

Daklozenzorg in Den Haag: *de keten is zoek!*



Coline van Everdingen
14 december 2017

Colofon

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van een dwarsdoorsnede-onderzoek onder de mensen die gebruik maken van de Haagse nachtopvang. De Kessler stichting en Goodwillwerk Leger des Heils Den Haag en omstreken hebben opdracht gegeven tot dit onderzoek. Coline van Everdingen, arts Maatschappij en Gezondheid en werkzaam bij Van Everdingen ZorgConsult, is verantwoordelijk voor de uitvoering en voor de inhoud van dit rapport. Het rapport weerspiegelt niet automatisch het standpunt van de opdrachtgevers, omdat het door een onafhankelijke onderzoeker is gemaakt.

De interviews en de onderzoeksdagen hebben rijke informatie opgeleverd. Op de eerste plaats wil ik alle deelnemers bedanken dat ze hun persoonlijke verhaal voor dit onderzoek hebben gedeeld. Maar natuurlijk wil ik ook de medewerkers van de Kessler stichting, van het Leger des Heils en alle anderen die hebben meegeholpen bedanken voor hun rol!

Coline van Everdingen,

Arts Maatschappij en Gezondheid
14 december 2017

Van Everdingen ZorgConsult
Johan Kleinendreef 6, 6132 TP Sittard
+31 6 57358976
cve@vezc.nl
www.vezc.nl



Inhoud

Voorwoord

1 Samenvatting, analyse en aanbevelingen	blz. 4
2 Inleiding	blz. 21
3 Onderzoeksvragen	blz. 21
4 Context	blz. 22
5 Doelgroep en aanpak	blz. 25
6 Demografische kenmerken en herkomst	blz. 28
7 Aanleiding en voorgeschiedenis met betrekking tot dakloosheid	blz. 29
8 Aard van de problemen	blz. 32
9 Behoeftte aan ondersteuning en zorg	blz. 48
10 Actuele ondersteuning en zorg	blz. 54

Bijlagen

Bijlage 1: Begrippen en afkortingen	blz. 62
Bijlage 2: Achtergrondinformatie over de onderzoeker	blz. 64
Bijlage 3: Literatuurverwijzingen	blz. 65

1 Samenvatting, analyse en aanbevelingen

De nachtopvang is de meest laagdrempelige vorm van opvang voor dak- en thuisloze volwassenen in Den Haag. Iedereen die over een geldige CCP-pas beschikt kan gebruik maken van de nachtopvang. De jongerenopvang richt zich op jongeren van 18 tot 23 jaar. Volwassenen van 24 jaar en ouder kunnen naar de nachtopvang van de Kessler stichting of naar de nachtopvang aan de Zilverstraat. Eerder is onderzoek gedaan naar de problemen en behoeften onder Haagse daklozen in het kader van het Coda G4 onderzoek. Omdat de vraag naar opvang en de zwaarte van de problematiek de laatste jaren lijken toe te nemen, hebben de Kessler stichting en Goodwillwerk Leger des Heils Den Haag en omstreken opdracht gegeven tot een nieuw onderzoek.

Voor dit onderzoek zijn 103 daklozen geïnterviewd door een onafhankelijke arts-onderzoeker. Het gaat om rechthebbenden; ongedocumenteerden behoren niet tot de doelgroep. De uitkomsten zijn gebaseerd op de antwoorden uit de interviews. De eigen observaties en indrukken van het team zijn meegenomen. Dit rapport bevat een uitgebreide beschrijving van de problemen en zorgbehoeften van de mensen die gebruik maken van de nachtopvang. De uitkomsten voor de volwassenen (>23 jaar) en jongeren (18-23 jaar) zijn naast elkaar gezet, omdat de toegang en netwerken voor deze groepen anders zijn georganiseerd. Vervolgens is gekeken naar de aangrijpingspunten om de zorg te verbeteren.

Deze samenvatting geeft antwoord op de onderzoeksvragen. De inleiding, vraagstelling, context, doelgroep en aanpak staan in paragraaf 2 t/m 5. De uitkomsten zijn beschreven in paragraaf 6 t/m 10. Bij voorlopige statistische analyse zijn de meeste verschillen niet statistisch significant. Waar het verschil wel significant is, is daar in de tekst op gewezen ($p < 0,05$). Paragraaf 6 t/m 10 vormen de basis voor de antwoorden en aanbevelingen in deze samenvatting.

Respons en representativiteit.

Op 19 onderzoeksdagen in de periode mei-juli zijn interviews afgenomen bij 103 daklozen met een geldige CCP-pas. De mensen die aanwezig waren zijn over het onderzoek geïnformeerd en uitgenodigd mee te doen. Doordat de onderzoeker in alle voorzieningen een aantal dagen heeft meegedraaid, kregen ook mensen die de kat uit de boom wilden kijken gelegenheid na te denken of ze wilden meedoen. Met de teams is overlegd wie nog meer zouden kunnen worden benaderd om een goed beeld te krijgen.

85 volwassenen van 24 jaar of ouder hebben meegedaan. 18 deelnemers waren jongeren van 18 tot 23 jaar. In de jongens- en de meidenopvang ligt de respons achtereenvolgens op 73% en 86%, bij de Kessler stichting en de Zilverstraat op 46% respectievelijk 42%.

De populaties van de Kessler stichting en de Zilverstraat overlappen elkaar. 7% van de volwassenen hebben op de onderzoeksdagen in beide voorzieningen geslapen. 6% van de volwassenen sliepen op de onderzoeksdagen buiten, maar zijn meegenomen omdat ze hun ervaringen bij de Kessler stichting of op de Zilverstraat voor dit onderzoek wilden delen. Ook de volwassenen en jongeren vertonen overlap. 28% van de jongeren maakte ten tijde van het interview gebruik van de volwassenenopvang.

Wat is de herkomst en etnische achtergrond van de mensen in de Haagse nachtopvang?

80% van deelnemers zijn mannen. Hun gemiddelde leeftijd is 43,6 jaar.

67% heeft een allochtone achtergrond. 15% is westers-allochtoon en 52% is niet westers-allochtoon. 29% zijn allochtonen van de tweede generatie. 71% van de allochtonen zijn de eerste generatie.

Algemene en demografische kenmerken		Volwassenen	Jongeren	Totaal
Algemene kenmerken	Aantal deelnemers	85	18	103
Demografische kenmerken	Aandeel vrouwen	18%	33%	20%
	Gemiddelde leeftijd (jaar)	47,9	20,5	43,6
	Autochtoon	34%	28%	33%
	Allochtoon	66%	72%	67%

Tabel 1

Een derde is in Den Haag of regio Den Haag geboren en opgegroeid. Bijna twee derde heeft langere tijd in de regio gewerkt en gewoond. 11% van de jongeren woont pas kort (weer) in Nederland. Vanwege familie of vrienden hebben ze binding gekregen met de regio.

Wat is de aanleiding voor hun dakloosheid? Wat is hun geschiedenis op dit gebied?

Een huurachterstand (33%) of een relatiebreuk met partner of ouders (21%) zijn bij de meesten de concrete aanleiding geweest waardoor mensen hun woning zijn kwijtgeraakt. 17% heeft geen woning meer als gevolg van overlast of overschrijding van regels. 12% heeft geen woning na terugkeer uit het buitenland. 3% is dakloos na het vrijkomen uit detentie. 15% draagt andere redenen aan waardoor ze hun woning zijn kwijtgeraakt.

17% woonde in een instelling of woonvoorziening voordat ze op straat kwamen te staan. Zij geven aan dat ze door overschrijding of moeite met de regels hun woning zijn kwijtgeraakt.

37% heeft toen ze dakloos waren binnen een week de weg gevonden naar de opvang (V38%, J33%). De helft heeft korte of langere tijd bij familie of vrienden gelogeerd (50%). Een kleinere groep heeft buiten geslapen (16%). Uit de levensverhalen blijkt dat sommigen al meer dan 10 jaar geen eigen woonplek meer hebben. 69% is al eerder dakloos geweest.

Wat is hun kwetsbaarheid en hun kracht? Wat zijn hun problemen?

Dit onderzoek laat zien dat daklozen meerdere problemen hebben op meerdere levensdomeinen. De meervoudige problemen maken de deelnemers kwetsbaar. Zo heeft iedereen financiële problemen en heeft de meerderheid geen betaald werk. Bij twee derde is sprake van een ernstige psychische kwetsbaarheid. Het vertrouwen in anderen, in hulpverleners en instanties is bij velen beschadigd. Alcohol- of middelengebruik en contact met politie en justitie komen veel voor. Twee derde heeft één persoon of helemaal niemand meer bij wie ze kunnen aankloppen om hulp. De helft heeft zich de afgelopen dagen bezorgd en onrustig gevoeld onder invloed van hun situatie en het gemis aan perspectief. Tweederde heeft ondanks alles een positieve instelling. Hun eigen waarden en het verlangen naar persoonlijk en maatschappelijk herstel vormen belangrijke ankerpunten en geven hun kracht. Tabel 2 zet een aantal uitkomsten over hun kwetsbaarheid en kracht op een rij.

Opleiding, werk en financiën

50% heeft de middelbare school zonder diploma verlaten. Bij 56% is het hoogst voltooide opleidingsniveau ten hoogste de lagere school. Bij 57% zijn aanwijzingen gevonden voor laaggeletterdheid.

79% heeft in het verleden een jaar of langer ononderbroken gewerkt; de meesten hebben laagopgeleid werk gehad. Op dit moment heeft 8% betaald werk, doet 8% vrijwilligerswerk en heeft 84% helemaal geen werk. Ruim 80% heeft een uitkering: 63% in het kader van de Participatiewet, 10% in het kader van de WAJONG of WIA, 9% heeft WAO of pensioen. Bij ruim 12% was de uitkering ten tijde van het interview nog niet geregeld. Op de Zilverstraat was de groep bij wie de financiën en zorgverzekering niet op orde waren groter dan bij de Kessler stichting (K11%, Z21%).

Kwetsbaarheid en kracht		Volwassenen	Jongeren	Totaal
Opleiding, werk, financiën	Geen, alleen speciaal onderwijs of basisschool voltooid	57%	56%	56%
	Aanwijzingen voor laaggeletterdheid	60%	44%	57%
	Werkervaring: meer dan 1 jaar ononderbroken gewerkt	86%	44%	79%
	Nu zonder (vrijwilligers)werk	86%	78%	84%
	Inkomen (uit arbeid)	8%	6%	8%
	Uitkering	78%	94%	81%
	Financiële problemen/schulden	95%	72%	91%
Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid: uitstekend of goed	59%	94%	65%
	Overwegend positieve kijk	62%	89%	67%
	Bezorgd, rusteloos en ongemakkelijk in laatste 3 dagen	51%	56%	51%
	Uitingen van hopeloosheid in laatste 3 dagen	31%	17%	28%
	Minderwaardigheidsgevoelens in laatste 3 dagen	29%	11%	26%
	Slaapproblemen in laatste 3 dagen	47%	39%	46%
Lichamelijke gezondheid	Geen lichamelijke aandoeningen gemeld of bekend	14%	50%	20%
	Lichamelijke inspanning in laatste 3 dagen: > 1 uur per dag	93%	94%	93%
	Ernstig overgewicht	47%	28%	44%
Psychische gezondheid	Geen psychische problemen	13%	11%	13%
	Wel psychische aandoening, geen EPA	19%	33%	21%
	Wel psychische aandoening, wel EPA	68%	56%	66%
Gebruik drugs en middelen	Dagelijks roken van sigaretten of shag	73%	56%	68%
	Harddrugs ooit	35%	33%	35%
	Harddrugs in afgelopen jaar	19%	17%	18%
	Harddrugs in de afgelopen maand	13%	6%	12%
	Heroïne of methadon in de afgelopen maand	1%	0%	1%
	Cocaine in de afgelopen maand	8%	0%	7%
	Cannabis in de afgelopen maand	32%	50%	35%
	Alcohol: > 5 eenheden bij een gelegenheid in laatste 14 dagen	32%	22%	30%
	Alcohol: 2x of vaker dronken in laatste maand	14%	6%	14%
Agressie en geweld	Prikkelbaarheid in de laatste 3 dagen	18%	22%	18%
	Intimiderend of dreigend gedrag in laatste jaar	19%	22%	19%
	Lichamelijk geweld naar anderen in laatste jaar	13%	17%	14%
Politiecontact en detentie	Politiecontact in laatste jaar wegens geweld	14%	11%	14%
	Politiecontact in laatste jaar voor niet-geweld	31%	56%	35%
	Afgelopen jaar in contact met politie	40%	67%	49%
	Nu in detentie of vrij uit detentie in afgelopen jaar	14%	22%	16%
	Vrijgelaten uit detentie > 1 jaar geleden	31%	17%	28%
Sociale situatie	Partner	21%	28%	22%
	Vertrouwenspersoon	45%	67%	49%
	Informele hulp: geen of 1 informele helper	61%	33%	56%
	Omgang met naaste familie verstoord	54%	50%	53%

Tabel 2

Gezondheid en verslaving

Bij 65% is de ervaren gezondheid goed of uitstekend. 20% vindt de gezondheid redelijk, 15% slecht. De mensen in de opvang gaan gebukt onder hun situatie en de onduidelijkheid over hun perspectief. De helft heeft zich de laatste dagen bezorgd, rusteloos en ongemakkelijk gevoeld (51%). Meer dan een derde had de laatste dagen weinig belangstelling voor dingen waar ze normaal plezier in zouden hebben gehad (37%). Ruim een kwart heeft last gehad van hopeloosheid, gevoelens van minderwaardigheid of schuld en schaamte (26 – 28%).

20% is lichamelijk gezond en niet met lichamelijke aandoeningen bekend. De rest heeft een of meerdere lichamelijke aandoeningen. Ondanks hun lichamelijke klachten en beperkingen heeft 93% de laatste 3 dagen iedere dag een uur of meer bewogen. De mensen die aangaven dat hun belastbaarheid verminderd was, sliepen allemaal bij de Kessler stichting. Zo zijn de deelnemers met een boven- of onderbeenprothese of een rolstoel allemaal bij de Kessler stichting gezien. Op dit punt verschillen de uitkomsten voor de volwassenen bij de Kessler stichting en de Zilverstraat significant.

De Zilverstraat laat meer zien van de hectiek van de straat. De groep die aangaf dat hun financiën en zorgverzekering niet op orde waren was daar groter. Op de Zilverstraat zijn meer mensen gezien met ernstige lichamelijke comorbiditeit bij verslaving. Het is aannemelijk dat de onderrapportage over lichamelijke problemen op de Zilverstraat groter is.

Psychische problemen		Volwassenen	Jongeren	Totaal
Voorgeschiedenis	1 of meer psychiatrische opnames	26%	22%	25%
	Gedwongen opnames	15%	17%	16%
Aard psychische problemen	Psychosesyndromen	20%	6%	17%
	Depressieve en bipolaire syndromen	41%	28%	39%
	Angst- en posttraumatische syndromen	5%	22%	8%
	Interactiesyndromen (b.v. ADHD)	15%	22%	17%
	Neurocognitieve syndromen	15%	6%	14%
	Persoonlijkheidssyndromen	54%	39%	50%
	Impulscontrolesyndromen - in vorm verslaving	52%	61%	53%
	Neurobiologische ontwikkelingssyndromen	29%	11%	26%

Tabel 3

De levensverhalen maken duidelijk dat de meeste deelnemers geen optimale omstandigheden hebben gehad om zich te ontwikkelen. Bij 66% zijn aanwijzingen gevonden voor een opeenstapeling van negatieve ervaringen in de jeugd. 10% had ouders met een verslaving aan alcohol of drugs. 41% werd verwaarloosd en 36% meldt dat ze het slachtoffer zijn geweest van lichamelijk geweld. 37% heeft het ouderlijk huis voor het 18^e levensjaar verlaten. 21% heeft een tijd doorgebracht in een jeugdinstituut of pleeggezin. Door deze ervaringen zijn het vertrouwen in anderen en het vertrouwen in zorg en instanties bij velen beschadigd. Bij een kwart roepen deze ervaringen nog steeds intense afkeer of afgrijzen op.

De meeste deelnemers hebben last van psychische problemen (87%). Bij een klein deel gaat het louter om klachten die ontstaan zijn in reactie op de situatie. Bij de meesten waren de psychische problemen al voor de dakloosheid aanwezig en horen ze tot de bronnen waardoor mensen dakloos zijn geraakt.

68% rookt. Bij 53% zijn aanwijzingen gevonden voor verslaving aan alcohol of drugs. Bij de helft is het een hoofddiagnose, bij de andere helft is het een nevendiaagnose naast andere psychiatrische problematiek. De meesten zijn actieve gebruikers; slechts 2% is langdurig en volledig met alcohol en drugs gestopt. 28% zijn polygebruikers; zij hebben in het laatste jaar zowel harddrugs als softdrugs gebruikt. In de laatste maand heeft 28% harddrugs gebruikt. 35% heeft de laatste maand geblowd. De meeste cannabisgebruikers blowen dagelijks; met name de jongeren blowen veel. 14% geeft aan dat ze de laatste maand 2 dagen of vaker dronken zijn geweest.

Het alcohol- en drugsgebruik onder volwassenen op de Zilverstraat ligt hoger dan bij de Kessler stichting. Voor het opiaatgebruik, alcoholintake en dronkenschap zijn de verschillen statistisch significant.

Bij 39% zijn aanwijzingen gevonden voor een depressief of bipolair syndroom. In 6% gaat het om een reactieve depressie en bij 9% om een depressief syndroom in remissie. 21% liet het beeld zien van een bipolair syndroom of een depressief syndroom dat niet reactief van aard was. 9% heeft de laatste week over zelfverwonding of zelfdoding gedacht.

17% is bekend met een actief of doorgemaakt psychosesyndroom. Bij sommigen gaat het om een drugsgelateerde psychose, de meesten zijn bekend met schizofrenie.

Bij 14% zijn aanwijzingen gevonden voor een neurocognitief syndroom, zoals cognitieve problemen na CVA, een amnestisch syndroom of dementie. De screening op lichte verstandelijke beperkingen was bij 26% positief. Mensen zijn niet meegeteld in deze groep als er aanwijzingen waren voor cognitief verval, maar de schoolcarrière aannemelijk maakt dat ze een normaal IQ hebben gehad.

Gedrag en veiligheid

18% meldt dat ze de laatste paar dagen prikkelbaar zijn geweest. Een deel geeft aan dat ze anderen verbaal of fysiek hebben lastiggevallen. 14% geeft aan dat ze het laatste jaar in contact zijn geweest met de politie als mogelijke dader van geweld. 35% meldt politiecontact in het afgelopen jaar wegens niet aan geweld gerelateerde overtredingen zoals zwartrijden of openstaande boetes.

Sociaal leven en informele steun

De meeste deelnemers staan er alleen voor (78%). Ze geven aan dat hun sociale netwerk is afgebrokkeld onder invloed van het maatschappelijk verval. Een deel vertelt dat ze zich uit sociale relaties hebben teruggetrokken omdat ze niet trots zijn op hun situatie. Bij 26% was dit ook in de laatste paar dagen aan de orde. De meesten vertellen dat ze in relaties met familie of vrienden niet meer terug kunnen of willen, omdat er zaken zijn voorgevallen of ze te lang een beroep op hen hebben gedaan.

44% heeft desondanks nog 2 of meer informele helpers over op wie ze een beroep kunnen doen. 21% heeft nog maar één en 35% heeft helemaal niemand meer. De sociale inbedding van de jongeren is beduidend beter dan die van de volwassenen ($p < 0,05$). Bij Kessler is de groep die rapporteert dat ze nog maar een of helemaal geen informele helper hebben groter. De interviews wekken de indruk dat de deelnemers op de Zilverstraat vaker gingen logeren en mogelijk sneller geneigd waren om anderen in de marge als een vriend of helper aan te merken.

Welke zorg en ondersteuning hebben zij nodig?

Eigen waarden en plan

In alle interviews is met de deelnemers samen geanalyseerd hoe ze dakloos zijn geraakt, hoe ze de huidige situatie in de opvang ervaren en wat nodig is voor hun herstel. De verhalen maken duidelijk dat de omstandigheden waardoor ze dakloos geraakt zijn geen vrijwillige keuze zijn geweest. Iedereen snakt naar een eigen woonplek en verlangt naar persoonlijk en maatschappelijk herstel. “Ik wil weer m’n eigen huissie en beessie.” Twee derde kan redelijk nauwkeurig aangeven wat ze nodig hebben. Een eigen woning, hulp bij het op orde brengen van de financiën, werk of een zinvolle dagbesteding en het herstellen of versterken van de sociale relaties zijn de voornaamste ingrediënten in het eigen plan. Een deel benoemt ook dat ze behandeling willen zoeken voor de verslaving of de psychische problemen.

Zorgbehoefte in relatie tot Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)

De term zorgbehoefte is hier gebruikt als een verzamelbegrip voor de behoefte aan ondersteuning, zorg of behandeling, onafhankelijk van de wijze waarop die is gefinancierd. Om de zorgbehoefte in relatie tot de psychische problemen te beoordelen zijn de bevindingen bij alle deelnemers aan de EPA-definitie getoetst. EPA zijn psychische aandoeningen die leiden tot ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren (1), waarbij de beperkingen een gevolg zijn van de

psychopathologie (2). EPA zijn niet van voorbijgaande aard en maken de inzet van zorg, begeleiding en behandeling noodzakelijk (3). Gecoördineerde zorg van zorgnetwerken is nodig om het zorgplan te realiseren (4). Een goede afstemming tussen alle betrokkenen is essentieel, inclusief de persoon zelf en informele sleutelfiguren uit de omgeving.

Op basis van de informatie die in dit onderzoek kon worden verzameld, behoort 66% tot de EPA-groep. Het is aannemelijk dat dit percentage nog iets stijgt, als mensen langer kunnen worden gevolgd. Het oordeel of mensen tot de EPA-groep behoren is niet gebaseerd op de DSM-5 diagnose, maar berust op een professioneel oordeel over de zorgbehoefte in relatie tot de aanwezige problematiek. Het EPA-aandeel illustreert de zwaarte en complexiteit van de zorgbehoefte bij deze doelgroep.

Alle daklozen hebben meervoudige zorgbehoeften. Bijna iedereen heeft hulp en zorg nodig van verschillende hulp- en zorgverleners uit verschillende domeinen en organisaties om in deze meervoudige zorgbehoeften te voorzien. Sleutelfiguren uit het informele netwerk en vrijwilligers kunnen in het licht van zingeving, kwaliteit van leven en rendement bij iedereen een belangrijke rol vervullen voor hun herstel.

De meervoudige zorgbehoeften vragen dus om een domeinoverstijgende multidisciplinaire aanpak, inclusief de verbinding naar informele zorg. Het hoge EPA-aandeel heeft consequenties voor de eisen die moeten worden gesteld aan de samenstelling van het team en aan de wijze waarop er rond en met deze groep wordt gewerkt. Het feit dat bij twee derde van de populatie ernstige beperkingen gevonden zijn in het sociaal-maatschappelijk functioneren als gevolg zijn van psychopathologie, betekent ook dat deskundigheid op het gebied van psychische problemen, verslaving en/of verstandelijke beperkingen nodig is bij het opstellen en de invulling van het persoonlijke zorgleefplan. Een afgestemde, integrale benadering voor het medische, sociale en maatschappelijke domein is noodzakelijk om symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel te realiseren.

Specifieke voorwaarden om een samenwerkingsrelatie op te bouwen

Bij de beschrijving van de kwetsbaarheid is er al op gewezen dat het vertrouwen in anderen en het vertrouwen in zorg en instanties bij veel daklozen beschadigd is. Dit hangt samen met (de opeenstapeling van) trauma's die zij in hun jeugd of later hebben meegemaakt. Sommigen zijn hier relatief goed doorheen gekomen. Velen vertellen dat ze altijd op hun hoede zijn en bijna niemand echt vertrouwen. Als gevolg van dergelijke ervaringen zijn mensen heel sterk gehecht aan hun persoonlijke autonomie. "Ik heb niemand nodig, ik zorg voor mezelf" is een veel gehoorde reactie. Gevolg is dat mensen geen hulp meer vragen en sterk vasthouden aan de eigen overlevingsstrategie. De aanname dat mensen zelf bij gemeenteloket of wijkteam aankloppen en hun hulpvraag formuleren gaat voor deze doelgroep niet op. Meestal is een langdurige investering nodig in de relatie, voordat je samen kunt kijken wat nodig is.

Dit wordt wel aangeduid als een onveilige hechting. Alertheid hierop is geboden bij de daklozen uit de EPA-groep. Maar hechtingsproblematiek kan net zo goed aan de orde zijn bij daklozen die niet aan de EPA-criteria voldoen. Omdat de criteria voor hechtingsproblematiek niet scherp zijn omschreven, is het voorkomen lastig te meten. Het probleem wordt hier toch aangehaald, omdat traumata en hechtingsproblematiek in deze populatie veel voorkomen. Dit vergt specifieke competenties als

professional en als mens. Geduld en goede antennes zijn nodig om een vruchtbare samenwerking op te bouwen. Anders lopen de daklozen weg en komt het persoonsgericht traject weer niet op gang.

Aanvulling tekorten in de persoonlijke autonomie

“Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten” is een functionele maat om de kwaliteit van de besluitvorming in de alledag te beoordelen. Inzicht en overzicht zijn belangrijke voorwaarden om tot een goed besluit te komen. Maar het doenvermogen¹, dat het gedrag en de kwaliteit van de besluitvorming bepaald, wordt ook bepaald door factoren zoals zingeving en verslaving.

De uitkomsten wijzen erop dat 73% in de alledag samenhangende, redelijke en veilige besluiten neemt. Bij 27% zijn beperkingen gevonden in het eigen regievermogen. 5% heeft enige moeite met de besluitvorming in nieuwe situaties. 18% heeft aanwijzingen of toezicht nodig omdat ze in specifiek terugkerende situaties onveilige besluiten nemen. 4% heeft altijd aanwijzingen of toezicht nodig, omdat ze voortdurend slechte besluiten nemen.

Bij de volwassenen op de Zilverstraat zijn meer beperkingen gevonden in de cognitie voor dagelijkse besluiten dan onder de volwassenen bij Kessler. Dit verschil is significant en hangt samen met het voorkomen en de ernst van de verslavingsproblematiek. Bij een deel van de volwassenen op de Zilverstraat wordt het leven zozeer door de verslaving bepaald, dat ze onder invloed daarvan systematisch verkeerde besluiten nemen.

In de ADL heeft 70% hulp nodig bij het omgaan met geld, postverwerking en administratie. De zorgbehoefte op dit punt hangt bij velen samen met laaggeletterdheid of een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal. 28% heeft toezicht, aansturing of hulp nodig bij het huishouden. 13% heeft toezicht of hulp nodig bij het koken. Het oordeel over de ADL-capaciteit is nu mede gebaseerd op de inschatting van het regievermogen. Omdat in de opvang geen directe informatie beschikbaar is wat mensen terecht brengen van het huishouden of het koken, is de ADL-capaciteit mogelijk te gunstig beoordeeld. Een deel van de deelnemers heeft zodra ze zelfstandig wonen tijd en ruimte nodig om te laten zien wat we zelf kunnen in combinatie met een goede observatie.

De beperkingen in ADL-capaciteit zouden met een praktisch leertraject kunnen verminderen of verdwijnen. De beperkingen in de cognitieve vaardigheden hoeven geen eindtoestand te zijn, omdat ze zouden kunnen verbeteren onder invloed van zorg en behandeling. Bij geen van de deelnemers is sprake van een zodanige gestoorde zelfregulatie, dat nu al kan worden geconcludeerd dat ze blijvend zijn aangewezen op een 24-uursvoorziening of een klinische setting.

Bij de deelnemers die om te beginnen klinische zorg nodig hebben, moet het beloop worden afgewacht. De andere deelnemers bij wie beperkingen in het doenvermogen zijn gevonden hebben rust nodig om zich te herpakken en ruimte om hun eigen mogelijkheden te laten zien.

Wat is hun perspectief op het gebied van wonen?

Woonperspectief

Bij iedereen is beoordeeld welke eisen moeten worden gesteld aan de woonomgeving waar iemand in plaats van of aansluitend aan de nachtopvang zou kunnen verblijven. Uitgangspunt is dat heel veel ondersteuning en zorg ambulant en dicht bij huis kan worden georganiseerd. Niet de financiering, het aanbod of de organisatie, maar de wensen en (potentiële) mogelijkheden van de doelgroep zijn leidend.

Woonperspectief en type traject		Volwassenen	Jongeren	Totaal
Woongeschiedenis	Eerder feitelijk dakloos geweest	69%	67%	69%
Woonperspectief	Verblijf met behandeling	5%	0%	4%
	24-uursvoorziening - zorg	0%	0%	0%
	24-uurs voorziening - participatie	0%	0%	0%
	Zelfstandig wonen	95%	100%	96%
Type traject	geen traject	0%	0%	0%
	woon-werktraject	9%	6%	9%
	woon-werk-plustraject	22%	39%	25%
	ambulant multidisciplinair traject	64%	56%	62%
	24-uursvoorziening	0%	0%	0%
	kliniek (verblijf met behandeling)	5%	0%	4%

Tabel 4

De uitkomsten wijzen erop dat 96% zelfstandig kan wonen, omdat de hulp en zorg die zij nodig hebben in principe in een ambulant traject kan worden georganiseerd. 4% is in eerste instantie aangewezen op zorg en behandeling in een klinische setting. Het gaat om mensen met psychische problemen en verslavingsproblematiek. Bij de meesten vormt ernstige somatische comorbiditeit bij verslavingsproblematiek de aanleiding die om een klinische setting vraagt.

Dit betekent dat de meeste deelnemers direct door zouden kunnen naar een eigen (zelfstandige) woonplek met een ambulant zorgtraject. Dit is een toekomstperspectief, waar het woningaanbod, de zorg en de maatschappelijke ondersteuningsstructuur nog niet op zijn ingericht. Om mensen direct te laten doorstromen naar een zelfstandige woning en volledig vanuit een ambulant traject in de planvorming in zorgbehoeften te voorzien moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Dit vraagt:

- Voldoende betaalbaar woningaanbod;
- Netwerken die samen met de mensen waar het om gaat en het systeem om hen heen vanuit een integrale, holistische benadering verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de planvorming en uitvoering van het plan; daarbij gelden de procesvoorwaarden die zijn benoemd aan het begin van deze paragraaf;
- Voldoende deskundigheid en capaciteit om de benodigde (zo nodig intensieve) zorg en behandeling thuis te organiseren;
- Aansluiting op de sociale infrastructuur en samenwerking organisaties en ondernemers om in de behoeften aan zinvolle dagbesteding en (passend) werk te voorzien;
- Goede samenwerking en afstemming met sleutelfiguren uit het informele systeem: soms zal vanaf dag 1 voorlichting en afstemming met omwonenden nodig zijn om inclusie in plaats van exclusie te realiseren.

Met het oog op hun herstel is het belangrijk dat mensen die dakloos geraakt zijn zo snel mogelijk weer een eigen woonplek hebben. Vanwege de nadelen die geïnstitutionaliseerde zorg meebrengt heeft uitstroom naar zelfstandig wonen de voorkeur, ook als er twijfels zijn over de haalbaarheid daarvan op termijn.

Rekening houdend met aard en complexiteit van de problematiek kan het beloop in de tijd aanleiding zijn om de woonsituatie en de wijze waarop de zorg is georganiseerd bij te stellen. Het is aannemelijk dat enkelen met het oog op hun kwaliteit van leven de voorkeur geven aan een beschermde woonvorm of vanwege beperkte mogelijkheden om de benodigde hulp en zorg duurzaam in een ambulant traject te realiseren toch aangewezen zijn op een kliniek.

Type traject

Een op de 10 heeft genoeg aan een woning in combinatie met een ambulant woon-werktraject (9%). Zij kunnen in principe zelfstandig hun weg vinden naar een woning en werk, maar zijn om te kunnen doorpakken gebaat bij een laagdrempelige vraagbaak op het gebied van financiën, wonen en werk. Een kwart heeft in aanvulling op de woning een woon-werk-plustraject nodig (25%). De mensen in deze groep hebben vanwege een gebrekkige taalkennis, laaggeletterdheid of verstandelijke beperkingen om te beginnen tijdelijk hulp nodig bij de post en administratie. Parallel daaraan kan worden onderzocht of er mogelijkheden zijn zich hierin verder te ontwikkelen of dat de hulp moet worden gecontinueerd.

66% is vanwege de EPA aangewezen op multidisciplinair traject met ondersteuning, zorg en behandeling. 62% is aangewezen op een ambulant multidisciplinair traject, 4% is in eerste instantie is aangewezen op een klinische setting.

Welke zorg en ondersteuning ontvangen de bewoners nu?

De jongeren zijn gemiddeld 9,3 weken in de opvang. De volwassenen gemiddeld 19,5 weken. De gemiddelde trajectduur op de Zilverstraat ligt hoger dan bij de Kessler stichting (K12,5 week, Z28,7 week). De buitenslapers zijn buiten deze berekening gelaten.

Uit de interviews blijkt dat de meeste deelnemers verschillende typen hulp en zorg vanuit verschillende organisaties ontvangen. Om te beginnen hebben ze allemaal een CCP-pas en maken ze gebruik van de opvang. Ongeveer een op de vijf volwassenen en twee op de vijf jongeren heeft in aanvulling daarop een Wmo maatwerkarrangement. Het maatwerkarrangement ondersteunt hen in het sociaal en persoonlijk functioneren. Bij een deel is het maatwerkarrangement ook voor het op orde brengen van de financiën of voor arbeidsmatige dagbesteding.

10% staat onder behandeling bij een medisch specialist (niet psychiater). 12% heeft zich de laatste 3 maanden een of meerdere malen op de EHBO gemeld en 6% is de laatste 3 maanden in een ziekenhuis opgenomen geweest. 19% staat onder behandeling bij een multidisciplinair GGZ-team. 9% is in beeld bij bemoeizorg of in behandeling bij een psycholoog. 13% loopt bij de reclassering.

17% weet niet wie het aanspreekpunt of de casemanager is over hun traject, sommigen hebben 1 persoon, anderen noemen meerdere namen van verschillende organisaties. Het is voor de meeste deelnemers niet echt helder waar de regie over hun traject is belegd. Er worden op dit moment geen integrale zorgleefplannen gemaakt die de hulp en zorg van alle betrokkenen in samenhang beschrijven. Daardoor is er geen volledig overzicht welke hulp en zorg er loopt vanuit verschillende organisaties en domeinen.

Hoe verhoudt de inzet aan zorg en ondersteuning zich tot de behoeften?

Dit onderzoek laat zien dat dak- en thuislozen mensen zijn met meervoudige problemen. Om aan hun meervoudige zorgbehoeften te voldoen hebben ze hulp en zorg nodig van verschillende hulp- en zorgverleners uit verschillende domeinen en organisaties. In het licht van zingeving, kwaliteit van leven en rendement kunnen vrijwilligers en mensen uit hun informele netwerk een essentiële rol vervullen voor hun herstel.

Veel mensen vallen uit in hun traject. Tweederde is al eerder dakloos geweest; veel doorstromers en uitstromers vallen na korte of langere tijd weer terug. Tweederde is vanwege Ernstige Psychische Aandoeningen aangewezen op multidisciplinaire zorg en behandeling, maar meer dan de helft van de EPA-groep is nu niet in zorg (59%). Het belang van maatwerk is groot. Zonder relatie is er geen

traject. Specifieke kwaliteiten als mens en professional zijn nodig om een relatie op te bouwen, samen een plan te maken en het traject levend te houden. We hebben hier te maken met wicked problems die snel kunnen veranderen, met grote onderlinge afhankelijkheden in de oplossingsfeer. De manier van werken is daar nu niet op afgestemd. De zorginzet en de wijze waarop de zorg is georganiseerd sluit daardoor op een aantal punten niet aan op de zorgbehoeften.

Geen integrale toegang en planvorming

Mensen die dakloos dreigen te raken of zijn, kunnen bij het CCP aankloppen. De benadering in het CCP focust op de Wmo. Afgaand op de problemen en de lopende zorg voor de mensen in de opvang, ontstaat het beeld dat de samenhang met de aanpalende domeinen daarbij maar deels wordt gedekt. Dit blijkt onder meer uit het feit dat de aanbieders die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van (onderdelen van) het maatwerkarrangement, geen overzicht hebben van het totaal aan ondersteuning uit de Wmo of het sociale domein dat hun klanten ontvangen. Ook houden ze er rekening mee dat hun plaatje van de betrokken hulp- en zorgverleners niet compleet is. De interviews bevestigen dat dit een knelpunt is. Zo was het in de opvang niet altijd bekend als er ook een traject liep in de GGZ of bij de reclassering.

Verschillende deelnemers met EPA stonden op de wachtlijst voor (unidisciplinaire) psychologische behandeling uit de Zvw. In aanvulling daarop zouden ze een Wmo maatwerkarrangement krijgen ter ondersteuning bij het zoeken naar huisvesting en dagbesteding. Zonder de goede bedoelingen van professionals en organisaties in twijfel te trekken, roept dit de vraag op of de benodigde afstemming dan voldoende geborgd is. Het blijft een oplossing met afzonderlijke plannen uit afzonderlijke silo's. Ondanks de meervoudige zorgbehoeften bij de doelgroep, worden er nu geen organisatie- en domeinoverstijgende persoonlijke zorgleefplannen gemaakt, die het totale pakket aan hulp en zorg van alle betrokkenen in samenhang omschrijven. Versnipperde zorg en gebrek aan afstemming zijn het gevolg. Ook de doelgroep zelf klaagt dat de zorg versnipperd is en partijen langs elkaar heen werken. De beroepskrachten komen met hetzelfde signaal: "De zorg is gefragmenteerd. De keten is zoek!"

Trajectregie niet goed belegd

De antwoorden van de deelnemers op de vraag wie voor hen het eerste aanspreekpunt is wijzen ook op versnippering. Een op de zes deelnemers weet niet wie dit is. Een op de drie kan niet aangeven waar de regie over hun traject is belegd. De antwoorden wijzen erop dat een deel te maken heeft met meerdere regisseurs uit verschillende domeinen. De trajectregie over de individuele trajecten lijkt in veel gevallen niet goed belegd. Onvoldoende afstemming en onvoldoende voortgang zijn het gevolg. De manier waarop verschillende typen hulp en zorg nu in trajecten worden verknoopt oogt als een houtje-touwtje oplossing. De daklozen blijven voor hun gevoel hangen. Dit is schadelijk voor hun vertrouwen in het plan en in de hulpverleners. Ze koersen liever op hun eigen strategie. Zo ontstaat er een reële kans dat ze uit de opvang en uit het gezichtsveld verdwijnen.

Zorgtoeleiding komt onvoldoende tot stand

Bij veel deelnemers hebben het vertrouwen in anderen en het vertrouwen in zorg en instanties schade opgelopen door alles wat ze hebben meegemaakt. Dat geldt voor de daklozen met en zonder EPA. De aanname dat mensen zelf een hulpvraag formuleren gaat voor een belangrijk deel van de doelgroep niet op. Goede antennes en een goede timing zijn noodzakelijk, voordat je samen kunt

verkennen wat nodig is en een gezamenlijk plan kunt maken voor herstel. Dit vergt veel geduld en een investering in de relatie. Specifieke competenties als professional en als mens zijn dan nodig om een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Vanuit een spreekuur-setting in een loket zal dit maar zelden lukken. In veel gevallen zal het nodig zijn om mensen op hun eigen plek op te zoeken. De zorgtoeleiding komt nu niet goed tot stand. Meer dan de helft van de daklozen met EPA in dit onderzoek is niet in zorg. Ook daklozen zonder EPA en zonder hulpvraag lopen nu vast of vallen uit hun traject, omdat er zonder antennes op dit vlak geen relatie en geen samenwerking wordt opgebouwd. Het is goed mogelijk dat de populatie in de opvang zwaarder is geworden, omdat juist dit deel van de doelgroep blijft hangen of terugvalt.

Professionals die al meedraaiden in de tijd van Den Haag Onder Dak signaleren dat de zorgtoeleiding destijds gemakkelijker tot stand kwam, omdat sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen van Parnassia en sociale werkers uit de opvang samen op pad gingen. Van daaruit werd gekeken hoe zaken binnen het netwerk konden worden belegd. Het netwerk nam samen verantwoordelijkheid. “Als iemand vastliep werden alle betrokkenen bijeengeroepen voor een ronde tafel. Daar werd afgestemd hoe de rollen werden verdeeld en wie de regie zou oppakken.

Nu moeten mensen altijd naar het CCP toe. Het CCP bepaalt het tempo. Het CCP oordeelt ook op basis van dossiers, zonder dat mensen zijn gezien. Niet het netwerk, maar het maatwerkarrangement bepaalt wie een casus oppakt. De regie blijft nu hangen. Het beleid van de actieve zorgtoeleiding is verzand.”

Meer prioriteit voor de lichamelijke gezondheid

80% van de deelnemers is bekend met een of meer lichamelijke aandoeningen. Meestal gaat het om chronische condities die een goede follow up vragen, zoals aandoeningen van hart- en bloedvaten, longaandoeningen, interne aandoeningen, neurologische problemen of ernstig overgewicht. 65% ervaart hun gezondheid als goed of uitstekend. Dat wil niet zeggen dat er geen gezondheidsproblemen zijn, maar kan er ook op wijzen dat andere zaken meer prioriteit hebben.

In Den Haag zijn samenwerkingsafspraken gemaakt, waardoor daklozen en onverzekerden gebruik kunnen maken van de huisarts of het ziekenhuis. Toch is driekwart de laatste 3 maanden niet meer door een arts of verpleegkundige gezien. Een grote groep weet niet zeker of ze verzekerd zijn. Sommige deelnemers met suikerziekte, hypertensie of schildklierlijden hadden de voorgeschreven medicatie al een tijd niet meer gebruikt. Bij een aantal deelnemers was sprake van ernstige lichamelijke problemen, zonder dat ze daarvoor in behandeling waren.

Uit Rotterdams cohortonderzoek ⁱⁱ is bekend dat de mortaliteit onder daklozen van 20-44 jaar bij mannen 8 en bij vrouwen 5 maal zo hoog is in vergelijking tot de algemene bevolking met gelijke leeftijd en geslacht. Uit de literatuur is ook bekend dat verwaarlozing en onderbehandeling van lichamelijke problemen een factor is die de levensverwachting van daklozen en van mensen met EPA aanzienlijk bekort. Gelet op de kennis van de leefstijl en het voorkomen van gezondheidsproblemen onder daklozen is al bepleit dat actieve screening op chronische aandoeningen bij daklozen 10 jaar eerder zou moeten starten ^{iii iv}.

De meeste daklozen zijn al lang niet meer door een arts of verpleegkundige gezien. Een goede lichamelijke check-up zou bij iedereen onderdeel moeten uitmaken van de intake. Daar hoort een

lichamelijk onderzoek en een lab-screening bij, als het niet mogelijk is om elders actuele informatie op te vragen. Als daar problemen uitkomen die vragen om medicatie, behandeling of medische follow up, kunnen de afspraken daarover worden meegenomen in het persoonlijk zorgleefplan. Zo hebben daklozen met een alcohol- of middelenverslaving altijd een goede medische follow up nodig; een deel van hen is hiervoor ook aangewezen op medisch specialistische zorg. Ook een resttoestand na een CVA of een boven- of onderbeenamputatie hebben consequenties voor de eisen aan de opvang en zorg. Ze zouden aanleiding moeten zijn voor een deskundige beoordeling en aanvullende afspraken rond zaken zoals de waarneming, stabilans of de belastbaarheid van de stomp.

Tekort aan betaalbaar woningaanbod en systeemobstakels belemmeren uitstroom

De meeste deelnemers willen op zichzelf wonen, maar maken nu gebruik van de opvang. De mensen met een uitkering vinden het vervelend dat ze na indienen en toekenning nog een maand hebben moeten wachten totdat de uitkering werd overgemaakt. Sommigen geven aan dat ze daardoor een kamer zijn misgelopen. Anderen vertellen dat de uitstroom naar een kamer niet kon doorgaan, omdat de gemeentelijke procedure voor een inkomensgarantstelling veel te lang duurde. Een op de 8 deelnemers gaf aan dat hun inkomen of uitkering nog niet was geregeld. Het ging om buitenslapers, mensen die pas kort in de opvang waren of mensen die net terug waren uit het buitenland. Een op de 3 deelnemers meldt dat ze de afgelopen maand wegens beperkte financiën hebben moeten afzien van essentiële zaken zoals goed eten, kleding of voorgeschreven medicijnen.

Dit onderzoek laat zien dat de benodigde ondersteuning en zorg bij de meerderheid ambulant zou kunnen kan worden georganiseerd. Nu is het passen en meten in de opvang. Uit schaamte voor hun situatie trekken velen zich terug uit hun sociale netwerken. Het feit dat ze in de opvang moeten verblijven werkt marginalisatie en sociale uitsluiting in de hand en heeft een negatieve uitwerking op de gezondheid en op het gebruik. Systeem-belemmeringen in de voorwaardelijke sfeer staan snelle uitstroom in de weg. Sommigen vertellen dat hun financiën helemaal op orde moeten zijn, voordat ze in aanmerking kunnen komen voor een kamer.

Onvoldoende invulling netwerkregie

Met ingang van 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de Wmo 2015, de Participatiewet en de Jeugdwet. De decentralisaties zijn erop gericht om burgers zorg, hulp en ondersteuning te bieden op basis van 1 plan, 1 gezin en 1 regisseur. In de Wmo is vastgelegd dat gemeenten (proces)-verantwoordelijkheid hebben voor de afstemming van zorg. In het kader van de Wpg zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor de monitoring en voor de aansluiting van het publieke domein op de zorg. De gemeentelijke rol gaat dus veel verder dan het maken van inkoopafspraken met aanbieders, de inrichting van de toegang of het aan het werk zetten van sociale wijkteams. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de facilitering van de processen die nodig zijn om de hulp en zorg uit afzonderlijke silo's op elkaar af te stemmen en te verbinden.

De gemeentelijke rol als netwerkregisseur is met ingang van 2015 groter en ingewikkelder geworden en wordt nu maar ten dele ingevuld. Zo ontbreekt het aan een centraal overzicht wie daadwerkelijk gebruik maken van de nachtopvang. De aanbieders spannen zich in bij te houden waar mensen heengaan, maar er is geen overzicht. Op het niveau van de individuele trajecten en op populatieniveau is er geen overzicht hoe de trajectregie is belegd en welke hulp en zorg uit verschillende organisaties en domeinen wordt ingezet.

Jongeren – Volwassenen

Er is in dit rapport voor gekozen om de uitkomsten voor de jongeren en volwassenen naast elkaar te zetten, omdat de netwerken rond deze twee groepen anders zijn georganiseerd. De verschillen in het voorkomen van aandoeningen zijn terug te voeren op het leeftijdsverschil. Het belangrijkste verschil is dat jongeren een betere sociale inbedding hebben: 33% van de jongeren en 58% van de volwassenen heeft slechts een of helemaal geen informele helper meer. In de aanpak voor de jongeren wordt stevig ingezet op scholing en werk. 33% van de jongeren en 6% van de volwassenen heeft betaald werk. Daarbij moet opgemerkt worden dat de meeste jongeren naast hun baan nog een uitkering hebben, omdat ze op oproepbasis werken.

Zilverstraat – Kesslerstichting

De volwassenen bij de Kessler stichting en op de Zilverstraat zijn elkaar overlappende subgroepen binnen dezelfde daklozenpopulatie. Op een paar punten laten de uitkomsten opvallende verschillen zien. De groep met EPA is vergelijkbaar (K63%, Z74%), maar op de Zilverstraat komt meer verslavingsproblematiek voor. Voor opiaatgebruik, alcoholintake en dronkenschap zijn deze verschillen statistisch significant ($p < 0,05$). In samenhang met het meer voorkomen van ernstige verslavingsproblematiek is de groep met beperkingen in de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten op de Zilverstraat groter (K11%, Z34%, $p < 0,05$). Verder is een op de 10 volwassenen op de Zilverstraat in eerste instantie aangewezen op verblijf en behandeling in een kliniek (K0%, Z10%, $p < 0,05$). Bij deze deelnemers gaat de verslavingsproblematiek gepaard met gevaar voor zichzelf of anderen of met ernstige somatische comorbiditeit.

Een aantal uitkomsten wijst erop dat de zorginzet voor de deelnemers op de Zilverstraat juist lichter is. Zo is de groep die niet weet wie het eerste aanspreekpunt is over hun traject groter (K13%, Z23%). De gemiddelde trajectduur is beduidend langer (K13 weken, Z24 weken). Ook het aandeel van de mensen met EPA dat niet in zorg is ligt op de Zilverstraat hoger (K52%, Z66%). Mensen krijgen op de Zilverstraat alleen een bed, een bad en een maaltijd aangeboden. Ze worden niet actief benaderd, omdat ervan wordt uitgegaan dat de trajecten elders zijn belegd. Een groepswerker vertelt dat ze iedere maand wel een poging doen om het TOPteam of PsyQ in te schakelen, maar dat blijkt lastig.

Welke mogelijkheden komen naar voren om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren?

Dit onderzoek is een momentopname in een zich ontwikkelend landschap. Het geeft een beeld van de opgave die er ligt voor de regiepartijen en het netwerk om de individuele trajecten en de organisatie van de ondersteuning en zorg voor en met daklozen te verbeteren.

Snelle toegang tot betaalbare woonplekken in de wijk

De meerderheid wil en kan in principe zelfstandig wonen. Het recht op een eigen (zelfstandige) woonplek behoort, net als het recht op participatie en op toegang tot zorg en ondersteunende diensten, tot de universele rechten^v van de mens. Langer verblijf in de opvang heeft een negatieve uitwerking op gezondheid en kwaliteit van leven en werkt sociale uitsluiting en marginalisatie in de hand. Het is daarom zaak de toegang, planvorming en de uitvoering van zorg en voorzieningen zo te ontwikkelen dat de meerderheid daadwerkelijk zo snel mogelijk door kan naar een zelfstandige woonplek met een ambulant traject. Daar kan met hen samen in een actief, zo nodig intensief traject worden gekeken en georganiseerd wat nodig is. Een deel van de mensen die om te beginnen zijn aangewezen op een klinische setting kan daarna ook doorstromen naar een ambulant zorgtraject.

Dit betekent dat op termijn minder opvangcapaciteit en veel meer betaalbare huisvesting nodig is. Tegelijkertijd zouden de toegang en zorg zo moeten worden ingericht dat vanuit het nieuwe thuis samen met de mensen waar het om gaat wordt gekeken en gerealiseerd wat nog meer nodig is voor hun herstel. Inclusief de betekenisvolle rollen waarin ze ertoe doen, de samenwerking en afstemming met sleutelfiguren uit het informele netwerk, de interactie met de omgeving en de benodigde hulp en zorg. Zo ontstaat een krachtige vorm van empowerment en staan de mensen waar het om gaat in hun leefwereld centraal.

Ook daklozen hebben behoefte aan een stabiele woonplek in de wijk, midden in de samenleving. De aanbevelingen op basis van dit onderzoek sluiten goed aan op het advies van de commissie Toekomst beschermd wonen^{vi} onder leiding van Erik Dannenberg. Het is helder dat de nieuwe inrichting die hier geschetst wordt niet van de ene op de andere dag kan worden gerealiseerd. Het gaat niet puur om een kwestie van capaciteit in het aanbod. Ze brengt andere eisen mee in termen van competenties. Ze verlangt een andere wijze van werken en samenwerken van professionals uit het medische en het sociale domein.

Er zal altijd een zekere behoefte blijven bestaan aan vormen van noodopvang, waar korte opvang geboden wordt tot de toegang en praktische voorwaarden voor de nieuwe woonplek zijn geregeld. Ook als er voldoende betaalbaar woningaanbod is en de onderstaande procesvoorwaarden zijn geregeld, zullen er mensen overblijven die aangewezen zijn op beschermd wonen. Het is belangrijk dat deze woonvormen ingebed zijn in de wijk en de beschikbaarheid van professionele zorg en ondersteuning met maximale persoonlijke vrijheid combineren.

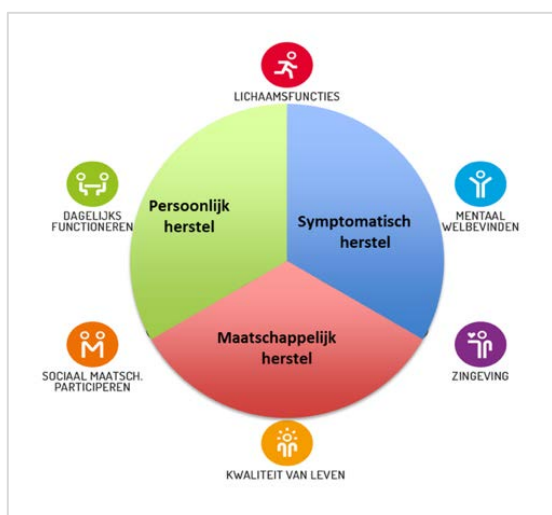
Procesvoorwaarden op netwerkniveau

Het meervoudige karakter van de zorgbehoeften en de complexiteit van de problematiek vragen om maatwerk. Om op casusniveau de ontwikkeling van domeinoverstijgende persoonsgerichte maatwerk-aanpakken-op-maat succesvol te laten verlopen, zijn op netwerkniveau een aantal procesvoorwaarden van belang. Dit vraagt:

- Integrale, holistische benadering met een deskundig oog voor de onderlinge samenhang tussen diverse factoren;
- Respectvolle en wederkerige samenwerking met de mensen waar het om gaat: zij zijn de belangrijkste partners; zij zijn de opdrachtgever en eigenaar van het plan;
- Geduld en een tolerante opstelling met ruimte om te leren;
- Flexibiliteit: inspelen op eventuele veranderingen in behoeften en mogelijkheden in de tijd;
- Actieve casusregie: onconventioneel doorpakken gericht op voortgang en herstel;
- Monitoring, netwerken van netwerken en netwerkregie.

Eén zorgleefplan

De mensen in deze doelgroep hebben één afgestemd, integraal zorgleefplan nodig voor het medische en sociaalmaatschappelijke domein. Iedereen heeft immers meervoudige problemen en iedereen heeft maatwerk nodig. De meervoudige problemen vragen om organisatie- en domeinoverstijgende zorgleefplannen waarin de rollen van alle betrokkenen in samenhang zijn beschreven. Daarin is vastgelegd hoe de regie is belegd en hoe betrokkenen bijdragen aan de gezamenlijke inzet op symptoomreductie, persoonlijk en maatschappelijk herstel (figuur 1). De relatie staat centraal. De mensen waar het om gaat zijn de belangrijkste partners. Het gaat om hun plan en hun herstel.



Figuur 1

Dit onderzoek laat zien dat bij de meerderheid ook vanuit een ambulant traject in de planvorming en invulling van de zorgbehoefte kan worden voorzien. De meerderheid kan op termijn direct doorstromen naar een woning, als zorg en maatschappelijke ondersteuningsstructuur erop zijn ingericht om vanuit ambulante trajecten in de planvorming en zorgbehoefte voor deze doelgroep te voorzien. Het ligt voor de hand te kijken hoe een link gelegd kan worden met de Wmo-wijkteams en GGZ-teams in het traject dat nu in Den Haag loopt voor de doorontwikkeling van de toegang Wmo. Het onderzoek maakt duidelijk dat de Wmo niet toereikend is om in de meervoudige behoeften van deze doelgroep te voorzien. Het RVS advies “Heft in eigen hand”^{vii} over de zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen van 10 oktober is daarom ook voor daklozen van belang. De Raad legt met dit advies een belangrijke basis neer voor betere afstemming van de hulp en zorg uit de afzonderlijke silo’s.

Ondanks het feit dat de deelnemers in dit onderzoek dakloos zijn geraakt en (deels) de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt, voelen ze een sterke behoefte om zelf de regie te voeren over hun traject. Een eigen zorgleefplan, zoals de Raad voorstelt, kan hen daarin ondersteunen. De uitkomsten op de cognitie voor dagelijkse besluiten maken aannemelijk dat de driekwart van de doelgroep over voldoende regievermogen beschikt om in afstemming met de zorg- en hulpverleners hun eigen zorgleefplan op te stellen. Bovendien is het regievermogen geen statisch gegeven. Een dakloze die op ene moment door het ijs is gezakt, krabbelt er even later weer bovenop. Als daklozen (tijdelijk) niet meer zelf de regie kunnen voeren, kan het zoeken en betrekken van een gevolmachtigde een waardevolle bijdrage geven voor het vertrouwen in het plan en traject. Alertheid is op zijn plaats dat daklozen die niet zelf de regie kunnen of willen voeren mogelijk geen regiebehandelaar hebben, omdat ze niet in zorg zijn. Dan is assertieve en outreachende zorg nodig, die om te beginnen inzet op het opbouwen van een relatie.

Andere inrichting van de toegang en planvorming

Tweederde van de doelgroep heeft EPA en tweederde van de EPA-groep is nu niet in zorg. Ook in de niet-EPA-groep komt hechtingsproblematiek veel voor. Deze uitkomsten hebben vergaande consequenties voor de eisen die moeten worden gesteld aan het team dat met deze doelgroep werkt en voor de wijze waarop de toegang en de planvorming van de trajecten wordt ingericht. Dit betekent om te beginnen dat andere competenties nodig zijn om samen met de mensen waar het

om gaat te kijken wat zij nodig hebben voor duurzaam herstel. Specifieke competenties als professional en als mens zijn dan nodig om een samenwerkingsrelatie te op te bouwen. Het ligt voor de hand om BIG-professionals met kennis en affiniteit met deze doelgroep ook een centrale rol te geven in de integrale planvorming, omdat zij opgeleid en getraind zijn om de gegevens en observaties over de psychische en de lichamelijke gezondheid, verstandelijke beperkingen en verslaving te verzamelen en interpreteren.

Dit betekent ook dat het moment waarop en met wie het plan wordt gemaakt niet kan worden opgelegd. Het is zaak om eerst een zekere vertrouwensband op te bouwen, voordat je samen kunt onderzoeken en omschrijven wat nodig is voor duurzaam herstel. Het maken van dit plan kan daarom het best op de nieuwe woonplek worden georganiseerd met de werkers en aanbieders die in die wijk actief zijn. Iedere overdracht brengt immers een zeker risico mee op uitval uit het traject. Door het persoonsgericht plan te maken samen met werkers die nog langere tijd betrokken blijven bij de uitvoering van het plan ontstaat een beter perspectief op duurzaam herstel.

Tot slot heeft een belangrijk deel van de doelgroep een actieve en outreachende benadering nodig, waarin de (voormalige) daklozen in de eigen omgeving worden opgezocht. De relatie moet voorop staan; zonder relatie komt er ook geen hersteltraject. De Antwerpse samenwerking tussen Sociale Huisvestingsmaatschap-pijen en de GGZ in het SSeGa project ^{viii} is een mooi voorbeeld van actieve aanklappende zorg.

Als de planvorming op de nieuwe woonplek wordt opgepakt, schept dit ook de mogelijkheid om vanaf het begin omwonenden en informele contacten uit de alledaagse omgeving te betrekken bij het traject. Informele sleutelfiguren kunnen een hele belangrijke rol spelen in termen van zingeving en herstel. In overleg met de mensen waar het om gaat kan worden gekeken wat en wie voor hen belangrijk zijn. Werk en dagbesteding zijn belangrijke middelen om mensen weer een plek te geven in de samenleving waarin ze ertoe doen. Het zijn mooie hulpmiddelen om het netwerk van die in de marge geraakt zijn weer te versterken. In overleg met de mensen waar het om gaat kan bepaald of er nog relaties zijn met informele sleutelfiguren die van het begin af bij de ontwikkeling van het plan kunnen worden betrokken.

Het is een uitdaging om de bureaucratische obstakels uit de systeemwereld op te ruimen. De out-of-the-box-doorpakken aanpak, die in de Inclusieve Stad City Deal ^{ix} in 5 steden wordt uitgetest, laat zien dat het kan. Daarmee lukt het goed om de systeembelemmingen in de randvoorwaardelijke sfeer aan te pakken. Is het ook in Den Haag haalbaar om de uitkering binnen 1 week na de aanvraag over te maken? Hoe kan worden binnen 1 week worden gecheckt of/gezorgd dat de zorgverzekering (weer) loopt? Hoe kan het verder oplopen van de CJIB-boetes bij mensen zonder adres on hold worden gezet? Hoe kan de inkomensgarantstelling binnen 1 week worden geregeld?

Last but not least zou een goede lichamelijke screening, zoals al eerder is beargumenteerd, een vast onderdeel moeten zijn van de intake en planvorming.

Monitoring en regie

Het feit dat twee derde eerder dakloos is geweest geeft aanleiding tot een betere monitoring op het effect van het gevoerde beleid. Ook vragen de meervoudige behoeften om een strakkere regie op de aansluiting tussen het publieke en medische domein. Daarom is het zaak deze trajecten te volgen en op netwerkniveau overzicht te houden hoe de regie en de diverse rollen in de trajecten zijn belegd. Zo ontstaan betere mogelijkheden om te voorkomen dat mensen uitvallen uit hun traject en geluidloos uit het gezichtsveld verdwijnen. Tegelijkertijd ontstaan er zo voorwaarden om van de

terugval en de successen te leren. Een goede monitoring en evaluatie is een belangrijk middel om in het netwerk kennis op te bouwen over de kwaliteit en het rendement van de geleverde zorg.

Herontwerp proces vanuit het perspectief van de doelgroep

De opvang en de hulp voor daklozen is nu op een systeemgerichte manier georganiseerd. De wijze waarop de toegang en zorg nu zijn ingericht laat onvoldoende ruimte voor het omgaan met diversiteit. Veel daklozen hebben dit op de een of andere manier in de interviews benoemd. Ze begrijpen niet waarom het geld voor de opvang en hulpverlening niet anders wordt ingezet, zodat ze door kunnen naar een kamer of woning. Ze zouden liever op zichzelf willen wonen. Ze vinden het niet prettig dat ze genoodzaakt zijn om in een afhankelijke positie van overheid en aanbieders gebruik te maken van de opvang. Een deel vindt een plek in een doorstroomvoorziening met het verplicht budgetbeheer een acceptabel alternatief, als ze dan sneller weg zijn uit de opvang. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt vraagt om een herontwerp van het proces vanuit het perspectief van de doelgroep zelf:

Netwerken rond individuele personen zijn een goed vertrekpunt voor het verbeteren van zorg. Een proactieve inzet van alle betrokkenen is nodig om samen tot een passende aanpak te komen die focust op duurzaam herstel. Maar de diversiteit aan meervoudige behoeften kan niet vanuit één netwerk worden bediend. Netwerken van netwerken zijn nodig om flexibel in te spelen op de behoeften en voor iedereen maatwerk te realiseren.

Dit vraagt om te beginnen een andere framing en een andere manier van samenwerken met de mensen waar het om gaat. Dit vraagt een cultuur waarin alle partijen elkaars inbreng respecteren en bereid zijn de rolverdeling en manier van werken dynamisch aan te passen. Dit vraagt om commitment aan een gemeenschappelijk kader. Een goede monitoring is essentieel, om feeling te houden of de gekozen aanpakken werken, successen te vieren en te voorkomen dat mensen uit beeld verdwijnen. Dit nodigt uit perverse financieringsprikkelers op te ruimen, die afstemming van zorg uit afzonderlijke silo's afremmen.

Dit heeft ook consequenties voor de invulling van de regie op netwerkniveau. Een onafhankelijke procesregisseur is essentieel om een dergelijk proces succesvol te begeleiden. Een (met actie-onderzoek begeleid) experiment kan een belangrijke bedrage leveren om het ontwikkeltraject succesvol te laten verlopen. Hoe kunnen de processen het best worden ingericht, gezien vanuit het perspectief van de doelgroep zelf? Hoe wordt gezorgd dat de mensen in beeld blijven en de kwaliteit van samenwerking met en rond deze doelgroep wordt gemonitord? Wat zijn de voorwaarden waaronder een dergelijke cultuur in Den Haag tot bloei kan komen?

Dit rapport is bedoeld als een springplank om het perspectief op herstel voor Haagse daklozen te verbeteren. Hun wensen en (potentiële) mogelijkheden vormen het vertrekpunt en zijn de basis geweest voor de beoordeling van hun woonperspectief. Daarbij is ervan uitgegaan dat heel veel zorg ambulant kan worden georganiseerd. Het rapport zet daarmee een stip op de horizon vanuit het perspectief van de doelgroep zelf. Het nodigt uit om de transformatie van opvang en beschermd wonen vast te pakken en nieuwe wegen te ontwikkelen om de benodigde hulp, zorg en eventuele bescherming midden in de samenleving te organiseren. Wie gaat de werksessie beleggen waarin de Haagse netwerkpartners samen met mensen uit de doelgroep zelf de route voor het herontwerp uitstippelen? Wie zorgt dat er een actieplan komt waarin het wie, wat en hoe zijn uitgewerkt?

2 Inleiding

In Den Haag wordt er op diverse manieren aan gewerkt om iedereen in staat te stellen een prettig leven te leiden. In het sociale domein en in de zorg wordt daarop ingezet. Maar soms gebeuren er zaken waardoor mensen de grip op hun leven verliezen en ze dak- of thuisloos raken.

De Kessler Stichting en Goodwillwerk Leger des Heils regio Den Haag en omstreken verzorgen de opvang voor dak- en thuislozen in Den Haag. De Kessler Stichting biedt sinds haar oprichting in 1912 onderdak en algehele ondersteuning aan “onbehuisden” in de Haagse regio. De nachtopvang aan De la Reyweg is sinds 1923 in gebruik. Goodwillwerk Leger des Heils verzorgt de opvang voor zwervjongeren van 18-23 jaar. De voorziening voor de jongens ligt aan de Binckhorstlaan. De meidenopvang is eind 2016 naar de Noordpolderkade verhuisd.

In het kader van het Coda G4 onderzoek, een landelijk onderzoek in samenhang met het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, zijn tussen januari 2011 en augustus 2016 uitgebreid gegevens verzameld over de problemen en behoeften onder dak- en thuislozen in Den Haag. De Kessler stichting en het Leger des Heils onderkennen echter dat de vraag naar de nachtopvang de laatste jaren is toegenomen en dat de doelgroep zwaarder lijkt te worden. De overloopvoorziening aan de Zilverstraat, die in december 2014 ten tijde van de winterregeling als tijdelijke voorziening is geopend, is nu permanent in gebruik. Ook de ernst van de psychische en lichamelijke problemen onder de dak- en thuislozen lijkt toe te nemen. Om die reden hebben zij behoefte aan een beeldvormend onderzoek.

3 Onderzoeksvragen

- Wie zijn de mensen die gebruik maken van de nachtopvang? Waar komen zij vandaan?
- Wat is de aanleiding voor hun dakloosheid? Wat is hun geschiedenis op dat gebied?
- Wat is hun kwetsbaarheid en hun kracht? Wat zijn hun problemen?
- Welke zorg en ondersteuning hebben zij nodig?
- Wat is hun perspectief op het gebied van wonen?
- Welke zorg en ondersteuning ontvangen zij nu?
- Hoe verhoudt de actuele inzet van zorg en ondersteuning zich tot de behoeften?
- Welke mogelijkheden komen naar voren om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren?

4 Context

Den Haag kent een lange historie op het gebied van de maatschappelijke opvang. Den Haag onder Dak is de naam van het Haagse Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Den Haag Onder Dak I heeft gelopen van 2006 – 2011. Den Haag onder Dak II liep af in 2014.

Tijdens Den Haag onder Dak I zijn straatteams ingericht. In deze straatteams gingen medewerkers van de Kessler stichting en Parnassia samen op pad om contact te leggen met dak- en thuislozen en hen met een actieve, outreachende benadering op weg te helpen naar een woning, ondersteuning en zorg. Zij namen het voortouw met het invullen van het Aanvraag Diagnose Formulier (ADF). Het Centraal Coördinatie Punt voor dak- en thuislozen (CCP) bij GGD Haaglanden was formeel verantwoordelijk voor de toegang tot de opvang en had een rol in de advisering en monitoring rond deze doelgroep. De politie, Palier, MEDIN en Humanitas waren ook toen belangrijke ketenpartners in de Haagse opvangketen.

Toen Den Haag onder Dak II in 2014 afliep zijn de straatteams gestopt. De ketenpartners zijn niet veranderd, maar de toegang en de onderlinge rolverdeling zijn wel anders georganiseerd. Als mensen in de problemen komen en dakloos dreigen te raken, kunnen ze zich bij het CCP melden. Daar kijken cliëntmanagers van de GGD samen met de mensen die aankloppen wat speelt en wat nodig is. Ze toetsen of mensen recht hebben om gebruik te maken van de opvang. Dakloze rechthebbenden die minder dan 4 tijdelijke logeeradressen hebben, komen in aanmerking voor een CCP-pas die toegang geeft tot de opvang. De CCP-passen zijn in principe 2 maanden geldig, maar kunnen daarna worden verlengd. De cliëntmanagers zijn nu verantwoordelijk voor het invullen van het ADF en de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) en voor de vertaling daarvan naar een WMO-trajectplan. Als ze daar aanleiding toe zien, kunnen zij een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) van het Parnassia TOPteam inschakelen. De gemeente heeft 567 uur SPV op jaarbasis ingekocht (13,5 uur per week gedurende 42 weken). In 2016 zijn 50 nieuwe cliënten^x vanuit het CCP via het TOP-team aangemeld en in zorg genomen.

De toegang vanuit de diensten OCW en SZW is nog altijd apart van elkaar opgezet, maar wel vanuit twee naburige panden met fysieke en digitale verbindingsroutes geregeld. De cliëntmanagers zijn verantwoordelijk voor de procesgang en de regie over een casus. In het plaatsingsoverleg wordt beoordeeld waar iemand het best heen kan en wordt over de WMO-maatwerkarrangementen beslist. Ook als mensen een maatwerkarrangement krijgen en een andere aanbieder verantwoordelijk is voor de praktische invulling van een traject, blijft de cliëntmanager verantwoordelijk voor de casusregie.

Gemeenten zijn al jaren verantwoordelijk voor bemoeizorg en de maatschappelijke opvang, maar als gevolg van politiek beleid en een andere inrichting van de hulpverlening is het maatschappelijke speelveld al een tijd behoorlijk in beweging. De Wmo vormt het wettelijke kader voor het beleid op dit terrein. Met de Wmo 2015 zijn de verantwoordelijkheden van gemeenten voor kwetsbare groepen burgers uitgebreid. Parallel daaraan zijn gemeenten met ingang van 1/1/2015 verantwoordelijk voor de hele jeugdhulp (inclusief kinderscherming en jeugdreclassering), passend onderwijs en de Participatiewet. Deze ontwikkelingen maken deel uit van de hervorming van de langdurige zorg en de decentralisaties. In het kader van de Wet Publieke Gezondheid zijn gemeenten bovendien verantwoordelijk voor de aansluiting van het publieke op het medisch domein.

Het beleid in Den Haag voor de maatschappelijke opvang is vastgelegd in “Samen met eigen kracht”^{xi}. Figuur 2a toont de kernwaarden en speerpunten hiervan. Het beleid is erop gericht om een verzwaring van problemen te voorkomen en herstel van stabiliteit en participatie in de samenleving te bevorderen. Met maatwerk en integrale ondersteuning op verschillende levensgebieden, afgestemd op de vraag en behoeften, wordt optimale zelfredzaamheid en kwaliteit van leven nagestreefd. Structurele samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, aanbieders en cliëntenorganisaties is nodig om de flexibele inzet te realiseren die daarvoor nodig is. Men wil nagaan hoe algemene voorzieningen geschikt gemaakt kunnen worden voor deze doelgroep. Tegelijkertijd wordt onderkend dat specifieke voorzieningen nodig blijven vanwege de specifieke problematiek en het gedrag van een deel van de doelgroep. Mensen die door (een combinatie van) verslaving of psychische problemen onvoldoende kunnen functioneren, hebben een steun(tje) in de rug nodig om de eigen regie te herpakken en de zelfredzaamheid te vergroten. Vertrouwen, gelijkwaardigheid en wederkerigheid tussen hulpvrager en hulpverleners zijn essentieel. Een positief sociaal netwerk is nodig om isolatie, eenzaamheid en (zelf)stigmatisering tegen te gaan.



Figuur 2a



Figuur 2b

De huidige sociaal-medische voorzieningen voor daklozen in Den Haag zijn nauwkeurig beschreven in het laatste Epi bulletin van GGD Haaglanden^{xii}. Het artikel beschrijft hoe de toeleiding naar zorg, de ambulante zorg, de opnamemogelijkheden voor zieke daklozen en de palliatieve zorg voor deze doelgroep nu zijn georganiseerd en gefinancierd (figuur 2b). Het artikel geeft recente cijfers en kwalitatieve informatie over de consulten van de Haagse Straatdokter, de tandheelkundige hulp, de toeleiding via CCP en TOP-team naar psychiatrische zorg, het gebruik van de ziekenboeg, eerstelijns verblijf en verpleeghuiszorg voor dak- en thuislozen en het gebruik van de winterregeling. Tijdens de winterregeling 2016/2017 maakten per nacht gemiddeld 216 en maximaal 241 personen gebruik van de nachtopvang (122 personen in reguliere opvang en 94 in winteropvang). Het artikel geeft geen inzicht in de omvang van de totale doelgroep in Den Haag. Het aantal unieke personen dat een CCP-pas heeft of het aantal unieke personen dat onder de winterregeling de Haagse nachtopvang heeft gebruikt wordt niet benoemd.

Met het oog op de transformatie is de gemeente Den Haag bezig met de doorontwikkeling van de toegang tot de WMO^{xiii}. WMO-wijkteams voor ouderen en kwetsbaren worden ingericht om op wijkniveau een sluitende structuur in het sociale domein te creëren. De WMO-wijkteams bestaan uit wijkverpleegkundigen, sociaal casemanagers, consulents WMO en ouderenadviseurs, die outreachend de wijk ingaan om vragen en behoeften op te sporen. Parallel daaraan worden de

huidige FACT-teams uitgebouwd tot GGZ-teams. Daartoe worden sociaal-casemanagers aan de FACT-teams toegevoegd om te voorzien in de regelrol voor zaken die buiten het GGZ-domein vallen.

In 2017 wordt proefgedraaid met twee uitvoerende wijkteams: een voor GGZ-cliënten en een voor ouderen/kwetsbaren. Op basis van de ervaringen in het eerste kwartaal van 2018 wil de gemeente over de hele stad een sluitend netwerk realiseren om de toegang tot de Wmo via een wijkgerichte aanpak dicht bij de burger te organiseren.

Daklozen zijn mensen met multiple problemen op meerdere levensdomeinen. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft recent advies uitgebracht aan VWS hoe de zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen kan worden verbeterd. Het advies is op 10 oktober uitgebracht en heeft de titel "Heft in eigen hand". De Raad is van oordeel dat grenzen en schotten inherent zijn aan de inrichting van stelsels voor zorg en ondersteuning. In haar ogen ligt de oplossing dan ook niet zozeer in het inrichten van nieuwe structuren of samenhangende zorgmodellen, maar in het ondersteunen van cliënten en zorgverleners om met de grenzen en schotten om te gaan.

In haar aanbevelingen stelt de Raad een getrapte benadering voor om mensen zoveel mogelijk in staat te stellen het heft in eigen hand te nemen en zelf de regie te voeren over hun leven.

Om te beginnen moet het de mensen die dat willen en kunnen gemakkelijker gemaakt worden om zelf de regie te voeren over hun zorg en ondersteuning. Een persoonlijk zorgleefplan kan daarbij helpen. De cliënt is de eigenaar van het plan en bepaalt wie toegang krijgt en welke informatie wordt uitgewisseld. Samenwerking is niet vrijblijvend. De Raad adviseert een "schakelbepaling" op te nemen in de WGBO die (elke) zorgverlener verplicht om zijn aandeel in het plan vast te leggen evenals info over de uitvoering en effecten. De medewerking aan het zorgleefplan zou analoog daaraan in de Wmo, Wlz en Jeugdwet moeten worden verankerd.

De mensen die zelf de regie willen voeren, maar dit niet kunnen, zouden expliciet de mogelijkheid moeten krijgen om een naaste als gevolmachtigde aan te wijzen die namens hen kan handelen. Mensen die (tijdelijk) niet zelf de regie willen of kunnen nemen, zouden op een regiebehandelaar moeten kunnen terugvallen die namens hen de regie voert. Deze regiebehandelaar is een zorgverlener die een wezenlijk aandeel heeft in de inhoudelijke invulling van de behandeling. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen van een behandelplan in overleg met de cliënt en draagt zorg voor de uitvoering en bijstelling daarvan. De regiebehandelaar is het centrale aanspreekpunt voor alle betrokkenen (inclusief cliënt en diens naasten) en draagt zorg voor de afstemming van de verrichtingen en activiteiten van de betrokken beroepskrachten. De regiebehandelaar zou daarbij mandaat moeten krijgen om aanbieder- en domeinoverstijgend te handelen.

5 Doelgroep en aanpak

Doelgroep en aanpak

Dit onderzoek richt zich op volwassenen met een geldige CCP-pas, die het recht hebben om gebruik te maken van de Haagse nachtopvang. De uitgeprocedeerde asielzoekers, die met een BBB-pas op de Zilverstraat kunnen slapen, behoren niet tot de doelgroep van dit onderzoek. Midden- en Oost-Europeanen kunnen rechten opbouwen om gebruik te maken van de opvang, maar zijn hier alleen meegenomen als ze beschikten over een geldige CCP-pas en gebruik maakten van de voorzieningen waar dit onderzoek is uitgevoerd.

Het onderzoek richt zich op de mensen die gebruik maakten van een van deze opvangvoorzieningen:

- De nachtopvang voor volwassenen van de Kessler stichting aan de Delagoastraat;
- De nachtopvang voor volwassenen van Schroeder aan de Zilverstraat, die door de Kessler stichting en het Leger des Heils samen wordt gerund;
- De opvang voor jongens van 18-23 jaar van het Leger des Heils aan de Binckhorstlaan;
- De opvang voor meiden van 18-23 jaar van het Leger des Heils aan de Noordpolderkade.

Met een poster zijn de gebruikers van de nachtopvang op het onderzoek geattendeerd. Daarna zijn de mensen die in de opvang aanwezig waren persoonlijk door de onderzoeker benaderd met uitleg over het doel en de aanpak van het onderzoek. Daarbij is aangegeven dat ze als onafhankelijke onderzoeker geen rol heeft in hun traject. De vertrouwelijkheid van de gegevensverwerking en de vrijwilligheid van de keuze om mee te doen zijn benadrukt.

Als mensen wilden meedoen, volgde een interview op een tijd en plaats die voor de deelnemers paste. Alle deelnemers waren meer dan een week dakloos en hadden naar aanleiding daarvan aangeklopt bij het CCP en bij aanbieders. De interviews hebben plaatsgevonden tussen 8 en 23 uur. Omdat de volwassenenopvang aan de Zilverstraat en de jongensopvang aan de Binckhorstlaan overdag dicht waren, is naar alternatieve locaties uitgeweken om mensen overdag te kunnen zien. Daarom zijn er ook gesprekken gevoerd in de Hier en Nu dagopvang van het Leger des Heils aan de Wagenstraat. Verder zijn in overleg met de deelnemers enkele interviews afgenomen in het Sterhuis van Reakt aan de Wagenstraat, bij De Haagse Zaak, in de stadsbibliotheek aan het Spui en 's morgens vroeg om 8 uur bij McDonalds.

Aan het begin van het gesprek is de tijd genomen om goed contact te leggen. De vragen "Wat is er gebeurd? Wat is belangrijk voor jou? Wat heb jij nodig?" liepen als een rode draad door ieder gesprek. In alle interviews zijn een algemene anamnese en een biografische anamnese afgenomen. Met behulp van de InterRAI Community Mental Health (CMH) vragenlijst is de toestand bij iedereen systematisch in kaart gebracht. Als dat voor de deelnemer niet te belastend was, is de SCIL gebruikt. Bij aanwijzingen voor geheugenproblemen, is tevens een 5-woordentest of de volledige MoCA afgenomen. Tot slot is iedereen gevraagd om 7 vragen in te vullen over de ervaren kwaliteit van leven en de beleving van de kwaliteit van de zorg. In het kader van de analyse heeft de onderzoeker met de verzamelde informatie de Camberwell Assessment of Needs (CAN) conform de zorgmonitor handleiding voor EPA Zuid-Limburg gescand.

De meeste interviews hebben een uur tot anderhalf uur geduurd. Aan iedereen is mondeling en schriftelijk toestemming gevraagd om het dossier in te zien en gericht zaken na te vragen bij betrokken professionals, waar dat voor een zorgvuldige beoordeling van hun toestand nodig was. Alle deelnemers hebben een waardebon ontvangen ter waarde van €7,50 om hen voor hun deelname te bedanken.

Instrumenten

De SCIL en MoCA zijn gevalideerde korte screeners voor lichte verstandelijke beperkingen respectievelijk cognitieve problemen.

InterRAI is een brede, integrale methodiek om systematisch de problemen en zorgbehoeften in kaart te brengen van mensen met complexe problemen. De CMH-vragenlijst is ontwikkeld voor gegevensverzameling op alle levensdomeinen rond mensen met psychische problemen en verslaving. De vragen beperken zich niet tot de psychische klachten, gebruik, cognitie en gedrag. Ze zijn er tevens op gericht om de lichamelijke gezondheid, de voedingstoestand, het gebruik van ondersteuning en zorg, het algemeen dagelijks functioneren, het maatschappelijk functioneren en de sociale omgang in kaart te brengen. De vragenlijsten kennen een ingebouwde signalering rond issues die van belang zijn voor het direct praktisch handelen. Zo is er onder meer een signalering voor het risico dat mensen zichzelf of anderen iets aandoen. Voor meer algemene informatie over InterRAI zie www.interrai.org en www.nedrai.org.

De CAN is een familie beoordelingsinstrumenten om de zorgbehoeften te beoordelen. Met de gebruikte versie wordt de zorginzet versus de zorgbehoefte op 27 klantitems en 2 mantelzorgitems gescoord. Per item wordt beoordeeld of er een probleem is, of er zorg is en wat de outcome van de zorg is. Het perspectief van de klant en het oordeel van de professional zijn in de afweging betrokken. De beoordeling heeft betrekking op de toestand in de laatste 3 maanden.

Gegevensverzameling en –verwerking

De interviews vormen de belangrijkste informatiebron voor dit onderzoek. Waar dat nodig was voor een goede beoordeling van de problematiek of de behoeften, is gericht navraag gedaan bij teamleden of bij professionals die bij het traject zijn betrokken. De verzamelde data zijn ingevoerd en verwerkt in Excel.

Doordat dat de meeste interviews op locatie zijn afgenomen in de genoemde voorzieningen, kreeg de onderzoeker ook een indruk van de algemene gang van zaken en van de interactie in de groep. Het feit dat een aantal interviews op andere locaties kon worden afgenomen, was een verrijking van het beeld.

Respons

Voorziening	Onderzoeksdagen	Aantal deelnemers	Respons %
Nachtopvang Kesslerstichting	7 dagen in mei	49	46%
Nachtopvang Zilverstraat	8 dagen in mei-juni	41	42%
Jongerenopvang	4 dagen in juli	13	73% (jongensopvang) 83% (meidenopvang)

Tabel 5

De interviews voor dit onderzoek zijn afgenomen op 19 onderzoeksdagen in de periode tussen 10 mei en 4 juli. In totaal hebben 85 volwassenen (>23 jaar) en 18 jongeren (18-23 jaar) meegedaan. Tabel 5 laat zien hoe de onderzoeksdagen over de voorzieningen zijn verdeeld. Omdat er geen centraal overzicht wordt bijgehouden hoe de Haagse daklozen de diverse voorzieningen gebruiken,

kon het responspercentage alleen per voorziening worden berekend. Het responspercentage is een gewogen gemiddelde. Daarbij is voor iedere nacht in de onderzoeksperiode de verhouding berekend tussen de mensen die zijn gezien en de potentiële doelgroep die die nacht in de voorziening aanwezig was. Het gewogen gemiddelde is het gemiddelde van het aandeel gezien per nacht voor de betreffende voorziening.

In de praktijk zijn er ook mensen die meerdere opvangvoorzieningen gebruiken. 28% van de jongeren van 18-23 jaar sliep niet (meer) in de jongerenopvang, maar in een nachtopvang voor volwassenen. 7% van de volwassenen heeft op de 15 onderzoeksdagen waarop de interviews in de volwassenenopvang zijn uitgevoerd zowel bij de Kessler stichting als op de Zilverstraat geslapen. Over een langere periode zou de overlap groter zijn. 6% van de volwassenen waren buitenslapers. Zij waren door het team op de Wagenstraat aangedragen als mogelijke deelnemers, omdat ze op de Zilverstraat of bij de Kesslerstichting hadden geslapen en hun ervaringen voor dit onderzoek wilden delen.

In dit rapport wordt de term “volwassenen” gebruikt om de deelnemers van 24 jaar en ouder aan te duiden. Het rapport zet de uitkomsten voor de volwassenen (>23 jaar) en de jongeren (18 t/m 23 jaar) naast elkaar. In de tekst zijn de percentages voor de hele groep en voor de volwassenen en jongeren afzonderlijk beschreven (uitgedrukt in percentages voor V, J).

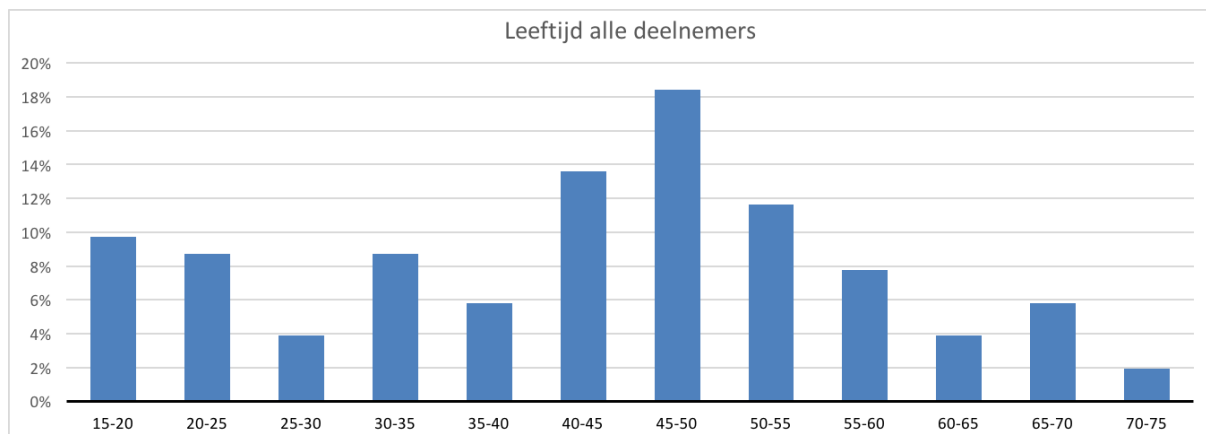
Om de verschillen op populatieniveau te toetsen is een voorlopige statistische analyse uitgevoerd op de belangrijkste uitkomstmaten uit tabel 1 tot en met 4. De verschillen tussen volwassenen en jongeren en tussen de volwassenen op de Zilverstraat en bij Kessler zijn daarbij vergeleken. In de tekst zijn de significante ($p < 0,05$) en opvallende verschillen beschreven.

Omdat de resultaten voor de volwassenen bij de Kessler stichting en op de Zilverstraat op de meeste uitkomstmaten hetzelfde beeld laten zien, zijn ze in de afbeeldingen samengepakt. Er is voor gekozen om de uitkomsten voor de volwassenen en jongeren naast elkaar te presenteren, omdat de opvang en de netwerken rond deze twee groepen anders zijn georganiseerd.

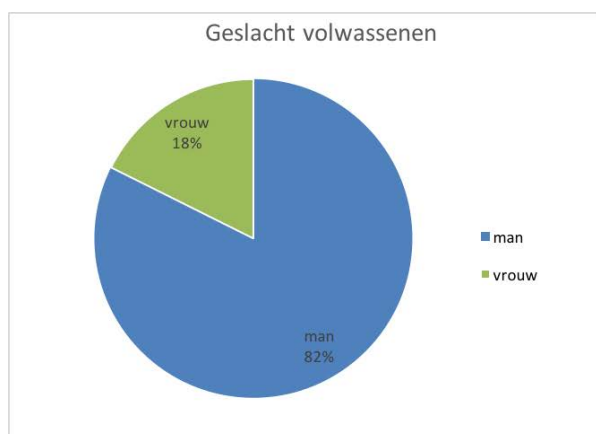
Het is goed om er rekening mee te houden dat het antwoordgedrag van beide groepen kan verschillen. Jongeren zijn eerder geneigd zijn om open en direct te vertellen wat ze vinden of waar het op staat. Het feit dat de periode waarnaar gevraagd minder lang geleden is, zou ook een verklaring kunnen zijn voor de verschillen tussen jongeren en volwassenen. De volwassenen zijn, onder invloed van hun ervaringen, eerder geneigd om zaken te relativeren of niet alle details te vertellen. Ook het verschil in omvang van de deelnemersgroep (85 volwassenen versus 18 jongeren) is van invloed op de verschillen die uit de afbeeldingen naar voren komen. Doordat de groeps grootte bij de jongeren kleiner is, hebben de uitschieters meer invloed op de totaalscore voor de groep.

6 Demografische kenmerken en herkomst

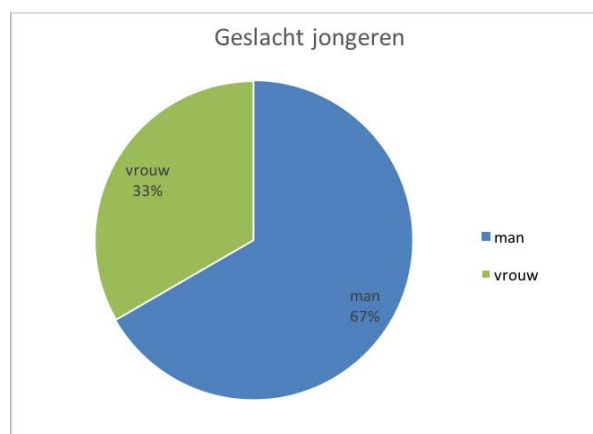
Leeftijd en geslacht



Figuur 3



Figuur 4a

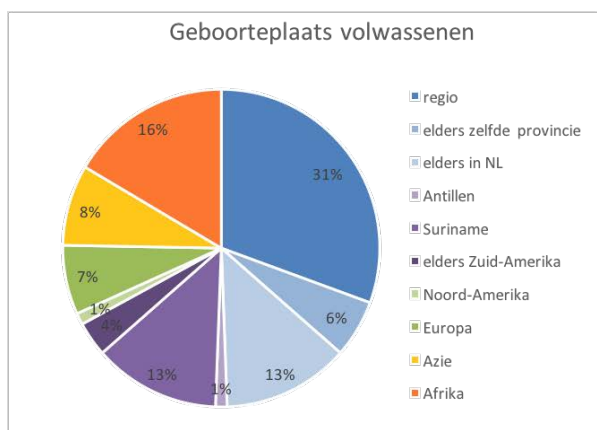


Figuur 4b

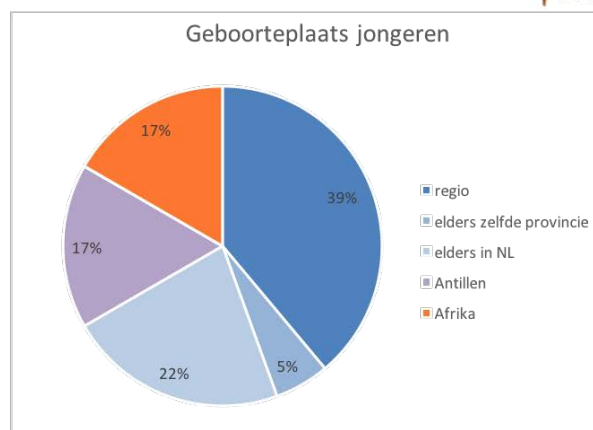
103 mensen hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Hun leeftijd varieert van 18 tot 72 jaar. De gemiddelde leeftijd is 43,6 jaar. Figuur 3 toont de leeftijdsopbouw van alle deelnemers samen. 18 deelnemers zijn jongeren van 18 tot en met 23 jaar (17%, gemiddelde leeftijd 20,5 jaar). 85 deelnemers zijn volwassenen van 24 jaar of ouder (83%, gemiddelde leeftijd 48,5 jaar). 20% van de deelnemers zijn vrouw. Het gaat om 18% van de volwassenen (>23 jaar) en 33% van de jongeren. Maar weinig vrouwen maken gebruik van de nachtopvang aan de Zilverstraat. De volwassen vrouwen in dit onderzoek slapen allemaal bij de Kessler stichting. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 43,7 jaar (18-69). De gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 40,6 jaar (18-72). De gemiddelde leeftijd van de volwassenen (>23 jaar) bij de Kessler stichting ligt hoger dan op de Zilverstraat (49,7 versus 45,7 jaar; niet statistisch significant). De gemiddelde leeftijd (43,6 jaar) sluit goed aan op de gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in 2015 of 2016 een Haagse Straatdokter hebben geconsulteerd (2015: 44,0 jaar; 2016: 45,4 jaar).

Etnische achtergrond en binding met Den Haag

Mensen hebben een allochtone achtergrond als een of beide ouders in het buitenland zijn geboren. 33% is autochtoon (V34%, J28%). 67% is van allochtone afkomst (V66%, J72%). 15% van de deelnemers is westers-allochtoon (V15%, J11%). Dit betekent dat een of beide ouders in een ander Europees land of in Indonesië zijn geboren. 52% is niet-westers allochtoon (V51%, J61%).



Figuur 5a



Figuur 5b

29% zijn allochtonen van de tweede generatie (V23%, J54%). 71% zijn allochtonen van de eerste generatie in Nederland (V77%, J46%). Een belangrijk deel van de eerste generatie allochtonen uit de volwassenengroep was jonger dan 18 jaar toen ze zijn geëmigreerd (33%). Zij zijn allemaal met een of beide ouders naar Nederland gekomen. Onder de jongeren is 72% van de eerste generatie allochtonen voor hun 18^e jaar naar Nederland gekomen. De meesten van hen zijn alleen naar Nederland verhuisd (56%).

Figuur 5 laat zien waar de deelnemers zelf geboren zijn. De blauwe velden hebben betrekking op de autochtonen en de allochtonen van de tweede generatie. Ze maken duidelijk dat meer dan de helft van de deelnemers in Nederland is geboren (V50%, J66%). Iets minder dan de helft is in het buitenland geboren (V50%, J34%). Onder de volwassenen en de jongeren is het aandeel van de mensen uit Afrika ongeveer even groot als de groep uit Suriname en de Antillen. Een kleiner deel van de volwassen deelnemers komt uit een van de andere West-Europese landen, Azië of Zuid-Amerika. 4% van de volwassen deelnemers zijn MOE-landers.

47,5% van de deelnemers zijn in Nederland geboren en blijven wonen (V47%, J50%). 37% heeft 1 internationale verhuizing achter de rug. Deze groep heeft naast het land waar ze vandaan komen alleen in Nederland gewoond (V39%, J28%).

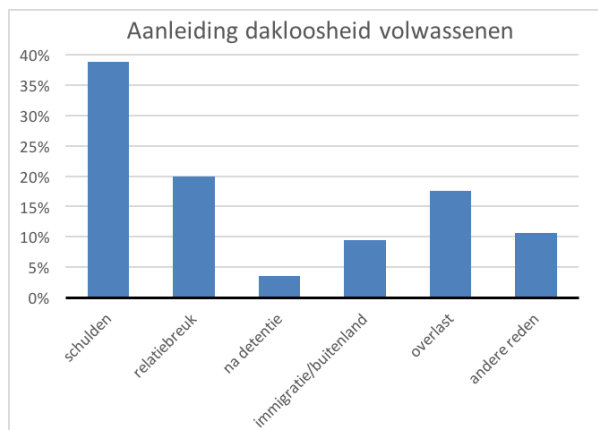
Bij 15,5% is het land waar ze woonden meer dan een keer veranderd (V14%, J22%). Bij de volwassenen gaat het om één autochtoon en eerste generatie allochtonen. De andere autochtonen en allochtone volwassenen van de 2^e generatie zijn honkvast. Bij de jongeren bestaat de groep die vaker internationaal verhuisd is juist voor 75% uit 2^e generatie allochtonen, die meerdere malen met een of beide ouders naar een ander land zijn verhuisd.

Ondanks de uiteenlopende etnische achtergrond van de deelnemers konden bijna alle gesprekken in het Nederlands worden gevoerd. 3% van de interviews zijn via een tolk verlopen. Nog eens 3% van de gesprekken zijn zonder tolk, maar wel deels of geheel in het Engels gevoerd.

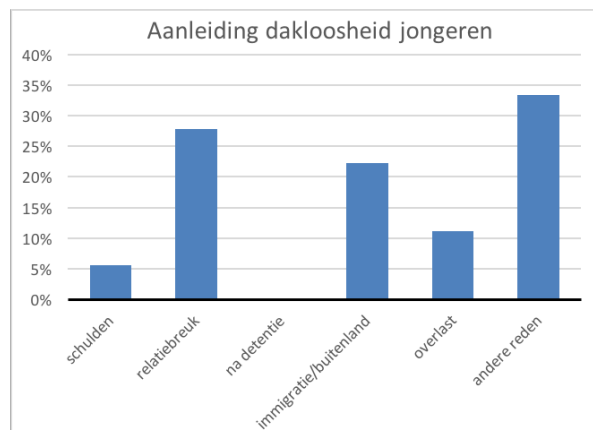
De meeste deelnemers wonen al lang in Den Haag of omgeving. Een derde is Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar of Zoetermeer geboren en opgegroeid (V31%, J33%). Bijna twee derde heeft hier langere tijd gewerkt en gewoond (V66%, J56%). 11% van de jongeren verkeert sinds kort (weer) in Nederland heeft vanwege familie of vrienden regiobinding gekregen met Den Haag.

7 Aanleiding en voorgeschiedenis met betrekking tot dakloosheid

Aanleiding dakloosheid



Figuur 6a



Figuur 6b

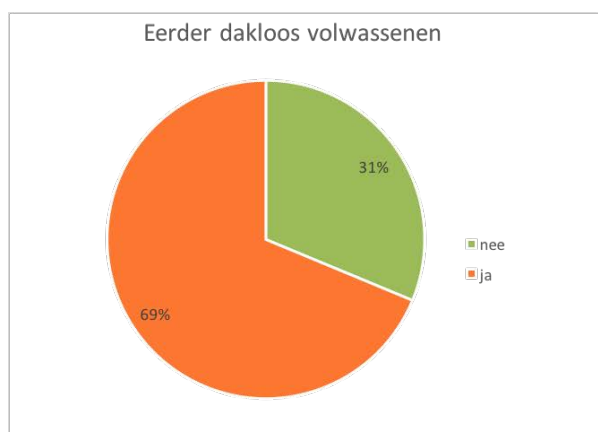
Aan alle deelnemers is gevraagd hoe ze tot nu hebben gewoond, hoe het gekomen is dat ze dakloos zijn geraakt, hoe ze hun dakloosheid hebben overbrugd en sinds wanneer ze gebruik maken van de opvang. Figuur 6 toont de uitkomsten over de directe aanleiding voor deze periode van dakloosheid. 33% vertelt dat ze hun woning zijn kwijtgeraakt door een huurachterstand (V39%, J6%). 21% is dakloos als gevolg van de relatiebreuk met hun partner of een conflict met hun ouders (V20%, J28%). 3% is dakloos geraakt toen ze in detentie zaten (V4%, J0%). Deze mensen vertellen dat de doorbetaling van hun huur niet goed verlopen is toen zij in de gevangenis zaten. 12% had geen eigen woonplek meer na terugkeer uit het buitenland (V9%, J22%).

17% is hun woning kwijtgeraakt door overlast of overschrijding van regels (V18%, J11%). 5 mensen zijn hun woning kwijtgeraakt omdat ze zaken vernield hebben of fysiek geweld hebben gebruikt naar mensen of spullen. 4 personen zijn hun woning kwijtgeraakt door drugsoverlast. 3 deelnemers zijn dakloos geraakt na verbaal geweld of een akkefietje met de verhuurder. 3 personen vertellen dat ze dakloos zijn geraakt door illegale onderhuur of fraude. Tot slot zijn er 3 deelnemers die hun plek in een instelling zijn kwijtgeraakt omdat ze zich niet aan de regels hadden gehouden met betrekking tot alcohol, dagbesteding of het vertrekken van drugs aan een medebewoner.

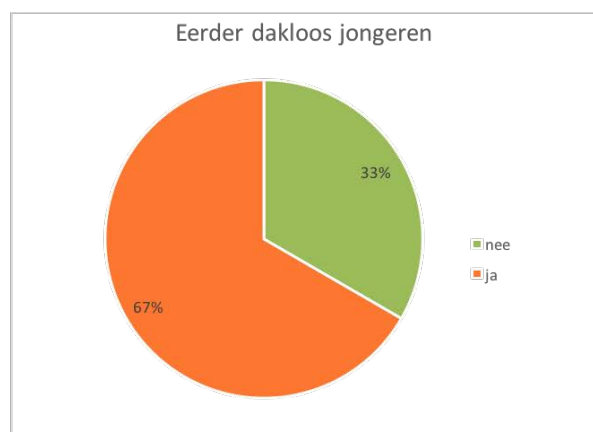
15% geeft aan dat ze om een andere reden hun woning zijn kwijtgeraakt (V11%, J33%). Bij 3 mensen maakt het verhaal aannemelijk dat ze de woning in een paranoïde psychotische toestand hebben verlaten. 2 mensen geven aan dat ze er niet tijdig in geslaagd zijn een betaalbaar alternatief te vinden toen het tijdelijke huurcontract afliep. De redenen die de anderen in deze groep aanvoeren lopen uit een. Zo geeft een persoon aan dat hij uit eigen beweging is weggegaan uit een voorziening voor beschermd wonen, omdat hij niet van de regels hield. Bij een persoon had de particuliere verhuurder gesuggereerd dat hij het pand ging verkopen.

17% van de deelnemers aan dit onderzoek verbleef in een instelling of voorziening op het moment dat ze dakloos zijn geraakt (V15%, J22%). De meesten woonden in een woonvoorziening voor beschermd wonen (WMO) of in een doorstroomvoorziening. Enkel komen uit een (psychiatrische) kliniek. Enkel woonden in een voorziening voor jeugdzorg en zijn dakloos geraakt omdat het zorgtraject na hun 18^e jaar niet goed doorliep.

Eerder dakloos



Figuur 7a



Figuur 7b

Op basis van de informatie uit de interviews en de gegevens in de informatiesystemen van de Kessler stichting en het Leger des Heils is de voorgeschiedenis van de deelnemers op het gebied van dakloosheid geanalyseerd. Hieruit komt naar voren dat 69% al eerder feitelijk dakloos is geweest (V69%, J67%).

Ook onder de jongeren is twee derde van de groep al eerder dakloos geweest. Bij de etnische achtergrond is er al op gewezen dat een deel van de tweede generatie allochtone jongeren vaak is verhuisd.

Enkele volwassenen hebben de opvang verlaten maar zijn binnen een aantal weken weer teruggekomen. Mogelijk hebben sommigen alleen tussentijds ergens geloged. Dat zou betekenen dat ze binnen dezelfde episode van dakloosheid meerdere malen terugvallen op de opvang. Uit de levensverhalen blijkt dat de meeste volwassenen over periodes van jaren meerdere malen dakloos zijn geweest, waarbij ze tussentijds hebben gewoond. Sommige volwassenen hebben al meer dan 10 jaar geen eigen plek meer gehad. Op de Zilverstraat is de groep volwassenen die eerder dakloos is geweest beduidend groter dan bij de Kessler stichting (K59%, Z82%, $p < 0,05$).

Nieuwe daklozen

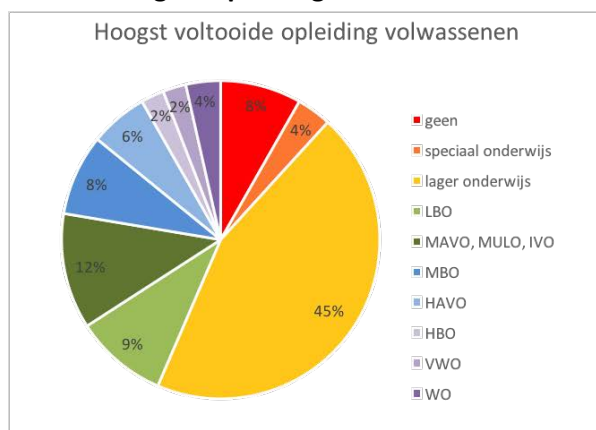
Er zijn signalen dat zich de laatste jaren steeds meer mensen melden bij de maatschappelijke opvang, omdat zij door (een combinatie van) schulden, werkloosheid en/of hypotheeklasten hun huis zijn kwijtgeraakt. Het Trimbos instituut heeft in 2015 voor deze groep daklozen zonder (O)GGZ-problematiek de term “nieuwe daklozen” geïntroduceerd^{xiv}. De groep wordt ook wel als de “economische daklozen” aangeduid.

Op basis van de verzamelde informatie zijn alle deelnemers in dit onderzoek aan de Trimbos criteria voor nieuwe daklozen getoetst. Mensen die dakloos geraakt zijn na terugkeer uit het buitenland zijn niet tot de nieuwe daklozen gerekend. De mensen zonder (O)GGZ-problematiek bij wie behalve de problemen op het gebied van financiën nog andere factoren aan de basis hebben gelegen van de dakloosheid behoren eveneens niet tot de nieuwe daklozen.

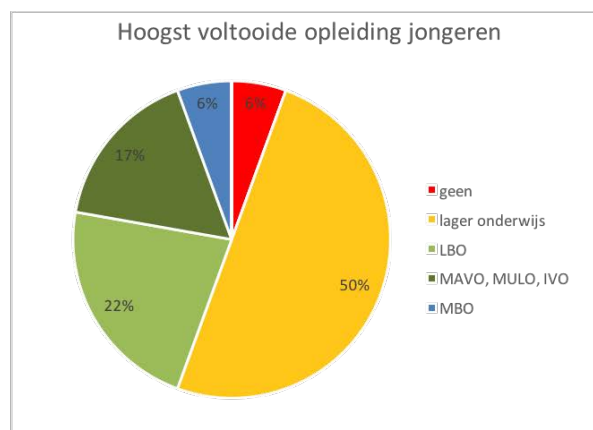
Het beleid van het CCP is erop gericht om nieuwe daklozen geen toegang te verlenen tot de opvang. Op basis van de informatie die in dit onderzoek is verzameld, is het aannemelijk dat 1% van de deelnemers tot de nieuwe daklozen behoort.

8 Aard van de problemen

Ontwikkeling en opleiding



Figuur 8a



Figuur 8b

In alle gesprekken is naar de jeugd en levensloop gevraagd. Uit hun verhalen blijkt dat de omstandigheden om zich te ontwikkelen bij veel deelnemers onder druk hebben gestaan. Zo geeft 10% van de deelnemers aan dat een of beide ouders verslaafd waren aan alcohol of drugs (V7%, J22%). Een belangrijk deel is opgegroeid in een eenoudergezin of een samengesteld gezin (40%). Bij 31% van de volwassenen zijn de biologische ouders uit elkaar gegaan voordat de deelnemers 18 jaar waren. Onder de jongeren ligt dit percentage hoger, nl. op 83%.

De meeste deelnemers geven aan dat ze in hun jeugd zijn gepest of verbaal of fysiek geweld van dichtbij hebben meegemaakt of ondergaan. Sommigen vertellen dat ze als klein kind (bij herhaling) thuis zijn weggelopen vanwege de dingen die ze hebben gezien.

37% heeft het ouderlijk huis (moeten) verlaten voordat ze 18 waren (V31%, J67%).

21% heeft een periode doorgebracht in een jeugdinstelling of pleeggezin (V16%, J44%).

13% geeft aan dat ze jeugddetentie hebben gehad (V8%, J33%).

Bij herkomst en achtergrond is er al op gewezen dat 52% een of meerdere malen is geëmigreerd.

22% had voor hun 18^e verjaardag al een of meerdere internationale verhuizingen achter de rug (V19%, J39%). Een derde van de deelnemers vertelde dat ze onder hun 18^e met drugs zijn gaan experimenteren (V25%, J50%).

De schoolcarrières van veel deelnemers zijn door deze factoren doorkruist of afgebroken. 50% heeft de middelbare school met een diploma verlaten (V52%, J44%).

13% van de deelnemers is naar het speciaal onderwijs geweest (V8%, J33%). Het gaat om speciaal lager onderwijs of om speciaal middelbaar onderwijs in de vorm van praktijkonderwijs.

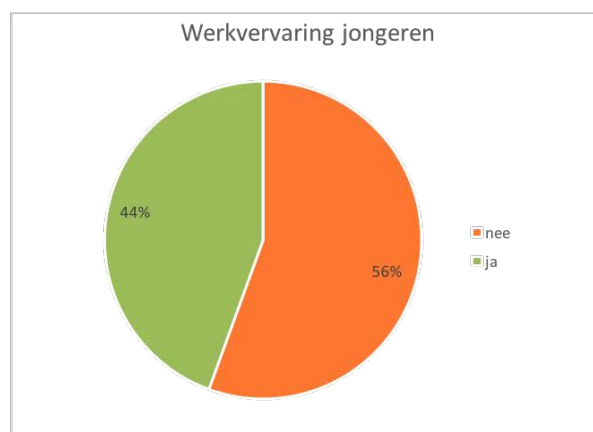
Figuur 6 toont de uitkomsten voor het hoogste niveau opleiding dat is voltooid. Voor de mensen die in het buitenland naar school zijn geweest is gekeken naar het opleidingsniveau waarop ze in Nederland functioneren. Bij 56% is het hoogste opleidingsniveau dat ze hebben voltooid de lagere school of lager (V56,5%, J55,5%).

Bij 57% zijn aanwijzingen gevonden voor laaggeletterdheid (V60%, J44%). De mensen bij wie de opleiding en werkervaring aannemelijk maken dat ze voorheen zelf de post konden verwerken, maar daar nu door cognitief verval niet meer toe in staan zijn, zijn in die score niet meegeteld.

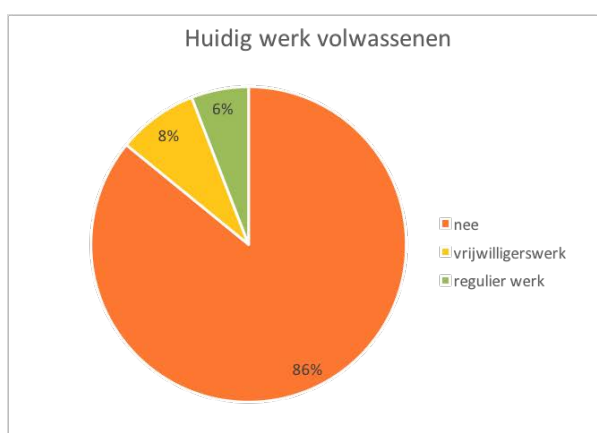
Werkervaring en werk



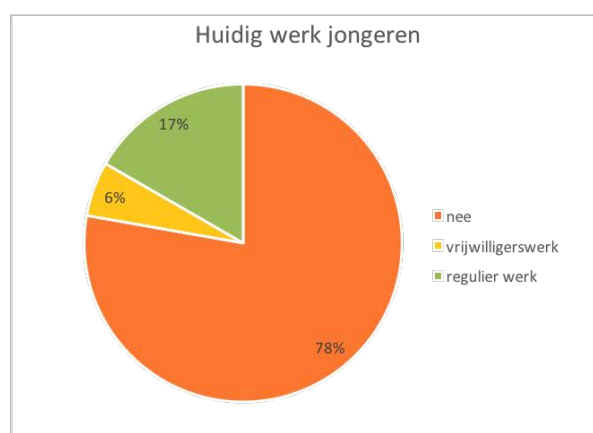
Figuur 9a



Figuur 9b



Figuur 10a



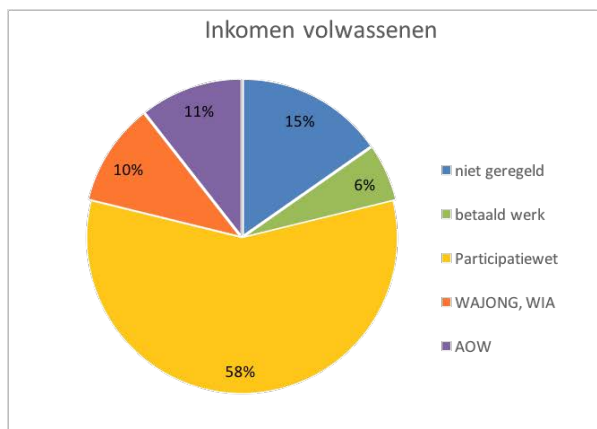
Figuur 10b

Aan alle deelnemers is gevraagd wat voor werk ze hebben gedaan. Daarbij is nagegaan of er een stabiele werksituatie is geweest, waarin ze een jaar of langer bij dezelfde werkgever min of meer hetzelfde werk hebben gedaan (figuur 9). 79% geeft aan dat dit het geval is geweest (V86%, J44%). De meesten hebben werkervaring in laagopgeleid werk waarvoor een vmbo-diploma of minder is vereist. Bijvoorbeeld als vuilnisman, schoonmaker, vakkenvuller, sloper, metselaar, dakdekker, machinebankwerker, magazijnbediende, heftruckchauffeur, schoenenverkoper, (hulp)kok of bediende in de horeca. Enkel zijn beroepsmilitair geweest of hebben een functie gehad als manager of consultant op HBO- of academisch niveau.

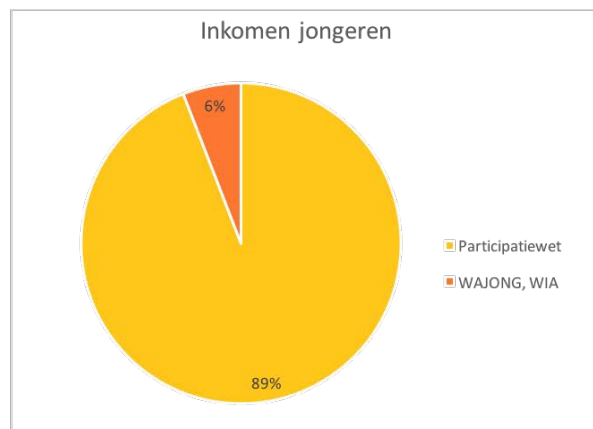
84% van de deelnemers zit op dit moment zonder werk (V86%, J78%).

8% heeft wel een reguliere baan via de arbeidsmarkt (V6%, J17%). De jongeren scoren op dit punt hoger dan de volwassenen, omdat in de trajecten van het JIT systematisch wordt ingezet op de scholing en toeleiding naar werk. Veel jongeren hebben een nul-urencontract als vuilnisman. 8% verricht vrijwilligerswerk of arbeidsmatige dagbesteding in het kader van de WMO (V8%, J6%). Een deel van deze mensen werkt als vrijwilliger in de keuken bij Hier en Nu Wagenstraat of bij de Haagse Zaak. Anderen doen in het kader van hun arbeidsmatige dagbesteding bij Reakt eenvoudig (pothoezen vouwen) of complexer werk. Sommigen zijn taalvrijwilliger of vrijwilliger in De Achterban voor dak- en thuislozen bij het Straatconsulaat.

Inkomen en financiën



Figuur 11a

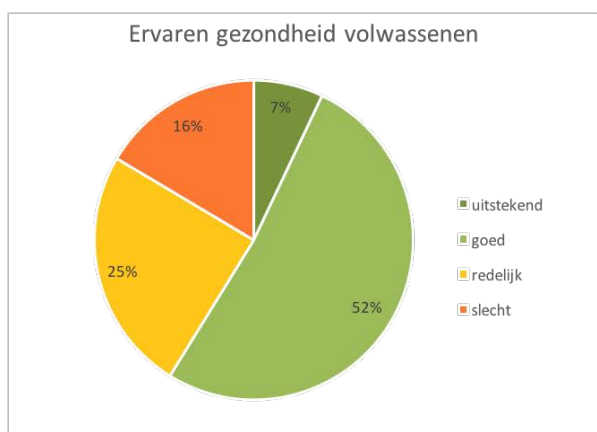


Figuur 11b

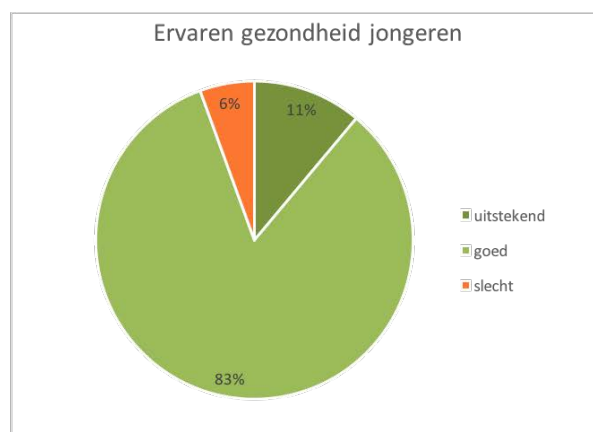
Aan iedereen is gevraagd wat de voornaamste bron van inkomsten was ten tijde van het interview. 12,5% gaf aan dat hun inkomen of uitkering op dat moment nog niet was geregeld (V15%, J0%). Degenen die een Participatiewet-uitkering is toegekend en weten wanneer de uitkering voor het eerst wordt overgemaakt zijn meegeteld in de groep waar het geregeld is. 6% heeft inkomen uit betaald werk (V6%, J6%). In figuur 10 is de groep die aangeeft regulier werk te hebben iets groter. Het feit dat veel jongeren op oproepbasis werken en daarnaast een uitkering hebben is de verklaring van dit verschil. 81,5% heeft een uitkering (V79%, J94%). 63% heeft een uitkering in het kader van de Participatiewet (V58%, J89%). 10% heeft UWV-uitkering in het kader van de WAJONG of WIA (V11%, J6%). 9% heeft een AOW-uitkering of pensioen (V11%, J0%).

Alle deelnemers hebben financiële problemen. De meesten hebben schulden. Sommigen weten goed hoeveel schuld ze hebben en hoe ze werken aan de afbetaling daarvan. De meesten hebben geen zicht op de omvang van hun schulden. 33% geeft aan dat ze de laatste maand niet in essentiële levensbehoeften zoals als eten of medische zorg hebben kunnen voorzien (V35%, J22%).

Ervaren gezondheid



Figuur 12a



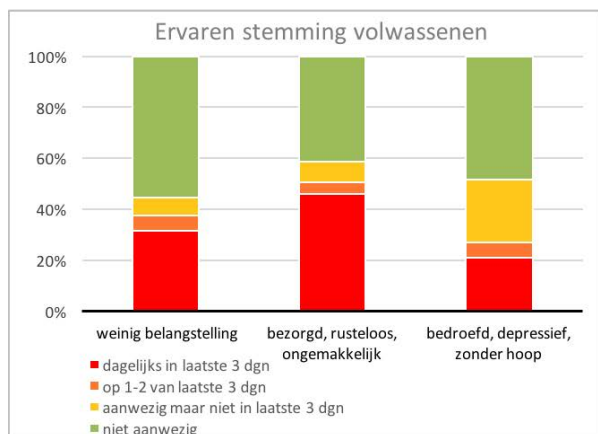
Figuur 12b

De ervaren gezondheid is een subjectieve maat, die aangeeft hoe iemand de gezondheidsaspecten die voor hem of haar relevant zijn ervaart. In de algemene bevolking is dit een onafhankelijke voorspeller voor het risico op overlijden, in aanvulling op meer objectieve ziektematen.

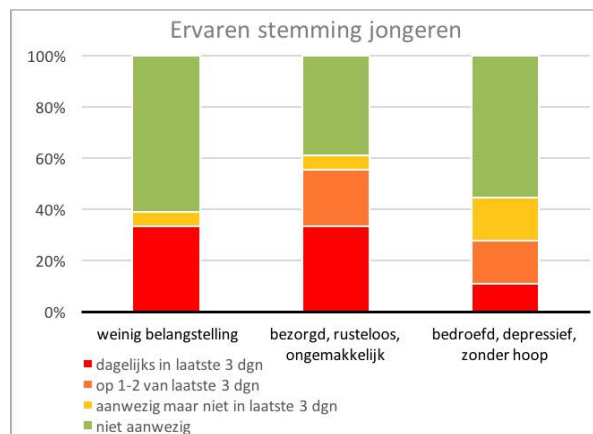
Bij 65% van de daklozen is de ervaren gezondheid uitstekend of goed (V59%, J94%). 20% vindt hun

gezondheid redelijk (V25%, J0%). 15% ervaart de gezondheid als slecht (V16%, J6%). De interviews wekken de indruk dat het antwoordgedrag onder daklozen mede gekleurd is door de vraag of er andere zaken zijn dan gezondheid die om hogere prioriteit vragen.

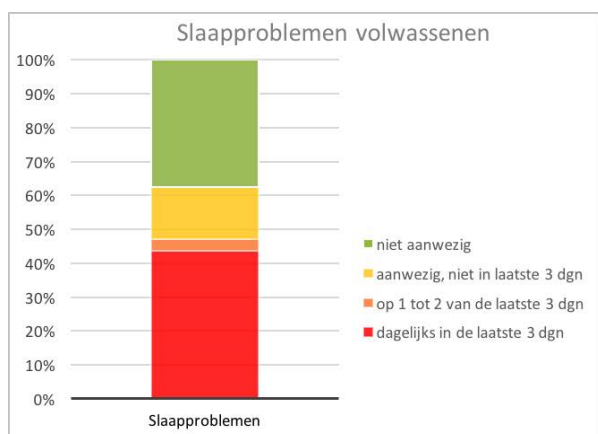
Figuur 13 tot en met 16 geven een beeld hoe de bewoners zich de afgelopen dagen hebben gevoeld. De percentages in de tekst hebben betrekking op het voorkomen van de klachten in de laatste 3 dagen (de som van het rode, oranje en gele deel van de staven).



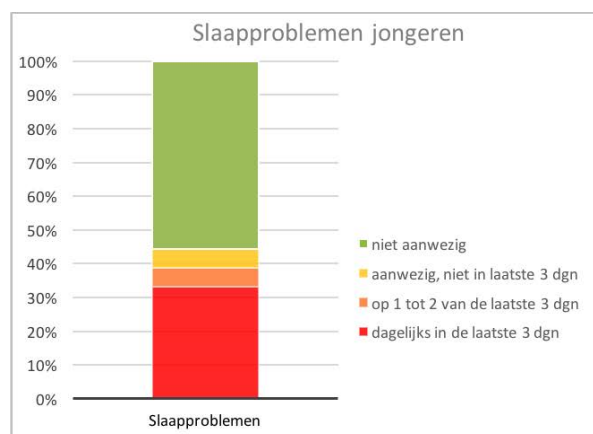
Figuur 13a



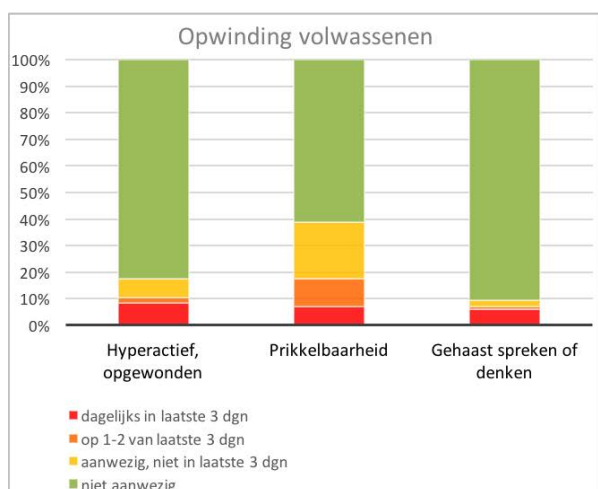
Figuur 13b



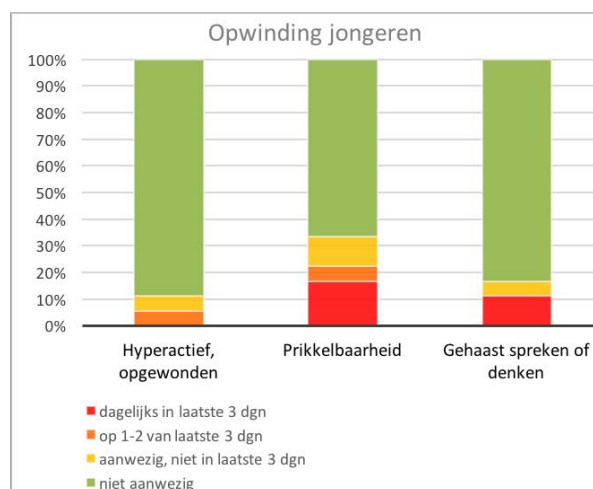
Figuur 14a



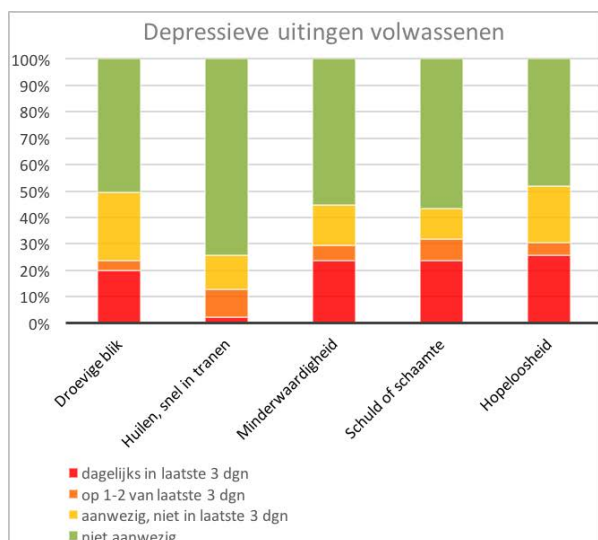
Figuur 14b



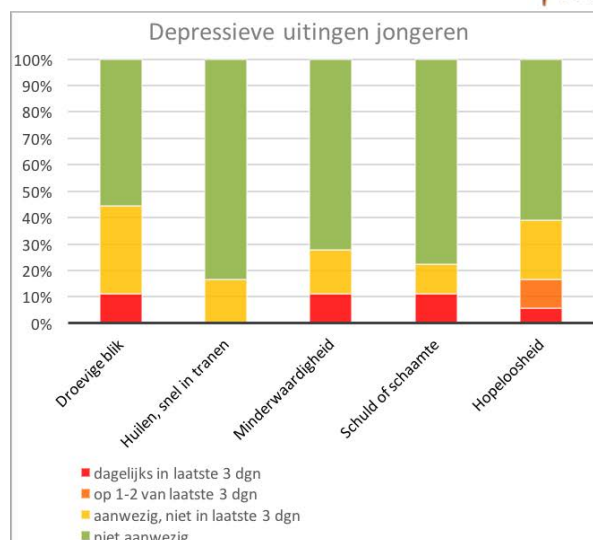
Figuur 15a



Figuur 15b



Figuur 16a

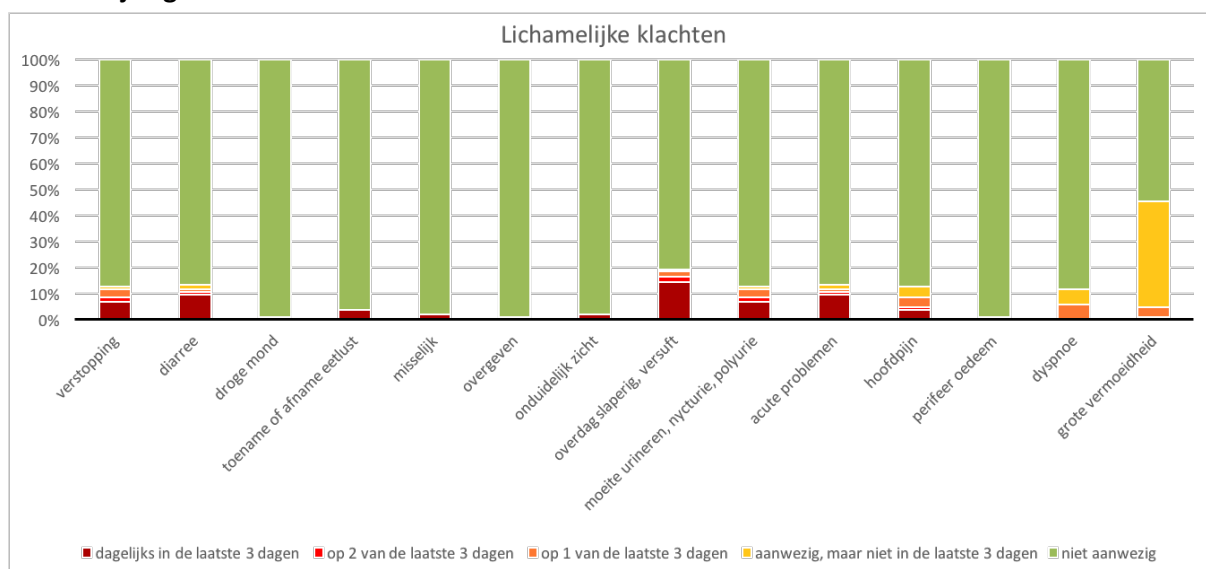


Figuur 16a

Figuur 13 maakt duidelijk dat 51% zich de laatste 3 dagen bezorgd, rusteloos en ongemakkelijk heeft gevoeld (V51%, J56%). 37% heeft had de laatste dagen weinig belangstelling of plezier in dingen waar ze normaal van zouden genieten (V38%, J33%). 9% heeft er in de laatste week over gedacht om zichzelf iets aan te doen. Slaapproblemen komen veel voor (figuur 14). 46% rapporteert slaapproblemen in de laatste 3 dagen (V47%, J39%). De volwassenen bij Kessler rapporteren minder slaapproblemen dan de volwassenen bij op de Zilverstraat (K 43%, Z 51%).

Figuur 15 laat zien dat 18% prikkelbaar is geweest (V18%, J22%). 10% meldt hyperactiviteit (V11%, J6%). De scores voor de depressieve uitingen liggen eveneens hoog (figuur 16). 26% heeft de laatste dagen gevoelens van hopeloosheid laten zien (V29%, J11%). 28% heeft last van schuldgevoelens of schaamte (V32%, J11%). Nog eens 28% heeft last gehad van minderwaardigheid (V31%, J17%).

Lichamelijke gezondheid



Figuur 17

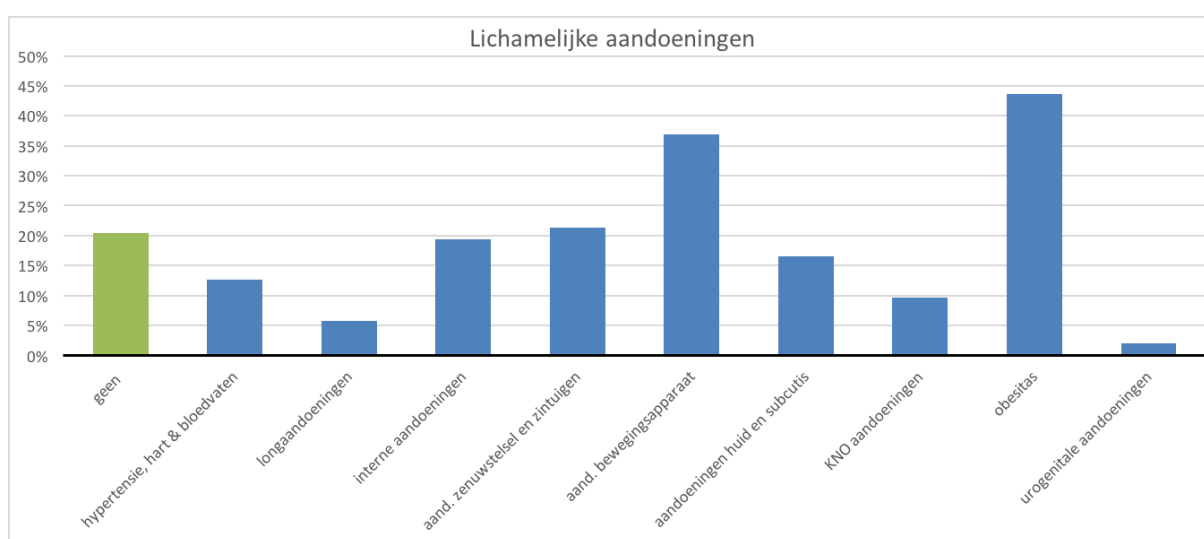
In alle gesprekken is systematisch gevraagd naar klachten die kunnen samenhangen met een lichamelijk probleem. Figuur 17 toont de uitkomsten voor alle deelnemers samen. De percentages in de tekst hebben betrekking op het voorkomen van de klachten in de laatste 3 dagen.

Problemen met de stoelgang komen veel voor. 12% van de deelnemers heeft de laatste 3 dagen last gehad van verstopping (V13%, J6%). Nog eens 12% heeft last gehad van diarree (V11%, J17%). 12% ondervindt met problemen met plassen (V13%, J6%). Deze mensen moeten overdag vaak plassen, gaan 's nachts meerdere keren naar het toilet, of hebben juist moeite om te plassen. 12% heeft last gehad van acute problemen zoals een luchtweginfectie, een kneuzing of een wond (V11%, J17%).

9% geeft aan dat ze de laatste 3 dagen last gehad hebben van hoofdpijn (V9%, J6%).

12% heeft regelmatig last van kortademigheid (V14%, J0%). 6% is in de laatste 3 dagen kortademig geweest (V7%, J0%).

18% heeft zich de laatste dagen overdag slaperig en versuft gevoeld (V19%, J17%). 5% heeft last gehad van grote vermoeidheid (V4%, J11%). 46% rapporteert grote vermoeidheid, als langer terug wordt gekeken (V45%, J50%).



Figuur 18

Op basis van anamnese en medicijngebruik zijn de aandoeningen onder de deelnemers in kaart gebracht. Het is aannemelijk dat dit om een onderrapportage gaat. Een belangrijk deel van de deelnemers is al langere tijd niet meer door een arts of verpleegkundige gezien, omdat ze niet verzekerd waren. Figuur 18 heeft opnieuw betrekking op het voorkomen van lichamelijke aandoeningen in de totale deelnemersgroep.

20% is lichamelijk gezond en niet met lichamelijke aandoeningen bekend (V14%, J50%).

13% is bekend met hypertensie en/of hart- en vaatziekten (V15%, J0%).

6% heeft een longaandoening zoals asthmatische bronchitis of longschade als gevolg van langdurig heroïne roken (V6%, J6%).

19% is bekend met een of meer interne aandoeningen zoals diabetes mellitus, hypothyreoïdie, slokdarmvarices of levercirrose (V22%, J6%).

21% heeft een of meerdere aandoeningen van het zenuwstelsel of de zintuigen (V25%, J6%). De meeste mensen in deze groep zijn bekend met neurologische problemen zoals een resttoestand na een herseninfarct, een hersenkneuzing, polyneuropathie of migraine. Een kwart van de mensen in deze groep oogproblemen, zoals glaucoom of cataract.

37% is bekend met een of meer aandoeningen van het bewegingsapparaat (V39%, J28%). Veel voorkomende problemen zijn nek- en schouderklachten, rugklachten, heup- en knieklachten. 5% van

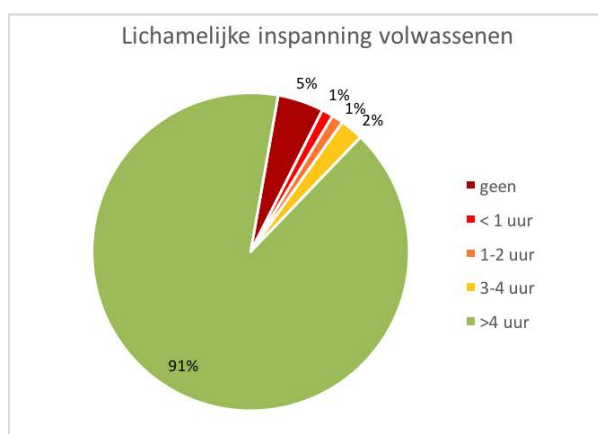
de volwassen deelnemers draagt een prothese vanwege een boven- of onderbeensamputatie. Enkele volwassenen zijn op een rolstoel of scootmobiel aangewezen vanwege stompproblemen of een recente voetoperatie.

17% heeft een aandoening van de huid of het onderhuids bindweefsel (V19%, J6%). Het gaat daarbij onder meer om een voetschimmel of zwerversvoeten, eczeem, psoriasis of veneuze insufficiëntie.

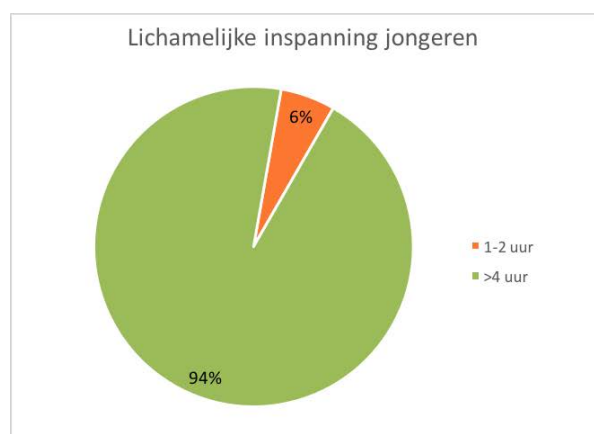
10% heeft problemen op KNO-gebied (V11%, J6%), zoals een bovenste luchtweginfectie, hooikoorts, een resttoestand na een neusfractuur of een resttoestand na beademing.

2% heeft problemen op urologisch of gynaecologisch gebied (V2%, J6%).

44% heeft overgewicht (BMI 25 of hoger; V 47%, J28%). 14% heeft ernstig overgewicht (BMI 30 of hoger, V16%, J0%). Bij de Kessler stichting is de groep volwassenen met overgewicht groter dan op de Zilverstraat (overgewicht K59%, Z33%; ernstig overgewicht K22%, Z10%).



Figuur 19a



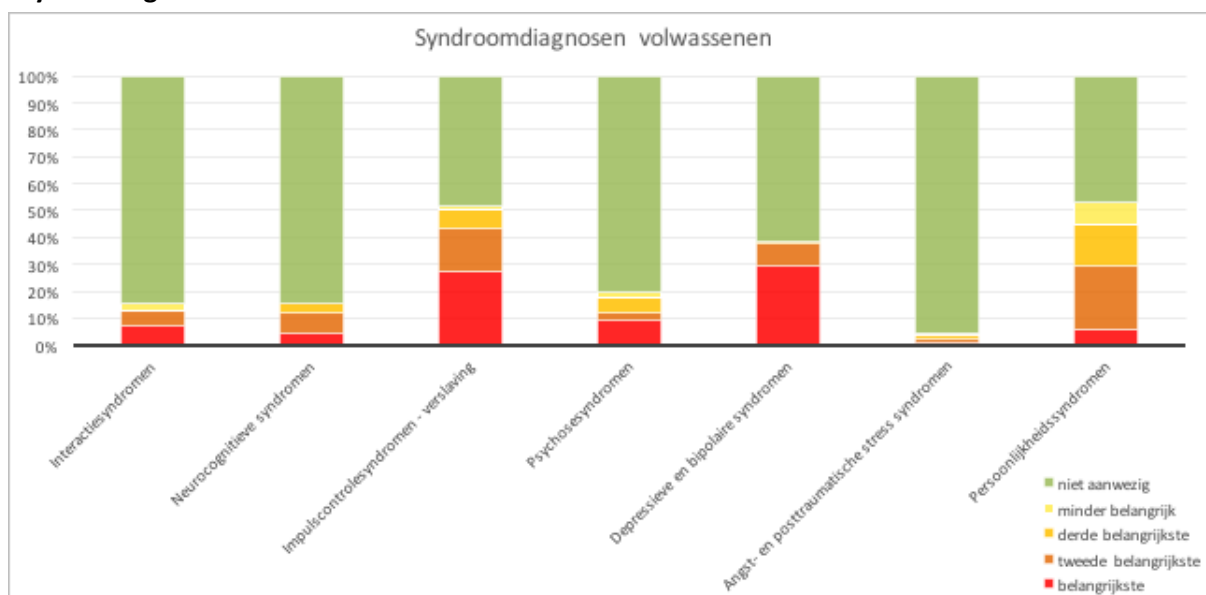
Figuur 19b

Figuur 19 laat zien hoeveel uur de deelnemers in de laatste 3 dagen hebben bewogen. 93% bewoog de laatste 3 dagen 1 uur per dag of meer (V93%, J94%). De meeste daklozen voldoen ruimschoots aan de beweegnorm. Velen verplaatsen zich met name te voet; een deel heeft een fiets.

Een kleine groep heeft de laatste dagen minder dan 1 uur per dag bewogen. Bij 2% houdt het feit dat ze zich minder hebben ingespannen verband met beperkingen in de psychische belastbaarheid. 5% heeft fysieke of energetische beperkingen.

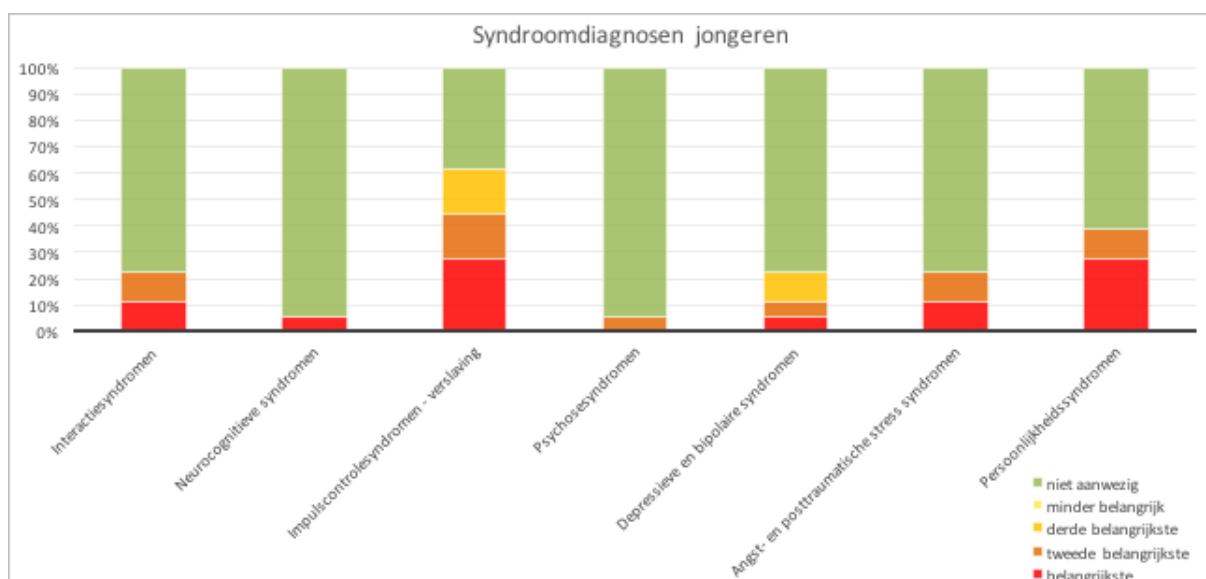
In figuur 18 zijn uitkomsten over de lichamelijke gezondheidstoestand voor de volwassenen bij de Kessler stichting en op de Zilverstraat samengevoegd, omdat ze op de meeste punten niet wezenlijk verschillen. Zowel op klacht- als op aandoeningsniveau, laten de uitkomsten een vergelijkbaar beeld zien. Omdat de toegang tot medische zorg bij de Kessler stichting laagdrempelig is georganiseerd, moet er rekening mee worden gehouden dat de onderrapportage op de Zilverstraat groter is. Op enkele fronten zijn er opvallende verschillen gevonden. Alle volwassenen op de Zilverstraat en 93% van de volwassenen bij de Kessler stichting hebben de laatste 3 dagen een uur per dag of meer bewogen ($p < 0,05$). De cliënten die een verminderde belastbaarheid rapporteren, overnachten allemaal bij de Kessler stichting. Een tweede verschil dat opvalt is het feit dat (ernstig) overgewicht vaker voorkomt onder de volwassenen die bij de Kessler stichting slapen. Tot slot lijken de volwassenen bij de Kessler stichting beter te slapen dan op de Zilverstraat. Ze hebben minder last gehad van slaapproblemen in de laatste 3 dagen (K43%, Z51%) en hebben overdag minder last van slaperigheid (K15%, Z23%). Statistisch zijn deze verschillen echter niet significant.

Psychische gezondheid



Figuur 20a

Bij veel bewoners zijn in anamnese en levensverhaal aanwijzingen gevonden voor psychische problemen. Op basis van het interview en de eigen bevindingen is bij iedereen met een transdiagnostische benadering een psychiatrische werkdiagnose opgesteld. Figuur 20 toont de meest voorkomende syndroomdiagnoses die mensen gedurende hun leven hebben gehad. Het aandeel dat in remissie is blijkt uit de toelichting in de tekst.



Figuur 17b

Bij 53% van de deelnemers zijn aanwijzingen gevonden voor een impulscontrolesyndroom in de vorm van een verslaving (V52%, J61%). Het feit dat verslavingsproblematiek onder jongeren meer voorkomt hangt direct samen met het hogere cannabisgebruik.

Bij de meesten is sprake van actief gebruik. 2% van de deelnemers geeft aan dat ze langdurig en volledig met drugs en alcohol zijn gestopt. De kleuren van de staaf laten zien dat de

verslavingsproblematiek ongeveer even vaak de hoofddiagnose (27%; V 27%, J28%) als de nevendiagnose vormt (26%; V25%, J33%).

17% is bekend met een beeld passend bij een psychosesyndroom (V20%, J6%). Voorbeelden van DSM-5 diagnosen binnen deze syndroomgroep zijn schizofrenie en de schizo-affectieve stoornis. Ook de mensen die een drugsgerelateerde psychose hebben doorgemaakt vallen in deze groep. De groep met actieve psychotische verschijnselen is klein.

Bij 36% is een bipolair of een depressief syndroom gevonden (V40% J 22%).

21% laat het beeld zien van een depressief of bipolair syndroom (V25%, J6%). 6% vertoont het beeld van een reactieve depressie, in reactie op de omstandigheden waarin ze zich bevinden (V5%, J11%).

Bij 9% van de deelnemers is sprake van een depressief syndroom in remissie (V9%, J6%).

8% vertoont het beeld van een angststoornis of een posttraumatisch-stressyndroom (V5%, J22%).

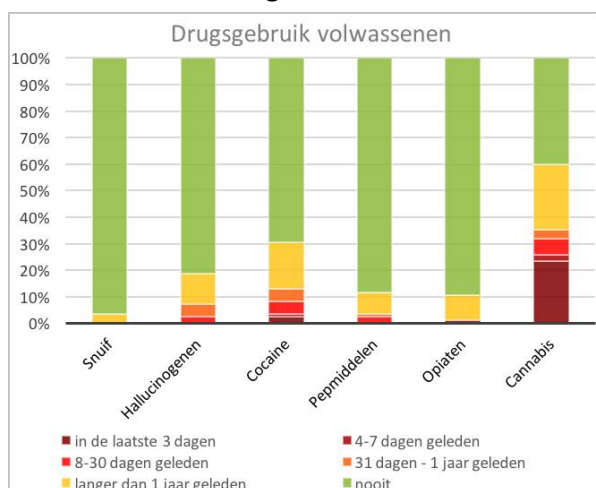
Bij 50% van de deelnemers zijn aanwijzingen gevonden voor een persoonlijkheidssyndroom, zoals de borderline persoonlijkheid, de antisociale persoonlijkheid, de dwangmatige persoonlijkheid of de narcistische persoonlijkheid (V53%, J39%).

Bij 17% zijn aanwijzingen gevonden voor een interactiesyndroom, zoals de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis of de autismespectrumstoornis (V15%, J22%).

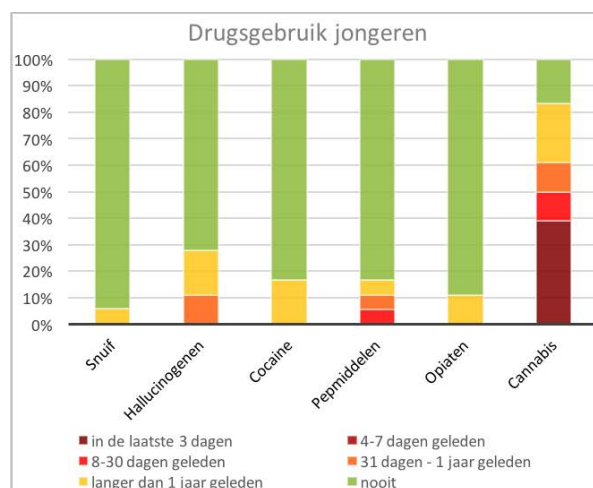
Bij 14% wijzen de anamnese en klinisch beeld op een neurocognitief syndroom (V15%, J6%).

Voorbeelden van neurocognitieve stoornissen zijn neurocognitieve stoornissen door alcohol, middelen of medicatie, neurocognitieve stoornissen door traumatisch hersenletsel en vasculaire neurocognitieve stoornissen.

Alcohol- en middelengebruik



Figuur 21a



Figuur 21b

68% van de deelnemers rookt sigaretten (V73%, J44%).

Figuur 21 toont het gerapporteerde drugsgebruik tijdens het leven. 35% van de deelnemers geeft aan ooit harddrugs te hebben gebruikt (V35%, J33%). In de laatste maand heeft 18% harddrugs gebruikt (V19%, J17%). 7% meldt cocaïnegebruik in de afgelopen maand (V8%, J0%). Slechts 1% rookt heroïne (V1%, J0%); niemand zit in een methadonprogramma. Er zijn geen actieve spuiters, maar 2% van de deelnemers heeft in het verleden wel gespoten (meer 30 dagen geleden; V 0%, J11%).

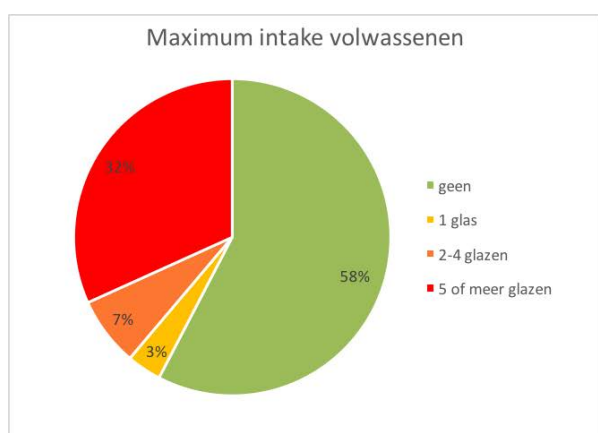
Het cannabis gebruik onder de jongeren is hoog. 40% van de deelnemers geeft aan in het afgelopen

jaar cannabis te hebben gebruikt (V35%, J61%). In de afgelopen maand heeft 35% cannabis gebruikt (V32%, J50%), in de laatste week 28% (V26%, J39%). Het gemeld gebruik loopt op tot 5 joints per dag.

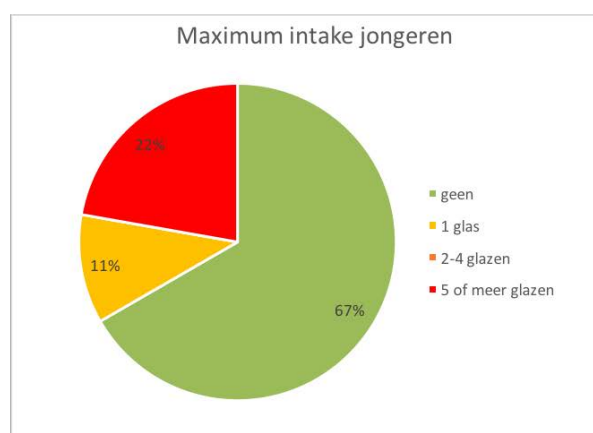
Ruim een kwart van de drugsgebruikers zijn polygebruikers. 28% van de drugsgebruikers hebben het afgelopen jaar harddrugs en softdrugs gebruikt (V31%, J17%). 72% van de drugsgebruikers geven aan dat ze alleen harddrugs of alleen softdrugs hebben gebruikt (V69%, J83%).

Ongeveer de helft van de drugsgebruikers heeft de afgelopen maand ook (veel) gedronken. 47% van de mensen die melden dat ze in het afgelopen jaar drugs hebben gebruikt is in de afgelopen maand dronken geweest of heeft een of meerdere malen veel gedronken (V51%, J33%).

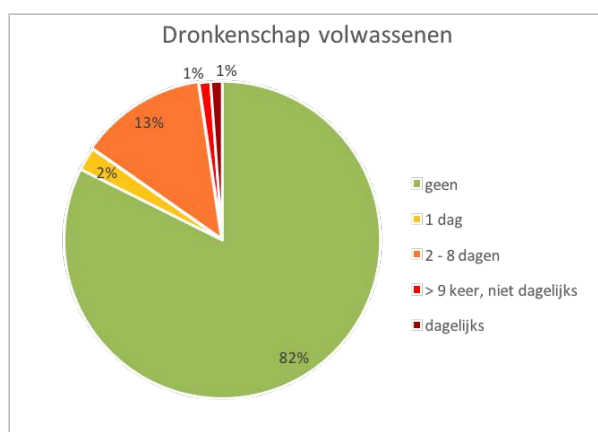
Het alcohol- en drugsgebruik op de Zilverstraat ligt hoger dan bij de Kessler stichting. Qua opiaatgebruik, alcoholintake en dronkenschap zijn de verschillen ook statistisch significant. 33% van de volwassenen op de Zilverstraat heeft het afgelopen jaar harddrugs gebruikt, in vergelijking tot 7% van de volwassenen bij Kessler. Vooral het cocaïnegebruik ligt hoger; speed komt op de tweede plaats. Het softdrugsgebruik loopt minder sterk uiteen: 38% en 33% van de volwassenen op de Zilverstraat en bij Kessler hebben het afgelopen jaar cannabis gebruikt.



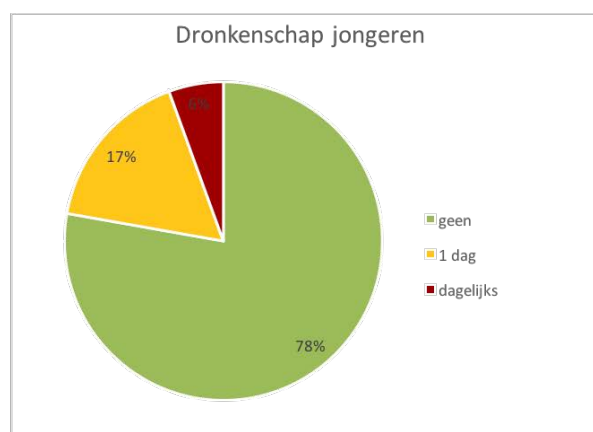
Figuur 22a



Figuur 22b



Figuur 23a



Figuur 23b

Figuur 22 en 23 gaan over het alcoholgebruik. Figuur 22 toont de uitkomsten op de vraag wat het maximale aantal eenheden alcohol is geweest dat de deelnemers in de laatste 2 weken bij een gelegenheid hebben gedronken. 6% heeft 2 tot 4 glazen gedronken (V7%, J0%). 30% dronk 5 glazen of meer (V32%, J22%). De uitkomsten op de vraag hoe vaak mensen de afgelopen maand dronken

zijn geweest zijn vastgelegd in figuur 23. 11% geeft aan dat ze 2 tot 8 dagen dronken zijn geweest (V13% J,). 1% was meer dan 9 maal, maar niet dagelijks dronken (V1%, J0%). Bij 2% maken de uitkomsten aannemelijk dat ze dagelijks dronken zijn geweest (V1%, J6%).

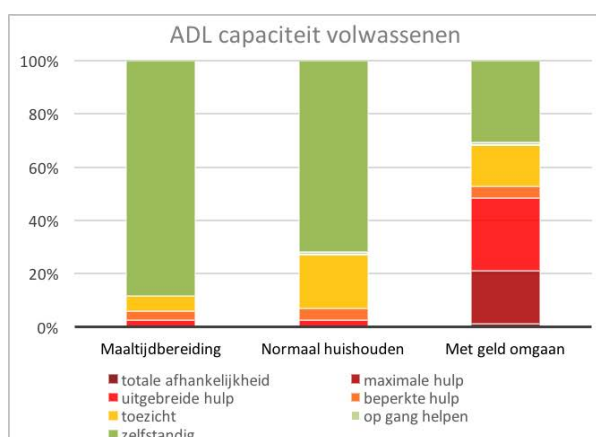
Ook op dit punt overtreffen de scores op de Zilverstraat die bij de Kessler stichting. Zo hebben 46% resp. 20% van de volwassenen op de Zilverstraat en bij Kessler in de laatste 2 weken meer dan 5 eenheden alcohol bij een gelegenheid gehad ($p < 0,05$). 26% resp. 7% zijn de laatste maand 2 keer of vaker dronken geweest ($p < 0,05$).

8% van de deelnemers rapporteert lichte of matig ernstige onttrekkingsverschijnselen in de afgelopen 3 dagen als gevolg van hun alcohol- of middelengebruik (V7%, J11%). 12% van de deelnemers heeft in de afgelopen maand buitensporig gegokt (V11%, J17%).

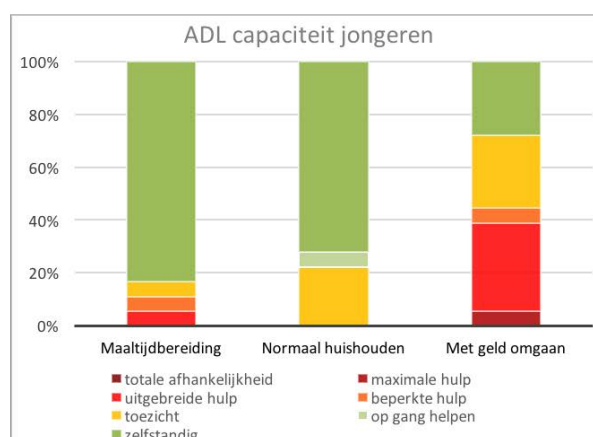
Persoonlijke autonomie

Bij de lichamelijke gezondheid is al beschreven dat de fysieke belastbaarheid van de meeste deelnemers goed is. 98% kan zelfstandig lopen en traplopen. 2% loopt met een boven- of onderbeenprothese. 2% is tijdelijk of blijvend aangewezen op een rolstoel of scootmobiel.

De stabilans van de meesten is goed. Hoewel de prothesedragers geleerd hebben zich in een niet aangepaste omgeving te redden, heeft een aangepaste drempelvrije douche met douchezitje en beugels de voorkeur. Een deel van de volwassenen zonder prothese zou vanwege de beperkingen in hun belastbaarheid ook beter gebruik kunnen maken van een aangepaste natte cel.



Figuur 24a



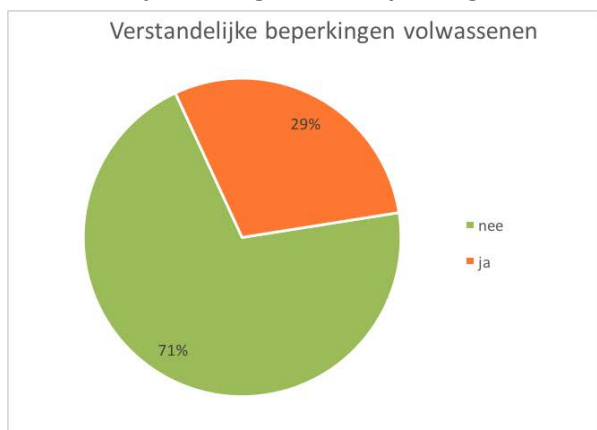
Figuur 24b

Bij iedereen is een inschatting gemaakt van hun mogelijkheden om zelf een maaltijd te bereiden, zorg te dragen voor het huishouden en met geld om te gaan (figuur 24). 13% heeft hulp nodig bij het koken, variërend van toezicht, beperkte hulp tot uitgebreide hulp. Bij de score "uitgebreide hulp" geldt nog steeds dat de deelnemer meer dan de helft van de taak zelf kan uitvoeren (V12%, J17%). 28% heeft hulp nodig om het huishouden te doen (V28%, J28%). Bij de meesten is toezicht voldoende, maar een deel van de volwassenen heeft meer hulp nodig bij de aansturing en de praktische uitvoering.

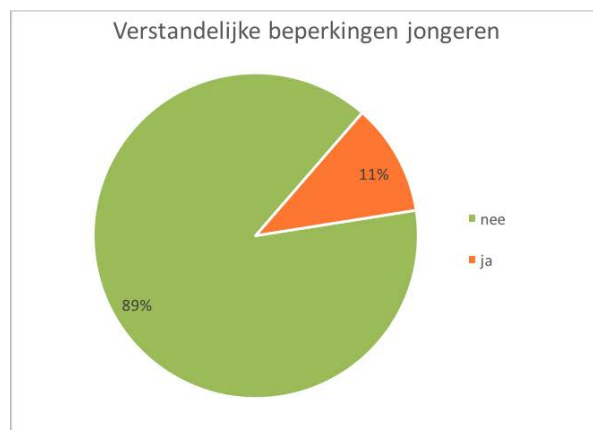
De meeste deelnemers hebben enthousiast en met overtuiging verteld wat ze graag koken. Omdat in de opvang geen directe informatie beschikbaar is wat mensen praktisch van het huishouden en koken terecht brengen, zijn de capaciteiten mogelijk te gunstig beoordeeld. 70% heeft hulp nodig bij het omgaan met geld, postverwerking en administratie (V69%, J72%). Laaggeletterdheid of een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal spelen bij velen mee in de aanleiding voor hulp.

De beoordeling van de ADL-capaciteit heeft betrekking op de mogelijkheden op dit moment. Het feit dat mensen op korte termijn toezicht of hulp nodig hebben, betekent niet dat zij zich niet verder kunnen ontwikkelen. De uitkomsten in figuur 24 hoeven dus geen eindtoestand te zijn.

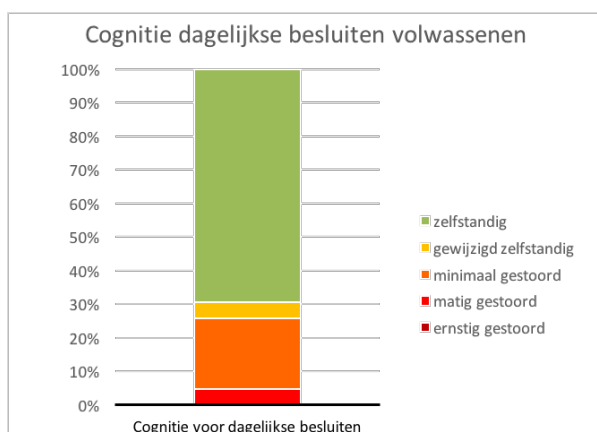
Verstandelijke en cognitieve beperkingen



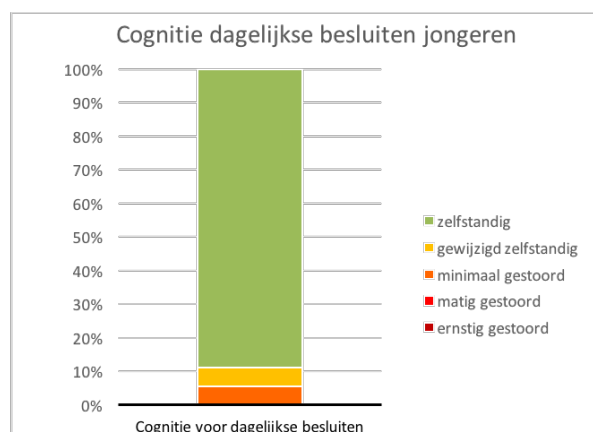
Figuur 25a



Figuur 25b



Figuur 26a



Figuur 26b

Bij iedereen is een screening uitgevoerd op lichte verstandelijke beperkingen op basis van een korte screeningstest, de schoolcarrière en dossiergegevens. De cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten zijn eveneens beoordeeld. Bij dit item wordt de daadwerkelijke besluitvorming in de alledag, het doenvermogen, beoordeeld. De cognitie voor dagelijkse besluiten is dus niet puur een kwestie van kennis en inzicht. Mensen die over voldoende inzicht en overzicht beschikken om tot een weloverwogen, verstandig besluit te komen maar bijvoorbeeld zo verslaafd zijn dat de verslaving hun besluitvorming overheerst, hebben op dit onderdeel een afwijkende score. Degenen bij wie het gebruik nog een keuze is, hebben wel een groene score op deze uitkomstmaat.

Bij 26% van de deelnemers maakt de screening aannemelijk dat mogelijk sprake is van lichte verstandelijke beperkingen (V29%, J11%). Mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel, bij wie een normaal IQ op grond van de schoolcarrière aannemelijk is, zijn niet ingedeeld in de groep met de verstandelijke beperkingen.

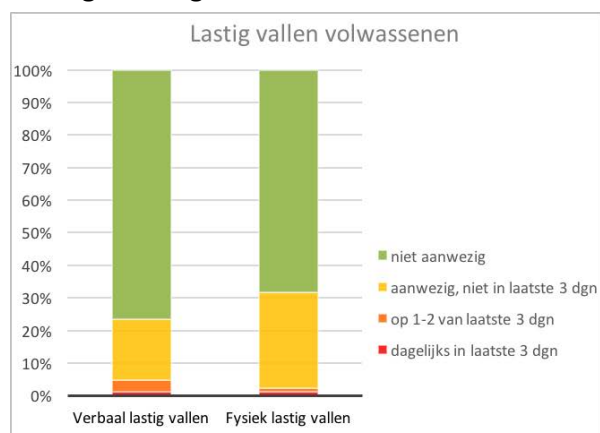
Bij 73% van de deelnemers is het aannemelijk dat ze in de alledag samenhangende, redelijke en veilige besluiten nemen (V69%, J89%). 5% heeft enige moeite met de besluitvorming in nieuwe

situaties (V5%, J6%). 18% is op aanwijzingen of toezicht aangewezen, omdat ze in specifiek terugkerende situaties onveilige besluiten nemen (V21%, J6%). 4% heeft altijd aanwijzingen of toezicht nodig, omdat ze voortdurend slechte of onveilige besluiten nemen (V5%, J0%).

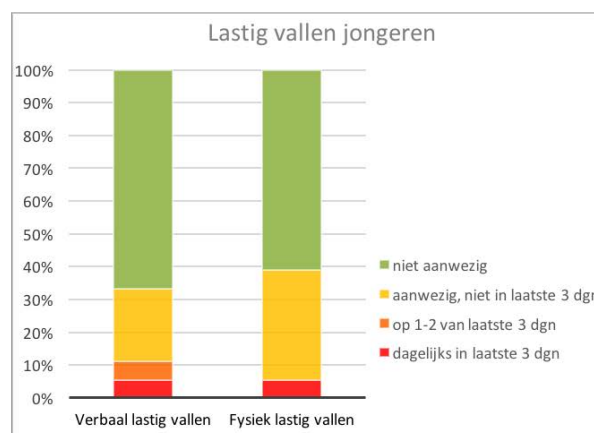
Bij 14% van de deelnemers zijn zowel aanwijzingen gevonden voor lichte verstandelijke beperkingen en beperkingen in de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten (V16%, J0%). De overlap doet zich alleen voor onder de volwassenen; bij de jongeren in dit onderzoek is geen overlap. Onder de volwassenen op de Zilverstraat is de overlap 26%; bij de Kessler stichting ligt deze slechts op 9%. Bij 56% van de volwassenen met een positieve screening voor lichte verstandelijke beperkingen zijn ook beperkingen gevonden in de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten. Andersom zijn bij 58% van de mensen met beperkingen in de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten ook aanwijzingen voor lichte verstandelijke beperkingen gevonden.

De uitkomsten voor de Zilverstraat en de Kessler stichting vertonen op dit punt opvallende verschillen. De volwassenen op de Zilverstraat scoren een stuk slechter op de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten dan de volwassenen bij de Kessler stichting. Bij 34% van de volwassenen op de Zilverstraat zijn de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten minimaal of matig beperkt. Bij de Kessler stichting zijn slechts bij 11% beperkingen van minimale of matige ernst gevonden ($p < 0,05$). Deze verschillen hangen samen met het hogere alcohol- en drugsgebruik op de Zilverstraat. De groep bij wie aanwijzingen gevonden zijn voor lichte verstandelijke beperkingen is in beide opvanglocaties even groot (totaal 29%, Kessler 30%, Zilverstraat 28%).

Gedrag en veiligheid

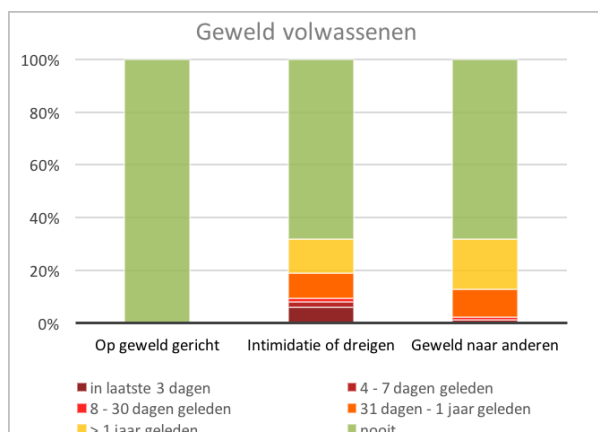


Figuur 27a

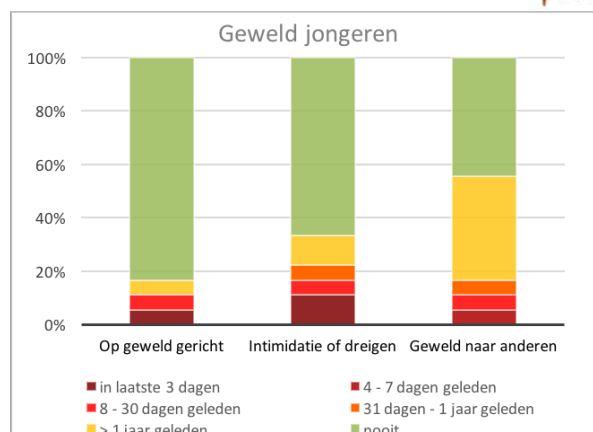


Figuur 27b

Mensen zijn blij dat ze in de opvang een dak boven het hoofd hebben. Tegelijkertijd blijft het gemis aan privacy behelpen. Velen geven aan dat ze minder kunnen hebben en soms prikkelbaar reageren. 6% heeft anderen in de laatste 3 dagen verbaal lastiggevalen (V5%, J11%). 3% meldt dat ze anderen fysiek hebben lastiggevalen (V2%, J6%). 11% meldt dat ze de afgelopen maand intimiderend gedrag hebben vertoond naar anderen (V9%, J17%). 4% geeft aan dat ze de laatste maand geweld naar anderen hebben gebruikt (V2%, J11%). De volwassenen die op de Zilverstraat slapen melden iets vaker dat ze de laatste maand intimiderend gedrag hebben gebruikt en anderen fysiek hebben lastiggevalen dan de volwassenen bij Kessler, maar op geweld naar anderen zijn hun scores gelijk.

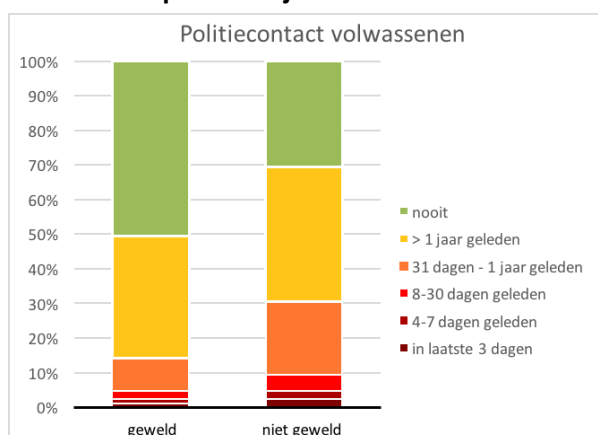


Figuur 28a

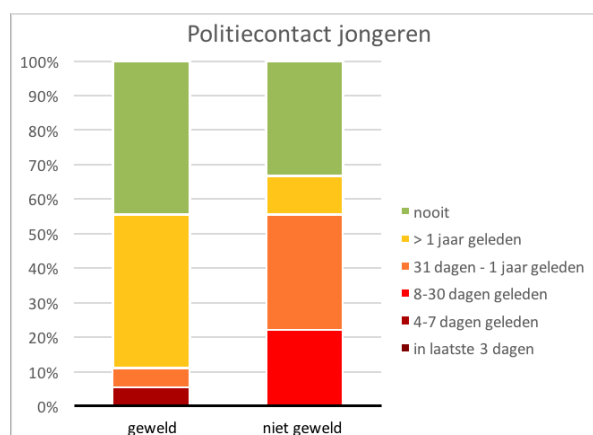


Figuur 28b

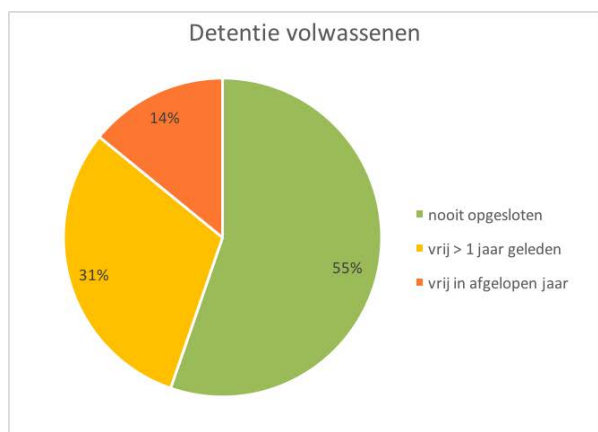
Contact met politie en justitie



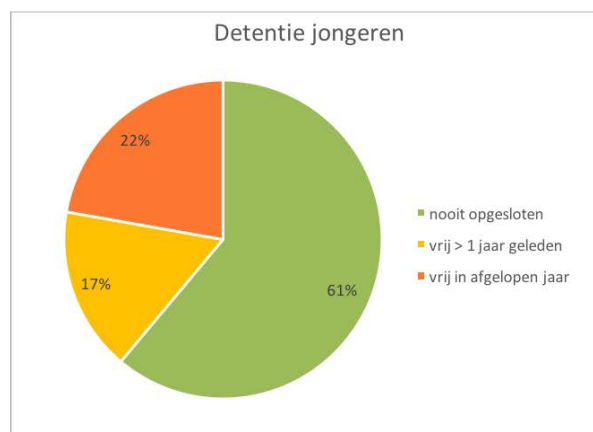
Figuur 29a



Figuur 29b



Figuur 30a

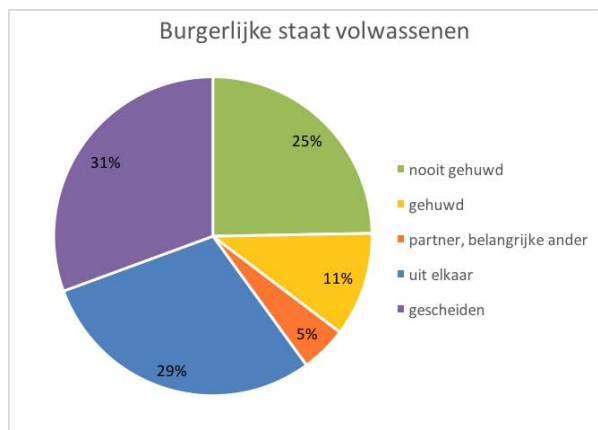


Figuur 30b

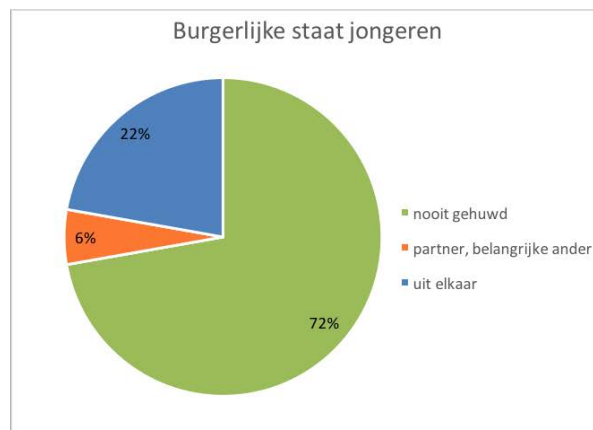
Figuur 29 en 30 laten zien wat de deelnemers verteld hebben over hun contact met politie en justitie. Zo is 14% het afgelopen jaar in contact geweest met de politie vanwege geweld (V14%, J11%). De score heeft betrekking op zaken waar de deelnemer als mogelijke dader bij betrokken was; als zij het slachtoffer waren is dit item niet gescoord. 35% kwam het afgelopen jaar in aanraking met politie voor zaken die niet aan geweld zijn gerelateerd, zoals verkeersovertredingen en openstaande boetes (V31%, J56%). 16% is het afgelopen jaar vrijgekomen uit detentie (V14% J 22%). 28% heeft wel gezeten, maar meer dan 1 jaar geleden vrijgekomen (V31%, J17%).

De Zilverstraat deelnemers melden vaker dat ze in aanraking gekomen zijn met de politie voor geweld en hebben recenter in de gevangenis gezeten, maar de verschillen zijn niet statistisch significant. Op de Zilverstraat geven meer mensen aan dat ze het afgelopen jaar in aanraking zijn gekomen met de politie vanwege geweld is (K9%, Z31%). De groep die aangeeft dat ze het afgelopen jaar zijn vrijgekomen uit detentie is groter (K9%, Z21%). Ook de groep die langer dan een jaar geleden is vrijgekomen is groter (K28%, Z33%).

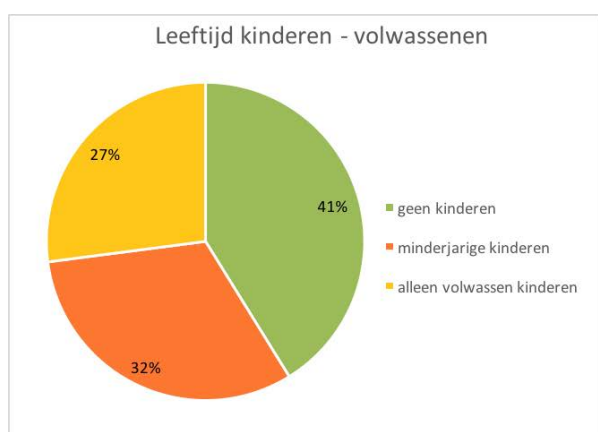
Sociale inbedding



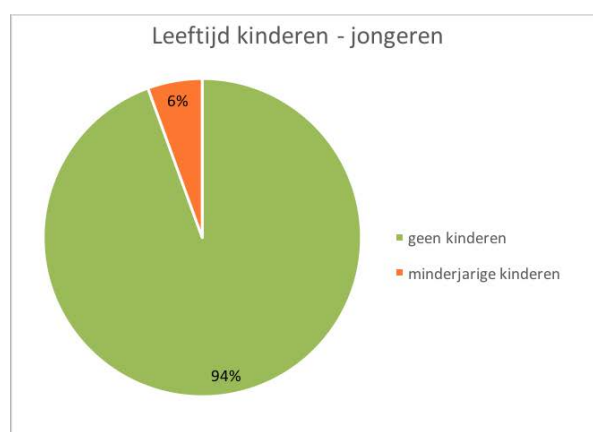
Figuur 31a



Figuur 31b



Figuur 32a

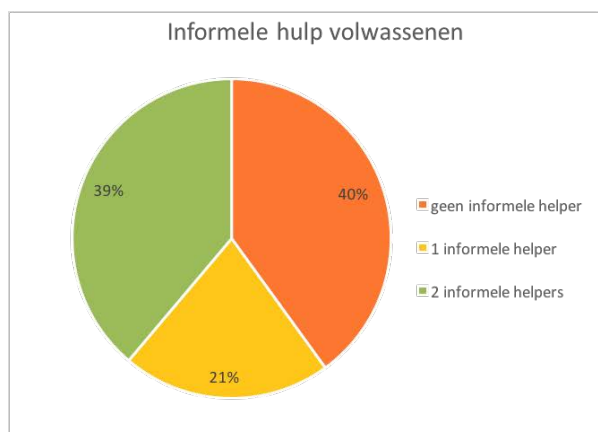


Figuur 32b

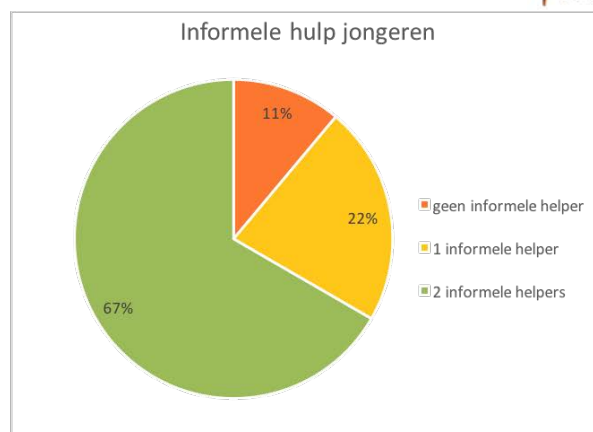
Bij iedereen is gevraagd naar de samenstelling en betekenis van het sociale netwerk. Figuur 31 toont de uitkomsten met betrekking tot de burgerlijke staat. 33% is nooit gehuwd geweest (V25%, J72%). 14% is nog gehuwd of heeft een partner of belangrijke ander (V16%, J6%). 53% is verweduwd, uit elkaar of gescheiden (V60%, J20%).

Als alle kersverse relaties worden meegeteld, heeft 22% nu een partner (V21%, J28%). 49% heeft iemand waar ze echt op vertrouwen en met wie ze voor hen belangrijke kwesties kunnen bespreken (V45%, J67%). Voor de meesten is de vertrouwenspersoon iemand uit hun familie of informele netwerk, voor sommigen is dit de persoonlijke begeleider, de casemanager of de psychiater van het wijkteam.

Ongeveer de helft van de deelnemers heeft kinderen. Het aantal kinderen varieert en kan oplopen tot meer dan 5 kinderen. Figuur 32 geeft in een indruk van de leeftijd van de kinderen. 51% van de deelnemers heeft geen kinderen (V41%, J94%). 22% heeft alleen volwassen kinderen (V27%, J0%). 27% heeft ook of alleen kinderen jonger dan 18 jaar (V32%, J6%).



Figuur 33a



Figuur 33a

Figuur 33 toont een aspect van de kwaliteit van deze contacten. Gevraagd is bij wie uit het informele netwerk de deelnemers kunnen aankloppen om hulp. 44% heeft 2 of meer informele helpers (V39%, J67%). 21% heeft slechts 1 informele helper (V21%, J22%). 35% heeft helemaal niemand meer die ze kunnen vragen om informele hulp (V40%, J11%).

Deze uitkomsten wijzen erop dat de sociale inbedding van de jongeren beduidend beter is dan die van de volwassenen. 33% van de jongeren en 58% van de volwassenen hebben slechts een of helemaal geen informele helper ($p < 0,05$). 69% van de volwassenen bij de Kessler stichting en 51% van de volwassenen op de Zilverstraat heeft 1 of geen informele helper over. Dit verschil is opvallend, maar niet statistisch significant. De interviews wekken de indruk dat de deelnemers op de Zilverstraat een groter netwerk hebben van familie en vrienden waar ze af en toe kunnen logeren. De interviews wekken verder de indruk dat de deelnemers op de Zilverstraat mogelijk sneller geneigd waren om anderen in de marge als een vriend of helper aan te merken.

“Ik heb de contacten met vrienden en kennissen verbruikt en durf mijn zussen niet meer onder ogen te komen.” Bij 54% van de deelnemers is de omgang met naaste familie verstoord (V54%, J50%). De rol van de informele helper wordt ongeveer even vaak ingevuld door een goede vriend als door een kind, een ouder of ander familielid.

Enkele deelnemers die dakloos geraakt zijn in vervolg op een vechtscheiding wijzen erop dat de “kinderloze vaders” een bijzondere doelgroep onder de daklozen zijn. Hun persoonlijke verhalen illustreren wat de impact is van het gemis aan omgang met hun kinderen en verdraaide beeldvorming. Ze missen het contact en de omgang met hun kinderen, omdat de kinderen bij een echtscheiding in Nederland automatisch aan de moeder worden toegewezen. Ze ervaren dit als een vorm van rechtsongelijkheid, die in strijd is met het Europees strafrecht. Hun verhalen laten zien dat de jarenlang voorslepende persoonlijke en juridische strijd aan de basis heeft gelegen van hun maatschappelijk verval en een fiks obstakel vormt op de weg naar herstel.

9 Behoefte aan ondersteuning en zorg

Eigen waarden en plan

In alle interviews is gevraagd hoe mensen dakloos zijn geraakt en hoe ze hun situatie als dakloze in de opvang ervaren. Van daaruit is benoemd wat zij belangrijk vinden en wat nodig is voor hun herstel. In paragraaf 10 komt de vraag aan bod hoe de deelnemers de opvang en de actuele hulp ervaren. Hier wordt ingegaan op de behoeften vanuit het perspectief van de daklozen zelf.

De volgende citaten geven een indruk van de rode draad die uit de antwoorden komt:

"Ik leef nu van dag tot dag, maar ik ben helemaal klaar met het leven op straat. Ik heb maar één droom en dat is uit deze situatie komen."

"Tot nu toe had ik een onregelmatig leven dat draaide rond de coffeeshop. Ik heb vrienden kapot zien gaan aan de drugs. Toen mijn beste vriend zelfmoord pleegde heb ik behandeling gezocht. Ik ben helemaal met de drugs gestopt en droom nu van een eigen plek. Ik wil settelen en huisje boompje beestje. Ik wil hier blijven omdat ik me verantwoordelijk voel voor mijn broer."

"Ik wil de kortste route naar een woning, zodat ik in het weekend mijn kinderen kan zien. Ik zoek behandeling voor mijn verslaving. Ik wil weer aan het werk en mijn schulden saneren."

"Ik ben naar NL gekomen om hier een leven op te bouwen. Ik wil dingen goed doen, geld verdienen en iets waard zijn. Ik heb nu een postadres, mijn daklozenuitkering loopt en ik ga weer naar school. Ik hou me rustig door niet te roken of te drinken en bij mijn vriendin te zijn. Ik sta op de wachtlijst voor een kamer. Ik ben meer dan een jaar in Nederland en heb nog steeds geen eigen plek."

"Ik ben teleurgesteld in de mensen hier en in de Nederlandse samenleving. Ik heb genoeg gewerkt en hou het voor gezien. Ik wil een nieuw leven opbouwen in het buitenland met mijn nieuwe vriendin."

"Ik ben klaar met de kliniek. Ze hebben niets te bieden wat mij aanspreekt. Ik wil geen traject volgen dat ik niet nodig heb. Ik heb een postadres en een uitkering. Ik ben zelf op zoek naar een kamer."

"Ik heb een postadres en een uitkering, maar mijn verzekering heb ik nooit betaald. Ik heb heel veel schulden. Ik hou niet van de regels en drukte in de opvang. Ik slaap liever buiten omdat ik mijn vrijheid wil houden. Overdag verkoop ik de straatkrant en 's nachts slaap ik in het park."

"Ik voel me opgefokt omdat ik weer dakloos ben. Ik heb last van paranoïde wanen en moet dagelijks veel drinken en blowen om rustig te blijven. Ik ben bang dat ik anders iemand iets aandoe. Dat we in de opvang dicht op elkaar zitten maakt het extra moeilijk voor mij. Het is belangrijk dat ik snel een eigen kamer vind."

"Ik heb alleen geld, een woning en een auto nodig, geen andere hulp."

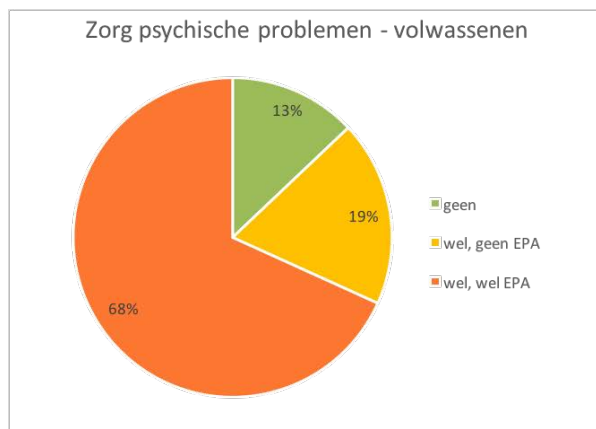
"Ik heb een huis nodig en hulp bij het op orde brengen van de financiën. Ik ben nonchalant. Bij het huishouden en de financiën heb ik toezicht en een stok achter deur nodig. Ik ben met pensioen en zoek naar een zinvolle invulling van mijn tijd. Ik hou niet van vrijwilligerswerk, het gaat om *samen*."

Overall maken de antwoorden duidelijk dat mensen er niet voor hebben gekozen hun huis kwijt te raken. Iedereen verlangt naar een eigen plek en naar persoonlijk en maatschappelijk herstel.

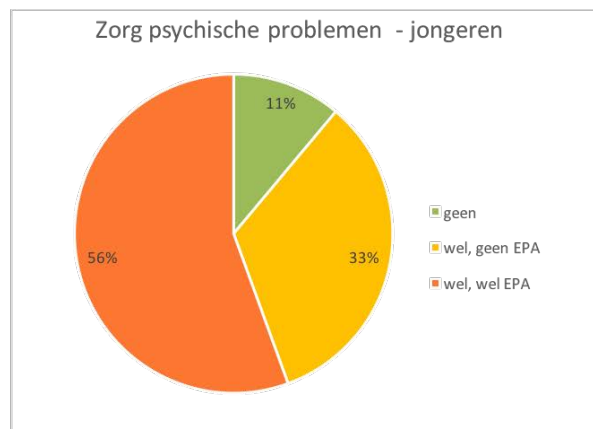
66% kan redelijk nauwkeurig aangeven wat ze nodig hebben en hoe ze uit de opvang willen komen (V61%, J89%). Anderen, die meestal minder ver zijn in hun traject, zijn nog zoekende.

Een eigen plek en "huisje, boompje, beestje", hulp bij het op orde brengen van de financiën, werk of vrijwilligerswerk en het onderhouden of versterken van relaties met andere mensen zijn thema's die in veel eigen plannen terugkomen. Een klein deel van de deelnemers benoemt daarnaast dat ze behandeling willen zoeken voor de verslaving of psychiatrische problematiek.

Zorgbehoefte in relatie tot psychische problemen



Figuur 34a



Figuur 34b

In deze studie zijn bij een belangrijk deel van de deelnemers aanwijzingen gevonden voor psychische aandoeningen die tot ernstige beperkingen leiden in het sociaal-maatschappelijk functioneren (1), waarbij de beperkingen een gevolg zijn van de psychopathologie (2). EPA zijn niet van voorbijgaande aard en vragen om de langdurige inzet van zorg, begeleiding en behandeling (3). Gecoördineerde zorg van zorgnetwerken is nodig om het zorgplan te realiseren (4). Een goede afstemming tussen alle betrokkenen is essentieel, inclusief de persoon zelf en informele sleutelfiguren uit de omgeving.

Prof. Dr. Philippe Delespaul heeft de consensusgroep over de definitie van EPA in Nederland geleid. Om het EPA-aandeel in deze populatie te beoordelen, zijn de bevindingen getoetst aan een aantal hulpvragen die samen met hem zijn opgesteld. De hulpvragen hebben betrekking op de aanwezigheid van een psychische aandoening, de eigen herstelkracht, de kwaliteit van het netwerk, de noodzaak van behandeling en de noodzaak van integrale, multidisciplinaire zorg om duurzaam herstel te kunnen bereiken. Het oordeel of mensen tot de EPA-groep behoren is dus niet gekoppeld aan de DSM-5 diagnose. Het gaat om een professioneel oordeel over de zorgbehoefte en het eigen vermogen om te herstellen in relatie tot de aanwezige problematiek. Mensen met neurocognitieve ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen) kunnen ook deel uitmaken van de EPA-groep.

Bij 66% leveren de gegevens die in dit onderzoek zijn verzameld onderbouwing dat de deelnemers aan alle 4 de EPA-criteria voldoen (V68%, J56%). Bij 13% van de deelnemers zijn geen psychische problemen gevonden (V13%, J11%). 21% heeft psychische problemen, maar voldoet niet aan alle 4 de EPA-criteria (V19%, J33%). Deze uitkomsten zijn op een eenmalig interview gebaseerd. Het is goed mogelijk dat het EPA-aandeel nog licht stijgt, als de deelnemers langer worden gevolgd.

Het EPA-aandeel toont de zwaarte en complexiteit van de zorgbehoefte van de populatie en heeft consequenties voor de eisen die moeten worden gesteld aan het team en de wijze waarop er rond en met deze groep wordt gewerkt. Het feit dat iemand een EPA heeft betekent immers, dat aannemelijk is dat een unidisciplinaire benadering niet toereikend zal zijn om duurzaam herstel te bereiken. De term zorgbehoefte wordt hier gebruikt om het geheel van de benodigde zorg aan te duiden, onafhankelijk van de financiering. De zorg voor mensen met EPA bestaat in de regel uit behandeling, begeleiding en ondersteuning en is gericht op medisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. De EPA-criteria wijzen erop dat een samenhangend en afgestemd geheel nodig is van gecoördineerde behandeling, begeleiding en hulp, maar hebben geen directe relatie met de financiering daarvan.

Bij ontwikkeling en opleiding is er al op gewezen dat de omstandigheden om zich te ontwikkelen bij veel deelnemers niet optimaal zijn geweest. Zo vertelde 10% dat een of beide ouders verslaafd waren aan alcohol of drugs (V7%, J22%). Bij velen zijn de ouders uit elkaar gegaan voordat ze 18 waren (V31%, J83%). Een belangrijk deel is in hun jeugd getuige of slachtoffer geweest van geweld, sommigen zijn als kind thuis weggelopen omdat het niet veilig was.

37% heeft het ouderlijk huis (moeten) verlaten voordat ze 18 waren (V31%, J67%). 21% heeft een periode doorgebracht in een jeugdinstelling of pleeggezin (V16%, J44%). 13% heeft jeugddetentie gehad (V8%, J33%). Na het verlaten van het ouderlijk huis werd het er meestal niet gemakkelijker op. Zo blijkt uit een aantal verhalen dat in de jeugdinstelling het recht van de sterkste gold of dat de ouderen de jongeren meenamen op inbrekerspad. Sommigen hebben het geweld dat ze hebben gezien of ondergaan verdrongen door zelf excessief geweld te gebruiken. Ook degenen die naar een pleeggezin gingen hebben daar niet lang stabiel gewoond. Bij iedereen die voor het 18^e jaar het ouderlijk huis heeft verlaten is de jeugd een opeenvolging van transities.

36% vertelt dat ze het slachtoffer zijn geweest van lichamelijk geweld (V32%, J56%). 41% geeft aan dat ze emotioneel zijn verwaarloosd of misbruikt (V36%, J61%). 5% vertelt dat ze het slachtoffer zijn geweest van aanranding of seksueel misbruik (V5%, J6%).

Bij 26% roepen de traumata die ze hebben meegemaakt nog steeds een intense afkeer of afgrijzen op (V26%, J28%). 6% had directe zorgen over de persoonlijke veiligheid (V5%, J11%).

De informatie over de jeugd is bij iedereen nauwkeurig beoordeeld. Bij 66% bevat het levensverhaal concrete aanwijzingen voor een onveilige jeugd (V61%, J89%). Deze verhalen wijzen op een opeenstapeling van negatieve ervaringen in de kindertijd (adverse childhood experiences of ACE). Dit is een risicofactor voor de ontwikkeling van lichamelijke en psychische problemen op latere leeftijd. De kans neemt toe naarmate mensen meer jeugdtraumata hebben doorgemaakt.

Ook in sociale zin hebben de ervaringen in de jeugd veel invloed op de mogelijkheden om later zelf een eigen bestaan en sociaal netwerk op te bouwen. Ze zijn van invloed op het referentiekader van wat normaal is en op het vertrouwen in anderen. Sommigen die in hun jeugd veel geweld hebben meegemaakt vertellen dat ze pas later ontdekten dat dat niet normaal is. Sommige vrouwen die in hun jeugd zijn misbruikt, hebben meermaals een partner verlaten vanwege huiselijk geweld. Opmerkingen als “Ik vertrouw niemand” of “alleen mijn kinderen vertrouw ik echt, verder ben ik altijd op mijn hoede” zijn regelmatig gehoord. Slechts 49% heeft een vertrouwenspersoon met wie ze belangrijke zaken kunnen delen (V45%, J67%).

67% heeft ondanks alles een positieve kijk (V62%, J89%). Deze positieve kijk gaat bij velen gepaard met een sterke behoefte aan persoonlijke autonomie. “Ik heb vanaf mijn 12^e voor mezelf gezorgd. Ik heb niemand nodig.” Op basis van ervaringen in de jeugd en ervaringen met hulp en zorg houden mensen vast aan hun eigen overlevingsstrategie. Hulp vragen is een uiting van kwetsbaarheid en brengt risico mee op afhankelijk van anderen of van instanties. Dat is wel het laatste wat ze willen. Onduidelijkheid over de toekomst en het gemis aan perspectief nemen ze op de koop toe.

In de wijze waarop de toegang tot hulp en zorg is ingericht wordt ervan uitgegaan dat mensen in staat zijn aan te kloppen bij een fysiek of digitaal loket en hun hulpvraag te formuleren. De hierboven beschreven aspecten maken duidelijk dat voor een belangrijk deel van deze doelgroep niet opgaat. Ze hebben een outreachende benadering nodig. Bij velen zijn specifieke kwaliteiten nodig als professional en als mens om het vertrouwen te winnen en een samenwerkingsrelatie op te bouwen.

Woonperspectief



Figuur 35a



Figuur 35b

Voor iedereen is een korte beschrijving gemaakt van de benodigde zorg en ondersteuning. Daarbij is beoordeeld welke eisen moeten worden gesteld aan de woonomgeving waar iemand in plaats van de nachtopvang zou kunnen verblijven (woonperspectief). Uitgangspunt is dat heel veel ondersteuning en zorg ambulant en dicht bij huis kan worden georganiseerd. In deze beoordeling is uitgegaan van de wensen, behoeften en (potentiële) mogelijkheden van de persoon zelf. Daarbij is geen rekening gehouden met de woningvoorraad of de huidige organisatie en financiering van de zorg.

Uitgaand van deze criteria kan 96% zelfstandig wonen (V95%, J100%, figuur 35). 4% heeft om te beginnen zorg en behandeling nodig in een klinische setting vanwege de combinatie van lichamelijke en psychische problemen en/of verslaving (V5%, J0%). De deelnemers bij wie dit aan de orde was, sliepen allemaal op de Zilverstraat. In dit onderzoek leverden de verzamelde gegevens bij geen van de deelnemers onderbouwing dat ze waren aangewezen op een 24-uursvoorziening.

Dit betekent dat de meeste deelnemers direct door zouden kunnen naar een eigen (zelfstandige) woonplek, omdat de ondersteuning en zorg die zij nodig hebben ook vanuit een ambulant traject kan worden georganiseerd. Om mensen direct te laten doorstromen naar een zelfstandige woning en volledig vanuit een ambulant traject in de planvorming in zorgbehoeften te voorzien moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Dit vraagt:

- Voldoende betaalbaar woningaanbod;
- Netwerken die samen met de mensen waar het om gaat en het systeem om hen heen vanuit een integrale, holistische benadering verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de planvorming en uitvoering van het plan; daarbij gelden de procesvoorwaarden die zijn benoemd aan het begin van deze paragraaf;
- Voldoende deskundigheid en capaciteit om de benodigde (zo nodig intensieve) zorg en behandeling thuis te organiseren;
- Aansluiting op de sociale infrastructuur en samenwerking organisaties en ondernemers om in de behoeften aan zinvolle dagbesteding en (passend) werk te voorzien;
- Goede samenwerking en afstemming met sleutelfiguren uit het informele systeem: soms zal vanaf dag 1 voorlichting en afstemming met omwonenden nodig zijn om inclusie in plaats van exclusie te realiseren.

Een klinische setting kan soms nodig zijn in het kader van een detoxbehandeling, maar niet elke detox vergt een kliniek. Verder kan een klinische setting soms nodig zijn om mensen de gelegenheid te bieden somatisch aan te sterken. Soms is een klinische setting een optie als time-out voor stabilisatie en observatie.

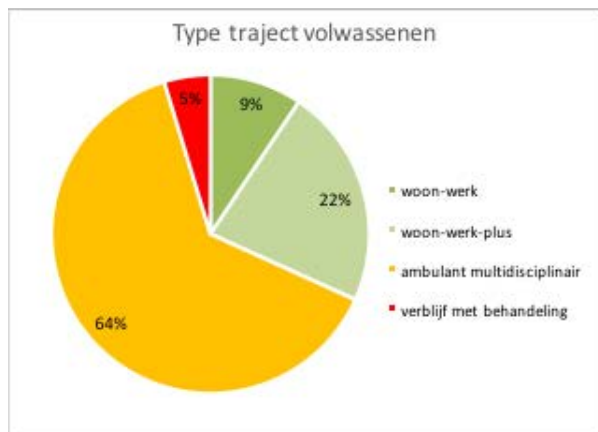
In de Utrechtse daklozenstudie^{xv}, die op dezelfde wijze als dit onderzoek is uitgevoerd, is onderscheid gemaakt tussen met een 24-uursvoorziening met een participatieprofiel of een zorgprofiel. Het feit dat mensen zijn aangewezen op een 24-uursvoorziening met een zorgprofiel betekent dat vanwege de neurocognitieve problemen en/of (SG)LVG-problematiek 24x7 uur per week specifieke eisen moeten worden gesteld aan de achtergrond en deskundigheid van het team. Dit is dan een voorwaarde om de aansluiting te maken en de persoonlijke veiligheid te borgen.

Een 24-uursvoorziening met een participatieprofiel behoort ook tot de opties die bij de beoordeling van het woonperspectief zijn overwogen. Het accent daar ligt op een activerende, op persoonlijke ontwikkeling, scholing en arbeidsparticipatie gerichte aanpak. De mogelijke kandidaten voor een tijdelijke opname in een dergelijke voorziening behoren in de regel ook tot de EPA-groep. Ook deze kandidaten hebben een domeinoverstijgend zorgleefplan nodig met hulp, ondersteuning, zorg en behandeling. Het participatieprofiel duidt er alleen op dat de focus in de alledag met name ligt bij persoonlijke ontwikkeling en participatie.

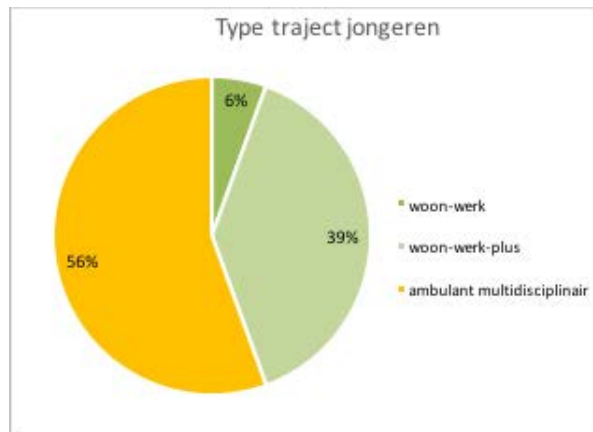
In de praktijk, zullen er maar weinig mensen 24 uur per dag op een beschermende omgeving aangewezen zijn. Ook van de groep die in eerste instantie is aangewezen op een kliniek, zal een deel mogelijk weer zo ver herstellen, dat een eigen woonplek in de wijk met een ambulant zorgtraject haalbaar is. Bij de groep die doorstroomt naar zelfstandig wonen is het wijs om rekening te houden met een beloop van vallen en opstaan. Rekening houdend met aard en complexiteit van de problematiek kan het beloop in de tijd aanleiding zijn om de woonsituatie en de wijze waarop de zorg is georganiseerd bij te stellen. Het is aannemelijk dat enkele deelnemers op termijn met het oog op hun kwaliteit van leven toch de voorkeur geven aan een beschermde woonvorm of vanwege beperkte mogelijkheden om de benodigde hulp en zorg duurzaam in een ambulant traject te realiseren toch aangewezen zijn op een kliniek.

Het recht op een eigen (zelfstandige) woonplek behoort, net als het recht op participatie en op toegang tot zorg en ondersteunende diensten, tot de universele rechten^{xvi} van de mens. Ten behoeve van hun herstel is het eveneens belangrijk dat mensen die dakloos geraakt zijn zo snel mogelijk weer een eigen plek hebben. Uit de praktijk en wetenschappelijk onderzoek is immers bekend dat het feit dat mensen aangewezen zijn op de opvang of bij elkaar worden gezet in een woonvorm hun herstelproces vertraagt en tot verdere marginalisatie en sociale uitsluiting kan leiden. Bovendien is het in de geïnstitutionaliseerde setting van een woonvoorziening of begeleid wonen lastiger om de eigen mogelijkheden van mensen te beoordelen. Zelfs als het in eerste instantie niet helder is of zelfstandig wonen met een ambulante zorg haalbaar is, heeft uitstroom naar zelfstandig wonen met een (zo nodig intensief) ambulant traject toch de voorkeur. Ook diagnostiek en (intensieve) observatie kunnen onder de boven beschreven voorwaarden ambulant worden georganiseerd.

Type traject



Figuur 36a



Figuur 36b

De meeste deelnemers kunnen zelfstandig wonen, op voorwaarde dat ze ondersteuning krijgen vanuit een ambulant traject. Figuur 36 geeft inzicht in de typen trajecten die nodig zijn om weer perspectief te bieden op herstel.

9% heeft een woning nodig in combinatie met een woon-werktraject (V9%, J6%). Deze deelnemers kunnen in principe zelfstandig hun weg vinden naar een woning en werk. Een begeleider die goed de weg weet het gebied van financiën, wonen en werk en die ze laagdrempelig als sparringpartner kunnen raadplegen kan ten goede komen aan het tempo en de borging van hun herstel.

25% heeft in aanvulling op de woning een woon-werk-plustraject nodig (V22%, J39%). Een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal of de alertheid op mogelijke laaggeletterdheid of verstandelijke beperkingen zijn aanleiding voor de plus. De plus bestaat uit de tijdelijke inzet van hulp bij de verwerking van de post en administratie in combinatie met een onderzoeks- en leertraject dat inzicht geeft in hun mogelijkheden zich op dit front verder te ontwikkelen. Een positieve screening op verstandelijke beperkingen is in dit traject aanleiding voor verklarende en functionele diagnostiek.

62% is vanwege de EPA-problematiek aangewezen op een multidisciplinair traject met begeleiding, zorg en behandeling (V64%, J56%). Een goede samenwerking met de persoon zelf en informele sleutelfiguren uit de omgeving is daarbij essentieel om het herstel te borgen en nieuwe terugval tegen te gaan. Dit percentage ligt lager dan het EPA-aandeel in de groep, omdat een deel van de mensen met EPA primair is aangewezen op behandeling in een klinische setting. Een enkeling behoort nog tot de EPA-groep omdat de situatie minder dan 5 jaar stabiel is, maar is zover hersteld dat er nu geen noodzaak meer is voor actieve multidisciplinaire behandeling.

Bij het woonperspectief is al beschreven dat 4% om te beginnen een klinische setting nodig heeft (V5%, J0%). Als zelfstandig wonen nog haalbaar wordt, komen deze mensen ook terug in de groep met een ambulant multidisciplinair traject.

Bij deze indeling in typen trajecten is ingegaan op de behoefte aan een multidisciplinair behandeltraject. De kandidaten voor een woon-werk- of een woon-werk-plus traject hebben mogelijk ook behandeling of zorg nodig in de vorm van huisartsenzorg of behandeling van een eerstelijns psycholoog of medisch specialist. Deze zorg en behandeling kan parallel lopen aan het traject. Ook dan is goede afstemming belangrijk.

10 Actuele ondersteuning en zorg

Toegang tot de opvang en hulp

De interviews geven ook een indruk over de toegang tot de opvang en hulp:

“Ik ben in Nederland geboren, maar heb lang in het buitenland gewoond. Toen ik eind 2015 terugkwam ben ik bij familie en vrienden gaan logeren. Het heeft meer dan een jaar geduurd voordat ik hoorde dat ik naar het CCP kon gaan.”

“Voorafgaand aan de intake op het CCP had ik geen informatie over de procedure. Die werd tijdens het gesprek pas verteld. Ik moest op dat moment tekenen en akkoord gaan om de aanvraag van een uitkering door te zetten. Achteraf voelde ik me overrompeld en onder druk gezet.”

“In het CCP en de opvang wordt iedereen op dezelfde manier benaderd. De benadering is gericht op zwervers op straat. De hulp is niet goed op mij afgestemd. Ik wil hier zo snel mogelijk weg.”

“De gemeente dwingt mij om in de opvang te slapen, omdat ik maar 2 logeeradressen heb.”

“Gebrek aan duidelijkheid wie verantwoordelijk is geeft ruis en kan een tot machts spel leiden.”

“Ik ben bijna een jaar in de nachtopvang, maar het schiet niet op. Ik kan nog steeds niet aan mijn pensioen. Ik heb hulp nodig vanwege de taal. Er is niemand die mij goed helpt.”

“Ik had een huurachterstand en was in een isolement geraakt. Op een gegeven moment heb ik in een verwarde toestand mijn woning verlaten. Omdat ik mijn ID en bankpas had achtergelaten, ben ik van het kastje naar de muur gestuurd. Ik ben bij de politie, bij de gemeente en bij vreemdelingen zaken geweest, maar mijn nieuwe ID is nog steeds niet geregeld. Mijn uitkering is gestopt omdat ik geen ID had. Ook kan in nu geen nieuwe bankpas krijgen of afschriften van de laatste 3 maanden overleggen. Er is veel bureaucratie. Na 5 maanden krijg ik eindelijk een voorschot via gemeente, zodat ik een nieuwe ID en bankrekening kan regelen en een woonpas kan activeren.”

“Als je een postadres hebt en alle stukken voor de daklozen uitkering zijn ingediend, duurt het nog een maand voordat je de eerste uitkering krijgt. Ik had op dat moment een nieuwe kamer geregeld. De huur is niet doorgegaan, omdat er geen garantstelling was voor mijn inkomen.”

De citaten maken duidelijk dat mensen die dakloos dreigen te raken of al zijn niet altijd weten dat ze bij het CCP kunnen aankloppen. Vooral mensen met een allochtone achtergrond en een beperkte kennis van de Nederlandse regelgeving weten niet altijd waar ze moeten zijn. Systeemobstakels kunnen fikse vertraging opleveren in de toegang en doorstroming van de trajecten. Meerdere deelnemers hebben aangegeven dat de benadering te veel gericht is op zwervers op straat en niet genoeg ruimte biedt voor persoonlijk maatwerk.

Organisatie van zorg in de opvang

De nachtopvang bij de Kessler stichting heeft 100 slaappleatsen. Omdat de nachtopvang structureel vol zat, is de opvang aan de Zilverstraat in december 2014 onder de winterregeling als een overloopvoorziening gestart. Nu is de Zilverstraat doorlopend geopend. Rechthebbenden die op de Zilverstraat slapen maken gebruik van dezelfde voorziening als de uitgeprocedeerde asielzoekers met een BBB-pas. In de winter zijn er 125 slaappleatsen, in de zomer zijn 70 tot 80 plaats bezet.

De nachtopvang bij de Kessler stichting gaat om 15 uur open. Nadat de rugzak en spullen in een locker zijn achtergelaten komen mensen door een metaaldetectiepoort binnen. Het team van de Kessler stichting registreert iedereen die binnenkomt, maakt een praatje, neemt wasgoed aan en reikt handdoeken en zeep uit. Daarna kunnen mensen naar boven gaan om te douchen of te lezen,

praten, te computeren of TV te kijken in de woonkamer. Tussen 18 en 19 uur wordt in de 3 woonkamers gezamenlijk de warme maaltijd gebruikt.

Iedereen die bij de Kessler stichting wil overnachten dient door de week voor 22 uur binnen te zijn (weekend 23 uur). De mannen en vrouwen slapen gescheiden in slaapzalen voor 10 personen, maar er zijn ook een aantal kleinere kamers. Degenen die volledig op een rolstoel zijn aangewezen of recent een operatie hebben ondergaan, kunnen zo nodig gebruik maken van een elektrisch hoog-laagbed. Als hun belastbaarheid beperkt is kunnen mensen overdag binnen blijven. Ze kunnen deelnemen aan de dagbesteding of meehelpen als vrijwilliger bij het schoonmaakwerk of het klaarmaken van de pakketjes voor de broodmaaltijd. In overleg met het team kunnen afspraken worden gemaakt over (bed)rust overdag. 's Morgens vanaf 7 uur is er ontbijt. De mensen die overdag niet binnen blijven gaan voor 8 uur naar buiten.

De nachtopvang op de Zilverstraat gaat om 18 uur open. Mensen worden bij de deur opgewacht door professionele bewakers in een zwart uniform. Nadat de schoenen zijn uitgetrokken wordt iedereen door de bewakers gefouilleerd. De shag wordt op drugs gecontroleerd. De telefoon en andere spullen worden opgeslagen in de persoonlijke bezittingen box. Daarna controleert een medewerker van het Leger des Heils de identiteit en de CCP-pas. Ook hier kan de was worden afgegeven en worden handdoeken, zeep en tandenborstels uitgereikt. De warme maaltijden kunnen tussen 18-22 uur in de kantine worden besteld en tot 22.30 uur zijn er tosti's. Iedereen die op de Zilverstraat wil slapen dient voor 23 uur binnen te zijn. De mensen die nog niet op bed liggen gaat tussen 22.30 en 23 uur slapen. De mannen slapen in één grote slaapzaal met 116 plaatsen. Voor de vrouwen is er een kleinere zaal met 12-14 plaatsen. Rond 5 uur staan de eerste mensen weer op. Voor 8.30 uur 's morgens staat iedereen op, neemt ontbijt en gaat naar buiten.

De jongerenopvang heeft 26 plaatsen. De opvang voor jongens en meiden van 18-23 jaar is op 2 afzonderlijke locaties georganiseerd. Op de Binckhorstlaan zijn 18 plaatsen voor jongens. De meidenopvang is sinds november 2016 ondergebracht op de Noordpolderkade en kent 8 plaatsen. Op beide plaatsen gaat de opvang om 17 uur open. Mensen zijn al bekend en geregistreerd en worden door het team binnengelaten als ze zich melden. Door de week dient iedereen voor 22 uur binnen te zijn. Om 18 uur kunnen de mensen die binnen zijn aanschuiven voor de gezamenlijke maaltijd. Om 22 uur worden de boterhammen klaargemaakt voor de dag erna en voor 23 uur gaat iedereen naar de slaapkamer om te slapen. De stapelbedden voor de jongens zijn over de 2 grote kamers verdeeld. De meiden slapen met 2 of 3 personen op een kamer. Om 8 uur 's morgens wordt iedereen die nog niet wakker is gewekt. In de jongensopvang is iedereen om 8 uur buiten; de meiden blijven meestal tot 9 uur binnen.

Sinds de meidenopvang eind 2016 op dezelfde verdieping is ondergebracht als de kamertraining, kan in overleg met het team de mogelijkheid worden geboden overdag binnen te blijven. De sfeer in de meidenopvang is huiselijker geworden. Er wordt nu iedere dag zelf gekookt. De meiden zijn zelf verantwoordelijk voor het schoonhouden van hun kamer en zorgen als ze corvee hebben zelf voor de schoonmaak van de woonkamer en keuken. Bij de jongens worden de warme maaltijden bezorgd. Er wordt 1x per week zelf gekookt; het animo van de jongens om te helpen is kleiner.

Alle 4 de voorzieningen hebben vergelijkbare omgangsregels. Overal wordt verwacht dat mensen op een respectvolle manier omgaan met elkaar en met de medewerkers. Overal is het gebruik of bezit van drugs en alcohol binnen de voorziening niet toegestaan. Roken in de rokersruimte is toegestaan.

De begeleiding binnen de voorzieningen wordt anders ingevuld. Iedereen die bij de Kessler stichting slaapt krijgt een intake met een van de trajectondersteuners. Op geleide van de methodiek voor competentiegericht begeleiden wordt een dossier aangelegd. Dagelijks kunnen trajectbegeleiders laagdrempelig worden aangesproken met vragen. Een vaste trajectbegeleider onderhoudt wekelijks contact om te kijken hoe het gaat en mensen praktisch op weg te helpen. Van daaruit wordt toegewerkt naar een maatwerkarrangement.

De maatwerkarrangementen voor de Kessler stichting worden ingevuld door Bereik in de Wijk. De begeleiding vanuit Bereik in de Wijk kan worden voortgezet als mensen weer een eigen plek hebben om te wonen. Als mensen uitstromen naar de doorstroomvoorziening aan de Samenhofstraat, wordt de begeleiding overgedragen aan de begeleiders van de Kessler stichting daar.

Maar de mensen die bij de Kessler stichting slapen kunnen ook kiezen voor een maatwerkarrangement bij LIMOR, het Leger des Heils of Humanitas. Ook dan streven de trajectbegeleiders ernaar om wekelijks vinger aan de pols te houden over de voortgang.

Als de medische toestand daar aanleiding toe geeft, kan verpleegkundige zorg worden ingezet. Tweemaal per week kunnen mensen inschrijven voor het spreekuur van de huisarts. De spreekuren worden verzorgd door huisartsen die affiniteit hebben met daklozen.

De jongerenopvang en de nachtopvang aan de Zilverstraat zijn opgezet als een bed-bad-broodvoorziening. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de begeleiding elders is belegd. Op de Zilverstraat levert het Leger des Heils de groepsleiders. De medewerkers van Hofstad Security helpen preventief en zo nodig actief mee om de orde te handhaven. Tweemaal per week zijn 2 trajectondersteuners van Kessler aanwezig om mensen met vragen op weg te helpen of te verwijzen. Op de Zilverstraat zijn dus minder mensen beschikbaar voor vragen of hulp.

In de jongerenopvang is het JIT in de meeste gevallen verantwoordelijk voor de begeleiding en de invulling van de maatwerkarrangementen. Zoals al eerder is aangegeven, wordt in dat kader systematisch ingezet op scholing en op de toeleiding naar werk.

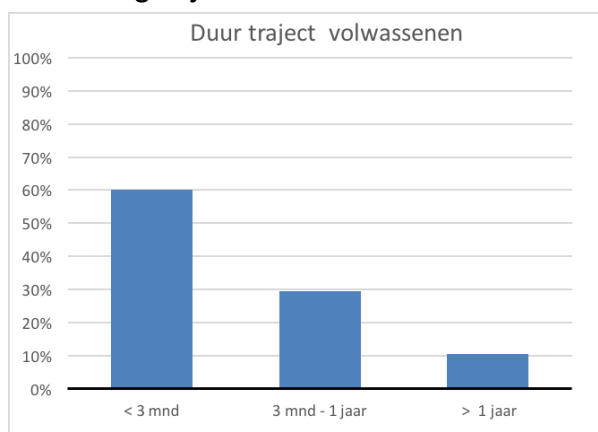
Keuze voor en verschillen tussen voorzieningen

Volwassenen met een CCP-pas kunnen kiezen of ze zich bij de Kessler stichting of op de Zilverstraat melden. Sommigen geven de voorkeur aan de Kessler stichting, anderen slapen liever op de Zilverstraat. Jongeren worden naar de jongerenopvang geloodst. De jongeren die bij Kessler en op de Zilverstraat zijn gezien, kenden de jongerenopvang uit het verleden. Ze gaven om uiteenlopende redenen nu de voorkeur aan de volwassenenopvang.

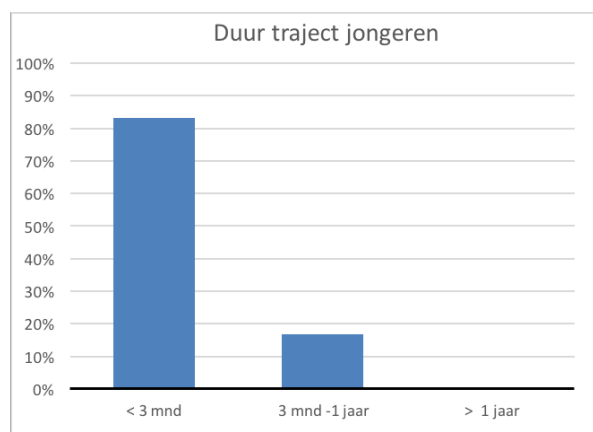
De deelnemers die het liefst bij de Kessler stichting slapen vinden de nachtopvang daar huiselijker. Ze vinden de grote slaapzaal, het sanitair en bejegening bij binnenkomst op de Zilverstraat niet prettig. Ze vinden wel dat het op de slaapzalen stinkt. Sommigen zijn ongerust dat ze ziekten zoals luchtweginfecties zullen oplopen, omdat ze dicht op elkaar moeten slapen.

De mensen die stevast op de Zilverstraat slapen vinden het daar prettiger, omdat ze meer ruimte hebben voor zichzelf. Ze waarderen het dat ze binnen een zekere bandbreedte zelf kunnen bepalen hoe laat ze eten. Door de grootte van de grote slaapzaal zitten ze voor hun gevoel minder dicht op elkaar dan bij de Kessler stichting. Ze nemen de procedure bij binnenkomst met de bewakers van Hofstad Security voor lief. Een enkeling ziet hierin zelfs een voordeel omdat de strikte handhaving helpt om de zucht naar alcohol te beheersen. Ook buiten de winterregeling zou de capaciteit van het sanitair en de hygiëne onder de maat zijn.

Duur huidig traject



Figuur 37a



Figuur 37b

Op basis van de informatie uit de interviews en de informatie in de datasystemen van de aanbieders is de duur van het huidige traject in de opvang bepaald. Over de jongeren en de deelnemers bij Kessler was goede informatie beschikbaar. Over de Zilverstraat deelnemers was minder informatie beschikbaar, omdat daar geen opvang dossier wordt aangelegd.

64% van de deelnemers is korter dan 3 maanden in de opvang (V60%, J83%). Bij 27% ligt de duur van het huidige traject in de opvang tussen de 3 maanden en 1 jaar (V29%, J17%). 9% is langer dan een jaar in de opvang (V11%, J0%).

De gemiddelde duur van het huidige opvangstraject is 16 weken. De gemiddelde trajectduur bij volwassenen is 18 weken, met een spreiding van 1 tot 209 weken. Bij jongeren ligt het gemiddelde op 9 weken (1 – 29 weken). De gemiddelde trajectduur van de deelnemers bij de Kessler stichting is 13 weken (1 – 56 weken). Op de Zilverstraat ligt het gemiddelde op 24 weken (1 – 209 weken). De mensen die ten tijde van dit onderzoek buiten slapen zijn buiten deze berekeningen gelaten. Het verschil tussen de Kessler stichting en de Zilverstraat lijkt groot, maar is statistisch niet significant.

Aanspreekpunt over het eigen traject

Aan iedereen is gevraagd wie het eerste aanspreekpunt was voor de hulp en zorg in hun traject. De beschrijving hierna is geen weerspiegeling van de afspraken tussen de betrokken professionals, maar geeft het beeld weer vanuit de doelgroep zelf.

17% van de deelnemers weet niet wie het aanspreekpunt is voor hun traject (V18%, J17%). Op de Zilverstraat is de groep die niet kan aangeven wie het aanspreekpunt is groter dan bij de Kessler stichting (K13%, Z23%).

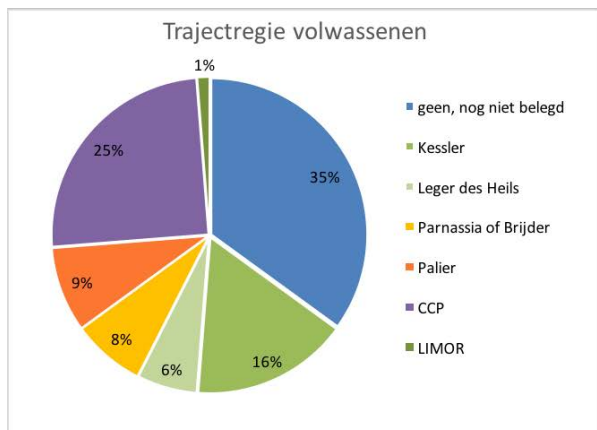
Van de volwassenen heeft 31% een aanspreekpunt bij de Kessler stichting, 7% bij het Leger des Heils en 4% bij LIMOR. 3% heeft iemand van het Straatconsulaat, Reakt of Barka die ze als eerste opzoeken voor praktische hulp en vragen over hun traject.

22% van de volwassenen heeft uitsluitend of ook een aanspreekpunt bij het TOPteam, Parnassia of Brijder. 13% heeft uitsluitend of ook een aanspreekpunt bij de reclassering en 2% bij Humanitas. 29% geeft aan dat het CCP het eerste aanspreekpunt is. In 26% is het CCP het enige aanspreekpunt over hun traject; in de overige 3% is het CCP samen verantwoordelijk met Parnassia of Palier.

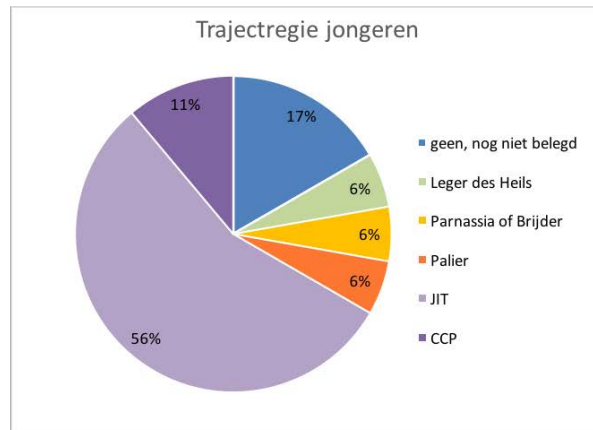
16% van de volwassenen geeft aan dat meer dan een partij als aanspreekpunt fungeert over hun traject. 13% van de volwassenen kan helemaal niet aangeven wie het aanspreekpunt is. Slechts 2% is minder dan 3 weken in de opvang; de overige 11% langer.

Bij de jongeren geeft 56% aan dat iemand van het JIT het eerste aanspreekpunt is over hun traject. 6% heeft een aanspreekpunt bij jeugdzorg. 11% van de jongeren heeft een aanspreekpunt bij de reclassering en 6% loopt bij Parnassia. 28% heeft meer dan 1 aanspreekpunt over hun traject. 17% kan helemaal niet aangeven wie het aanspreekpunt is over hun traject; deze jongeren zijn allemaal 3 weken of langer in de opvang.

Trajectregie en lopende zorg



Figuur 38a



Figuur 38b

Figuur 38 geeft een indruk hoe de trajectregie is belegd. Ook hier is het beeld met name op de interviews gebaseerd. Uit de antwoorden blijkt dat de deelnemers niet altijd konden aangeven wie het eerste aanspreekpunt is of hoe de regie over hun traject is belegd. De meeste deelnemers zijn aangewezen op hulp en zorg uit meerdere domeinen (sociaal domein, werk & inkomen, gemeente, jeugdzorg, GGZ, verslavingszorg, justitie). Ze hebben in veel gevallen te maken met meerdere hulp- en zorgverleners uit verschillende organisaties/domeinen en met meerdere regisseurs. Uit de verhalen blijkt ook dat de agenda's en plannen dan regelmatig niet goed op elkaar zijn afgestemd.

Er worden op dit moment geen integrale persoonlijke zorgleefplannen gemaakt die de hulp en zorg van alle betrokkenen in samenhang beschrijven. Daardoor is er geen volledig overzicht welke hulp en zorg elders loopt. Binnen de Wmo kunnen mensen meerdere maatwerkarrangementen naast elkaar hebben, waarbij meerdere aanbieders betrokken zijn bij de uitvoering. Zo kwamen uit de interviews bijvoorbeeld maatwerkarrangement voor arbeidsmatige dagbesteding naar voren, die binnen de opvang (nog) niet bekend waren. Ook op het grensvlak van de Wmo met zorg, justitie en informele zorg is er geen goed overzicht. Als gevolg daarvan was het ook in dit onderzoek lastig om een nauwkeurig beeld te krijgen van de lopende hulp en zorg.

Bij 20% van de volwassenen wijst de informatie erop dat ten tijde van het interview een maatwerkarrangement werd voorbereid of was toegekend. Bij de jongeren ligt dat percentage op 39%. Het gaat om een inschatting op basis van de interviews en de MO-dossiers, onafhankelijk van de duur van het traject. De meeste maatwerkarrangement zijn gericht op het sociaal en persoonlijk functioneren. Een kleinere groep had een maatwerkarrangement voor het op orde brengen van de financiën of voor arbeidsmatige dagbesteding Wmo.

6% van de deelnemers vertelt dat ze in de laatste 3 maanden in een ziekenhuis opgenomen zijn geweest (V6%, J6%). 12% heeft zich de afgelopen 3 maanden een keer of vaker op de EHBO gemeld (V12%, J11%). Een trauma, collaps of bloedverlies uit de slokdarm of maag waren bij de meesten de

aanleiding om naar de EHBO te gaan.

10% staat onder behandeling bij een medisch specialist, anders dan de psychiater (V9%, J11%). De meesten gaan naar de orthopedisch chirurg, internist of cardioloog. Een enkeling staat bij meerdere specialisten onder behandeling. 24% heeft de laatste 3 maanden een of meerdere malen een arts of verpleegkundige geraadpleegd, anders dan de psychiater (V25%, J22%).

Uit de gegevens die konden worden verzameld, komt naar voren dat 19% van de deelnemers vanwege hun psychische problemen of verslaving onder behandeling staat bij een multidisciplinair GGZ-team (V20%, J17%). 9% staat onder behandeling bij PsyQ of een eerstelijns psycholoog of behoort tot de doelgroep van het TOPteam (V11%, J0%). 13% heeft een openstaand traject bij de reclassering (V13%, J11%).

Het EPA-aandeel is maat voor behoefte aan multidisciplinaire zorg en behandeling vanwege psychische problemen en verslaving. Op basis van de uitkomsten over de lopende zorg is beoordeeld hoeveel deelnemers met EPA daadwerkelijk multidisciplinaire zorg ontvangen.

26% van de mensen met EPA is in zorg bij een multidisciplinair team van Parnassia of Brijder (V26%, J30%). 13% van de EPA-groep is wel in beeld bij bemoeizorg of in behandeling bij een psycholoog, maar ontvangt geen afgestemde multidisciplinaire GGZ-zorg (V16%, J0%). 60% van deelnemers met EPA is helemaal niet in zorg (V59%, J70%). Op de Zilverstraat is de groep met EPA die niet in zorg is groter dan bij de Kessler stichting (K52%, Z66%).

5% van de deelnemers is op basis van de gezondheidsproblemen die in dit onderzoek zijn gevonden in eerste instantie aangewezen op verblijf en behandeling in een klinische setting (V6%, J0%). Het gaat om volwassenen die op de Zilverstraat of buiten slapen. Bij de mensen in deze groep is sprake van psychiatrische problemen en verslaving, al dan niet in combinatie met ernstige somatische comorbiditeit. Ze zijn aangewezen op zorg in een klinische setting, omdat de gevonden problemen ernstig gevaar meebrengen voor henzelf of voor anderen. Het is niet gemakkelijk om met de mensen in deze groep een relatie op te bouwen en van daaruit samen een persoonlijk zorgleefplan te maken en uitvoeren. Zij waren bekend bij de reclassering, het TOPteam, stonden voor hun lichamelijke problemen onder behandeling bij een medisch specialist of hadden zich weer aangemeld voor een traject bij Brijder. 40% had een traject waarin gedeeltelijk in de zorgbehoeften werd voorzien. 60% stond op de wachtlijst en was in beeld, maar had op dat moment geen traject.

Ervaren kwaliteit van leven en zorg

Aan iedereen is gevraagd hoe de opvang en de lopende hulp wordt ervaren. Enkele citaten:

“Ik ben blij dat ik een dak boven mijn hoofd heb. Ik ben tevreden met de hulp die ik krijg.”

“Ik heb vertrouwen in mijn begeleider.” “Ik maak er het beste van.”

“Ik kom niet verder. Het duurt allemaal veel te lang.”

“De hulp is matig. Ik zorg dat ik mijn eigen doelen realiseer.”

“Ik heb het gevoel dat ik voor mezelf moet zorgen. Het CCP is heel bureaucratisch.”

“De zorg is versnipperd. Partijen werken langs elkaar heen.”

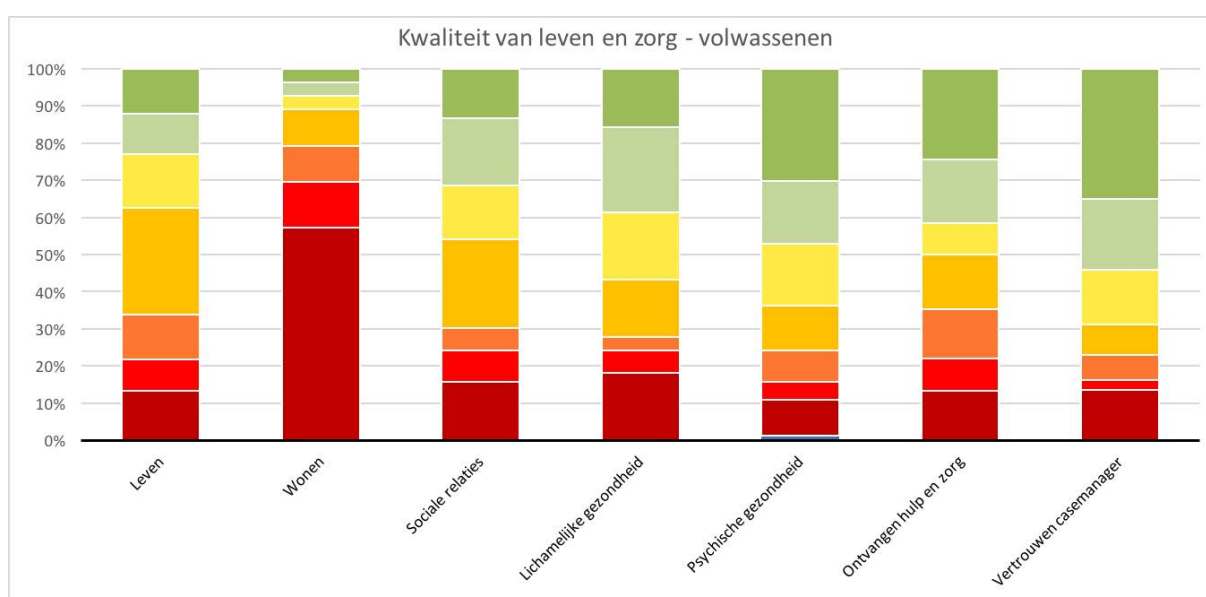
“In de opvang zitten we met veel mensen dicht op elkaar en heb ik veel last van achterdocht. Ik voel me gespannen. Ik heb een eigen plek nodig om te wonen en tot rust te komen.”

“Het is passen en meten in de opvang. Er is veel intimidatie en geweld om me heen.”

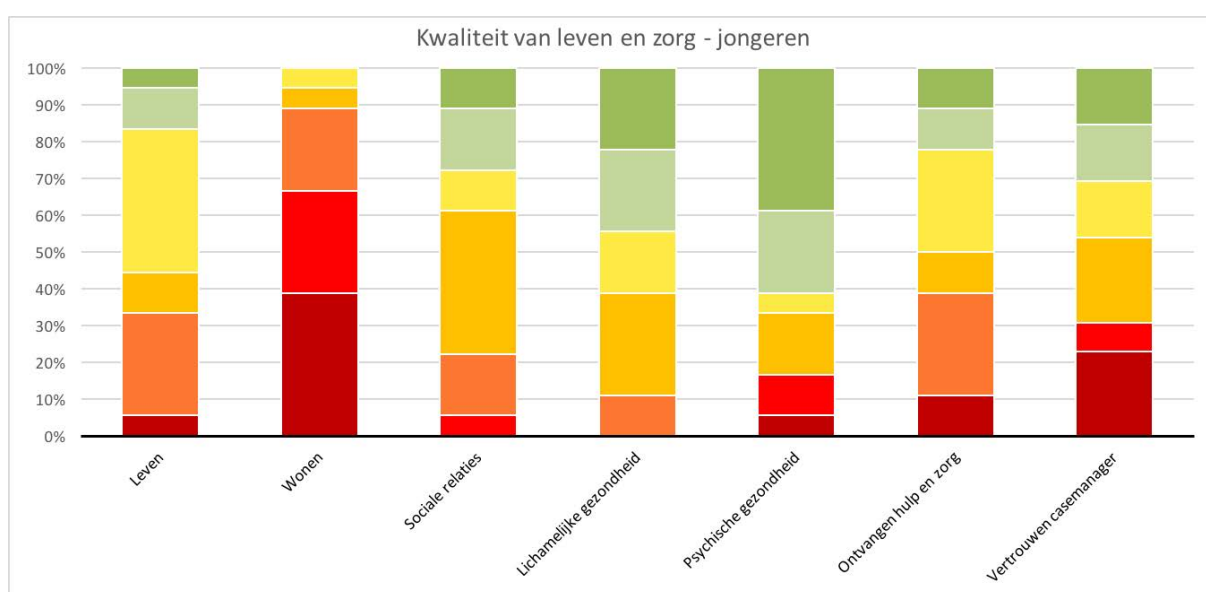
Aan iedereen is gevraagd de kwaliteit van leven en de kwaliteit van de ontvangen hulp en zorg op en

7-punts schaal te beoordelen. Figuur 39 toont de uitkomsten. Donkerrood in de staafdiagrammen correspondeert met “helemaal niet”, donkergeel met “matig” en donkergroen met “helemaal wel”. Iedereen verlangt naar een eigen plek. De tweede staaf links maakt duidelijk dat de deelnemers helemaal niet tevreden zijn over hun woonsituatie op dit moment.

De waardering voor de ontvangen hulp en zorg varieert; de gemiddelde score op de 7-punts schaal ligt op 4,2 (V4,2; J4,2). De meerderheid vindt dat hun traject in de opvang veel te lang duurt. Het is onduidelijk hoe lang het nog gaat duren. Een deel vindt dat de ontvangen hulp niet aansluit bij hun behoeften. De waardering voor de casemanager loopt uiteen. Sommigen reageren met de opmerking “ik heb niemand nodig, ik kan het zelf”. Anderen hebben veel waardering voor de wijze waarop de casemanager hen begeleidt. Respect en wederkerigheid in het contact zijn belangrijk. De gemiddelde score voor het vertrouwen in de casemanager ligt op 4,7 (V4,8; J4,1). 15% heeft deze vraag niet ingevuld, omdat ze niet weten wie hun casemanager is (V12%, J28%).



Figuur 39a



Figuur 39b

Onvervulde behoeften

In dit onderzoek zijn de behoeften op 27 domeinen met behulp van de CAN beoordeeld. Per item is beoordeeld of er een probleem is, of er zorg is en wat de outcome van de zorg is. Het perspectief van de klant en het oordeel van de professional zijn in de afweging betrokken. De uitkomsten op de CAN maken duidelijk dat er bij alle deelnemers onvervulde behoeften zijn. De top 10 van de onvervulde behoeften ziet er als volgt uit:

- Iedereen mist een eigen woning of een eigen plek;
- Iedereen heeft onvervulde behoeften op het gebied van zingeving en herstel;
- Bij 86% zijn er aanwijzingen van psychisch onwelbevinden (V85%, J94%);
- 83% mist intieme relaties zoals een partner of goede vrienden (V84%, J83%);
- 74% voelt zich eenzaam door een gemis aan gezelschap (V76%, J61%);
- 70% mist informatie over het persoonlijke plan (V68%, J78%);
- 63% heeft onvervulde behoeften op het gebied van betaald werk (V64%, J61%);
- 55% heeft onvoldoende dagbesteding (V58%, J44%);
- 46% heeft onvervulde behoeften in relatie tot lichamelijke problemen (V51%, J22%);
- 46% heeft problemen in het omgaan met geld en administratie waarin met de huidige zorginzet nog niet is voorzien.

Drie CAN-items behoren weliswaar niet tot de top 10, maar zijn wel relevant voor de kwalitatieve typering van de zorgbehoeften in deze groep:

- Bij 12% zijn aanwijzingen gevonden dat ze in de afgelopen 3 maanden psychotische verschijnselen hebben vertoond (V12%, J11%);
- Bij 9% zijn er aanwijzingen dat de persoon een gevaar heeft gevormd voor anderen (V5%, J28%);
- Bij 29% zijn er aanwijzingen dat de persoon in de laatste maanden een gevaar is geweest voor zichzelf (V27%, J39%). Dit heeft zich bijvoorbeeld geuit in zelfmoordgedachten of in een ernstig tekortschieten van de zelfzorg. De populatie op de Zilverstraat scoort op dit punt hoger dan de deelnemers bij Kessler (K17%, Z38%). Een deel van de deelnemers op de Zilverstraat is om die reden in eerste instantie aangewezen op zorg en behandeling in een klinische setting.

Bijlage 1: Afkortingen en begrippen

ACE	Adverse Childhood Experiences
ADF	Aanvraag Diagnose Formulier (uitgebreid formulier voor brede gegevensverzameling dat ontwikkeld is in kader Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang in de G4)
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, zoals uit bed komen, aan- en uitkleden, eten en drinken, bewegen, sociale contacten etc.; zie ook IADL
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBB	Bed Bad Brood
BMI	Body Mass Index
CAN	Camberwell Assessment of Needs
CAP	Clinical Assessment Protocol voor op praktisch handelen gerichte signalering in CMH
CCP	Centraal Coördinatie Punt voor dak- en thuislozen (toegang tot opvang & WMO-zorg)
CO	Crisisopvang
Coda G4	Grote cohortstudie in de G4, waarin 500 daklozen in de G4 3 jaar lang zijn gevolgd
CVA	Cerebrovasculair Accident (een herseninfarct of hersenbloeding)
EPA	Ernstige Psychische Aandoeningen
FACT	Function Assertive Outreach Community Treatment
IADL	Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (telefoneren, inkopen doen, maaltijd bereiden, huishoudelijk werk, kleding wassen, openbaar vervoer, medicatie)
InterRAI	Gevalideerde beoordelingsmethodiek om de problemen en zorgbehoeften bij mensen met complexe problemen systematisch in kaart te brengen
JIT	Jeugd Interventie Team
LOM school	School voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden
LSD	Lysergeenzuurdiethylamide
MoCA	Montreal Cognitive Assessment scale, voor screening op cognitieve problemen
MO	Maatschappelijke Opvang
MOE-landers	Personen uit Midden- en Oost Europese EU-landen
NO	nachtopvang
OCW	dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn van de gemeente Den Haag
RR	Relatief risico
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SCIL	Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking
SGLVG	Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten
SMZ	van de afdeling Sociaal Medische Zaken
SZW	dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheidsprojecten van de gemeente Den Haag
TOP-team	Naam van OGGZ-team Parnassia in Den Haag
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VEZC	Van Everdingen ZorgConsult
WAJONG	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO	Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg

Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
WSNP	Wet schuldsanering natuurlijke personen
WWB	Wet werk en bijstand
XTC	Ecstasy of MDMA (3,4-methyleendioxymethamfetamine)
ZMLK	Zeer moeilijk lerende kinderen
ZMOK	Zeer moeilijk opvoedbare kinderen
Zorgbehoefte	Verzamelbegrip voor de behoefte aan ondersteuning, zorg of behandeling, onafhankelijk van financiering
ZRM	Zelfredzaamheid-Matrix (instrument dat gebruikt wordt om in het kader van WMO-aanvragen behoeften te beschrijven).
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2: Achtergrondinformatie over de auteur

Coline van Everdingen heeft geneeskunde gestudeerd aan de Universiteit Maastricht. Na klinische ervaring, onder meer in de revalidatie, heeft ze zich gespecialiseerd tot arts maatschappij & gezondheid. Ze heeft jarenlang gewerkt als medisch adviseur bij RIO/CIZ en CZ en is vertrouwd met geraakt de kaders van de sociaal medische advisering en indicatiestelling voor de toegang tot (langdurige) zorg en voorzieningen.

Vanaf 2009 werkt ze als zelfstandig ondernemer en heeft ze in diverse rollen ervaring opgedaan met het anders inrichten van zorg en welzijn. Voor meer informatie over haar expertise en de vervulde opdrachten, zie www.vezc.nl of LinkedIn.

Vanaf 2015 heeft zij in opdracht van gemeenten en aanbieders onderzoek gedaan in de nachtopvang, de crisisopvang en de open inloop. Ze heeft daarbij meer dan 400 dak- en thuislozen geïnterviewd in 6 middelgrote en grote steden. Deze verhalen zijn de aanleiding geweest om wetenschappelijke samenwerking te zoeken met Prof. Philippe Delespaul, Prof. Koos van der Velden en Dr. Peter Bob Peerenboom. Dit heeft geleid tot een aanstelling als PhD kandidaat bij de Universiteit Maastricht.

Prof. Dr. Philippe Delespaul is hoogleraar zorginnovaties in de GGZ aan de universiteit Maastricht en lid van het bestuur van FACT Nederland. Hij is psycholoog en werkt sinds 1980 als programmaleider integrale zorg bij de Mondriaan Zorggroep. Hij heeft de consensus werkgroep Ernstige Psychische Aandoeningen geleid. Hij heeft mee aan de basis gestaan van de “Over de brug” en is een van de initiatiefnemers van De Nieuwe GGZ.

Prof. Dr. Koos van der Velden is hoogleraar sociale geneeskunde aan Radboud Universiteit Nijmegen. Hij heeft veel kennis en ervaring met de inrichting en ontwikkeling van de zorg op stelselniveau.

Dr. Peter Bob Peerenboom is tropenarts. Hij werkt al tientallen jaren als onafhankelijke adviseur. Hij heeft in Nederland en in de tropen veel adviesklussen op stelselniveau uitgevoerd in opdracht van onder meer ministeries, Zorginstituut Nederland, NZa en Cordaid. Peter Bob heeft veel ervaring in de (O)GGZ. Tegenwoordig is hij ook de voorzitter van het Platform Armoedebestrijding in Doetinchem.

Vanaf begin 2015 heeft Coline dus een reeks studies uitgevoerd in diverse voorzieningen voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Peter Bob, Koos en Philippe zijn naar aanleiding van deze studies belangrijke gesprekspartners geweest bij de duiding van de uitkomsten in de lokale context en op stelselniveau. In de samenwerking met Philippe Delespaul zijn de methodiek en instrumenten doorontwikkeld tot de aanpak die hier is gebruikt.

Bijlage 3: literatuurverwijzingen

-
- ⁱ WRR-rapport nr. 97 “Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid” april 2017
- ⁱⁱ Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010, Nusselder et al. PlosOne 2013; 8 (10).
- ⁱⁱⁱ The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences and clinical and policy recommendations. Fazel et al. Lancet 2014; 1529-1540.
- ^{iv} Health interventions for people who are homeless. Hwang et al. Lancet 2014; 1541-1547.
- ^v Zie onder meer artikel 3 en artikel 19 van [VN verdrag handicap](#)
- ^{vi} Rapport VNG commissie Toekomst beschermd wonen, [Van beschermd wonen naar een beschermd thuis](#), november 2015
- ^{vii} Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen. RVS, oktober 2017
- ^{viii} [Samenwerkingsproject Huisvestingsmaatschappijen en GGZ Antwerpen](#)
- ^{ix} Inclusieve Stad City Deal zie [www.agendastad.nl](#)
- ^x Bron: Wie zorgt er voor daklozen? Epi bulletin 2017 vol. 4, blz. 9
- ^{xi} Beleidsnota 2016-2018 “Samen met eigen kracht”, ondersteuning aan kwetsbare personen met geestelijke gezondheids- en/of verslavingsproblemen, Den Haag, januari 2016
- ^{xii} Wie zorgt er voor daklozen? Epi bulletin 2017 nummer 4, blz. 4-17
- ^{xiii} Nadere uitwerking Haagse toegang tot de WMO RIS296610, brief wethouder Klein aan Commissie Samenleving, maart 2017
- ^{xiv} Trimbos Factsheet nieuwe daklozen, 2015
- ^{xv} VEZC 2016 [De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld](#)
- ^{xvi} Zie onder meer artikel 3 en artikel 19 van [VN verdrag handicap](#)