



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

Igor van Laere, Ronald Smit, Maria van den Muijsenbergh

“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 Inlooppreekuur 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 schuldhelpverlening	26
1.8.2 Processtappen binnen de schuldhelp 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 ziekenboek 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 Ziekenboek 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	45
A. Taakomschrijving disciplines sociaal medisch team dakloze mensen	45
B. Formulier sociale intake dakloze mensen	48
C. Formulier acties en afspraken dakloze mensen	54
D. Bewindvoering en mentorschap	55
E. Formulier medische intake dakloze mensen USS	59
F. Gezondheidsproblemen en zorgbehoeften bij dakloze mensen in Nederland	80
Colofon	100

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 Straatdokters 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.

Nederlandse Straatdokters Groep

Doctors for Homeless Foundation

¹ Laere I van, Muijsenbergh M van den, Smit R, Sloekers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. Straatdokters 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 Straatdokters 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 straatdokter.^{3 4}

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 Verheul M, Laere I van, Genugten W van, Muijsenbergh M van den. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands : the need for pro-active integrated care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 2020; 29(1):21–40.

⁴ 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.⁵
- 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.

⁵ [Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg ggdghor.nl](https://www.ggdghor.nl/handreiking-gegevensuitwisseling-bemoeizorg-ggdghor.nl)

1.2 Locatie Centraal Meldpunt Dakloze Personen

De gemeente is verantwoordelijk voor een voor de doelgroep, hulpverlening en burgers herkenbare centraal gevestigde locatie⁶ 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)⁷ en geluidsnormen. Voldoe aan eisen bouwbesluit: ventilatie, vocht, isolatie en milieu.⁸
- Hygiëne: laat elke drie jaar een GGD-medewerker deskundige infectiepreventie (DIP) een beoordeling van de hygiëne uitvoeren conform RIVM-richtlijnen.⁹
- 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 straatdokersspreekuur 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)¹⁰.
- 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.

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

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/27/richtlijn-voor-opvang-van-dak--en-thuislozen-tijdens-coronacrisis-vastgesteld>

⁸ <https://www.rvo.nl/onderwerpen/duurzaam-ondernemen/gebouwen/wetten-en-regels-gebouwen/bouwbesluit>

⁹ <https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/dak-thuislozen-centra-sociale-pensies>

¹⁰ <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, maagarmstelsel, 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:

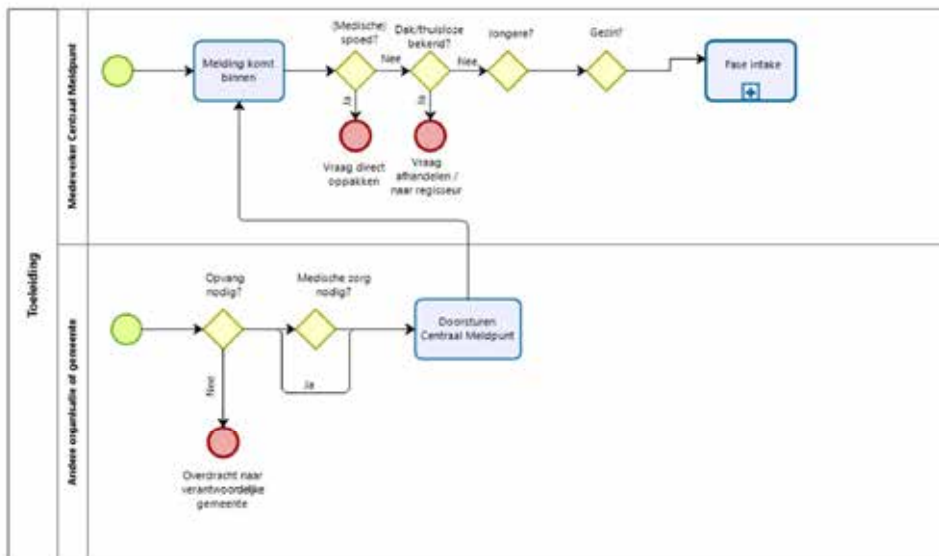
- Formulier sociale intake dakloze mensen (bijlage B)
- Formulier acties en afspraken dakloze mensen (bijlage C)
- Formulier medische intake dakloze mensen (bijlage E)
- Checklist 'Document Centraal Meldpunt Daklozen'

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*.

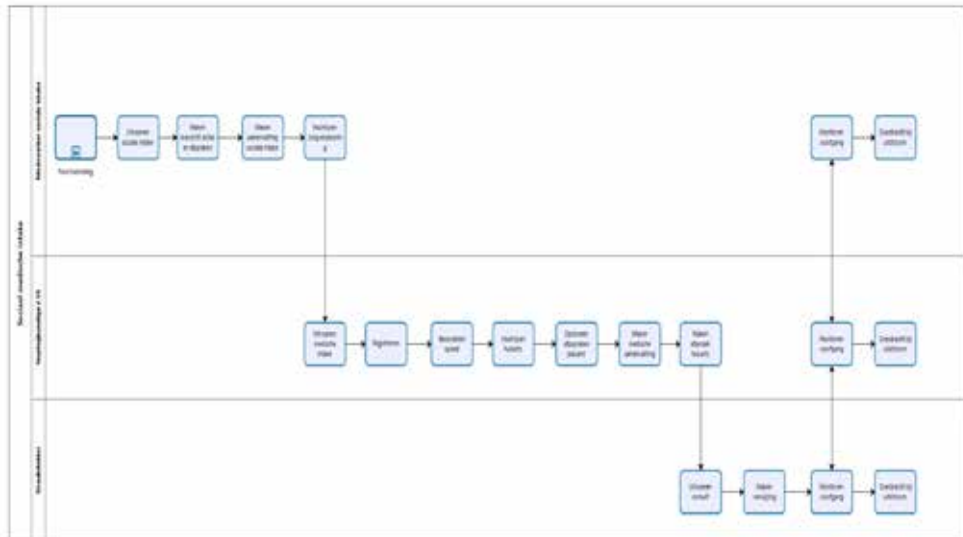
1.4 Sociaal medische intake

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:



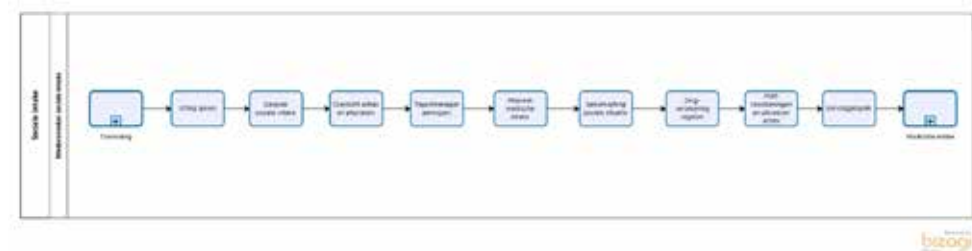
Het intakeproces start met de sociale intake die wordt uitgevoerd door de sociaal medewerker, gevolgd door een medische intake waarbij de verpleegkundige of verpleegkundig specialist (VS) de medische situatie beoordeelt, problemen deelt en zo nodig doorverwijst naar de betrokken huisarts/straatsdokter. 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 schuldhelpverlening, 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:



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 verblijflootatie
- 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/straatsdokterpraktijk
- 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/straatsdokter. 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, straaatdokter, 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/straatsdokter of behandeld als passant.
4. Passant: Maak afspraak (met zorgverzekeraar) over de duur van passant zijn. Is cliënt 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/straatsdokter. 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 E opgenomen in het HIS.
6. Afspraak huisarts: Verpleegkundige/VS maakt een afspraak voor cliënt bij de huisarts/straatsdokter. Locatie: in de praktijk of inlooppreekuur in de opvang.
7. Consult huisarts: Cliënt heeft gesprek met huisarts/straatsdokter. 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/straatsdokter 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 Inlooppreekuur straadokter

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/straatsdokter.

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/straatsdokter.

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

Ja → verwijs naar spreekuur straadokter

(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 straadokter

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

Langer dan jaar geleden → verwijs naar spreekuur straadokter

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

Ja → overleg/verwijs naar straadokter 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:

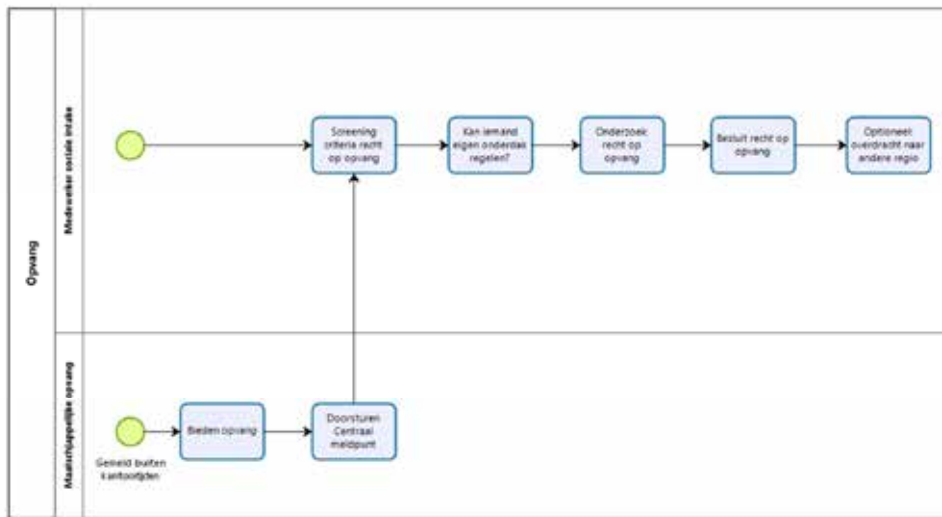
EU-burgers die als werkzoekenden naar Nederland zijn gekomen hebben de eerste drie maanden van verblijf geen recht op maatschappelijke opvang. Voor EU-burgers die tussen drie maanden en vijf jaar in Nederland verblijven, geldt dat een beroep op maatschappelijk opvang consequenties kan hebben ten aanzien 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
Bosnische

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. Wachttijst opvang. Als er geen plek is in de opvang, meldt de medewerker sociale intake bij de medewerker opvang de cliënt aan voor de wachttijst. De medewerker opvang houdt de lijst bij en onderhoudt het contact met mensen op de wachttijst 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 wachtlijst: De wachtlijst 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.

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

1.6 Briefadres

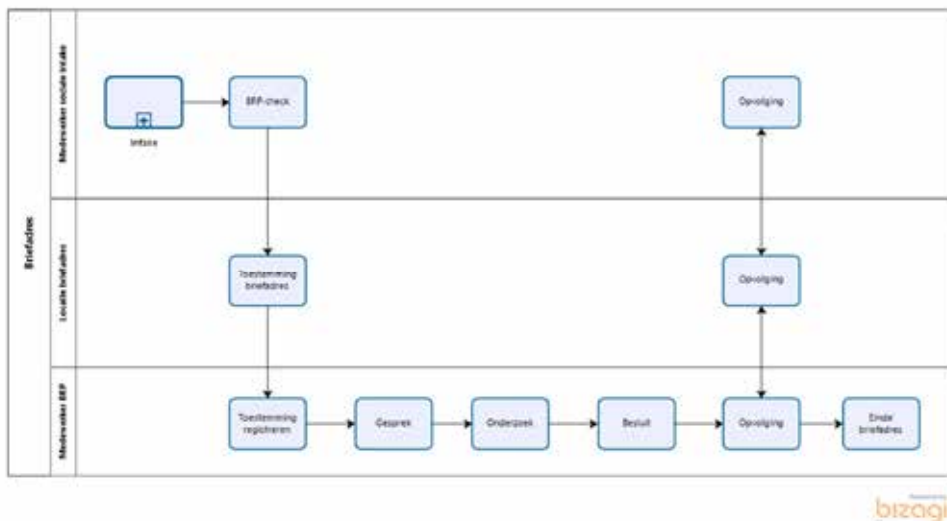
Een gemeentelijke aanvraag briefadres is nodig omdat dakloze personen geen mogelijkheid hebben om zich in te schrijven op een adres in de basisregistratie personen (BRP). Mensen zijn verplicht zich in te schrijven in de gemeente waar zij de meeste tijd verblijven; mogelijk is dit niet de centrumgemeente 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.¹¹ Divosa heeft een handreiking opgesteld hoe met deze verplichting om te gaan.¹²

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.

¹¹ Het ambtshalve registreren van een persoon op een briefadres | Basisregistratie Personen (BRP) | Rijksdienst voor Identiteitsgegevens (rvig.nl)

¹² Handreiking briefadressen en het voorkomen van dakloosheid | Divosa

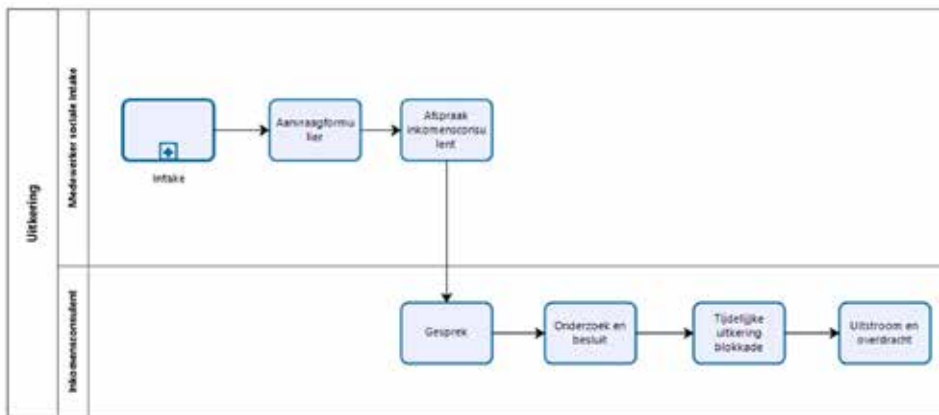
1.7 Uitkering

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
collaborative

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.^{13 14} 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.¹⁵ 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

¹³ <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/armoede-schulden-en-gezondheid>

¹⁴ Nederlands Centrum Jeugdgezondheid | Handreiking 'Omgaan met armoede in het domein Jeugdgezondheid' (ncj.nl)

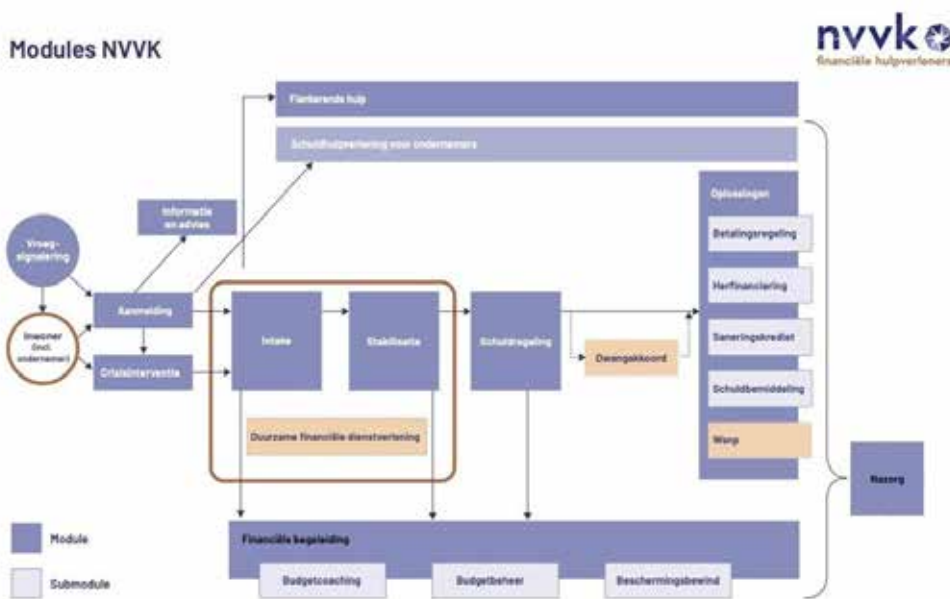
¹⁵ <https://moodle.schuldnenincasso.nl/> online training voor huisartsen en praktijkondersteuners voor het signaleren en verwijzen van de gevolgen van de doorwerking van financiële problemen op de gezondheid en de gezondheidsbeleving van mensen.

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 (kijtschelding) 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.nvkv.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.¹⁶

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 álle 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 Schuldhulpverlening¹⁷. 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.

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

¹⁶ 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.

¹⁷ [wetten.nl - Regeling - Wet gemeentelijke schuldhulpverlening - BWBR0031331 \(overheid.nl\)](http://wetten.nl - Regeling - Wet gemeentelijke schuldhulpverlening - BWBR0031331 (overheid.nl))

schuldhulpverlener gebruik van diverse bronnen zoals de Schuldenwijzer¹⁸ en Bureau Krediet Registratie (BKR)¹⁹. Daarvoor is een machtiging/toestemmingsverklaring (standaardformulier AVG) van de cliënt nodig.²⁰

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. Afsproken 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 bij de Rechtbank. De Rechtbank dient de gemeente te consulteren (Adviesrecht). Bij akkoord wordt

¹⁸ <https://schuldenwijzer.nl>

¹⁹ [Stichting BKR - Voor financieel welzijn](#)

²⁰ [VNG Realisatie rapport](#) Handreiking gegevensuitwisseling BKR voor schuldhulpverlening

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 beleid²¹) 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 leidden 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)²². 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.

²¹ https://www.divosa.nl/sites/default/files/onderwerp_bestanden/leidraad_wet_gemeentelijke_schuldhulpverlening_nvkv.pdf

²² <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 E) en richt zich 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

Cliënt 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 behandelmogelijkheden. 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.²³
- **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 Screeningslijst (USS), bijlage E, 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.²⁴

Scil-test: Deze test geeft een indruk van verstandelijk functioneren op het moment van afnemen van de test.²⁵ 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 volwassenheid ²⁶ en is er een sterke relatie tussen de hoogte van de testscore en het risico op dakloosheid.²⁷

²³ <https://docplayer.nl/9813802-Auditrapportage-recept-voor-goed-handelen-maatschappelijke-opvang-utrecht.html>

²⁴ <https://www.jellinek.nl/pdf-content/2018/03/USS-Document-HR-2018.pdf>

²⁵ <https://www.hogrefe.com/nl/shop/scil-screener-voor-intelligentie-en-licht-verstandelijke-beperking.html>

²⁶ <https://acetoohigh.com/aces-101/>

²⁷ <https://nhchc.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/straatsdokter 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/straatsdokter. 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/straatsdokter of op het inloopsprekuren 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/straatsdokter. 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 inloopsprekuren 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/straatsdokter 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/straatsdokter, 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 besprekingsduur 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/straatsdokter bij het MDO gewenst is.
- Huisarts/straatsdokter 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/straatsdokter 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 ervaringsdeskundigheid²⁸, organiseer begeleiding om hen actief te coachen en supervisie te geven, met als doel een bijdrage te leveren aan de volgende resultaatgebieden. Stichting werkplaats COMO²⁹ en Stichting Zwerfjongeren Nederland³⁰ 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

²⁸ <https://www.deervaringsdeskundige.nl/inzet-ervaringsdeskundigheid/scholing/scholing-ervaringsdeskundigheid.aspx>

²⁹ <https://werkplaatscomo.wordpress.com/home/over/stichting/>

³⁰ <https://zwerfjongeren.nl/>

Bouwsteen 4 - Straatdokerspraktijk en ziekenboek 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 zorgverzekeraar³¹, 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 ziekenboek

³¹ <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.³²

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 straatdokters signaleerden een epidemie van onverzekerde dakloze mensen, sloegen alarm³³ en hebben bijgedragen aan de regeling ter declaratie van zorgkosten gemaakt voor onverzekerden.³⁴ Voor huisartsen: hulp bij declareren zorgkosten onverzekerden. DEAB nodig. Per onverzekerde persoon aanmelden bij meldpunt onverzekerden³⁵, 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.

De Amsterdamse Huisartsenalliantie, Dokters van de Wereld, Kruispost & GGD praktijk Dr. Valckenier vinden de zorgvraag leidend, niet de financiering, en hebben de handen ineengeslagen om de toegang tot zorg voor onverzekerden te verbeteren.³⁶

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 gederfde 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.³⁷ Het is noodzakelijk dat in samenwerking met reguliere huisartsen afspraken gemaakt zijn die de toegang van zorg voor deze groep mensen waarborgt.

³² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274378_22/1/

³³ Sloekers M, Laere I van, Smit R. Straatdokters slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. Ned. Tijdschrift Geneeskunde 2016;160: D214.

³⁴ 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.

³⁵ <https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl/>

³⁶ https://www.amsterdamsehuisartsen.nl/wp-content/uploads/2024/09/goedezorg_a5-folder_losepapinas.pdf

³⁷ <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.³⁸ 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.^{39 40}

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 (VS), 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 het 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 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.
- Korte lijnen met buurtregisseur / politie in geval van huisvredebreuk.

³⁸ 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.

³⁹ van Dongen SI, Klop HT, Onwuteaka-Philipsen BD, de Veer AJ, Slockers 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.

⁴⁰ Klop HT, de Veer AJE, Gootjes JRG, van de Mheen D, van Laere IR, Slockers MT, Onwuteaka-Philipsen BD. Evaluating the perceived added value of a threefold intervention to improve palliative care for persons experiencing homelessness: a mixed-method study among social service and palliative care professionals. BMC Palliat Care. 2022 Jun 23;21(1):112. doi: 10.1186/s12904-022-01000-8.

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.⁴¹

Geef de GGD de epidemiologische opdracht om specifieke gegevens systematisch te verzamelen en rapporteren.⁴² Gebaseerd op de praktijk en wetenschap van de sociaal medische zorg voor en tijdens dakloosheid⁴³ wordt aanbevolen de volgende basisgegevens te verzamelen. Onderstaande tabel dient als voorbeeld om data te registreren:

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/gevangenis⁴⁴ 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

⁴¹ 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>

⁴² Viergever RF. Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg? TSG 2013; 6: 347-357.

⁴³ Laere I van. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. University of Amsterdam, PhD Dissertation, 2009. <http://dare.uva.nl/record/325935>

⁴⁴ file:///C:/Users/HP/Downloads/Zorg+na+detentie_Overdracht+van+informatie.pdf

- **Briefadressen:** bepaal het aantal aanvragen en toewijzingen van een briefadres voor feitelijk dakloze personen.
- **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.⁴⁵ Voorbeeld monitoring zorgvragen op de straatdokerspreekuur in Rotterdam.⁴⁶
- **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.

⁴⁵ Slockers M, van Laere I, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts & Wetenschap 2017;60(7):360–2.

⁴⁶ 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 straatdokersspreekuur in de periode 2006-2017. Ned Tijdschr Geneesk 2020;164:D4656

Tabel: sociaal medische monitor voor mensen met risico op sociaal medisch verval ⁴⁷

DEMOGRAFIE	
Naam	geslacht
adres	geboortedatum
postcode	geboorteplaats
woonplaats	geboorteland
Burger Service Nummer (BSN)	etnische origine
SOCIALE PROBLEMEN	MEDISCHE PROBLEMEN
<i>Onderdak</i>	<i>Verslaving</i>
Onafhankelijk (eigenaar-bewoner / huur contract op naam); verblijfplaats	Alcohol
Begeleid wonen (pension / kliniek / gevangenis)	Drugs (tabak, cannabis, cocaïne, heroïne, speed, pillen)
Dakloos (duur dakloosheid en route:)	Gokken, kopen (schulden)
Relatieproblemen, weggestuurd of zelf vertrokken	<i>Geestelijke gezondheid</i>
Huisuitzetting door huurschuld (sociale sector / privé sector)	Psychotisch, verward, bizar
Huisuitzetting door huurschuld tijdens uitzitten gevangenisstraf	Verstandelijke beperking
Huisuitzetting door extreme overlast / illegaal gebruik	Lethargisch, altijd moe, somber, depressief; trauma
Overige redenen (verlaten kliniek, GGZ instelling, retour uit buitenland)	Cognitieve stoornissen / beperkte intelligentie
<i>Inkomen</i>	<i>Lichamelijke gezondheid</i>
Identiteitskaart, registratie bevolkingsregister, (brief) adres	Verwaarlozing (lengte, gewicht; body mass index)
Inkomen uit legale arbeid / illegale bron / geen inkomen	Gebitsproblemen
Uitkering werkloosheid / arbeidsongeschiktheid (schulden)	Chronische problemen longen
Zorgverzekering / premie achterstand	Hart vaat ziekten / hoge bloeddruk
<i>Bezigheden en netwerk</i>	Lever cirrose
Doublures lager school / spijbelen en uitval middelbare school	HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculose
Hoogste diploma – laag, midden, hoog (naam en adres school)	Kanker
Werkervaring / dagbesteding / contacten politie en justitie	Diabetes
Sociaal netwerk familie / vrienden (name, adres, telefoon, email)	Epilepsie
STERFTE	ONNATUURLIJKE DOOD
Datum van overlijden	overdosis / intoxicatie
Dag in de week van overlijden	suicide / moord
Tijdstip van overlijden	ongeluk / trauma
Vindplaats van overlijden	NATUURLIJKE DOOD
Woonstatus bij overlijden	hart en vaten
	longen
	kanker
	HIV/AIDS
	anders

Een overzicht op sociaal medisch verval bevat de volgende gegevens: demografie, drie sociale domeinen: onderdak – in relatie tot de setting en de wijze waarop mensen dakloos raken – , inkomen en bezigheden; drie medische domeinen: verslaving, geest en lichaam, en sterfte naar (on) natuurlijke doodsoorzaken. De medische problemen zijn gebaseerd op problemen welke chronische en kostbare begeleiding vergen en waarvan een significant verhoogd sterfterisico bekend is. Bij de individuele toepassing van deze sociaal medische monitor dient de omvang en intensiteit van de in te zetten sociaal medische zorg te worden beoordeeld, ingezet, geregistreerd en gevolgd door professionals met kennis en ervaring met sociaal medisch verval.

⁴⁷Igor van Laere. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Universiteit van Amsterdam, afdeling sociale geneeskunde, Proefschrift 2010. <http://dare.uva.nl/record/325935>

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.⁴⁸ 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 ervaringsdeskundige⁴⁹ (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.

⁴⁸ Voorbeeld van vacature consulent in centrumgemeente Gouda. <https://vacatures.werkeninhetwesten.nl/vacature/4469/consulent-sociaal-domein-expertise-regisseur-dak-en-thuisloze/>

⁴⁹ 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 vervolgafspraken.
- 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, algeheel 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/straatsdokter

- 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/straatsdokter

- 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?	(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?	(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?	Duur: (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 verblijfsadres anders is dan laatste inschrijfsadres onderstaande invullen:	
Wat was uw laatste verblijfsadres?	Adresgegevens: Postcode, straat en huisnummer Actie → 6
Met wie woonde u hier?	(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 verblijfsadres?	(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 gemeentefdeling Services voor inschrijving.	

Huidige verblijflootatie	
Wat is uw huidige verblijflootatie?	(1) Eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract/hypothek) (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 → Ac e 8 (2) Briefadres nodig: → Ac e 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 Ac e 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		• 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 Geen inkomen uit uitkering/werk → aanvraag daklozenuitkering, Aanvraagformulier invullen Actie 11 Afspraak inkomens consulent gemeente Actie 12
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:	

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 zorgverzekeringspas 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 schuldhelpverlening 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 bewindvoerderskantoren 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 bewindvoerderskantoren 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, langetermijnsinzicht 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 USS

De Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS 2.0) bestaat uit 5 onderdelen en vraagt 30-40 minuten om deze volledig af te nemen [50]:

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.

50 . <https://www.iellinek.nl/pdf-content/2018/03/USS-Document-HR-2018.pdf>



uitgave 2016

Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS) 2.0

Voorwoord

De Utrechtse Somatische Screening 2.0¹ is speciaal ontwikkeld voor de zorgmijdende 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.

Bij het gebruik van de Utrechtse Somatische screening is het goed om rekening te houden met de volgende uitgangspunten.

- De USS wordt afgenomen binnen de context van de GGZ (inclusief verslavingszorg) en is ook binnen de maatschappelijke opvang bruikbaar.
- Routinematig algemeen oriënterend onderzoek en behandeling moeten bij voorkeur binnen de ketenzorg met de huisarts uitvoering krijgen.
- In geval van specifieke lichamelijke screening (bv. bijwerkingen monitoren bij psychofarmaca etc.) ligt er een directe verantwoordelijkheid bij de GGZ, mogelijk in samenspraak met de psychiater en de huisarts.

De uitkomsten van deze gezondheidsaspecten vormen uiteindelijk de basis voor een integraal behandelplan. Een leefstijlplan maakt daar onderdeel van uit.

De somatische screening draagt zo bij aan de verdere ontwikkeling van ketenzorg. De samenwerking met de huisarts (en specialist) wordt versterkt doordat deze een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de screening krijgt en gevraagd wordt, indien noodzakelijk, behandeling in te zetten.

De screening is af te nemen door de verpleegkundige die het dichtst bij de patiënt staat.

De USS bestaat uit 5 onderdelen:

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.

Per onderdeel kan aangegeven worden of het nodig is actie te ondernemen. Aan de hand van gelopen risico's en van het klachtenpatroon wordt een laboratoriaanvraag ingevuld. De USS maakt het mogelijk om gericht laboratoriumonderzoek aan te vragen waarmee somatische aandoeningen mogelijk eerder herkend worden en te behandelen zijn.

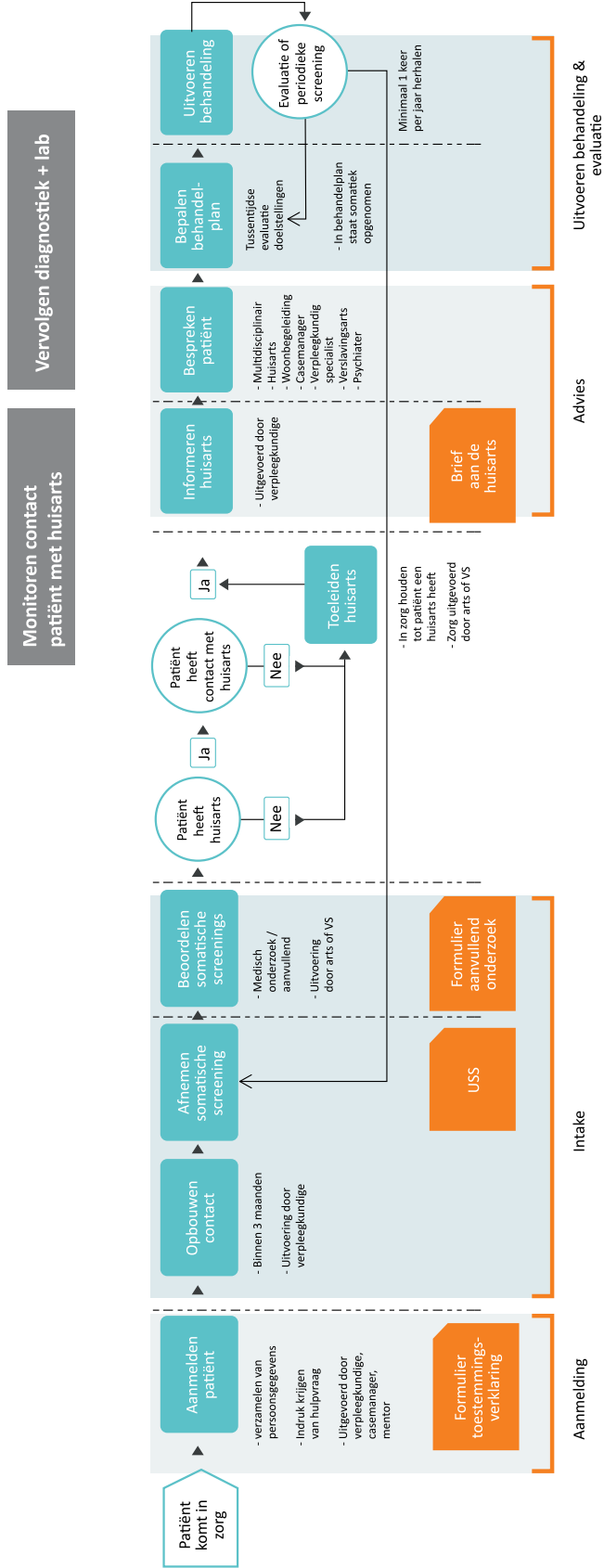
Vul alle vragen in ook als het 'nee' is.

Het invullen van de USS kost ongeveer 30-40 minuten.

Referentie: Koerts Janmaat, J., Middeldorp, J., Moesker, S. & Smit, R. (2016). Utrechtse Somatische Screening (USS).

¹ = Voor geraadpleegde bronnen bij ontwikkeling USS 2.0. zie bijlage 5.

Somatische screening - Somatische (bemoei)zorg



Zie bijlagen voor de formulieren

Vragenlijst Lichamelijke klachten

Naam: Datum:

Welke klachten hebt u afgelopen maand gehad?	Nooit	Soms	Vaak	Actie
Ik ben moe				☐
Ik heb last van mijn geheugen				☐
Ik transpireer veel				☐
Ik heb pijnklachten, omschrijf waar: -----				☐
Ik ben duizelig				☐
Ik heb last van wegrakingen				☐
Ik heb last van neusbloedingen				☐
Ik heb last van een droge mond				☐
Ik heb last van speekselvloed				☐
Ik heb last van hoesten				☐
Ik hoest slijm op				☐
Ik hoest bloed op				☐
Ik ben benauwd				☐
Ik heb pijn op de borst				☐
Ik heb hartkloppingen				☐
Ik heb veel dorst				☐
Ik heb problemen met slikken				☐
Ik ben misselijk				☐
Ik moet braken				☐
Ik heb last van brandend maagzuur				☐
Ik heb last van diarree				☐
Ik heb last van verstopping				☐
Mijn ontlasting heeft een afwijkende kleur ²				☐
Ik moet vaker plassen				☐
Ik heb moeite mijn plas op te houden				☐
Ik heb last van huiduitslag				☐
Ik heb last van jeuk				☐
Ik heb gemakkelijk blauwe plekken				☐
Ik heb last van trillingen				☐
Ik heb last van bewegingsonrust				☐
Mijn spieren voelen stijf				☐
Ik heb last van <i>doof / tintelend / veranderd</i> gevoel in mijn <i>handen / voeten</i>				☐

² = Ontkleurde of rood/zwarte ontlasting. Slijm bij de ontlasting

Datum screening:

☐ startmeting ☐ periodieke screening ☐ jaarscreening☐ andere reden:Naam interviewer: Setting: ☐ Ambulant ☐ Klinisch ☐ Deeltijd

Team:

1. Algemene gegevens

Voor- en achternaam: Man / Vrouw

Geboortedatum:

Geboorteland patiënt zelf:

Geboorteland vader: Geboorteland moeder:

Zorgverzekeraar en polisnummer:

BSN: (legitimatie vragen)

2. Somatische screening**A. Zorggebruik**

			Actie
Kunt u lezen?	☐ Ja	☐ Nee	☐
Gebruikt u sociale media?	☐ Nee	☐ Ja, namelijk:	☐
Naam (laatste) huisarts			
Hoe vaak hebt u in het afgelopen jaar uw (eigen) huisarts bezocht?	 (aantal keren)	Reden:	☐
Naam tandarts			
Hebt u in het afgelopen jaar uw tandarts bezocht?	☐ Nee, reden: Wanneer was de laatste keer?	☐ Ja, reden:	☐
Naam apotheek			
Hebt u een psychiatrische diagnose?	☐ Nee	☐ Ja, namelijk:	☐
Is er contact met een GGZ-hulpverlener:	☐ Nee	☐ Ja, namelijk:	☐
	Laatste contact: Instelling:		☐
Is er bij u ooit een hartfilmpje gemaakt?	☐ Nee	☐ Ja, reden:	
Bent u momenteel onder behandeling bij een medisch specialist?	☐ Nee	☐ Ja, naam Naam ziekenhuis:	☐
Hebt u ooit in uw leven een operatie ondergaan?	☐ Nee	☐ Ja, waarvoor was dit en wanneer?	

Deelname preventieve bevolkingsonderzoeken

Vrouwen	Ja	Nee	
Bevolkingsonderzoek borstkanker	☐	☐	☐ Niet van toepassing (bij vrouwen onder de 50 of boven de 75 jaar)
Doet u aan zelfonderzoek van de borsten?	☐	☐	
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	☐	☐	☐ Niet van toepassing (bij vrouwen onder de 30 of boven de 60 jaar)
Bevolkingsonderzoek darmkanker	☐	☐	☐ Niet van toepassing voor vrouwen onder de 55 en boven de 75 jaar óf nog geen oproep voor gehad (i.v.m. implementatieperiode)

Mannen	Ja	Nee	
Bevolkingsonderzoek darmkanker	☐	☐	☐ 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, familiale aandoeningen en infectieziekten

Bent u bekend met een somatische aandoening? Zo ja, omschrijf om welke aandoening(en) het gaat.	Actie
	☐

Bent u ergens allergisch voor? Denk aan: Inhalatie-allergenen, voedingsmiddelen (eieren), insectengif, geneesmiddelen (antibiotica), contactallergenen, beroepsallergenen.	Actie
	☐

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	☐	☐							☐
Is iemand van uw familie bekend met diabetes type I of II?			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Longaandoeningen	Patiënt		Vader		Moeder		Broers/zussen		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
Hebt u COPD ? (astmatische bronchitis en/of longemfyseem)	☐	☐							☐
Hebt u een mantouxtest gehad in het verleden?	☐	☐							
Longfoto Wanneer was dit?	☐	☐							

Hart- en vaatziekten	Patiënt		Vader		Moeder		Broers/zussen		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
Bent u bekend met hart- en vaatziekten?	☐	☐							☐
Is iemand van uw familie bekend met een hart- en vaatziekte? 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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Is iemand van uw familie bekend met darm (D)- of borstkanker (B)? Zet een D of B bij vader, moeder broers/zussen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opmerkingen:									

³ = astmatische bronchitis en/of longemfyseem.

⁴ = De meest voorkomende hart- en vaatziekten zijn: Hartinfarct, CVA, Angina pectoris, hartfalen, hartritmestoornissen.

⁵ = Vraag naar diabetes, hart- en vaatziekten bij ouders, broers, zussen ontstaan vóór het 65ste levensjaar. Bron: NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement, 2012

Infectieziekten en geslachtsziekten	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Is ooit de diagnose HIV, SOA en/of tuberculose bij u gesteld?	☐	☐	Welke? Zo ja: behandeling succesvol afgerond?	☐
Is ooit bij de diagnose hepatitis gesteld?	☐	☐	Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐	☐
Bent u gevaccineerd tegen Hepatitis B?	☐	☐	Zo ja: wanneer?	☐
Hebt u op dit moment een (vermoeden van een) geslachtsziekte?	☐	☐		☐

2. C. Leefstijl Anamnese⁶

Voeding en eetpatroon	Ja	Nee	Toelichting										Actie
Hoe tevreden bent u met uw eigen voeding- en eetpatroon op een schaal van 0-10?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		☐	
Ontbijt u dagelijks?	☐	☐											☐
Hoe vaak eet u op een dag?				☐ 1 keer per dag ☐ 2 keer per dag ☐ 3 keer per dag								☐	
Eet u dagelijks tenminste 2 stuks fruit?	☐	☐											☐
Eet u dagelijks tenminste 200 gram groenten?	☐	☐											☐
Hoeveel fris- of fruitdrank drinkt u per dag? Dit omvat alle dranken behalve koffie, thee zonder suiker en water.				☐ 0 ☐ < 0,5 liter ☐ 0,5 - 1,0 liter ☐ > 1,0 liter								☐	
Hoeveel koffie drinkt u? (koppen per dag)				☐ minder dan 5 ☐ 5 of meer								☐	
Gebruikt u suiker in de thee of koffie?	☐	☐	Hoeveel klontjes gebruikt u per consumptie?										☐
Hoeveel vocht krijgt u in totaal per dag binnen?				☐ Minder dan 1500 cc ☐ Tussen de 1500 - 2000 cc ☐ Meer dan 2000 cc								☐	
Hoeveel blikjes energydrank gebruikt u per dag ?				☐ 0 ☐ tussen de 2 - 4 ☐ Meer dan 4								☐	

⁶ = Gebaseerd op de aanbevelingen uit de "Richtlijn Leefstijl bij met mensen met ernstige psychische aandoeningen" (Meeuwissen et al, 2015).

In de richtlijn staan instrumenten beschreven waarmee een uitgebreidere leefstijlanamnese kan worden afgenomen.

⁷ = 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.

Beweging & Sport	Ja	Nee	Toelichting	Actie							
Hoe tevreden bent u met uw eigen beweegpatroon op een schaal van 0-10?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☐
Beweegt u dagelijks ongeveer een half uur matig intensief? (zodat u ademhaling iets sneller is en u licht transpireert)	☐	☐	Welke activiteiten zijn dit?								☐
Beweegt u regelmatig ongeveer 20 minuten achter elkaar intensief? (tijdens deze activiteiten heeft u moeite met spreken doordat de ademhaling versneld is. Een ander kenmerk is dat u flink transpireert).	☐	☐	Wat voor beweging/sport?								☐
Zo ja: hoe vaak doet u dat?			☐ 3 keer per week of meer ☐ Minder dan 3 keer per week ☐ Onregelmatig								☐

Middelengebruik	Ja	Nee	Toelichting	Actie							
Hoe tevreden bent u over uw eigen middelengebruik op een schaal van 0-10?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☐
Rookt u?	☐	☐									☐
Zo nee: hebt u ooit gerookt?	☐	☐	Aantal jaren gerookt:								☐
			Aantal sigaretten per dag destijds:								
Zo ja: hoeveel rookt u per dag?			Aantal per dag:								☐
Zo ja: hoe lang rookt u al?			Aantal jaren:								☐
Denkt u wel eens aan stoppen met roken?	☐	☐									☐
Gebruikt u: (aankruisen wat van toepassing is)			☐ Alcohol ☐ Cannabis ☐ Cocaïne ☐ Heroïne ☐ Amfetaminen ☐ Benzodiazepinen ☐ Gokken ☐ Anders:								☐
Bent u bekend met onthoudingsinsulten?	☐	☐									☐

Inventarisatie risicosituaties ooit	Ja	Nee	Toelichting	Actie
IV-gebruik	☐	☐		☐
Gezamenlijk gebruik naald / spuit / water / filter / lepel	☐	☐		☐
Gezamenlijk gebruik koker / pijp (chinezen/basen)	☐	☐		☐
Risico door seksuele contacten / sekswerk	☐	☐		☐
Tatoeages (niet via tattooshop)	☐	☐		☐
Gezamenlijk gebruik scheermesje, tandenborstel, badhanddoek	☐	☐		☐

* = 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).

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

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?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☐
Wat doet u om te ontspannen?											☐

Dag- en nachtritme	Ja	Nee	Toelichting	Actie							
Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van uw slaap op een schaal van 0-10?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☐
Hoe laat gaat u (meestal) naar bed?	 : uur										☐
Hoe laat staat u (meestal) op?	 : uur										☐
Totaal aantal uren slaap per nacht	 uur										☐
Hebt u klachten over uw slaap?	☐	☐									☐

Hygiëne	Ja	Nee	Toelichting	Actie							
Hoe tevreden bent u over uw eigen lichamelijke verzorging op een schaal van 0-10?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☐
Hoe vaak doucht of wast u zich?			☐ Elke dag ☐ Meerdere keren per week, maar niet elke dag ☐ Minder dan een keer per week ☐ Bijna nooit								☐
Hoe vaak poetst u uw tanden of verzorgt u uw mond?			☐ Dagelijks 2 keer ☐ Dagelijks 1 keer ☐ Meerdere keren per week ☐ Minder dan 1 keer per week								☐
Wanneer er sprake is van een gebitsprothese: Hoe vaak poetst u uw gebitsprothese?			☐ Dagelijks 1 keer ☐ Wekelijks ☐ Nooit								☐
Hoe beoordeelt u uw eigen mond?			☐ Goed, ik heb geen klachten en ik verzorg mijn mond goed ☐ Ik heb wel ontstekingen, aantasting maar ik heb geen klachten ☐ Ik heb ontstekingen en klachten								☐
Opmerkingen											

Seksueel gedrag en SOA preventie	Ja	Nee	Toelichting	Actie
Bent u tevreden met uw seksuele leven?	☐	☐		☐
Als u vrijt, vrijt u dan veilig?	☐	☐		☐
Welke maatregelen treft u om veilig te vrijen?	☐	☐	☐ Gebruik altijd een condoom ☐ Gebruik van anticonceptie ☐ Ik (en mijn partner) laten ons regelmatig testen ☐ Geen	☐
Hebt u lichamelijke klachten bij het vrijen? ¹⁰	☐	☐	Omschrijving:	☐

Vrouw

Gebruikt u anticonceptie?	☐	☐	Welke:	☐
Bent u zwanger geweest?	☐	☐		☐
Menstrueert u regelmatig?	☐	☐		☐

2. D. Meten

					Actie
Lengte	 cm				
Gewicht (met / zonder schoenen)	 kg				
Buikomvang ¹¹	 cm				
Is uw gewicht afgelopen zes maanden veranderd?	☐ Ja	☐ Nee	☐ Toegenomen	☐ Afgenomen	
BMI (gewicht / lengte) ¹²	 kg / m ²				
Bloeddruk (zittend) ¹³	 / mm Hg				
Orthostatische bloeddruk meten? ¹⁴	☐ Ja	☐ Nee			

¹⁰ = Mannen: erectiestoornissen, libidoverlies, verminderd ejaculaat, symptomen van SOA Vrouwen: verminderd libido, vaginale droogheid, pijn bij het vrijen, symptomen van SOA

¹¹ = Buikomvang afkapwaarden afwijkend: >88 cm bij vrouwen, >102 cm bij mannen

¹² = 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 (morbid obesitas)

¹³ = Afkapwaarden hypertensie Systolische Bloeddruk > 140 mmHg, Diastolische Bloeddruk > 90 mmHg

¹⁴ = 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?	☐ goed ☐ matig ☐ slecht	Hebt u een bril? ☐ Ja ☐ Nee	☐

Gehoör			Actie
Hoe is uw gehoor?	☐ goed ☐ matig ☐ slecht	Hebt u een gehoorapparaat? ☐ Ja ☐ Nee	☐

Mond			Actie
Wat is de indruk van de screener m.b.t. het gebit?	☐ goed ☐ matig ☐ slecht	Hebt u een prothese? ☐ Ja ☐ Nee Aanwezig? ☐ Ja ☐ Nee	☐

Inspectie handen	Actie
Aandachtspunten: schoon; wondjes; huidaandoeningen; nagels; roodheid van de handpalmen; tremoren bij gestrekte armen en vingers, eczeemblaasjes	☐
..... 	

Inspectie buik	Actie
Aandachtspunten: opgezet buik; huidaandoeningen zoals opgezette bloedvaten rondom de navel, bloedvaatjes vanuit een centraal punt (spinnenvorm, spider naevi); littekens op de buik	☐
..... 	

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	☐
..... 	

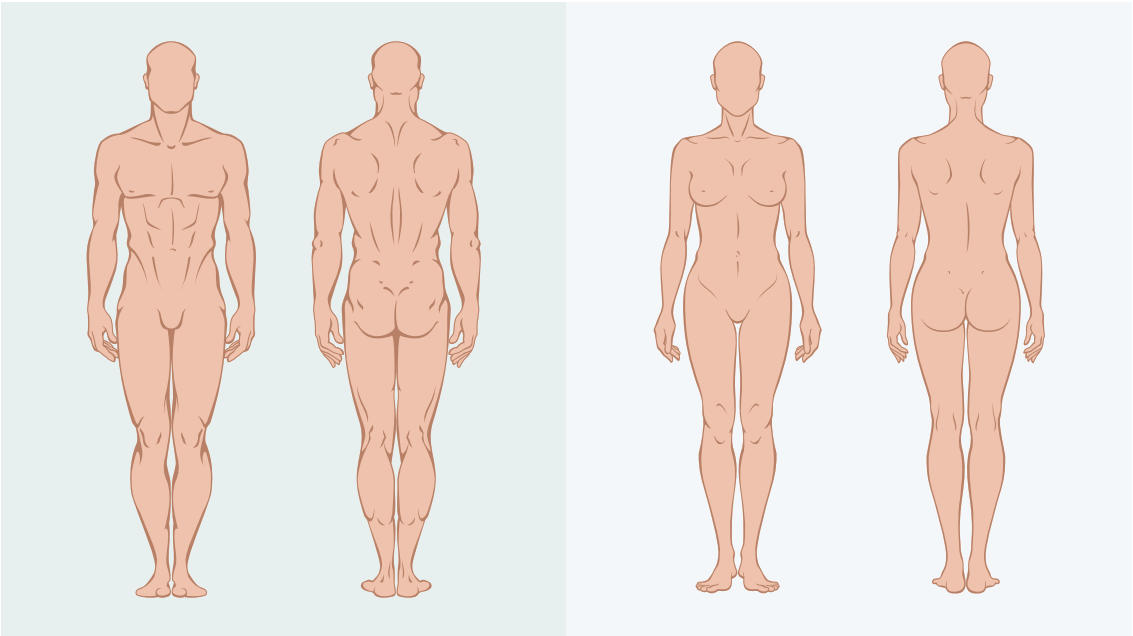


3. Actuele klachten

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



Nummer	Probleem	Gevolg	Actie
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

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			☐

Medicatiegebruik	Ja	Nee	Actie
Hebt u vragen over de medicijnen die u nu gebruikt?	☐	☐	
Indien ja, graag details beschrijven:			☐
Bent u gemotiveerd om de medicatie te gebruiken?	☐	☐	
Indien nee, patiënt motiveren en hieronder toelichten:			☐
Hebt u klachten over deze medicijnen (bv bijwerkingen, allergie)?	☐	☐	
Indien ja, noteren en overleggen met (voorschrijvend) arts of apotheker			☐
Kent u de gevolgen van als u de medicatie niet inneemt?	☐	☐	
Indien nee, noteren en overleggen met (voorschrijvend) arts of apotheker			☐
In hoeverre kunt u zelfstandig de zorg voor uw lichamelijke gezondheid organiseren?	☐	☐	
Indien nee, waarbij hebt u ondersteuning nodig?			

Laboratoriumonderzoek	Ja	Nee	Actie
Gaat u akkoord met laboratoriumonderzoek?	☐	☐	☐
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 			☐

Contact huisarts	Ja	Nee	Actie
Wil de patiënt contact met een huisarts?	☐	☐	☐
Indien ja, huisarts zoeken, informeren en evt. samen met patiënt de huisarts bezoeken			

Toestemming om informatie op te vragen	Ja	Nee	Actie
Geeft de patiënt toestemming om informatie op te vragen? Toestemmingsformulier invullen	☐	☐	☐

5. Samenvatting en beleid

Bij het formuleren van de samenvatting en beleid kan bijlage 3 als voorbeeld gebruikt worden.

Is de uitkomst van de USS 2.0. besproken met regiebehandelaar? Ja ☐ nee ☐



Bijlage 1. Formulier aanvullend onderzoek

A. Algemene standaard

Standaard bij elke patiënt (ongeacht welk risico de patiënt heeft gelopen)

Labonderzoek: Glucose (nn): Bezinking, bloedbeeld, Creatinine, ALAT,

ASAT, Gamma GT, Natrium, Kalium, Vit D, TSH, vetgroep nuchter

Wanneer patiënt lab weigert, overweeg bij aanwijzingen voor afwijkend glucose met een vingerprik een glucose te prikken.

B. Standaard naar aanleiding van een gelopen risico

1. Is er sprake van de volgende (risico)situaties (ooit!)

IV druggebruik; gezamenlijk gebruik spuitmaterialen (naald, koker, filter, lepel, pijp);

tatoeages; bloedtransfusies; dialyse; endoscopierisico? Ander risico

Indien ja, dan aanvullend labonderzoek:

HBcAg, HBsAg, HCV, HIV

2. Heeft de patiënt risicovolle seksuele contacten of werkt hij of zij als sekswerker?

Indien ja, dan aanvullend labonderzoek:

HBcAg, HBsAg, HCV, HIV, lues, Chlamydia PCR(urine), Gonorrroe PCR(urine)¹

C. ECG

Bij misbruik van alcohol, nicotine en/of cocaïne; gebruik van methadon,

antidepressiva, antipsychotica is een ECG belangrijk(volg protocol).

D. Cognitief functioneren MMSE

Bijlage 2. Formulier toestemmingsverklaring

Toestemming met betrekking tot uitwisseling van gegevens

Hierbij verklaart

Voor en achternaam:

Geboortedatum:

Toestemming te geven om informatie te vragen ten behoeve van de behandeling

Huisarts:

Telefoon nr:

Toestemming met betrekking tot de vraag:

.....

.....

.....

.....

Bijzonderheden:

.....

.....

.....

Datum:

Handtekening patiënt

Handtekening medewerker

Bijlage 3 voorbeeldbrief aan huisarts

Aan: Huisarts, Adres, plaats.

Datum:

Betref: De heer/Mevrouw

Geboortedatum **BSN**

Onderwerp: Somatische screening

Behandeld door initialen hulp verleners / initialen hoofdbehandelaar

Geachte

In het kader van somatische screening bij intake, monitoring en/of psychofarmacagebruik hebben wij genoemde patiënt onderzocht. Hieronder staan onze bevindingen, conclusies en beleid.

Patiënt(e) is een man/vrouw van jaar is bij ons onder behandeling sinds in het kader van zijn verslaving aan / psychiatrische aandoening. Hij / zij maakt een gezonde / niet gezonde indruk. Patiënt maakt goed / niet goed gebruik van reguliere gezondheidsdiensten. Vermeld bijzonderheden over het zorggebruik van patiënt.

Uit de somatische screening komen de volgende bijzonderheden naar voren:

Metingen:

BMI: **Buikomtrek:**

Bloeddruk: **Pols:**

Bijzonderheden vermelden van onderdelen: ogen, oren, mondgezondheid, handen, voeten en buik (bij geen bijzonderheden, deze alinea in zijn geheel verwijderen)

Patiënt(e) is bekend met de volgende aandoeningen: Op het gebied van diabetes, longaandoeningen, hart- en vaatziekten, kanker, darmaandoeningen, infectie en geslachtziekten speelt:

- Bijzonderheden alleen omschrijven

- Sprake van familiale belasting?

Bij het inventariseren van huidige somatische klachten, komen als bijzonderheden naar voren:

Uit de leefstijlanamnese komen de volgende bijzonderheden naar voren:

Voeding en eetpatroon: er is sprake van voldoende / onvoldoende regelmaat in het eten.

Er is sprake van voldoende/onvoldoende gezond / gevarieerd eten.

Beweging en sport: er is sprake van voldoende / onvoldoende dagelijkse beweging.

Patiënt sport wel/niet wekelijks.

Alcohol en drugs: Patiënt rookt wel / niet. Hoeveelheid per dag.

Patiënt gebruikt wel/niet dagelijks alcohol, evt. aantal eenheden

Patiënt gebruikt verder de volgende drugs op regelmatige basis:

Bijzonderheden vermelden m.b.t. Ontspanning/slaap; Hygiëne; Seksueel gedrag en soa preventie.

Vermeld huidige medicatie, medicatietrouw en bijgebruik.

Als aanvullend onderzoek is ervoor gekozen om algemeen screenend laboratoriumonderzoek te doen.

(Evt. aangevuld met onderzoek naar infectieziekten en/of Soa's en /of ECG). Bij deze brief is een kopie meegestuurd.

Conclusie en beleid:

Hopelijk heb ik u hiermee voldoende geïnformeerd. Aan u het verzoek om de behandeling van uw patiënt verder te vervolgen.

Wij adviseren uw patiënt een afspraak met u te maken. Vanzelfsprekend zijn wij bereid tot toelichting of overleg.

Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 09.00 uur tot 17.00 uur.

Hoogachtend,

Dhr./Mw. naam behandelaar, specialisme

Dhr./Mw. naam regiebehandelaar, specialisme

c.c.:

Geraadpleegde bronnen bij ontwikkeling USS 2.0.

Alphen, C. van, Ammeraal, M., Blanke C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R. Zon, N. van (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Utrecht: De tijdstroom.

Brink, L., Postema-Smeets, A., Stafleu, A. & Wolvers, D. (2016). Richtlijnen Schijf van Vijf. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland.

Brink, W. van de, Glind, G. van de & Schippers, G.M. (redactie) (2013). Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Utrecht: De Tijdstroom.

CBO (2009). Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, herziening 2009. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan.

Kemper, H. Ooijendijk, W. & Stiggelbout, M. (2000). Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 78, 3, 180-183.

Klei van kleffens, C. & Smit, R. Laaggeletterdheid steeds groter probleem. Medisch Contact, 6.

Loth, C., Wits, E., Jong, C.A.J. de & Mheen, D. van de (2012). RIOB: Richtlijn opiaatonderhouds-behandeling, Herziene versie. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Marsden, J. Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. Addiction 93, 12, 1857-1867.

Meeuwissen, J. Meijel, B. van, Piere, M. van, Bak, M., Bakkenes, M., Kellen, D. van der, Hamersveld, S. van, Gool, R. van Hermen, M. (2015) Multidisciplinaire richtlijn Somatische screenig bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Meeuwissen J., Meijel, B. van, Gool, R. van, Hamersveld, S. van, Bakkenes, & M., Risseeuw, A. H (2015). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. (2009). Utrecht: Trimbos NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening) (2012). Geraadpleegd via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement>.

Rutten, G. E. H. H., Grauw, W. J.C. de, Nijpels, G., Goudswaard, A. N., Uitewaal, P. J. M., Does, F. E. , E. van der, Bouma, M. (2016). NHG Standaard Diabetes Mellitus type II. Geraadpleegd via <http://www.eerstelijnsprotocollen.nl/dynmedia/2991a2d51248d20a99e6e31a4ee54024>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Geraadpleegd via http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Geraadpleegd via http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_borstkanker

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). Bevolkingsonderzoek Darmkanker. Geraadpleegd via http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_darmkanker

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). LCI- richtlijn Tuberculose. Geraadpleegd via http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Tuberculose

World Health Organisation (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health.

Verzorging van kunstgebit. Geraadpleegd via <http://www.tandarts.nl/mondzorg/behandelingen/kunstgebit-prothese>

Geraadpleegde expert: Schaik, J.van. Tandarts. Centrum voor Bijzonder Tandheelkunde Jellinek.

De Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS) 2.0 is tot stand gekomen in een samenwerkingsverband van Jellinek, Altrecht en de gemeente Utrecht.

Vragen? Neem dan contact met ons op:

Jellinek Utrecht,
Team zorg en medicatie
088 – 505 1220

De USS 2.0 is auteursrechtelijk beschermd. Een ieder kan de USS 2.0 vrij van rechten gebruiken voor niet-commercieel gebruik. De USS-materialen, waaronder introductie, formulieren en bijlagen, worden kosteloos als pdf-bestand beschikbaar gesteld via de website van Jellinek. Het is niet toegestaan USS-materialen te produceren, te wijzigen en/of te distribueren zonder toestemming van de auteurs.

José Koerts Janmaat, verpleegkundig specialist GGZ, Altrecht.

Jackie Middeldorp, verpleegkundig specialist GGZ, Jellinek. Arkin

Sjoukje Moesker, verpleegkundig specialist GGZ, Altrecht.

Ronald Smit, arts Maatschappij en Gezondheid, gemeente Utrecht.



Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2020 – Volume 29, Issue 1, pp. 21–40
<http://doi.org/10.18352/jsi.610>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Rotterdam University of Applied Sciences
Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Will van Genugten MSc Department of Social Work,
University of Applied Sciences, Hogeschool Utrecht,
the Netherlands

Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh MD Department of
Primary and Community Care Radboud university medical
center, Nijmegen, the Netherlands. Pharos, centre of
expertise on health disparities, Utrecht, the Netherlands

Correspondence to: Marieke Verheul

E-mail: maria.vandenmuisenbergh@radboudumc.nl

Marieke Verheul MSc MD Department of Primary and
Community Care Radboud university medical center,
Nijmegen, the Netherlands

Igor van Laere PhD MD Netherlands Streetdoctors Group,
the Netherlands

Category: Research

SELF-PERCEIVED HEALTH PROBLEMS AND UNMET CARE NEEDS OF HOMELESS PEOPLE IN THE NETHERLANDS: THE NEED FOR PRO-ACTIVE INTEGRATED CARE

MARIEKE
VERHEUL, IGOR
VAN LAERE, WILL
VAN GENUGTEN,
MARIA VAN DEN
MUIJSENBERGH

ABSTRACT

Introduction

Homeless people suffer from bad health and encounter barriers in accessing services, and live in difficult social circumstances. However, no insight exists in how homeless people in the Netherlands themselves experience their health and unmet care needs in relation to their social

circumstances. In order to tailor medical and other services to their needs, this study aims to gain insight into the self-perceived health problems, and unmet care needs in relation to the social circumstances of homeless people in the Netherlands.

Methods

For this quantitative descriptive study, structured individual interviews were conducted with an aselect group of 157 homeless persons in the Netherlands in June and July 2017. Questions related to demographics, perceived health problems, social circumstances and problems, unmet care needs, and experiences with service providers. Descriptive statistical analyses were performed using SPSS.

Results

About one third of all participants did not report their health problems spontaneously. Social problems were most frequently mentioned: 69% of the participants reported problematic financial debts and about half of them (47% of 69%) said this negatively influenced their health, 57% often felt loneliness and in about half of them (54% of 57%) this loneliness influenced their health and 57% of the participants were feeling sad or depressed. Unmet care needs were frequently reported. Nearly 20% of the participants did not have health insurance and 20% were not registered with a GP, despite wanting to be registered. Barriers in healthcare access were also related to their social circumstances, in particular to lack of money and health insurance, organizational bureaucracy and lack of practical help.

Conclusion

Homeless people, in big and smaller cities alike, experience bad health and unmet care needs, that are strongly related to their unfavourable social situation, especially financial stress and loneliness. Given the importance of these social determinants of health, healthcare for the homeless should be integrated with social care and support. As many homeless people do not mention their health problems spontaneously and face many barriers accessing healthcare and other services, this care should be outreaching and pro-active, systematically targeting physical, mental as well as social problems. This asks for a stronger collaboration between primary healthcare (general practitioners/ street doctors and nurses) and social care services.

Keywords

Homelessness, self perceived health, access to health care, unmet care needs, street doctors

SAMENVATTING

De populatie dak- en thuislozen is in de afgelopen jaren toegenomen. Dak- en thuislozen hebben een slechtere gezondheid, meer sociale problemen en een minder goede toegang tot gezondheidszorg. Echter is onbekend hoe dak- en thuislozen dit zelf ervaren. In dit onderzoek is onderzocht welke gezondheids- en sociale problemen dak- en thuislozen zelf aangeven, hun zorgbehoeften en de problemen die zij ervaren in de toegang tot zorg.

In dit onderzoek zijn individuele interviews afgenomen bij 157 dak- en thuislozen in verschillende steden in Nederland in juni en juli 2017. Beschrijvende statistische analyses zijn gedaan met behulp van SPSS.

Opvallend is dat een derde van de dak- en thuislozen de gezondheidsklachten niet spontaan aangeeft. De meest genoemde problemen bestonden uit sociale problematiek: 69% had schulden, 57% voelde zich vaak eenzaam en 57% voelde zich somber. Verder had 20% van de ondervraagden geen zorgverzekering en was 20% niet ingeschreven bij een huisarts, maar wilde wel een huisarts. De belangrijkste aangegeven barrières in de gezondheidszorg waren gerelateerd aan hun sociale problematiek: geen geld of zorgverzekering, bureaucratie binnen gezondheidszorginstellingen, en gebrek aan praktische hulp.

Aangezien veel dak- en thuislozen niet spontaan hun klachten noemen en veel barrières ervaren worden in de toegang tot de gezondheidszorg is het belangrijk dat deze mensen pro-actief worden benaderd en dat systematisch de fysieke, psychische en sociale problematiek in kaart wordt gebracht om de zorg hierop af te kunnen stemmen. Hierbij is een goede samenwerking tussen de eerstelijnszorg (huisartsen/straatspecialisten en verpleegkundigen) en sociale zorg belangrijk.

Trefwoorden

Dakloosheid, subjectief ervaren gezondheid, toegankelijkheid gezondheidszorg, zorgbehoeften, straatdokter

What is already known about this topic

- The homeless population in the Netherlands has increased in recent years.
- Homeless people in general suffer from bad health and encounter barriers to accessing services.

What this paper adds

- About one third of the homeless people do not mention their health problems spontaneously. There are no significant differences between the nature of health problems between big and small cities.
- Homeless people experience a strong connection between health and social problems, especially financial stress and loneliness, that reinforce each other.
- Pro-active integrated care with a strong collaboration between primary healthcare (general practitioners/street doctors and nurses) and social care services in all cities with services for the homeless could help lowering the barriers to accessing and maintaining goal-oriented support.

INTRODUCTION

In the Netherlands (pop. 17.1 million), over the last few years, the homeless population has grown from an estimated 17,800 in 2009 up to 39,300 in 2018 (Dutch Bureau of Statistics), and is defined by living conditions: people who sleep in a homeless shelter, at a family member's or friend's house without the possibility of staying there for a long time, or in the streets (Coumans, Cruyff, Van der Heijden, Wolf, & Schmeets, 2017). Compared to the general population, homeless people suffer more often from addictions, physical and mental health problems and intellectual disability, and the all-cause standardised mortality ratio is nearly twelve times higher for females and nearly eight times for males (Aldridge et al., 2018; Fazel, Geddes, & Kushel, 2014; Van Straaten et al., 2014). A small percentage of the homeless people, only 9% in 2016, have a job. Homeless people live in unfavourable social circumstances, besides the lack of a place to live. The majority of them (80% in 2016) live on social security (Coumans, Arts, Reep, & Schmeets, 2018) and have debts. The most important debts are those for healthcare premiums, rent and outstanding fines (Beers, Van Brunschot, & Riemeijer, 2017). Financial problems lead to a focus on debts, so the attention for other problems like health and social contacts become less (Mullainathan & Shafir, 2013). Social determinants in general are known to be important factors that influence health (Dahlgren & Whitehead, 1991). As for instance, health problems are often related to social problems such as financial worries or loneliness are known to increase the risk of

health problems like diabetes, cardiovascular diseases or depression (Mendenhall, Kohrt, Norris, Ndeti, & Prabhakaran, 2017).

In order to provide adequate healthcare services for homeless people, these social determinants should be taken into account, besides the individual's perception of health, health problems and care needs, as well as system factors that might create a gap between care needs and care provision (Mills, Burton, & Matheson, 2015; O'Toole, Johnson, Redihan, Borgia, & Rose, 2015). Previous studies among homeless people in the Netherlands focused only on their medical problems, and were mainly situated in the four biggest Dutch cities (Amsterdam, Rotterdam, The Hague and Utrecht). In 2011, 87% of a cohort of 512 homeless people in the four biggest Dutch cities, who were asked about their health reported health problems in the previous month, and nearly one in five reported unmet care needs for these health problems (Van Straaten et al., 2012). No insight exists into the experiences of the homeless regarding the relation between social circumstances or problems, and health and access to healthcare. To meet their physical health care needs, homeless people must be able to obtain health insurance and find their way to access the healthcare system. However, homeless people often face problems paying the mandatory health insurance fee, thereby leaving them uninsured. Apart from financial barriers, they also face organizational and emotional barriers in accessing healthcare services. They avoid mainstream healthcare services, owing to subsistence priorities, fear, shame, lack of money for transportation and medication, and discrimination by healthcare staff (Mills et al., 2015; O'Toole et al., 2015).

The Netherlands has an universal obligatory health insurance system that covers basic primary healthcare costs, specialist and nursing care, with an option for additional insurance for a.o. dental care. The general practitioner (GP) is gatekeeper to the system and a formal referral from the GP is required for specialist care. All citizens have a responsibility to pay for this health insurance and to be registered with a GP. On top of the health insurance fee of approximately 100 euros per month, citizens have to pay a deductible excess to the health insurance company, for all care except GP, midwife or emergencies. In 2017 and 2018 the annual deductible excess was 385 euros.

The Dutch government has appointed 43 so called centre cities to provide shelter and social services for homeless people. However, in only 27 of these 43 cities (67%) are healthcare professionals available at shelters for the homeless, in eight other cities arrangements with GPs are made, but in nineteen cities homeless people with health problems are being referred to a GP without specific arrangements between shelter staff and the GP (Van Daalen, Kromwijk, van den Muijsenbergh, van Laere, & Sassen, 2018).

Over the last few decades, in high-income countries, in order to lower the barriers to healthcare, so called street doctors and street nurses have emerged, reaching out to provide primary care for homeless people (www.streetmedicine.org) (Van Laere & Withers, 2008, Withers, 2011).

In the Netherlands, since 2014, GP/street doctors, public health physicians, nurse practitioners/ street nurses are united in the Netherlands Streetdoctors Group (NSG) to share knowledge and experiences and to collectively contribute to the access and quality of social and medical care for homeless people (www.straatsdokter.nl).

However, it is still unclear to what extent these street doctors services are visited by homeless people nor how primary care services should be designed in order to be accessible, acceptable and of good quality, and addressing medical as well as social care needs (Van Daalen et al., 2018). Furthermore, it is unknown if homeless people in smaller cities suffer from comparable health problems as those in the four major cities. The only studies on this matter available in the Netherlands are from the four major cities. Therefore, this study aims to acquire insight into the self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in relation to their social problems, with specific attention to the role of street doctors/general practitioners and barriers that homeless people experience in accessing the Dutch health and social care services.

METHODS

Study sample and recruitment

This is a descriptive quantitative study. In June and July 2017, structured individual face-to-face interviews were held among a random sample of homeless people in twelve (four big) cities across the Netherlands: Amsterdam, Zwolle, Den Bosch, Oss, the Hague, Eindhoven, Groningen, Hilversum, Nijmegen, Rotterdam, Tilburg and Utrecht. In order to be included participants had to be 18 years or older and understand the spoken Dutch or English language. Recruitment took place through the help of local shelter staff and the NSG network of street doctors and street nurses across the Netherlands. Homeless people who visited the shelter or street doctor and/ or street nurse were provided with information about the study, giving them time to consider participation. If they consented, they were approached by one of the interviewers, who further explained the nature of the study. Participants received five euros for their participation. People who did not want to participate were not asked for their reason.

Data collection

A structured questionnaire was developed specifically for this study, based on the literature and the expert opinion of experienced street doctors and nurses, mental health street nurse and social workers. Two street doctors (IvL and MvdM) and one social worker (WvG) were part of the research team and co-author of this article. The questionnaire contained questions about demographic characteristics, health problems, social circumstances, usage of and experiences with health and social care services, in particular with the GP and street doctors/nurses.

The sleeping place was defined as the place they had slept most of the time over the previous month. Ethnicity was defined based on country of birth, independent of the time they had lived in that country. Problems were assessed using the questions 'Were you ill last year or did you have health problems?', 'Do you have health problems at this moment?' and 'Do you have any other problems?'. When participants did not give any more answers to these open questions, a list of health and social problems that are highly prevalent among homeless (Van Laere, 2009) was systematically presented. The answers given on the open ended questions were coded as spontaneous answers. They were compared with the data from the list of health and social problems (closed questions).

If participants were suffering from health or social problems at the moment of the interview, they were asked if they received or needed help. Participants were asked if they had experienced any problems in receiving care.

One medical and two social work students, conducted the interviews that lasted 20–30 minutes each. These students were trained in communicating with different kind of patients and clients. They each conducted a pilot interview, receiving feed-back of their supervisors, before interviewing the study population. Their mutual understanding of questions and answers was regularly checked among the interviewers and supervisors.

Data processing and statistical analysis

Comparisons of demographics and self-perceived health in our study data from the general Dutch population were obtained from Statistics Netherlands (<http://statline.cbs.nl>). Descriptive statistics on demographic characteristics, health problems, usage of and experiences with healthcare were performed using SPSS 22.0. Age, sleeping place, country of birth, level of education,

spontaneously-mentioned health and social problems, reasons for not being registered or not visiting a general practitioner and problems with healthcare were grouped in various categories. Frequencies and means were calculated to describe the study population. The relation between not having health insurance and not having a postal address was investigated by calculating the relative risk. To determine the differences between big and small cities, independent samples t-test were used. The researchers paraphrased together the barriers to accessing healthcare.

RESULTS

A total of 157 people were interviewed in twelve cities, see Figure 1. In each city one or two persons refused to participate. Most of the interviews took place in a shelter (95%), church (3%) or locations where social and/or healthcare services were provided.

Demographic characteristics

The majority of the participants were male (89%), born in the Netherlands (62%) and the mean age was 44 years (see Table 1). The educational level was low compared to the general Dutch population; half had not completed secondary education. Two thirds (67%) slept in a shelter and nearly one in five (18%) had some kind of (temporary) accommodation or room, but had recently lived on the streets. Their social support networks were limited to homeless peers, shelter staff, social workers and healthcare workers. Not having a postal address was associated with not having a health insurance; RR 4.4 (95% CI: 2.4–8.0). The majority reported having contact with family, though 20% reported having no contact with their children.

Self-perceived health problems

Five percent of participants perceived their health as being very poor, 14% as being quite poor, while 27% estimated their health as being moderate. For the general Dutch population these figures were 0.8%, 4.9% and 17.1%, respectively (Statistics Netherlands/RIVM, data were analysed for the same age group 18-73 years). Of the participants, 60% spontaneously mentioned having health problems. Using the list of known highly prevalent social and health problems in homeless populations, 94% reported at least one problem, with a mean of four problems per person (Table 2). At the time of the interview the top three reported problems related to social problems were: 69% of the participants reported problematic financial debts and about half of



City and number of inhabitants (x 1000) (11)	Absolute number of participants (percentage)	
1) Groningen (202,125)	9	(6%)
2) Zwolle (125,741)	7	(5%)
3) Amsterdam (848,498)	23	(15%)
4) Hilversum (89,224)	16	(10%)
5) Utrecht (344,640)	24	(15%)
6) Den Haag (527,131)	18	(12%)
7) Rotterdam (635,110)	16	(10%)
8) Nijmegen (174,729)	9	(6%)
9) Oss (90,642)	6	(4%)
10) Den Bosch (152,728)	7	(5%)
11) Tilburg (214,188)	11	(7%)
12) Eindhoven (227,173)	11	(7%)

Figure 1: Number of homeless people recruited per city in the Netherlands.

Table 1: Demographic characteristics of 157 homeless people in twelve cities in the Netherlands.

	Number of participants (percentage)	Dutch population (percentage)*
Gender		
– Man	139 (89%)	8,475,102 (50%)
– Woman	18 (12%)	8,606,405 (50%)
Mean age (range) in years	44 (18–73)	42
Country of origin		
– The Netherlands	97 (62%)	15,080,332 (88%)
– Other European country	18 (12%)	842,547 (5%)
– Outside Europe	42 (27%)	1,158,628 (7%)
Level of education with diploma		
– Higher professional education/ university	20 (13%)	4,044,000# (29%)
– Secondary vocational education	59 (38%)	4,163,000 (29%)
– Secondary school (high school)	58 (37%)	4,260,000 (30%)
– Primary school	16 (10%)	1,451,000 (10%)
– No school	4 (3%)	
Sleeping place		
– Outside/street/squat	17 (11%)	
– Emergency shelter	105 (67%)	
– Family/friends	6 (4%)	
– Own room/accommodation/hostel	29 (18%)	
Postal address	137 (87%)	
Health insurance	129 (82%)	98% in 2016**
Social network (multiple options >100%)		
– Has a partner	24 (16%)	
– Has children and contact with them	46 (30%)	
– Has children, but no contact with them	30 (20%)	
– Has contact with his/her family	103 (67%)	98% in 2016
– Has friends	113 (74%)	97% in 2016

Table 1: Continued

	Number of participants (percentage)	Dutch population (percentage)*
– Has a (voluntary) job	51 (33%)	Unemployment rate of working population 2017: 5%

* Source: Central Bureau of Statistics (CBS), the Netherlands; in 2017 total Dutch population had 17.081.507 citizens; <https://opendata.cbs.nl/statline>

Education level of total Dutch population age ≥ 15 years; unknown for 207,000 persons.

** In our homeless population 18% had no health insurance. In 2016, among the Dutch citizens 1.8% had no health insurance and/or arrears premium payments for three months or longer. The figures were higher among those on benefits for disability 3.6% and social assistance 10.5%. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81066ned/table?ts=1528197868663>

them (47% of 69%) said that this caused them stress that negatively influenced their health; 57% were feeling sad or depressed (which most participants related to their shelter and street life), and 57% often felt loneliness and this influenced their health in about half of them (54% of 57%).

The most often reported physical problems were respiratory problems (COPD, asthma, coughing, dyspnea) in 52%, dental problems in 43%, musculoskeletal problems (arthritis, fractures and pain in shoulders, back, hip and legs) in 40% and pain in 38%. There were no statistical significant differences in the nature of health problems reported between homeless participants in the four big cities and smaller cities. ($p=0.67$).

Unmet care needs

For each reported health problem, participants were asked if they received care and if not, whether they wanted it; see Table 3 (third column). An unfulfilled physical care need was most often reported for musculoskeletal, foot, dental, walking, other pain and skin problems in 34-47% of participants. For additions the majority of the participants (61-83%) did not want care. However,

Table 2: Self-perceived problems and unmet care of 157 homeless people in twelve cities the Netherlands.

Problem	Number of participants reporting this problem (% of total participants)	Care received (% of participants with this problem)	Unmet care need (% of participants with this problem)	No care, no need (% of participants with this problem)
Having problematic debts	109 (69%)	59 (54%)	missing#	missing#
Feeling lonely	89 (57%)	missing#	missing#	missing#
Feeling sad or depressed	89 (57%)*	30 (34%)	25 (28%)	32 (36%)
Respiratory	82 (52%)*	31 (38%)	19 (23%)	31 (38%)
Dental	68 (43%)	36 (53%)	28 (41%)	4 (6%)
Musculo-skeletal	62 (40%)	22 (35%)	29 (47%)	11 (18%)
Pain	59 (38%)	30 (51%)	22 (37%)	7 (12%)
Feet	52 (33%)	20 (38%)	24 (46%)	8 (15%)
Skin	38 (24%)*	20 (53%)	13 (34%)	4 (10%)
Walking	34 (22%)	16 (47%)	14 (41%)	4 (12%)
Afraid/panic attacks	33 (21%)*	15 (45%)	7 (21%)	10 (30%)
Hallucinations	25 (16%)	11 (44%)	7 (17%)	7 (17%)
Heart	24 (15%)*	19 (79%)	2 (8%)	1 (4%)
Diabetes mellitus	15 (10%)	13 (87%)	2 (13%)	-
Other health problems	37 (24%)	27(73%)	7 (19%)	3 (8%)
Tobacco addiction	102 (65%)	5 (5%)	12 (12%)	85 (83%)
Alcohol addiction	29 (19%)*	7 (24%)	2 (7%)	19 (41%)
Drugs addiction	66 (42%)*	14 (21)	11 (17%)	40 (61%)

* Data about need for help missing of 1 person

** Data about need for help missing of 2 persons

As not in all interviews structured questions have been asked about if they received and wanted help for their financial debts and loneliness, these data are lacking.

twelve tobacco smokers, two alcohol users and eleven drug users reported they wanted support to stop their addiction. There were no significant differences in care received nor unmet care needs between the four big cities and the other cities.

Access to healthcare providers

General Practitioner

The majority of the participants had health insurance (82%), and 111 participants said they were registered at a GP (70%). In the four big cities fewer participants were registered at a

GP than in the other cities (63% versus 79%; $p=0.000$). However, 19% of the participant who were registered never visited the GP, mainly because they said they were never ill (9% of total population), or they visited other health professionals such as a street doctor or street nurse (3% of total population). Of the total population, 20% were not registered at a GP, despite wanted to be registered. The most common reasons were of an administrative nature: the lack of a postal address (11% of the total population), lack of identification card and/or health insurance (4% of the total population); having just arrived in the city (3% of the total population). Other reasons were: visiting a street doctor or nurse (4% of the total population), not feeling ill (3% of the total population), having no faith in doctors and healthcare system (1% of the total population), entry ban to the GP location (1% of the total population).

Street doctors and street nurses

In all cities involved in the research, street doctors and/or street nurses were available, but fewer than half of the participants (47%) had ever visited one of them; 54% in the four big cities and 41% in the other cities. Most of the participants who had not visited the street doctor or street nurse (80%) said that they did not need healthcare or they visited their own GP. Seven participants did not know where and when they could visit a street doctor or street nurse and three participants reported shame, fear or lack of health insurance as a reason not to visit them. Most of the participants who visited a street doctor or street nurse (86%) were referred to them by the shelter staff.

Other services

A majority of the participants (60%) reported they had visited other healthcare services while being homeless: dentist in 34%, addiction care in 22%, psychologist in 19%, psychiatrist in 16%, medical specialist in 11%. However, more than a quarter of the 61 participants who never visited other healthcare services (27%) wanted to do so, but did not owing to lack of money or health insurance (7% of the total population), waiting time, difficulties in making appointments (3% of the total population) and language barriers (1% of the total population).

Barriers in accessing services

In total, sixty participants (38%) experienced problems with accessing social and healthcare services owing to 29 different issues (in total 88 times) that, despite the small numbers, are paraphrased in Table 3 to reflect the varying nature of individual experiences. The most common problem reported by nearly one quarter of participants (23%) was lack of money and/or health insurance as a barrier to accessing dental, mental or non-urgent specialist care or for obtaining

Table 3: Reported problems with accessing and provision of healthcare services.

Reported problems	Total (N=157)	Percentage of all participants mentioning this problem
Access		
Lack of money and/or health insurance.	36	23%
Not able to register at a dentist/psychologist/GP.	10	6%
Waiting time for program enrolment.	5	3%
Being refused addiction care/mental healthcare owing to treatment criteria. Upon refusal, not being offered any other kind of medical care.	4	3%
Not knowing where to ask for help; too many organizations and not one specific contact person.	2	1%
Transport problems.	1	1%
Language barrier.	1	1%
No money for cell phone.	1	1%
Service provision		
Healthcare workers did not have solutions in the long run; no aftercare, not enough help to leave homelessness.	9	6%
Health care workers did not have enough time.	1	1%
Lost confidence in mental healthcare.	1	1%
Addiction care is not tailored to individual needs, e.g. obligated to take creative therapy	1	1%
Obligated to accept unnecessary care.	1	1%
Other problems		
Lack of sleeping place after discharge from general hospital or addiction clinic while still in recovery of illness	4	3%
No possibility to access healthy food	2	1%
Feeling awful owing to not having daily activities	2	1%
Waiting list to access a shelter	1	1%
No place for a break	1	1%
Living in a shelter among active drugs users, when just given up drugs	1	1%
No problems with health care access or provision	97	62%

certain medication e.g. contraceptives. Other reported issues related to the organization and criteria to accessing services, fragmentation of services and lack of practical subsistence support needs.

Discussion

The most striking findings of our study are that nearly all participants (94%) reported health problems which they strongly related to their highly prevalent social problems having debts (69%), feeling sad or depressed (57%), and feeling lonely (57%). The participants felt these social problems worsened their health. However, one third of them did not mention health problems spontaneously. Unmet care needs were frequently reported, especially for physical complaints, as were problems in accessing services. Nearly one fifth (18%) of the participants did not have health insurance, 20% were not registered with a GP, despite wanting to be registered. Major barriers reported were lack of money and health insurance or related to organization of care: trouble with registration, fragmentation of services, rigid programme rules and lack of practical support. 47% had ever visited a street doctor or street nurse. There were no significant differences in nature of health problems between homeless participants in the four big cities and those in the smaller cities.

Comparison with existing literature

This is one of the few studies on the self-perceived health problems and unmet care needs in relation to the social problems of homeless people. The demographic profile of our study population, as well as the reported problems, the unmet care needs and the barriers in accessing services, are in line with previous studies among homeless populations in the Netherlands (Van Laere, 2009; Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014) and other high-income countries (Aldridge et al., 2018; Argintaru et al., 2013; Fazel et al., 2014).

Our findings illuminate the poor health condition of homeless populations related to their living circumstances and significant barriers in accessing services. Self-perceived health is a well-known indicator for objective health: multiple studies, conducted in various cultures and settings, showed that persons reporting poorer self-rated health suffer a higher risk of subsequent morbidity and mortality (DeSalvo, Fan, McDonell, & Fihn, 2005), also in the Netherlands (Agyemang, Denktas, Bruijnzeels, & Foets, 2006).

In our study population, financial stress, loneliness and sadness were dominant factors negatively influencing the self-perceived health condition. This reflects the strong relationship between persistent social and economic disadvantages and poor health (Mendenhall et al., 2017) – the influence of social determinants of health. Specifically, the often reported debts can be a major source of stress and a barrier to accessing services as well as a way out of homelessness, and should be pro-actively addressed by service providers (Mendenhall et al., 2017; Mullainathan & Shafir, 2013).

Limitations

The strength of this study is that, thanks to the national NSG network of street doctors and street nurses, we had good access to key informants at the locations where homeless people tend to gather. We were able to include a large enough, varied group of homeless people in big and smaller cities across the country. However, selection bias is likely as only homeless people who visited the shelter locations and spoke Dutch or English were invited to participate, leaving out rough sleepers and/or those living in tents or in the streets. It seems probable however that they would suffer even more health and social problems and face even more barriers in accessing healthcare. Some respondents might have had trouble remembering if or what services they had used and reporting their health and social problems. This could have led to over- or underreporting, the latter being more probable as we observed less spontaneously mentioned problems than after using the structured questionnaire.

Two street doctors were part of the research group. This could have led to an emphasis on healthcare issues instead of social problems. However, as also a social worker and two social work students were involved, we tried to balance the attention for health and social problems. Despite these limitations, we believe we were able to capture the voices of this vulnerable population and echo their health problems and unmet care needs.

Policy implications

The best model of care involves an integrated, multidisciplinary approach by a team of social and healthcare professionals knowledgeable about the unique challenges faced by homeless people (Luchenski et al., 2018; Maness & Khan, 2014). In our study health problems and unmet care needs did not differ among the homeless participants in the cities (big and small) across the Netherlands. This implies the need for every city with shelters and social services to lower the barriers to healthcare providers, and/or promote access to street doctors and street nurses at the

shelters. In the Netherlands healthcare and social care are financed and organized within different political and financial systems: healthcare at a central level and social care at the local level. This poses barriers to integration and collaboration of healthcare and social care. Besides, training and culture of healthcare and social care differ, and professionals in one domain are often little aware of the skills, knowledge and way of working in the other domain. Interprofessional teaching could improve future collaboration (Scherpbier-de Haan, 2017).

Despite many health problems reported, many participants in our study were not able or willing to visit a regular GP, but only a bare half had ever visited a street doctor or street nurse, who collaborated closely with shelter staff and relevant services. As many health problems were not reported spontaneously, we recommend that doctors (general practitioners or street doctors) systematically assess the health problems of the homeless patients who visit them. As our study confirms the association between social problems and health, we support the suggestion that healthcare providers should not only focus on physical health, but also on psychosocial problems, thus providing integrated pro-active social-medical care tailored to the needs and goals of the person involved (Argintaru et al., 2013; Fazel et al., 2014; Luchenski et al., 2018; Van Laere, 2009). Participants in our study expressed the importance of this approach as follows: 'I miss a specific person, who asks: What do you want? What can I do for you? How are we going to arrange these things?' This implies the importance of a health care provider who pays (unsolicited) attention to the many medical and social problems of the homeless person and makes a plan which helps the homeless person to improve his/her situation. This can be a cooperation of social workers and general practitioners/nurses with knowledge of the situation of homeless people. Political support, integrated financial and organization systems and motivated doctors, nurses and social workers are essential to organize such care.

Recommendations for further research

In this study we explored the health problems, care needs and experiences of homeless people from the perspective of the homeless people themselves. In order to get a complete picture of the gap between unmet care and care provision, the experiences of care providers as well as the morbidity presented to street doctors and street nurses should be investigated. Together with information on the organization of care, a plan can be made to improve access, acceptability and quality of medical and social care that benefits homeless people (Fazel et al., 2014; Luchenski et al., 2018; Mills et al., 2015; Van Laere, 2009).

CONCLUSION

Homeless people, in big and smaller cities alike, experience bad health and unmet care needs, that are strongly related to their unfavourable social situation, especially financial stress and loneliness. Given the importance of these social determinants of health, healthcare for the homeless should be integrated with social care and support. As many homeless people do not report their problems spontaneously and face many barriers accessing healthcare and other services, this care should be outreaching and pro-active, systematically targeting physical, mental as well as social problems. This implies a stronger collaboration between primary healthcare (general practitioners/street doctors and nurses) and social care services.

Source of funding

The Doctors for Homeless Foundation contributed to this study with a grant from the Adessium Foundation, the Netherlands.

Ethics statement

The study was approved by the Medical Review Ethics Committee region Arnhem-Nijmegen, the Netherlands (Registration number 2017-3320, issued 14 June 2017). Prior to the interview, participants were informed about the study, voluntary participation and anonymity of their data. They were asked to sign an informed consent form.

Acknowledgements

We thank the homeless participants for their time and openness during the interviews, the Social Sciences students at Hogeschool Utrecht, the Netherlands for the interviews and data entry and the staff and the street doctors and street nurses of the shelters in the NSG network for assisting in the recruitment of homeless participants.

REFERENCES

Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., Tweed, E. J., Lewer, D., Vittal Katikireddi, S., & Hayward, A. C. (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in

- high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 391(10117), 241–250. S0140-6736(17)31869-X.
- Agyemang, C., Denktas, S., Bruijnzeels, M., & Foets, M. (2006). Validity of the single item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. *Public Health*, 120(6), 543–550.
- Argintaru, N., Chambers, C., Gogosis, E., Farrell, S., Palepu, A., Klodawsky, F., & Hwang, S. W. (2013). A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health*, 13, 577. doi: 10.1186/1471-2458-13-577.
- Beers, R., van Brunschot, K., & Riemeijer, M. (2017). Verdienen arme mensen geen perspectief?: Het moet anders! *Sociaal Bestek*, 79, 56–58.
- Coumans, A. M., Cruyff, M. J. L. F., Van der Heijden, P. G. M., Wolf, J., & Schmeets, H. (2017). Homelessness in the Netherlands using a capture-recapture approach. *Social Indicators Research*, 130, 189–212.
- Coumans, M., Arts, K., Reep, C., & Schmeets, H. (2018). Inzicht in dakloosheid. Een onderzoek naar daklozen 2009-2016. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/51/inzicht-in-dakloosheid>.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies.
- DeSalvo, K. B., Fan, V. S., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*, 40(4), 1234–1246.
- Dutch Bureau of Statistics; <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/34/aantal-daklozen-sinds-2009-meer-dan-verdubbeld>.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529–1540. Review.
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., Withers, J., Clint, S., Fitzpatrick, S., & Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391(10117), 266–280. S0140-6736(17)31959-1. Review.
- Maness, D. L., & Khan, M. (2015) Care of the homeless: an overview. *Am Fam Physician*, 89(8), 634–640.
- Mendenhall, E., Kohrt, B. A., Norris, S. A., Ndeti, D., & Prabhakaran, D. (2017). Non-communicabledisease syndemics: poverty, depression, and diabetes among

- low-income populations. *Lancet*, 389(10072), 951–963. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30402-6. Review.
- Mills, E. D., Burton, C. D., & Matheson, C. (2015). Engaging the citizenship of the homeless - a qualitative study of specialist primary care providers. *Fam Pract*, 32(4), 462–467.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Why having too little means so much*. New York: Time Books, Henry Holt & Company LLC.
- O'Toole, T. P., Johnson, E. E., Redihan, S., Borgia, M., & Rose, J. (2015). Needing primary care but not getting it: The role of trust, stigma and organizational obstacles reported by homeless veterans. *J Health Care Poor Underserved*, 26(3), 1019–1031.
- Scherpbier-de Haan, N.(2017). Community of practice: leren dicht bij huis. *Huisarts & Wetenschap*, 60, 584–585.
- Van Daalen, K., Kromwijk, E., van den Muijsenbergh, M., van Laere, I., & Sassen, B. (2018). Sociaal-medische zorg daklozen niet overal vanzelfsprekend. *Nursing TvZ*, 128(4), 46–51.
- Van Laere, I. (2009). *Social medical care before and during homelessness in Amsterdam*. University of Amsterdam, [dissertation] <http://dare.uva.nl/search?arno.record.id=325935>
- Van Laere, I. R., & Withers, J. S. (2008). Integrated care for homeless people – sharing knowledge and experience in practice, education and research: Results of the networking efforts to find Homeless Health Workers. *Eur J Public Health*, 18(1), 5–6. doi: 10.1093/eurpub/ckm107.
- Van Straaten, B., van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J., & van de Mheen, D. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden: Resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4)*. IVO Rotterdam, UMC st Radboud Nijmegen. Dutch.
- Van Straaten, B., Schrijvers, C. T., van der Laan, J., Boersma, S. N., Rodenburg, G., Wolf, J. R., & Van de Mheen, D. (2014). Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS One*, 9(1), e86112.
- Withers, J. (2011). Street medicine: an example of reality-based health care. *J Health Care Poor Underserved*, 22(1), 1–4.

Colofon

Auteurs

Dr. Igor van Laere, arts Maatschappij & Gezondheid, oprichter Stichting Doctors for Homeless (DHF) en Nederlandse Straatdokers Groep (NSG), ivlaere@gmail.com

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

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

Ontwerp omslag Jorgen Diependaal

Schilderij omslag Igor van Laere

Printwerk ulmapress.com

Met medewerking van Geerte van Beek, Gemeente Gouda; Eric-Jan van Dam, stichting Doctors for Homeless Foundation; Melissa Diaz, huisarts/straatdokter GGD Amsterdam; Dick van Dijk, stichting Doctors for Homeless Foundation; Manon den Hartog, Julia den Hartogh, Schouders Eronder; Dick Haster, Werkplaats Financiën Sittard-Geleen; Stephanie Hoogland, steefhelpt.nl; Peter Hoornweg, Veritas ; Joyce van Horn, Schouders eronder; Eva Jansen, Leger des Heils Gouda; Sharon Kim, Straatadvocaat Stichting KernKracht Gouda; Tamara Madern, Lectoraat Schulden en Incasso | Hogeschool Utrecht; Nieuwe Gevers, denieuwegevers.nl; Edo Paardekooper Overman, Werkplaats COMO – Cliënten Organisaties Maatschappelijke Opvang; Marcel Slockers, huisarts/straatdokter Rotterdam; Rolf de Witt Huberts, stichting Doctors for Homeless Foundation.

Project 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 (Eerste druk 2024).



ADESSIUM
FOUNDATION

diorapthe





Nederlandse
Straatdokters
Groep