld door het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Wanneer een cliënt dit bedrag zelf niet kan betalen, dan kan een bewindvoerder hiervoor bijzondere bijstand aanvragen bij de gemeente. Dan moet de cliënt dus:

- a. Ingeschreven staan bij die gemeente
- b. Aan de voorwaarden voor bijzondere bijstand voldoen

Een bewindvoerder zal dus elke aanmelding aan kunnen nemen.

Doet een bewindvoerder zijn werk niet goed? Elke bewindvoederskantoor moet een klachtenregeling hebben. Nog steeds niet tevreden? Dan kun je een verhoor aanvragen bij de kantonrechter. De cliënt stuurt dan zijn klachtenbrief naar de kantonrechter. Dit is heel laagdrempelig: hiervoor worden geen

kosten gerekend en je hebt ook geen advocaat nodig. Komen cliënt en bewindvoerder er samen niet uit? Dan kun je een wijziging bewindvoerder verzoeken.

Elk jaar moet een bewindvoerder een rekening en verantwoording maken: een financieel verslag van zijn werkzaamheden. In het geval van een schuldenbewind zal de cliënt dat moeten ondertekenen. In het geval van een toestand bewind zal de kantonrechter zelf de controle uitvoeren.

Wanneer een cliënt onder bewind uit wil, dan moet in beginsel de grondslag zijn verdwenen. Immers: de cliënt kwam ooit onder bewind vanwege:

- 1) Geestelijke en/of lichamelijke toestand
- 2) Problematische schulden en/of verkwisting

Wanneer dat niet meer aan de orde is kan je aan de kantonrechter opheffing vragen. Wanneer je vindt dat voortzetting geen zin meer heeft kun je ook opheffing vragen.

Bedenk dat een bewindvoerder in een schuldendossier 22 uur op jaarbasis heeft. Zeker in het eerste jaar is dat niet veel. Een bewindvoerder hanteert daarom vaak strikte kantoortijden.

Mocht het niet lukken om via schuldhulpverlening de financiën weer op orde te krijgen door bijvoorbeeld een psychische of lichamelijke beperking? Dan kan beschermingsbewind een mogelijkheid zijn. Beschermingsbewind is vooral bedoeld om de cliënt financieel te beschermen. Een beschermingsbewindvoerder beheert de inkomsten cliënt en zorgt bijvoorbeeld dat zijn/haar rekeningen op tijd worden betaald. Ook zorgt een beschermingsbewindvoerder dat de kans op (nieuwe) schulden kleiner wordt. Kortom, een beschermingsbewindvoerder regelt al de geldzaken van de cliënt. Zo kunnen anderen geen misbruik van de cliënt zijn/haar situatie maken. De rechtbank bepaalt of de cliënt wel of niet in aanmerking komt voor beschermingsbewind. De cliënt mag zelf een beschermingsbewindvoerder kiezen. Een professionele bewindvoerder wordt ook aangesteld door de rechtbank. De bewindvoerder moet aantonen dat deze aan de kwaliteitseisen van de rechtbank voldoet. Pas daarna zal de rechtbank de bewindvoerder benoemen. Ook controleert de rechtbank regelmatig op de kwaliteit.

Beschermingsbewind kost geld. Kan de cliënt de kosten niet zelf? Dan kan de gemeente de cliënt ondersteunen met bijzonder bijstand. Wanneer de cliënt een klacht heeft over de bewindvoerder, dan bespreekt hij/zij dit eerst met de bewindvoerder zelf. Alle bewindvoederskantoren hebben een klachtenprocedure waarvan de cliënt gebruik kan maken. Komen de cliënt en de bewindvoerder er samen niet uit, dan kan de cliënt de kantonrechter een brief schrijven waarin hij/zij uitlegt wat uw klachten zijn. Deze brief moet naar de rechtbank (sector kanton) die uw bewind onder toezicht heeft. De rechter beoordeelt of de klachten gegrond zijn en nodigt u mogelijk allebei uit voor een zitting.

Op <https://www.rechtspraak.nl/Onderwerpen/Bewind> is nog veel meer informatie over bewindvoering te vinden inclusief uitleg over de

Mentorschap

Waar bewindvoering de uitvoering van de financiën uit handen neemt, zorgt mentorschap voor de coördinatie van 'belangen van niet-vermogensrechtelijke aard'.

Dit is een relatief nieuwe tak van sport. Je ziet dat veel bewindvoederskantoren ook deze vertegenwoordiging gaan aanbieden, maar dat kan nog maar sinds 2014. Daarom is er ook nog veel niet helemaal duidelijk.

Bedenk goed dat een mentor geen hulpverlener is, maar een coördinator. De mentor is er voor verantwoordelijk dat de cliënt de juiste zorg en huisvesting krijgt. Net als bij bewindvoering bepaalt de kantonrechter of je wel of niet onder mentorschap komt. Je kunt het met hetzelfde verzoekschrift en met dezelfde bijlagen aanvragen als bewindvoering.

Wanneer iemand onder mentorschap staat heb je als hulpverlener altijd een partij ter beschikking die als eerste aanspreekpunt geldt: de mentor moet altijd rekening houden met de wensen van de cliënt, maar de mentor is ook verantwoordelijk voor het bewaken van de belangen van de cliënt. Bij bijvoorbeeld zorgmijdend gedrag kan een mentor knopen doorhakken en een rol in dwangverzorging spelen. Bij LVB, laagbegaafdheid of DSM5 problematiek kun je je afvragen of er voldoende overzicht, langetermijninzicht en ziektebesef is. Dan is het misschien niet verantwoord om de gezondheidsvragen aan de cliënt te stellen.

Bij cliënten waarbij een WLZ indicatie mogelijk is kan een mentor zorgen dat de indicatie verzorgd wordt. Wanneer er eenmaal een WLZ indicatie is, dan kan er een plek gezocht worden.

Curatele

Je zou curatele kunnen zien als de combinatie van bewindvoering en mentorschap. Nu het bewind openbaar uitgesproken kan worden (sinds 2014 pas mogelijk) is de noodzaak van curatele veel kleiner geworden. Mocht bewindvoerder én mentorschap niet voldoende zijn, dan zal het behandelend kantoor dit vanzelf verder uitdiepen.

E. Formulier medische intake dakloze mensen

De USS bestaat uit 5 onderdelen [45]:

1. Algemene gegevens;
2. De somatische screening. Bestaande uit:
 - 2a Zorggebruik;
 - 2b somatische ziekten, familiale aandoeningen en infectieziekten;
 - 2c leefstijlanamnese;
 - 2d Lichamelijke screening /meten;
3. Actuele klachten (bespreken van de klachtenlijst);
4. Medicatiegebruik;
5. Samenvatting.

Vragenlijst Lichamelijke klachten

Datum:

Welke klachten heeft u afgelopen maand gehad?	Nooit	Soms	Vaak	Actie
Ik ben moe				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van mijn geheugen				<input type="checkbox"/>
Ik transpireer veel				<input type="checkbox"/>
Ik heb pijnklachten, omschrijf waar:				<input type="checkbox"/>
Ik ben duizelig				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van wegrakingen				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van neusbloedingen				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van een droge mond				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van speekselvloed				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van hoesten				<input type="checkbox"/>
Ik hoest slijm op				<input type="checkbox"/>
Ik hoest bloed op				<input type="checkbox"/>
Ik ben benauwd				<input type="checkbox"/>
Ik heb pijn op de borst				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van hartkloppingen				<input type="checkbox"/>

45 . <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/2d33e141-a774-4538-b79f-fde0ee60c1a1.pdf>

Ik heb veel dorst				<input type="checkbox"/>
Ik heb problemen met slikken				<input type="checkbox"/>
Ik ben misselijk				<input type="checkbox"/>
Ik moet braken				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van brandend maagzuur				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van diarree				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van verstopping				<input type="checkbox"/>
Mijn ontlasting heeft een afwijkende kleur ⁴⁶				<input type="checkbox"/>
Ik moet vaker plassen				<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite mijn plas op te houden				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van huiduitslag				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van jeuk				<input type="checkbox"/>
Ik heb gemakkelijk blauwe plekken				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van trillingen				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van bewegingsonrust				<input type="checkbox"/>
Mijn spieren voelen stijf				<input type="checkbox"/>
Ik heb last van doof /tintelend /veranderd gevoel in mijn handen/ voeten				<input type="checkbox"/>

Datum screening: startmeting periodieke screening jaarscreening andere reden:

Naam interviewer: Team Setting: Ambulant Klinisch Deeltijd

1. Algemene gegevens

Voor en achternaam Man/Vrouw

Geboortedatum:

Geboorteland patiënt zelf: Vader..... Moeder.....

Zorgverzekeraar en polisnummer:

BSN..... (Legitimatie vragen)

2. Somatische screening

A. Zorggebruik

Kunt u lezen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Naam (laatste)huisarts	.....	

⁴⁶ Ontkleurde of rood/zwarte ontlasting. Slijm bij de ontlasting.

Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar uw (eigen) huisarts bezocht?	..... (Aantal keren)	Reden	
Naam tandarts:	..... .....	
Heeft u in het afgelopen jaar uw tandarts bezocht?	<input type="checkbox"/> nee, reden..... Wanneer was de laatste keer?	<input type="checkbox"/> ja, reden.....	
Naam apotheek:	..... .....	
Heeft u een psychiatrische diagnose:	.....	
Is er contact met een GGZ-hulpverlener:	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:	Naam:	Instelling.....
			Laatste contact:
Is er bij u ooit een hartfilmpje gemaakt?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, reden.....	
Bent u momenteel onder behandeling bij een medisch specialist?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja: naam: Naam ziekenhuis:	
Heeft u ooit in uw leven een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, waarvoor was dit en wanneer?	

Deelname preventieve bevolkingsonderzoeken

Vrouwen	Ja	Nee	
Bevolkingsonderzoek borstkanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing bij vrouwen onder de 50 of boven de 75 jaar
Doet u aan zelfonderzoek van de borsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing bij vrouwen onder de 30 of boven de 60 jaar
Bevolkingsonderzoek darmkanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing voor vrouwen onder de 55 en boven de 75 jaar ÓF nog geen oproep voor gehad (i.v.m. implementatieperiode)

Mannen			
Bevolkingsonderzoek darmkanker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing voor mannen onder de 55 en boven de 75 jaar ÓF nog geen oproep voor gehad (i.v.m. implementatieperiode)

2. B. SOMATISCHE ZIEKTEN, FAMILIAIRE AANDOENINGEN en INFECTIEZIEKTEN

Bent u bekend met een somatische aandoening?	Actie
.....	<input type="checkbox"/>

Bent u ergens allergisch voor? Denk aan: Inhalatieallergenen, voedingsmiddelen (eieren), insecten gif, Geneesmiddelen (antibiotica), Contactallergenen, Beroepsallergenen	Actie
.....	<input type="checkbox"/>

DIABETES	Patiënt		Vader		Moeder		Broers/zussen		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
Bent u bekend met diabetes? Indien ja: type I of II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Is iemand van uw familie bekend met diabetes ⁴⁷			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LONGAANDOENINGEN	Patiënt		Vader		Moeder		Broers/zussen		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	

⁴⁷ Vraag naar diabetes Mellitus Type II bij ouders, broers, zussen. Bron: NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II, 2006

Heeft u COPD48? (Astmatische bronchitis en/of longemfyseem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Heeft u een Manouks test gehad in het verleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Longfoto Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

HART- EN VAATZIEKTEN Bron: NHG- standaard Cardiovasculair risicomangement, 2012	Patiënt		Vader		Moeder		Broers/zussen		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
Bent u bekend met hart- en vaatziekten?49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Is iemand van uw familie bekend met een hart- en vaatziekte?50 Zo ja welke?									

KANKER	Patiënt		Vader		Moeder		Broers/zussen		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
Bent u zelf gediagnosticeerd (geweest) met kanker? Zo ja, wat voor kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Is iemand van uw familie bekend met darm (D)- of borstkanker (B)? Zet een D of B bij vader, moeder broers/zussen									<input type="checkbox"/>

48 Astmatische bronchitis en/of longemfyseem

49 De meest voorkomende hart- en vaatziekten zijn: Hartinfarct, CVA, Angina pectoris, hartfalen, hartritmestoornissen.

50 Vraag naar diabetes, hart- en vaatziekten bij ouders, broers, zussen ontstaan vóór het 65ste levensjaar.
Bron: NHG-standaard Cardiovasculair risicomangement, 2012

Opmerkingen:	
--------------	--

INFECTIEZIEKTEN EN GESLACHTSZIEKTEN	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Is er ooit de diagnose HIV, SOA en/of tuberculose bij u gesteld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke? Zo ja: behandeling succesvol afgerond?	<input type="checkbox"/>
Is er ooit bij de diagnose hepatitis gesteld?			Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u gevaccineerd tegen Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja: wanneer?	<input type="checkbox"/>
Heeft u op dit moment een (vermoeden van een) geslachtsziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2. C. LEEFSTIJL ANAMNESE⁵¹

VOEDING en EETPATROON	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Hoe tevreden bent u met uw eigen voeding- en eetpatroon op een schaal van 0-10?	Cijfer:			<input type="checkbox"/>
Ontbijt u dagelijks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hoe vaak eet u op een dag?			<input type="checkbox"/> 1 keer per dag <input type="checkbox"/> 2 keer per dag <input type="checkbox"/> 3 keer per dag	<input type="checkbox"/>
Eet u dagelijks ten minste 2 stuks fruit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Eet u dagelijks ten minste 200 gram groenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hoeveel fris- of fruitdrink drinkt u per dag? Dit omvat alle dranken behalve koffie, thee zonder suiker en water.			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> < 0,5 liter <input type="checkbox"/> 0,5- 1,0 liter <input type="checkbox"/> > 1,0 liter	<input type="checkbox"/>
Hoeveel koffiedrinkt u? (Koppen per dag)			<input type="checkbox"/> minder dan 5 <input type="checkbox"/> 5 of meer	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u suiker in de thee of koffie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoeveel klontjes gebruikt u per consumptie?.....	
Hoeveel vocht krijgt u in totaal per dag binnen?			<input type="checkbox"/> Minder dan 1500 cc <input type="checkbox"/> Tussen de 1500- 2000 cc	<input type="checkbox"/>

⁵¹ Gebaseerd op de aanbevelingen uit de "Richtlijn Leefstijl bij met mensen met ernstige psychische aandoeningen" (Meuwissen et al, 2015). In de richtlijn staan instrumenten beschreven waarmee een uitgebreidere leefstijlanamnese kan worden afgenomen.

			<input type="checkbox"/> Meer dan 2000 cc	
Hoeveel blikjes energydrink gebruikt u per dag ⁵² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> tussen de 2-4 <input type="checkbox"/> Meer dan 4	<input type="checkbox"/>

BEWEGING & SPORT	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Hoe tevreden bent u met uw eigen beweegpatroon op een schaal van 0-10?	Cijfer:			
Beweegt u dagelijks ongeveer een half uur matig intensief ⁵³ ? (Zodat u ademhaling iets sneller is en u licht transpireert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke activiteiten zijn dit?	<input type="checkbox"/>
Beweegt u regelmatig ongeveer 20 minuten achter elkaar intensief ⁵⁴ ? (Tijdens deze activiteiten u moeite heeft met spreken doordat de ademhaling versneld is. Een ander kenmerk is dat u flink transpireert).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wat voor beweging/sport?	<input type="checkbox"/>
Zo ja: hoe vaak doet u dat?			<input type="checkbox"/> 3 keer per week of meer <input type="checkbox"/> minder dan 3 keer per week <input type="checkbox"/> onregelmatig	<input type="checkbox"/>

MIDDELENGEBRUIK	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Hoe tevreden bent u over uw eigen middelengebruik op een schaal van 0-10?	Cijfer:			<input type="checkbox"/>
Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zo nee: heeft u ooit gerookt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aantal jaren gerookt: Aantal sigaretten per dag destijds:	<input type="checkbox"/>
Zo ja: Hoeveel rookt u per dag?			Aantal per dag:	<input type="checkbox"/>

52 De standaard is maximaal 4 per dag wanneer gekeken wordt naar het cafeïnegehalte.

Elk blikje bevat 2-4 suikerklontjes. Het advies is zo min mogelijk toegevoegde suikers te nuttigen.

53 Opgestelde Nederlandse beweegnorm: 30 minuten per dag, 5 dagen in de week matig intensieve inspanning, zoals fietsen, stevig wandelen, tuinieren, enz. (Kemper, Ooijendijk & Stiggelbout, 2000).

54 Opgestelde Nederlandse Fitnorm: fit: driemaal per week minimaal 20 minuten zwaar intensief. (Kemper, Ooijendijk & Stiggelbout, 2000).

Zo ja, hoe lang rookt u al?				Aantal jaren:				<input type="checkbox"/>	
Denkt u wel eens aan stoppen met roken?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Gebruikt u: (aankruisen wat van toepassing is)									
Alcohol	Cannabis	Cocaïne	Heroïne	Amfetaminen	Benzodiazepinen	Gokken	Anders:	Actie	
								<input type="checkbox"/>	
Bent u bekend met onthoudingsinsulten?				Ja <input type="checkbox"/>		Nee <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
INVENTARISATIE RISICOSITUATIES OOIT							Ja	Nee	Actie
IV-gebruik							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezamenlijk gebruik naald/ spuit/ water/ filter/ lepel							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezamenlijk gebruik koker/ pijp (chinezen/basen)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risico door seksuele contacten/ seks-werk							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatoeages (niet via tattoo-shop)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezamenlijk gebruik scheermesje, tandenborstel, badhanddoek							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ONTSPANNING EN SLAAP	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Hoe tevreden bent u over de mate van ontspanning die u kan vinden op een schaal van 0-10?	Cijfer:			<input type="checkbox"/>
Wat doet u om te ontspannen?				<input type="checkbox"/>
Dag en nachtritme				
Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van uw slaap op een schaal van 0-10?	Cijfer:			<input type="checkbox"/>
Hoe laat gaat u (meestal) naar bed?	Tijdstip:			<input type="checkbox"/>
Hoe laat staat u (meestal) op?	Tijdstip:			<input type="checkbox"/>
Totaal aantal uren slaap per nacht				<input type="checkbox"/>
Heeft u klachten over uw slaap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toelichting:	<input type="checkbox"/>

HYGIENE		Actie
---------	--	-------

Hoe tevreden bent u over uw eigen lichamelijke verzorging op een schaal van 0-10?	Cijfer:	
Hoe vaak doucht of wast u zich?	<input type="checkbox"/> elke dag <input type="checkbox"/> meerdere keren per week, maar niet elke dag <input type="checkbox"/> minder dan een keer per week <input type="checkbox"/> bijna nooit	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak poetst u uw tanden of verzorgt u uw mond?	<input type="checkbox"/> dagelijks 2 x <input type="checkbox"/> dagelijks 1x <input type="checkbox"/> meerdere keren per week <input type="checkbox"/> minder dan 1 keer per week	<input type="checkbox"/>
Wanneer er sprake is van een gebitsprothese: Hoe vaak poetst u uw gebitsprothese?	<input type="checkbox"/> dagelijks 1x <input type="checkbox"/> wekelijks <input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/>
Hoe beoordeel je je eigen mond?	<input type="checkbox"/> Goed, ik heb geen klachten en ik verzorg mijn mond goed <input type="checkbox"/> Ik heb wel ontstekingen, aantasting, maar ik heb geen klachten <input type="checkbox"/> Ik heb ontstekingen en klachten.	<input type="checkbox"/>
Opmerkingen:		

SEKSUEEL GEDRAG EN SOA PREVENTIE	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Bent u tevreden met uw seksuele leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Als u vrijt, vrijt u dan veilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Welke maatregelen treft u om veilig te vrijen?			<input type="checkbox"/> gebruik altijd een condoom <input type="checkbox"/> gebruik van anticonceptie <input type="checkbox"/> ik (en mijn partner) laat me regelmatig testen <input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/>
Heeft u lichamelijke klachten bij het vrijen? ⁵⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omschrijving:	
Vrouw				
Gebruikt u anticonceptie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke?	<input type="checkbox"/>

55 Mannen: erectiestoornissen, libidoverlies, verminderd ejaculaat, symptomen van SOA

Vrouwen: verminderd libido, vaginale droogheid, pijn bij het vrijen, symptomen van SOA

Bent u zwanger geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Menstrueert u regelmatig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2. D. Meten

		Actie
Lengte	.....cm	
Gewicht (met /zonder schoenen)	..... kg	<input type="checkbox"/>
Buikomvang ⁵⁶	..... Cm	<input type="checkbox"/>
Is uw gewicht afgelopen maand toe- of afgenomen?	Indien ja: Toegenomen: <input type="checkbox"/> Afgenomen: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI (=gewicht/ lengte ²) ⁵⁷	.....kg/m ²	<input type="checkbox"/>
Polsfrequentie	.....min	<input type="checkbox"/>
Bloeddruk (zittend) ⁵⁸	...../ ..... mm Hg	<input type="checkbox"/>
Orthostatische bloeddruk meten? ⁵⁹	Ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁵⁶ Buikomvang afkapwaarden afwijkend: >88 cm bij vrouwen
>102 cm bij mannen

⁵⁷ BMI-index (lichaamsgewicht/ lichaamslengte in het kwadraat)

BMI < 18 Ondergewicht

BMI 18 tot 25 Normaal gewicht

BMI 25 tot 27 Licht overgewicht

BMI 27 tot 30 Matig overgewicht

BMI 30 tot 40 Ernstig overgewicht (obesitas)

BMI > 40 Zeer ernstig overgewicht (morbide obesitas)

⁵⁸ Afkapwaarden hypertensie

Systolische Bloeddruk > 140 mmHg

Diastolische Bloeddruk > 90 mmHg

⁵⁹ Bij alle cliënten wordt een normale bloeddruk gemeten. Een orthostatische bloeddruk wordt gemeten bij duizeligheidsklachten. Een orthostatische bloeddruk wordt als volgt gemeten: laat de cliënt 5 minuten liggen, meet dan liggend de bloeddruk. Daarna de cliënt laten staan en binnen 3 minuten 2 maal meten. Er is sprake van een orthostatische bloeddruk wanneer: er een systolische daling tussen de 1ste en 2de of 3de meting is van 20 mmHg of meer.

Ogen							Actie
Hoe is uw gezichtsvermogen?	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht	Heeft u een bril?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/>

Oren							Actie
Hoe is uw gehoor?	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht	Heeft u een gehoorapparaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/>

Mond							Actie
Wat is de indruk van de screenen m.b.t. het gebit? ⁶⁰	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht	Heeft u een prothese?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/>
				Aanwezig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/>

Inspectie handen	Actie
Aandachtspunten: schoon; wondjes; huidaandoeningen; nagels; roodheid van de handpalmen; tremors bij gestrekte armen en vingers, eczeemblaasjes	
.....	<input type="checkbox"/>
.....	

Inspectie buik	Actie
Aandachtspunten: opgezette buik; huidaandoeningen zoals opgezette bloedvaten rondom de navel, bloedvaatjes vanuit een centraal punt (spinnenvorm, spider naïeve); littekens op de buik	
.....	<input type="checkbox"/>
.....	

Inspectie voeten	Actie
Aandachtspunten: schoon; wondjes; kalknagels; likdoorns; schimmels; oedeem aan de enkels, ingegroeide teennagels, rode gezwollen gewrichten; loopvoeten; gevoelloosheid, tintelingen of slapheid in de voeten	
.....	<input type="checkbox"/>
.....	

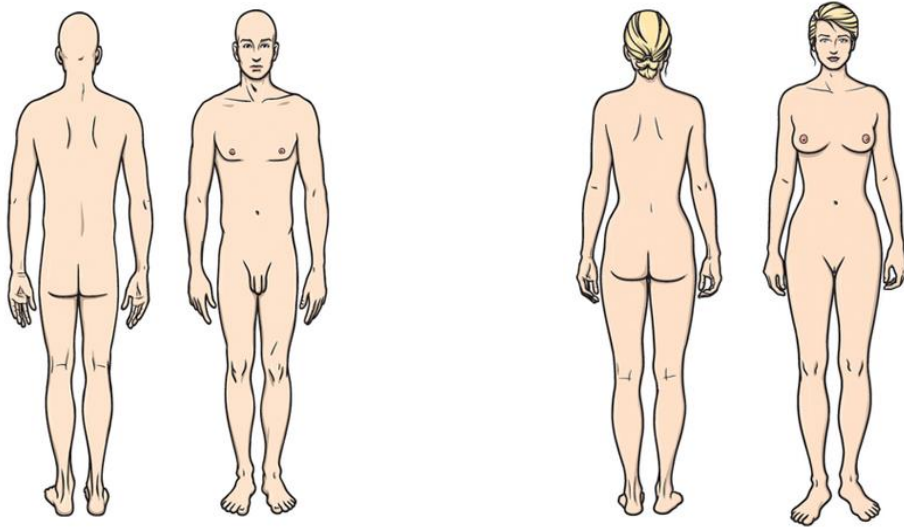
3. ACTUELE KLACHTEN

Bespreek de lichamelijke klachtenlijst na. Welke lichamelijke klachten verdienen aandacht?

.....

Optioneel

Geef op de figuren met cijfers aan waar de patiënt op dit moment klachten zoals pijn of ongemak ervaart.



Zet de cijfers met een toelichting in de onderstaande tabel.

Nummer	Probleem	Gevolg	Actie
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Hoe tevreden bent u met uw gezondheid op een schaal van 0-10:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wat zou er moeten gebeuren om dit cijfer hoger te laten worden?

.....

4. MEDICATIEGEBRUIK

Welke medicijnen gebruikt u? (Alleen navragen indien niet bekend binnen EPD)

Psychiatrische en niet-psychiatrische medicatie, drogisterijartikelen, illegaal verkregen medicatie, alternatieve middelen) Indien niet of onvoldoende bekend, vraag het na bij de apotheker of de huisarts

	Geneesmiddel en voorschrijver	Dosering	Datum aanvang
1			
2			
3			
4			
5			
6			

	Ja	Nee	Actie
Heeft u vragen over de medicijnen die u nu gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, graag details beschrijven:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u gemotiveerd om de medicatie te gebruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien nee: patiënt motiveren en hieronder toelichten.....			<input type="checkbox"/>
Heeft u klachten over deze medicijnen (bv bijwerkingen, allergie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, noteren en overleggen met (voorschrijvend) arts of apotheker			<input type="checkbox"/>
Kent u de gevolgen van als u de medicatie niet inneemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien nee, noteren en overleggen met (voorschrijvend) arts of apotheker			<input type="checkbox"/>

In hoeverre kunt u zelfstandig de zorg voor uw lichamelijke gezondheid organiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee, waarbij heeft u ondersteuning nodig?			<input type="checkbox"/>
.....			

LABORATORIUMONDERZOEK	Ja	Nee	Actie
Gaat u akkoord met laboratoriumonderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien ja, met verpleegkundig specialist/ arts laboratoriumonderzoek aanvragen en wanneer nodig met patiënt naar laboratorium gaan Let op: mogelijk zijn hier kosten aan verbonden. Dit hangt af van de zorgverzekering van de patiënt			<input type="checkbox"/>
CONTACT HUISARTS			
Wil de patiënt contact met een huisarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien ja, huisarts zoeken, informeren en evt. Samen met patiënt de huisarts bezoeken			<input type="checkbox"/>
TOESTEMMING OM INFORMATIE OP TE VRAGEN			
Geeft de patiënt toestemming om informatie op te vragen? Toestemmingsformulier invullen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SAMENVATTING EN BELEID

Is de uitkomst van de USS 2.0. Besproken met huisarts/(hoofd)behandelaar?

Ja nee

Colofon

©2021 Nederlandse Straatdokers Groep, www.straatdokter.nl

Auteurs

Dr. Igor van Laere, arts Maatschappij & Gezondheid, voorzitter Nederlandse Straatdokers Groep

Drs. Ronald Smit, arts Maatschappij & Gezondheid, Volksgezondheid Gemeente Utrecht

Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh, huisarts en bijzonder hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg Radboudumc/Pharos

Ontwerp omslag Jurgen Diependaal

Schilderij omslag Igor van Laere

Met medewerking van

Geerte van Beek, [Opvang en hulp - Gemeente Gouda](#); Eric-Jan van Dam, stichting Doctors for Homeless Foundation; Melissa Diaz, huisarts/straatdokter Amsterdam; Dick van Dijk, stichting Doctors for Homeless Foundation; Manon den Hartog, [\(1\) Manon den Hartog | LinkedIn](#); Julia den Hartogh, programmamanager Schouders Eronder, [Schouders eronder](#); Dick Haster, [Werkplaats Financiën Sittard-Geleen \(wpfinancien.com\)](#); Stephanie Hoogland, <https://www.steefhelpt.nl/>; Peter Hoornweg, [Veritas - Veritas Vertegenwoordiging](#); Joyce van Horn, projectleider en communicatie adviseur Schouders Eronder, [Schouders eronder](#); Eva Jansen, teammanager Leger des Heils Gouda, [Leger des Heils - strijd met ons mee!](#); Sharon Kim, [Straatadvocaat Volwassenen – Stichting KernKracht](#) Gouda; Tamara Madern, [Lectoraat Schulden en Incasso | Hogeschool Utrecht](#); Nieuwe Gevers <https://denieuwegevers.nl/>; Edo Paardekooper Overman, [Werkplaats COMO – Cliënten Organisaties Maatschappelijke Opvang \(wordpress.com\)](#); Marcel Slockers, huisarts/straatdokter Rotterdam; Rolf de Witt Huberts, stichting Doctors for Homeless Foundation

Gefinancierd door

Adessium Foundation, Stichting Diorapthe en Gemeente Gouda

Bronvermelding

van Laere I, Smit R, van den Muijsenbergh M. *Sociaal medische zorg aan dakloze mensen in Nederland: handreiking voor implementatie van bouwstenen in de praktijk*. Nederlandse Straatdokers Groep, Doctors for Homeless Foundation, Radboudumc, 2021.



ADESSIUM
FOUNDATION

diorapthe



gemeente
gouda



Radboudumc
university medical center

