



Sociaal medische zorg voor daklozen in Gemeente Gouda

Verslag van een onderzoek naar de beschikbare disciplines en instrumenten voor het implementeren van de benodigde bouwstenen voor sociaal medische zorg aan daklozen in Gouda

Igor van Laere

in samenwerking met

Stichting Doctors for Homeless Foundation (DHF) www.doctorsforhomeless.nl

Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) www.straatsdokter.nl

december 2019

ONDERZOEK

Naar aanleiding van eerdere gesprekken tussen de gemeente Gouda en de *Doctors for Homeless Foundation* (DHF)/*Nederlandse Straatdokers Groep* (NSG), zoals bevestigd in het schrijven van de Gemeente Gouda, d.d. 4 oktober 2019 zaaknummer 1235181, heeft Igor van Laere in opdracht van de DHF/NSG in de periode 8 oktober 2019 tot en met 12 november 2019 een onderzoek uitgevoerd naar de bij opvang en zorg voor dakloze mensen betrokken organisaties in de gemeente Gouda. Het doel van dit onderzoek was om een inventarisatie te maken van de beschikbare disciplines en instrumenten voor het implementeren van de benodigde bouwstenen voor sociaal medische zorg aan dakloze mensen in Gouda en te onderzoeken of dit gecombineerd kan worden met een centrale intake voor dak- en thuislozen. De methode en resultaten van het onderzoek staan vermeld in bijlage 1.

CONCLUSIE

Uit het onderzoek en de gesprekken is gebleken dat de benodigde disciplines voor het ondersteunen bij de opvang en zorg aan daklozen in de een of andere vorm beschikbaar zijn in de gemeente Gouda. Al deze disciplines werken vanuit een losstaande organisatie met een eigen aanbod, intake, beoordelingsinstrumenten en registratiesysteem. Er zijn diverse multidisciplinaire overlegvormen ter afstemming van zorg. De samenwerking, afstemming en communicatie over taken en verantwoordelijkheden verdienen verbetering zowel in organisatievorm als de gehanteerde beoordelingsinstrumenten.

OBSERVATIE 1

Het ontbreekt in de gemeente Gouda aan een herkenbare en bereikbare centrale locatie waar een verdiepende beoordeling en sociaal medische begeleiding van daklozen kan plaatsvinden door hiervoor opgeleide professionals. Waar bevoegde hulpverleners toegang hebben tot een registratiesysteem en terecht kunnen voor overleg en advies. Waar gestreefd wordt naar continuïteit in het te voeren beleid, ondersteunende teams aanwezig zijn en paden naar hulp op de lange termijn worden uitgezet.

Bovendien ontbreekt een gecoördineerde sociale en medische intake, beschikbaarheid van beoordelingsinstrumenten en een gezamenlijk registratiesysteem voor het systematisch vastleggen van de geconstateerde problematiek, trajectbegeleiding en opvolging van resultaten van gezamenlijke inspanningen.

OBSERVATIE 2

Een sociaal medisch team (bestaande uit een sociaal werker, verpleegkundige, arts en ervaringsdeskundige) is niet structureel beschikbaar bij de intake en trajectbegeleiding. Een laagdrempelig medisch inloopsprekuren en een ziekenboek op locatie ontbreken.

OBSERVATIE 3

De sociale intake is van belang om de sociale basis te gaan repareren alvorens sociaal en medisch te kunnen begeleiden. Onder de taken van sociale intake en begeleiding valt onder andere het organiseren van een ID, briefadres, uitkering, zorgverzekering, schuldsanering (herstel premie achterstand), sociale netwerk, studie, werk en contacten met politie en justitie. Een vroegtijdige medische intake kan bijdragen aan diagnostiek en het nader betrekken van medische begeleiding in geval van gezondheidsproblemen en/of beperkingen die van invloed kunnen zijn op het sociaal functioneren.

PLAN VAN AANPAK: FASE 1

(Observaties1&2)

1. **PROJECTLEIDER en PROJECTTEAM.** Aanstellen van een projectleider ter aansturing en het faciliteren van de hierna genoemde activiteiten. Een functieomschrijving van de projectleider is vermeld in bijlage 2.
Vormen van een projectteam om het project op te zetten en uit te voeren. Maken projectopdracht. Hierbij is DHF/NSG ondersteunend en adviserend.

2. **DRAAGVLAK & FINANCIERING**

Betrekken zorgverzekeraar voor participatie in het project.

Periodiek informeren van relevante partijen en ministerie VWS. DHF/NSG is hierbij adviserend en participierend door te assisteren bij het benaderen van de bij haar bekende organisaties

3. **LOCATIE.** Creëren en selecteren van een makkelijk te bereiken en voor hulpverlening herkenbare centrale locatie waar daklozen terecht kunnen voor intake en integrale beoordeling. Deze locatie dient tevens geschikt te zijn voor het bieden van een laagdrempelig medisch inloopsprekuur en met eventueel in enkele bedden voorziene ziekenboeg.

De verantwoordelijkheid voor het organiseren en faciliteren van deze locatie, spreekkamer en medische behoeftes ligt bij de gemeente Gouda, de zorgverzekeraar en betrokken organisaties.

DHF/NSG kan hiervoor de nodige ondersteuning en advisering geven over de voorzieningen en inrichting die hierbij nodig is..

4. **SOCIAAL MEDISCH TEAM.** Vormen van een uitvoerend team bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende disciplines voor dit project die door hun bijdrage een draagvlak binnen de gemeente en bij andere betrokkenen creëren.
Voor het samenstellen van het team, taken en definiëren van benodigde vaardigheden zal de DHF/NSG een participerende en adviserende rol innemen.

Voorstel voor samenstelling SOCIAAL MEDISCH TEAM (SMT):

- Leger des Heils sociaal werker/ woonbegeleiders
- Gemeentelijk medewerker integraal team
- GGD-verpleegkundige/verpleegkundig specialist
- GGZ sociaalpsychiatrisch verpleegkundige
- Huisartsen/ GGD-arts

5. INTAKE. Het organiseren en documenteren van een gecoördineerde sociale en medische intake van cliënten met beschikbaarheid van een uitgebreid pakket van beoordelingsinstrumenten.

DHF/NSG zal hierbij een initiërende, uitvoerende en adviserende taak hebben.

6. TRAINING. Het begeleiden en trainen van het team voor het afnemen van een intake, toepassen van beoordelingsinstrumenten, het maken van een sociaal medisch overzicht, het voeren van een multidisciplinair overleg, het vaststellen van een begeleidingsplan, inzet en terugkoppeling trajectbegeleiding in een monitor.

DHF/NSG zal hierbij een organiserende en adviserende rol hebben.

7. REGISTRATIESYSTEEM. Beschikbaar maken van een IT-infrastructuur waarin cliëntgegevens worden geregistreerd en (naar privacy mogelijkheden) inzichtelijk zijn voor alle betrokken disciplines.

De verantwoordelijkheid voor het creëren/beschikbaar stellen van deze IT-infrastructuur ligt bij de gemeente Gouda en betrokken organisaties.

Advisering welke software beschikbaar en te gebruiken of aan te passen is, ligt bij NSG/DHF en het uitvoerend sociaal medisch team.

8. OPBRENGST FASE 1. Definiëren van de `deliverables` aan het eind van fase 1 als gezamenlijke verantwoordelijkheid van de gemeente Gouda, het uitvoerend sociaal medisch team en DHF/NSG.

Het afronden van fase 1 komt overeen met het implementeren van bouwsteen 1: eenduidige manier van verwijzing, intake, diagnose en begeleidingsplan, zoals genoemd in bijlage 4.

Na succesvolle afronding van fase 1 wordt aanbevolen om bij een vervolgtraject bouwstenen 2, 3 en 4 te implementeren, zie bijlage 4

DOORLOOPTIJD

De doorlooptijd voor het organiseren en uitvoeren van het plan van aanpak voor fase 1 (punten 1 tot en met 9) bedraagt minimaal zes maanden. Dit is mede afhankelijk van de beschikbaarheid en inzetbaarheid van de leden van het projectteam en de leden van het uitvoerend sociaal medisch team. Vanuit DHF/NSG kan de advisering worden geboden door Igor van Laere¹ en Ronald Smit², beide zijn sociaal geneeskundige met ruime ervaring met organisatie en inhoud van sociaal medische zorg en hebben beschikking over een (inter)nationaal netwerk van relevante experts en beleidmakers.

Waar mogelijk zullen bij de implementatie van de verschillende actiepunten ook de door de ondervraagden geuite wensen worden meegenomen. Zie lijst van aandachtspunten en wensen van professionals in bijlage 3.

GERAAMDE KOSTEN

De kostenraming voor het project is, per uit te voeren activiteit waarbij de DHF/NSG zijn betrokken is, te vinden in bijlage 5.

BIJLAGE 1: METHODE VAN ONDERZOEK EN RESULTATEN

GESPREKSONDERWERPEN

Tijdens zestien gesprekken is een format gebruikt waarin de volgende onderwerpen zijn besproken. De gesprekken duurden gemiddeld een uur. Van elk gesprek is een verslag gemaakt dat gebruikt zal worden bij het implementeren van de benodigde bouwstenen.

1. Disciplines en werkuren besteed aan dak- en thuislozen in Gouda
2. Professionals en opleidingsniveau
3. Intake gegevens, beoordelingsinstrumenten, softwareapplicaties
4. Verwijzers en hulpcriteria
5. Samenwerkingspartners en multidisciplinair overleg
6. Beschikbaarheid mankracht voor sociaal medische zorg daklozen
7. Aandachtspunten en wensen van professionals

1 <https://www.linkedin.com/in/igor-van-laere-md-phd-5947978/>

2 <https://www.linkedin.com/in/ronald-b-j-smit-05a8086/>

GESPREKSPARTNERS

Organisatie

- Gemeente Gouda
- Daklozenorganisaties
- Dagopvang
- Nachtopvang
- 24-uur opvang
- Huisartsen
- Huisartsenpost (HAP)
- GGD
- Groene Hart Ziekenhuis
- GGZ Rivierduinen·
Verpleegkundige
- Verslavingszorg
- Humanitas

Gesprekspartners

Afdeling briefadressen; medewerker Afdeling
Uitkeringen; medewerkers Integraal team;
medewerkers

Kernkracht; straatadvocaat
Cliëntenraden zijn niet op afspraak verschenen

Reakt; herstelcoach

Leger des Heils; manager, trajectmanager en
Woonbegeleiders

Leger des Heils Het Veerhuys beschermd wonen;
Verpleegkundige

Mediis regionale koepel huisartsen; directeur en
Huisarts; Huisarts verbonden aan Het Veerhuys leger
des Heils

Triage coördinator

Meldpunt Zorg en Overlast; coördinator en team

SEH; internist en verpleegkundige

FACT team; coördinerend sociaal psychiatisch

Brijder Parnasiagroep; psychiater

Trajectcoördinatoren verstandelijke beperking

AANTAL DAK- EN THUISLOZEN

Om zicht te krijgen op de omvang van de populatie dak- en thuislozen is gevraagd naar het aantal cliënten per jaar of actueel in zorg, zie tabel 1. Uit de mondeling verstrekte gegevens is de omvang niet te achterhalen vanwege een onbekende overlap van cliënten die bij verschillende organisaties bekend kunnen zijn.

Tabel 1: aantal cliënten in zorg per organisatie actueel of per jaar in gemeente Gouda

organisatie	aantal cliënten
gemeente briefadres (actueel)	82
LdH nachtopvang hulpaanbod (schatting 2019)	150
Het Veerhuys LdH beschermd wonen (actueel)	30
dagopvang Reakt (actueel)	30
straatadvocaat Kernkracht actueel (actueel)	18
GGD Meldpunt Zorg en Overlast bemoeizorg (2018)	696#
GGZ Rivierduinen drie teams (2019)	650*
Verslavingszorg Brijder (2019)	490**
Humanitas LVB (actueel)	63
HuisartsenPost (schatting 2019)	25
Groene Hart Ziekenhuis SEH (schatting 2019)	25

Bron: mondelinge mededelingen medewerkers en GGD Hollands Midden jaarverslag 2018 # In 2018 waren er 696 meldingen zorg en overlast; 71% alleenstaanden en 16% huishouden met kinderen; via woningcorporaties 29%, politie 18% en maatschappelijke opvang 15%; 43% recidive; 10% onverzekerden (n=68); 65% dreigende huisuitzetting, 4.5% huisuitzettingen (n=31).

*De drie GGZ FACT teams die mensen opzoeken hebben elke circa 30 cliënten in zorg ** Brijder uittrekkende zorg behelst circa 90 cliënten; de naast de dagopvang gelegen Brijder polikliniek biedt zorg aan een onbekend aantal verslaafde dakloze cliënten.

INTAKE EN REGISTRATIE SOFTWARE

Per organisatie is gevraagd naar gehanteerde beoordeling instrumenten en de gebruikte software voor het vastleggen van gegevens, zie tabel 2.

Tabel 2: organisaties, intake instrumenten en software in gemeente Gouda

organisatie	instrumenten	software
gemeente briefadres	werkprocedures, wettelijke regels	Centric, suite sociaal domein
gemeente uitkering	inlichtingenformulier,	
gemeente integraal team	aanvraagformulier	Centric, suite sociaal domein
leger des heils nachtopvang	werkprocedures	Centric, suite sociaal domein
	leefgebieden (geen format)	Clever
	eigen format	
Verpleegkundige sociaal pension	gezondheidsbeoordeling	Clever
dagopvang Reakt	persoonlijk contact	Mainport
straatadvocaat Kernkracht	persoonlijk contact	RegiPro (Datanetwerken)
huisartsen	medisch oordeel (SOEP; ICPC)	huisartsen informatie systeem (HIS)
GGD Meldpunt Zorg en Overlast	Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)	RegiPro (Datanetwerken)
Groene Hart Ziekenhuis SEH	Nederlands Triage Systeem	X-care
GGZ Rivierduinen	CANSAS, HNOS, SCIL, ervaringslijst	Psychis Quarant
Verslavingszorg Brijder	DASI, ROM, middelenmatrix	Psychis Quarant
Humanitas LVB	ZRM, 1G1P, Zorgkrachten, SCIL, FARE	Plancarer

BIJLAGE 2: FUNCTIEBESCHRIJVING PROJECTLEIDER

De projectleider bestuurt het project of delen van het project, afhankelijk van de duur en omvang hiervan. De belangrijkste taak van de projectleider is de projectplanning, het organiseren van de uitvoering, het aansturen van het projectteam, de bewaking van de voortgang en eventuele projectrisico's, in combinatie met de informatievoorziening aan en het creëren van draagvlak bij alle interne en externe stakeholders en de bijbehorende projectverantwoording.

De projectleider wordt op het gebied van medische zorg voor daklozen en de daarbij behorende disciplines geadviseerd door de specialisten van de DHF/NSG.

De taken waarbij de DHF/NSG zijn betrokken als sturend dan wel adviserend zijn duidelijk aangegeven in het Plan van aanpak fase1.

BIJLAGE 3AANDACHTSPUNTEN EN WENSEN VAN PROFESSIONALS

- Gemeentelijk medewerkers (briefadres, uitkering, integraal team: Medewerkers willen intern verbeteren, meer integraal werken, minder loketten en processtappen, betere communicatie met externe instanties / hulpverleners die van invloed zijn op briefadres, uitkering en schuldsanering. Aandacht voor mensen in en uit detentie (afstemming is sinds AVG veranderd, minder frequent uitwisseling van informatie).
- Dagopvang: De grootste behoeften die wij hebben zijn: Een beveiliging aan de deur; Maatschappelijk werk op locatie om zaken sneller te regelen; Tandarts en voetzorg; Laagdrempelige toegang tot medische zorg op locatie. Er zijn medische problemen, er is veel vraag naar mondzorg en er zijn voetproblemen en huidverwondingen. Bij gezondheidsproblemen en ziek zijn worden bezoekers verwezen naar een betrokken huisarts, dan moeten de mensen naar de praktijk, of we bellen naar de nachtopvang dat iemand een bed nodig heeft. De winter komt eraan en dan is er behoefte aan voetzorg en onderdak.
- Nachtopvang: De gemeente kan met een Centraal Onthaal, inclusief juridische en financiële kennis, de basisvoorwaarden voor opvang en zorg efficiënt realiseren; briefadres, uitkering, schuldsanering en afdracht zorgpremie. De ervaringen met het gemeentelijk integraal team zijn positief, processen verlopen via korte lijnen efficiënter. Om overzicht op de inhoud van de vaak complexe problemen te krijgen is een verdieping en verbreding van de beoordeling aan de poort nodig en een registratiesysteem waar alle ketenpartners in kunnen; zoals systeem Gitzo in Rotterdam. Onze doelgroep verdient tijdige hulp van de GGZ, een medisch spreekuur en twee bedden ziekenboeg. Het voormalig Coördinatie Team was een mooie plek voor samenwerking en overleg, een soortgelijke vorm zou positieve gevolgen hebben voor de snelheid voor het opzetten van hulpverlening voor de kwetsbaren in onze samenleving.
- Straatadvocaat: Het zou mooi zijn als er een medisch spreekuur en ziekenboeg voor daklozen komt. Nu gaan daklozen niet naar de huisarts uit angst voor diagnoses en financiële gevolgen, of men is onverzekerd. Wens is als ervaringsdeskundige deel te nemen in een sociaal medisch team, betrokken te zijn bij intake en begeleiding,

andere benadering, gelijkgestemd vanuit ervaringen; functionele inzet, met goede training, begeleiding en supervisie; voldoende afstand tot eigen verleden en emotionele balans.

- Verpleegkundige sociaal pension: Behoefte aan scholing LVB, verslavingsziekten, organisatie sociaal medische zorg.
- Huisarts verbonden aan sociaal pension: Het gaat bij de pension bewoners om langdurige problemen waar voor inzet van zorg pro-actief moet zijn; psychiatrie en verslaving staan op de voorgrond en somatisch bestaan de problemen uit hartvaatziekten, luchtwegen, diabetes, metabool syndroom en leverschade door verslaving. Het is lastig continuïteit van zorg te bieden als bewoners niet op het spreekuur komen. Een vast spreekuur in het pension zou hierin verbetering kunnen brengen, maar het is lastig vanwege tijdgebrek bij huisartsen. Het bieden van gestructureerde zorg blijkt thans niet haalbaar in de zin van periodiek goed opvolgen van hartvaatziekten, bloeddruk, longen en diabetes. Het is wenselijk als er van elke bewoner een sociaal medische intake bekend is bij de huisarts. Er is geen gemeenschappelijk dossier met de GGZ/Brijder.
- Huisartsen koepel Mediis: Om aansluiting met het sociaal domein te versterken komt vanuit een wijkgerichte aanpak een pilot in de wijk Kort Haarlem/Klein Iterson, met aandacht voor brede GGZ-problematiek, van Openbare GGZ (waaronder daklozen vallen) tot Specialistische GGZ. Pilot is nog in een voorstadium van ontwikkeling, samen met huisartsen, apotheek, Groene Hart ziekenhuis, GGZ en Brijder. Het gaat om populatiemanagement (kwetsbaar, schulden, ggz problemen, eenzaamheid) en het bestuderen van passende basiszorg(pakketten) en financiering, op het snijvlak van drie wetten Wmo, Wlz, Zvw. Omkering van aanbod gestuurde zorg naar aandacht voor zorgbehoeften in de wijk. Pilot opbrengst: inzicht in profielen sociaal kwetsbaren, problemen, zorgpakket en financiering op maat. In de wijk Klein Haarlem is de leger des Heils nachtopvang gelegen en in aanpak van de pilot kan de medische zorg voor daklozen worden meegenomen. Advies: benut bestaande zorg en pilot om zorg te integreren en communiceer dit met de gemeente.
- GGD: Er is duidelijk behoefte aan medische zorg en een verzekeringspakket op maat voor kwetsbare burgers die zelf de weg niet weten, niet kunnen vinden of deze niet kunnen betalen. Een vaste geschikte locatie waar mensen met medische problemen naar toekunnen is nodig. De drempel naar de tandarts is hoog. Belangrijk is continuïteit van plannen, voor tien jaar; in het bemoeizorgveld vraagt het bouwen aan netwerken en aanpassen van beleid een lange adem. Vaste plannen en personeel stimuleert de kwaliteit van zorg en het vertrouwen bij alle betrokkenen.
- GGZ: De beoordeling van de instroom in de opvang (nachtopvang en sociaal pension) heeft kwaliteitsverbetering door een verdieping van de problematiek aan de voorkant en tijdig betrekken van de GGZ. Ervaring leert dat cliënten geplaatst worden in het sociaal pension zonder dat de GGZ heeft kunnen helpen met het stellen van plaatsingsvoorwaarden en behandeldoelen vooraf. De GGZ kan dan ook helpen met “nee” zeggen tegen een (niet passende) plaatsing.
- Verslavingszorg: Zo vroeg mogelijk aan de voorkant wil je weten wat cliënten nodig hebben en wie welke zorg moet bieden. Een betere beoordeling van daklozen is

noodzakelijk om de behoeften en passende opvang en zorg te kunnen gaan opstarten. Onder meer door wisseling in beleid, organisatievormen en teams wordt de hulp voor complexe problematiek diffuus weggezet, raakt kennis verloren en zijn cliënten te afhankelijk van individuele hulpverleners die vanuit het aanbod handelen.

- Humanitas-DMH-Homerun: Er is behoefte aan medische ondersteuning voor daklozen. Deze moet passend en laagdrempelig zijn met korte wachttijden. Sociaal medisch beoordelen van daklozen in vroeg stadium kan LVB-problematiek eerder aantonen of uitsluiten en eerder hulp van Humanitas en andere zorgprofessionals betrekken. De nachtopvang is niet passend voor de LVB-groep en er is een gebrek aan LVB-crisisopvang.
- Spoedeisende Eerste Hulp: Dakloze bezoekers van de SEH komen meestal in een crisissituatie met onderkoeling, verwaarlozing en intoxicaties. Soms met een trauma na ongeval of vechten. Dakloze patiënten die niet ziek genoeg zijn voor het ziekenhuis zouden met een bed en zorg elders moeten kunnen herstellen, zoals in een ziekenboeg. Een aandachtspunt is het ontbreken van feedback na het geven van medisch advies aan een dakloze patiënt, of verstrekking en inname van medicatie lukt of een afspraak op de poli kan worden nagekomen. Met wie we dit kunnen afstemmen. Lukt het om de zorg te continueren? Het zou fijn zijn om voor (onverzekerde) daklozen van wie de huisarts niet bekend is een centraal punt te hebben voor overleg; een sociaal medisch team zou hiervoor geschikt zijn zodat de overdracht tussen artsen en verpleegkundigen kan plaatsvinden om de zorg te borgen.
- Huisartsenpost: Zover we weten of iemand dakloos is zien we alleen dakloze mannen die zich meestal met voetproblemen en uitputting presenteren. Overigen komen om kalmerende medicijnen of pijnstillers. In de late avond en nacht zouden we een dakloze patiënt op eenvoudige wijze een bed in de nachtopvang of ziekenboeg moeten kunnen bieden om te herstellen. Een centraal aanspreekpunt voor overdracht van (onverzekerde) dakloze patiënten van wie de huisarts onbekend is. We betalen weleens een taxi naar de nachtopvang om zeker te weten dat mensen goed aankomen.

BIJLAGE 4: BOUWSTENEN SOCIAAL MEDISCHE ZORG

1. **Bouwsteen 1: eenduidige manier van verwijzing, intake, diagnose en begeleidingsplan.** Voor de centrale toegang tot sociaal medische zorg voor daklozen 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, verpleegkundige en medische intake worden gegevens verzameld, geanalyseerd, samengevat en systematisch geregistreerd (aangepast aan de lokale situatie). Het sociaal medisch team maakt een overzicht van de sociaal medische (werk)diagnosen en stelt tijdens een multidisciplinair overleg een probleemgericht begeleidingsplan met concrete doelen op.
2. **Bouwsteen 2: begeleiding door een trajectmanager** van de GGD of een voorziening van de Maatschappelijke Opvang bij alle stappen die nodig zijn voor diagnostiek, herstel, stabilisatie en doorstroom naar een voorziening 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.
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 daklozen. Het Leger des Heils maakt gebruik van ervaringsdeskundigen.
4. **Bouwsteen 4: straatdokterspraktijken en ziekenboeg.** Laagdrempelig toegankelijke inloopsprekuren zijn aanwezig op de locaties waar daklozen zich bevinden. Straatdokters 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.

BIJLAGE 5: GERAAMDE KOSTEN INZET EXPERTS NSG

Project: Bouwstenen Sociaal Medische Zorg Dak- en Thuislozen in Nederland					
Begroting gemeente Gouda					
	Uren	Begrote Kosten	Tijdsplan & Periodisering		
	NSG expert Uren	NSG Expert Euro 110 p/uur	Maand	Projectleider Expert	Totaal EURO
Acties Fase 1					
1) Advisering centrale locatie voor intake en inlooppreekuur (ziekenboeg)	30	3.30 0		3.3 00	3.30 0
2) Samenstellen sociaal medisch team	30	3.30 0		3.300	3.300
3) Gecoördineerde intake, beoordelingsinstrumenten, monitor	90	9.90 0		9.900	9.900
4) Trainen beoordeling, overzicht, overleg en begeleidingsplan	90	9.90 0		9.900	9.900
5) Advisering IT infrastructuur	16	1.76 0		1.760	1.760
6) Advisering en begeleiding inlooppreekuur (ziekenboeg)	60	6.60 0		6.600	6.600
7) Advisering en rapportage 'opbrengst fase 1'	50	5.50 0		5.500	5.500
Totalen	336	40.260		40.260	40.260
Overige Onkosten					
reiskosten retour 130km x 48 bezoeken (19 cent/km) afgerond					1.20 0
Inhuur trainers diverse thema's 3-4 dagdelen (ex zaal, faciliteiten)					2.00 0
expert meeting en teambuilding 2 dagen (instrumenten, samenwerking)					3.50 0
Totaal overige onkosten					6.700
Sub-Totaal					46.960
Onvoorzien 10%					4.70 0
Totale Begroting					51.660

NB) DHF/NSG zal 1/3 van deze kosten voor haar rekening nemen