

Zorgen om het zorgbeleid voor voormalig Utrechtse dak- en thuislozen

*Een onderzoek naar de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen van het Project Voorkomen
Herhaalde Dakloosheid Utrecht en het daarop ingerichte zorgbeleid.*



Leonie van der Meer

Eerste lezer: Agnieszka Kanas

Tweede lezer: Adria Albareda

14 juli 2022
Rotterdam

Leonie van der Meer
586618

Erasmus Universiteit Rotterdam
Erasmus School of Social and Behavioural Sciences
Master Bestuurskunde Beleid & Politiek

Begeleider en eerste lezer Erasmus Universiteit Rotterdam:
Agnieszka Kanas

Tweede lezer:
Adria Albareda

Stage organisatie:
Universiteit van Amsterdam

Aantal woorden: 14.685

Voorwoord

Voor mijn masterthesis heb ik de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen onderzocht en het zorgbeleid wat voor deze groep is opgesteld. Dit onderzoek is uitgevoerd voor de Universiteit van Amsterdam, en focust zich op de verschillende fasen van huisvesting van dak- en thuislozen en de daarbij behorende zorg. Dit onderzoek heb ik gedaan als laatste onderdeel van mijn master Bestuurskunde in de richting Beleid en Politiek. Vanaf februari 2022 tot en met juni 2022 heb ik stage mogen lopen en heb ik ondertussen aan mijn masterthesis gewerkt.

Dit onderzoek heeft mij geleerd waar een van mijn interesses ligt. Direct in contact staan met mensen en zijn of haar verhaal mogen horen. Ik erken nu nog meer hoe fragiel het leven ook kan zijn en hoe anders het kan lopen. Ik spreek hierbij admiratie uit voor alle mensen die ik heb mogen interviewen (participanten en zorgprofessionals) en de mensen die ik tijdens mijn stage collega's heb mogen noemen. Ik wil iedereen bedanken voor de bereidwilligheid om deel te nemen aan mijn onderzoek, en ook hieraan mee te willen denken.

Veel dank aan mijn twee begeleiders op de Universiteit van Amsterdam, Marthe en Nienke. Jullie behulpzaamheid, maar ook kritische blikken zijn van grote meerwaarde geweest voor dit onderzoek. Daarnaast wil ik ook mijn begeleider en eerste lezer Agnieszka bedanken voor de begeleiding. Ook wil ik Robin bedanken waarmee ik nauw heb mogen samenwerken.

Ook wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor de steun die ik van ze heb ontvangen tijdens het schrijven van mijn thesis. Dankzij hen ben ik er heelhuids doorheen gekomen. Met name wil ik mijn lieve studievriendinnen Dionne en Youssra bedanken voor de leuke tijd samen. Ik had geen betere support kunnen wensen.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Leonie van der Meer

Rotterdam, 14 juli 2022

Samenvatting

De zorg waarborgen voor dak- en thuislozen is een ingewikkeld proces, het is vaak een moeilijk bereikbare en kwetsbare groep die gepaste zorg vraagt. Ook wanneer iemand uitstroomt en onderdak krijgt door onder andere een zelfstandige woning blijft de zorg van belang. Tot op heden is niet goed onderzocht hoe de gezondheid eruit ziet van voormalig dak- en thuislozen en hoe het zorgbeleid hierop is ingesteld. Dit heeft geresulteerd in de volgende onderzoeksvraag: *“Wat is de hulp die geboden wordt aan voormalig dak- en thuislozen en op welke manieren beïnvloedt het zorgbeleid de gezondheid van voormalig Utrechtse dakloze burgers?”*

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van mixed methods. Allereerst is er een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar de gezondheid van dak- en thuislozen en het gezondheidsbeleid wat hierbij hoort. Vervolgens zijn er 39 semigestructureerde interviews gehouden met participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht om een beeld te krijgen van de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen in de regio Utrecht. Hierbij is gebruik gemaakt van een twee vragenlijsten, een kwantitatieve vragenlijst en een kwalitatieve vragenlijst. Daarnaast zijn er zes semigestructureerde interviews gehouden met zorgprofessionals om een beeld te vormen van het zorgbeleid voor (voormalig) dak- en thuislozen in de regio Utrecht. Deze vragenlijst was kwalitatief van aard.

Uit de resultaten is gebleken dat er een divers zorgbeleid is waar verschillende partijen bij betrokken zijn. Uit de interviews met de participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht is gebleken dat het overgrote deel van de participanten somatische klachten ervaart en dat er maar weinig participanten naar begeleiding gaan voor somatische klachten. Somatiek is nog een onderbelicht thema in het zorgbeleid van de betrokken zorginstanties. Op basis hiervan zijn een aantal aanbevelingen opgesteld die het zorgverleningsproces kan verbeteren.

De aanbevelingen die worden gedaan voor de betrokken zorginstanties zijn ten eerste het opnemen van somatiek als thema bij het intakegesprek bij de Maatschappelijke opvang. Ten tweede moet de focus somatiek worden opgenomen bij de overdracht naar zelfstandig wonen. Ten derde moet er geïnvesteerd worden in meer medisch geschoold personeel, hierdoor kunnen signalen van somatiek eerder herkend worden. Ten vierde moet de zorg voor complexe doelgroepen zoals ouderen en jongere (voormalig) dak- en thuislozen gewaarborgd worden door onder andere te investeren in onderlinge samenwerking(en), het aanbieden van trainingen en cursussen aan de complexe doelgroepen en het luisteren naar de vraag van de cliënten. Ten

vijfde moet er meer geïnvesteerd worden in het contact met de huisarts. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor de participanten en moet daarom gezien worden als de één van de belangrijkste partners op het gebied van somatiek. De laatste aanbeveling richt zich op het doorvoeren van reflectie in het werkproces. Hierbij wordt geadviseerd om gebruik te maken van de PDCA cyclus waarbij reflectie gewaarborgd wordt.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Doelstelling	10
1.3 Hoofd- en deelvragen	10
1.4 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 (Herhaalde) dakloosheid	11
2.2 Huisvesting in Utrecht	12
2.3 Gezondheid dak- en thuislozen	12
2.4 Zorgbeleid	14
3. Methodologie	16
3.1 Onderzoeksstrategie	16
3.2 Onderzoekspopulatie	17
3.3 Proces van dataverzameling	17
3.4 Data analyse	19
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	20
4. Resultaten	21
4.1 Gezondheid van deelnemers project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht	21
4.1.1 Deelconclusie	27
4.2 Netwerk van zorgbeleid in regio Utrecht	29
4.2.1 Zorg dak- en thuislozen	29
4.2.2 Verandering in begeleiding	31
4.2.3 Zorg voor voormalig dak- en thuislozen	31
4.2.4 Deelconclusie	33
4.3 Problemen in het netwerk	34
4.3.1 Verschil bij intakegesprek	34
4.3.2 Focus somatiek bij overdracht	34
4.3.3 Het missen van medisch geschoold personeel	35
4.3.4 Wetgeving en financiën	36
4.3.5 Zorg complexe doelgroepen	37
4.3.6 Communicatie huisartsen	39
4.3.7 Belemmeringen bij de samenwerking	40
4.4 Verbeteringen en beleidsaanbevelingen	41
4.4.1 Somatiek bij intake gesprek Maatschappelijke opvang	41

4.4.2 Focus somatiek bij de overdracht	41
4.4.3 Investeren in meer medisch geschoold personeel.....	42
4.4.4 Waarborg de zorg voor complexe doelgroepen.....	42
4.4.5 Investeren in het contact met de huisarts.....	43
4.4.6 Doorvoeren van reflectie in het werkproces	44
5. Conclusie	45
5.1 Discussie en reflectie.....	46
5.2 Aanbevelingen.....	47
5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	47
Bibliografie.....	49
Bijlage 1: Kwalitatieve vragenlijst participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht	55
Bijlage 2: Kwantitatieve vragenlijst participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht	65
Bijlage 3: Kwalitatieve vragenlijst zorgprofessionals	71
Bijlage 4: Codeboom kwalitatieve vragenlijst participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht	72
Bijlage 5: Codeboom kwalitatieve vragenlijst zorgprofessionals	75
Bijlage 6: Vormen van begeleiding 24-uursopvang/beschermd wonen	77

1. Inleiding

Het aantal daklozen is sinds 2009 meer dan verdubbeld in Nederland (CBS, 2019). Er waren naar inschatting 17,8 duizend daklozen in 2009 (tussen 18 tot 65 jaar oud), in 2018 was dit aantal gegroeid tot 39,3 duizend. Na jarenlange stijging is de stijging van het aantal daklozen tot stilstand gekomen in 2020 (CBS, 2021). Op 1 januari 2020 telde Nederland naar schatting ruim 36 duizend daklozen, waar dit in 2018 nog 39 duizend was. Een groot aandeel hiervan is terug te vinden in de vier grote steden (Rotterdam, Den Haag, Amsterdam en Utrecht). Sinds de decentralisatie plannen van kabinet Rutte II in 2017, die ingevoerd waren om efficiënter te werken, stapelen de maatschappelijke problemen zich op. Gemeenten slaan alarm omdat ze te weinig middelen hebben om daklozen te helpen (Volkskrant, 2020). Er is te weinig geld beschikbaar voor de begeleiding van hulpbehoevenden en de woningnood zorgt ervoor dat er een tekort aan woningen is ontstaan waardoor de doorstroom van dak- en thuislozen haast onmogelijk wordt.

In dit onderzoek zal er gefocust worden op de regio Utrecht. De regio Utrecht kampt al een tijd met herhaaldelijke dakloosheid. Uit eerder onderzoek blijkt dat 50% van de bezoekers van de nachtopvang al eens eerder dakloos is geweest (Van Everdingen, 2016). Sinds 2015 is het gemeentelijke beleid gericht op uitstroom naar zelfstandig wonen, waarbij duurzame uitstroom nog meer wordt benadrukt (Boesveldt et al., 2019). De cijfers uit het onderzoek van Van Everdingen (2016) heeft ervoor gezorgd dat er een Utrechtse projectgroep is samengesteld genaamd Voorkomen van Herhaalde Dakloosheid (Boesveldt et al, 2021). De projectgroep bestaat uit afgevaardigden van het Leger des Heils, de Tussenvoorziening, Lister, Kwintes, Buurtteams Utrecht en gemeente Utrecht. De projectgroep heeft opdracht gegeven voor een langlopend onderzoek naar de oorzaken van terugkerende dakloosheid in Utrecht vanuit het cliëntperspectief (Boesveldt, 2019). Gedurende vijf jaar (2019-2024) worden de trajecten van 69 (ex) dak- en thuisloze mensen in de regio Utrecht gevolgd door middel van jaarlijkse interviews. Het uitdiepen van het perspectief van deze dak- en thuislozen is van groot belang om de oorzaken van herhaaldelijke dakloosheid beter te begrijpen en de gekozen oplossingsrichtingen aan te scherpen (Boesveldt et al, 2019).

Elk jaar worden er focus thema's gekozen voor het vijfjarige onderzoek, dit jaar is de vierde meting. De thema's voor de vierde meting in 2022 zijn: de professionele relaties tussen hulpverlening en dak- en thuislozen, de informele relaties van dak- en thuislozen en de somatiek van dak- en thuislozen. Somatiek gaat over de lichamelijke gezondheid, wat vaak samen gaat

met psychische gezondheid (geestelijke gezondheid) (Kooiman, 2017). Het scriptie onderzoek zal zich richten op de somatiek van (voormalig) dak- en thuislozen.

Dak- en thuislozen zijn een moeilijk bereikbare en kwetsbare groep mensen in Nederland (Schmeets, Reep, & Snijkers, 2003; CBS, 2019; Pols et al., 2020). Uit onderzoek in Rotterdam is gebleken dat dak- en thuislozen een substantieel slechtere gezondheid hebben in vergelijking met de algemene bevolking (Nusselder et al., 2013). Zo leven dak- en thuislozen vele jaren korter dan mensen met een dak boven hun hoofd, dit kan zestien jaar schelen. Vergeleken met de algemene bevolking is het sterftecijfer 3,5 keer hoger bij dak- en thuislozen. Ook bij het vijf jaar durende onderzoek is te zien bij de drie metingen tot nu toe dat de gezondheid van een gedeelte van de gevolgde dak- en thuislozen ondermaats is (Boesveldt et al., 2019; Boesveldt et al., 2020; Boesveldt et al., 2021).

Het bieden van tijdige en goede zorg is van belang bij deze doelgroep. De (voormalig) dak- en thuislozen zijn moeilijk te bereiken voor hulpverleners doordat niet elke dak- of thuisloze het zorgnetwerk weet te vinden of moeilijk te bereiken is, terwijl deze zorg of hulp wel nodig is (Klop et al., 2018). In de metingen van het vijfjarige onderzoek komt veelvuldig naar voren dat het vragen naar hulp een grote stap is voor de (voormalig) dak- en thuislozen (Boesveldt et al., 2019; Boesveldt et al., 2020; Boesveldt et al., 2021). De complexiteit van de vele verschillende partijen die betrokken zijn, maakt het lastig in kaart te brengen welke zorg waar het beste opgepakt kan worden. Tevens heeft de decentralisatie ervoor gezorgd dat de gemeente nog maar beperkte middelen heeft om de dak- en thuislozen te helpen (Volkskrant, 2020).

1.1 Probleemstelling

De groep (voormalig) dak- en thuislozen in regio Utrecht is een moeilijk bereikbare en kwetsbare groep mensen die om gepaste zorg vraagt (Schmeets, Reep & Snijkers, 2003; CBS, 2019; Pols et al., 2020). Een lastige doelgroep, de vele betrokken partijen en beperkte beschikbare middelen maakt gepaste zorg voor de dak- en thuislozen uitdagend. Het is van maatschappelijk belang om te onderzoeken waar de zorg op dit moment bij (voormalig) dak- en thuislozen terecht komt en hoe beleid hierop wordt aangepast. Het onderzoek zal een aanvulling zijn op de hedendaagse kennis rondom zorg en beleid bij (voormalig) dak- en thuislozen. Het vijfjarige onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht brengt jaarlijks in kaart hoe het gaat met de 69 (voormalig) dak- en thuislozen en geeft hierbij ook aanbevelingen ter verbetering van beleid (Boesveldt, 2019; Boesveldt, 2020; Boesveldt, 2021).

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van wat voor soort zorgbeleid er is voor (voormalig) dak- en thuislozen in de regio Utrecht en in hoeverre dit invloed heeft op de gezondheid van voormalig Utrechtse dakloze burgers van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Deze invloed wordt mogelijk verklaard door de samenwerking van stakeholders op het gebied van gezondheid in de regio Utrecht. Middels kwalitatief en kwantitatief onderzoek wordt dit in kaart gebracht. Door semigestructureerde interviews af te nemen bij (voormalig) dak- en thuislozen in de regio Utrecht en bij de relevante stakeholders brengt dit onderzoek het zorgbeleid voor de doelgroep in kaart.

1.3 Hoofd- en deelvragen

Dit heeft geleid tot de formulering van de volgende onderzoeksvraag:

“Wat is de hulp die geboden wordt aan voormalig dak- en thuislozen en op welke manieren beïnvloedt het zorgbeleid de gezondheid van voormalig Utrechtse dakloze burgers?”

Deelvragen van dit onderzoek zijn als volgt:

1. Hoe ziet de gezondheid onder deelnemers aan het onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht eruit?
2. Hoe kan het netwerk van betrokken organisaties bij het zorgbeleid van dak- en thuislozen worden gekarakteriseerd in de regio Utrecht?
3. Welke problemen doen zich voor in het bieden van de juiste zorg voor (voormalig) dak- en thuislozen en hoe relateert zich dit tot de gezondheid van deze groep?
4. Welke verbeteringen zijn er mogelijk en tot welke beleidsaanbevelingen leidt dit volgens de betrokken stakeholders, lettend op het meerjarig onderzoek naar terugval dakloosheid?

1.4 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk zal het theoretisch kader van het scriptie onderzoek nader toegelicht worden. In hoofdstuk drie zal de methodologische verantwoording worden besproken. In het daaropvolgende hoofdstuk vier worden de resultaten besproken van het onderzoek. Het slothoofdstuk vijf zal de conclusie en discussie behandelen.

2. Theoretisch kader

Het onderzoek zal gebruik maken van een aantal theoretische concepten. Allereerst zal er in worden gegaan op het fenomeen terugval dakloosheid. Hierbij zal worden ingezoomd welke factoren mee spelen bij herhaalde dakloosheid. Ten tweede zal er gekeken worden naar de huisvesting in Utrecht voor dak- en thuislozen en welke begeleidingsvormen hierbij horen. Ten derde zal er gekeken worden naar gezondheid van voormalig dak- en thuislozen. Ter afsluiting zal het zorgbeleid in Nederland en in de regio Utrecht in kaart worden gebracht.

2.1 (Herhaalde) dakloosheid

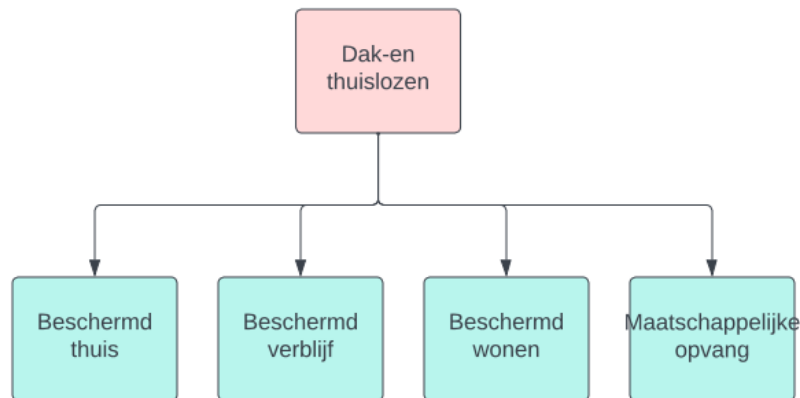
In dit onderzoek worden de termen dak- en thuislozen gebruikt. Dakloos is iemand wanneer hij of zij geen vaste woonplaats of verblijfplaats heeft (Gemeente Zwolle, z.d.). Diegene heeft dan geen adres om te wonen of te logeren. Iemand is thuisloos wanneer diegene steeds wisselt van onderdak of woonplaats. Voordat mensen dak- of thuisloos worden vindt er vaak al een (jarenlange) opeenstapeling van problemen plaats (van Doorn, 2002; CBS, 2018; CBS, 2019; Altena, Oliemeulen & Wolf, 2010). Het kunnen problemen zijn van mensen zelf en hun directe omgeving, maar het kunnen ook problemen zijn waarbij meer structurele, maatschappelijke ontwikkelingen een rol spelen (Trimbos-instituut, 2019). De bestaans(on)zekerheid die er ontstaat is vaak een belangrijke voorspeller van dakloosheid. Voorbeelden hiervan zijn: het wegvallen van inkomen, oplopende schulden, een onzekere woonsituatie, onzeker werk of werkeloosheid en het ontbreken van een ondersteunend netwerk. Dit kan allemaal leiden tot een vergroot risico op dakloosheid (van Doorn, 2002; van Laere, 2009; van Straaten, 2016). In de rapportage uit 2019 van het onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht gaven de participanten de volgende punten als directe aanleiding van herhaalde dakloosheid: (dreigende) huisuitzettingen veroorzaakt door huurachterstanden, overlast of ruzie met de huisbaas, het verbreken van een relatie, geschorst worden uit een instelling voor beschermd wonen, ontslagen uit detentie of terugkomst uit buitenland. Een groot deel van de participanten (31 van de 69 participanten) gaf aan dat ze meerdere keren te maken hebben gehad met herhaling in dakloosheid (Boesveldt et al, 2019). Meerdere factoren hebben invloed gehad op herhaalde dakloosheid.

Een oplossing die goed lijkt te werken is huisvesting bieden aan deze doelgroep. Huisvesting biedt een belangrijke stap naar het normaliseren van leefomstandigheden (Busch-Geertsema, 2005). Hierbij moet rekening gehouden worden met verschillende factoren, zo moet de kwaliteit en locatie van het huis goed zijn om voldoende te helpen met de integratie van dak- en thuislozen. Een betaalbare huur is ook van belang. Daarnaast is ook de locatie belangrijk

aangezien het een risico kan vormen voor terugval in dakloosheid. De dak- en thuislozen moeten niet geplaatst worden in een wijk of stad die een groot risico vormt voor herhaalde dakloosheid, denk aan bekende drugdealers in de buurt of een crimineel verleden in dat gebied.

2.2 Huisvesting in Utrecht

(Tijdelijke) huisvesting kan op verschillende manieren worden ingevuld. De gemeente Utrecht biedt verschillende vormen van begeleiding middels 24-uurs opvang/beschermd wonen.



Figuur 1: Verschillende vormen van begeleiding (Gemeente Utrecht, z.d.)

De vier begeleidingsvormen zullen kort uitgelegd worden. Beschermd thuis is bedoeld voor mensen die alleen met (zeer) veel hulp en ondersteuning zelf hun eigen leven kunnen leiden (Gemeente Utrecht, z.d.-a). Bij deze vorm wonen mensen meestal zelfstandig in een eigen woning of instelling. Ze ontvangen 24-uurszorg om zelfstandig te kunnen wonen. De tweede vorm Beschermd verblijf is bedoeld voor mensen die zeer veel hulp nodig hebben (Gemeente Utrecht, z.d.-a). De hulp die ze ontvangen kan op wisselende momenten nodig zijn. Deze groep mensen wonen op een locatie van een instelling met 24-uurszorg. Reden hiervoor is dat zij (nog) niet zelfstandig kunnen wonen. De derde vorm Beschermd wonen is ook bedoeld voor mensen die niet zelfstandig kunnen wonen (Gemeente Utrecht, z.d.-a). Deze groep heeft naast gespecialiseerde begeleiding in een 24-uurvoorziening, een speciale ondersteuningsvraag, benadering en setting. Volgens de gemeente Utrecht (z.d.-a) kan deze speciale ondersteuning niet lokaal of regionaal gegeven worden. De laatste vorm van begeleiding is de Maatschappelijke opvang. Deze is bedoeld voor mensen die geen eigen woonplek meer hebben en niet direct nieuw onderdak kunnen vinden. Ter plekke is er begeleiding aanwezig ter ondersteuning bij het vinden van een woonplek of om juiste zorg te vinden.

2.3 Gezondheid dak- en thuislozen

De daadwerkelijke data betreffende de gezondheidsproblematiek van (voormalig) dak- en thuislozen is incompleet. De gezondheidsdata van dak- en thuislozen wordt sinds 2014 niet

meer nationaal geregistreerd (Ross-van Dorp, 2006). Voorheen werd data geregistreerd middels het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, hierbij werd er gekeken naar de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) en het Rijk (Ross-van Dorp, 2006). Kennis over gezondheidsproblemen bij de dak- en thuislozen is door verschillende redenen gefragmenteerd en incompleet (Van Everdingen et al., 2021). Allereerst is het algehele gezondheidssysteem verantwoordelijk voor de zorg van dak- en thuislozen. Wat betekent dat de gezondheidsdata mist, op dit moment worden de gegevens niet op een systematische manier verzameld en wordt de gezondheidsdata niet geïnterpreteerd (Van Everdingen et al., 2021). Ten tweede hebben de dak- en thuislozen vaak andere overlevings prioriteiten. Zo zorgen financiële problemen ervoor dat de drempel hoog is tot de toegang en betrokkenheid van zorg (Van Everdingen et al., 2021). Ten derde wordt er bij traditionele data verzameling over volksgezondheid gebruik gemaakt van adressen bij sampling. Dit zorgt ervoor dat dak- en thuislozen zonder geregistreerd adres worden uitgesloten bij deze dataverzameling waardoor ze ondervertegenwoordigd zijn bij gezondheid surveys (Van Everdingen et al., 2021).

Op internationaal en nationaal gebied zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd waarbij gekeken is in hoeverre het leven op straat invloed heeft op iemands gezondheid. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat de gezondheid van (voormalig) dak- en thuislozen ondermaats is. In vergelijking met de algemene bevolking hebben dak- en thuislozen vaker verslavingen, fysieke en mentale gezondheidsproblemen en intellectuele problemen (Aldridge et al., 2018; Fazel, Geddes, & Kushel, 2014; Van Straaten et al., 2014). Buitenlandse studies tonen aan dat er bij daklozen hoge aantallen psychiatrische stoornissen voorkomen (Fazel et al., 2008) en ook veel middelenmisbruik (Beijer et al., 2011; Nielsen et al., 2011). Uit onderzoek van Van Everdingen et al. (2021) blijkt dat van de 436 Nederlandse dak- en thuislozen die ze hadden gesproken, 95% gezondheidsproblemen had. Ook had 98.6% last van psychische problemen.

Een met dit onderzoek vergelijkbare studie is het onderzoek van Verheul et al. (2020) waarbij er aan respondenten gevraagd is in hoeverre zij gezondheidsproblemen ervaren. Bij het onderzoek van Verheul et al. (2020) waren er in totaal 157 respondenten geïnterviewd in twaalf steden. Ook bij dit onderzoek is het aantal respondenten die gezondheidsproblemen ervaren hoog, waarbij 94% aangaf te kampen met gezondheidsproblemen. Volgens de respondenten was het sterk gerelateerd aan het hebben van schulden (69%), verdrietig voelen of depressief zijn (57%) en het alleen voelen (57%). Deze sociale problemen zorgden volgens de respondenten tot een verergering van hun gezondheid. Zelf ervaren gezondheid (ook wel zelf beoordeelde gezondheid) is een belangrijke indicator voor objectieve gezondheid volgens

Verheul et al. (2020). Uit meerdere studies, die uitgevoerd zijn in verschillende culturen en omgevingen, bleek dat personen die een slechtere zelfbeoordeling meldden, een hoger risico lopen op latere morbiditeit en mortaliteit (DeSalvo, Fan, McDonell & Fihn, 2005), zo ook in Nederland (Aygemang, Denktas, Bruijnzeels & Foets, 2006).

Ander onderzoek van Nusselder et al. (2014) volgde het traject van 2096 volwassen daklozen in Rotterdam. Daklozen van twintig jaar en ouder die in 2001 instellingen voor opvang bezochten werden gedurende tien jaar gevolgd (2001-2010). Van deze groep waren er 265 overleden tijdens de follow-upduur van tien jaar. In vergelijking met de Rotterdamse bevolking was het sterftecijfer 3,5 keer hoger bij de daklozen. Met name de vrouwen en jongeren hadden de hoogste oversterfte van de groep.

Ook wanneer voormalig dak- en thuislozen een huis hebben, blijven gezondheidsproblemen aanwezig. Met name de gezondheidsproblematiek is iets wat niet simpelweg stopt zodra iemand huisvesting krijgt. Wel helpt het om huisvesting te hebben, omdat het helpt met het omgaan van gezondheidsproblemen, het bezoeken van dokters en tandartsen en het krijgen van reguliere medicatie (Busch-Geertsema, 2005). Het hebben van huisvesting is ook van belang voor het krijgen van een baan (wat vaak niet lukte door gezondheidsproblemen) en het ontsnappen aan armoede (Busch-Geertsema, 2005).

2.4 Zorgbeleid

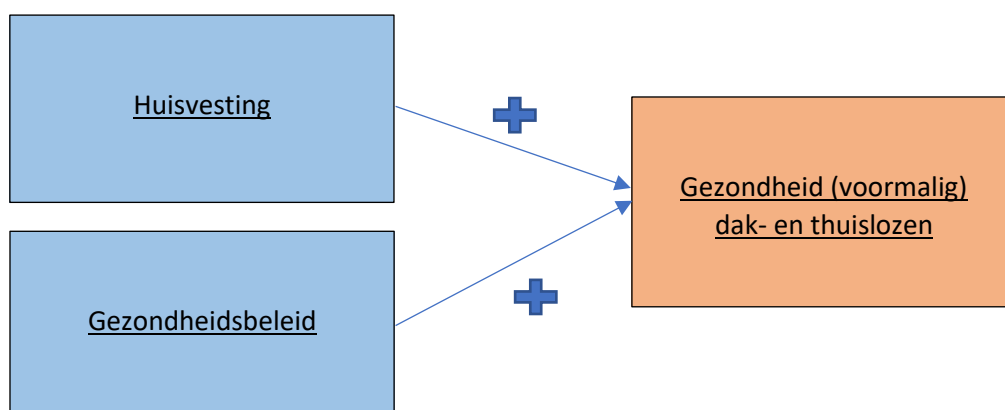
De Nederlandse zorg heeft veel veranderingen ondergaan. Het huidige Nederlandse zorgstelsel heeft de volgende vier doelen (RIVM, z.d.): het geven van de benodigde zorg voor iedereen die dat nodig heeft (1), het borgen van een goede kwaliteit van zorg (2), de betaalbaarheid van de zorg waarborgen (3) en het voorkomen van ziekten en daarmee zorggebruik (4). De Nederlandse zorg presteert voldoende, maar er zijn in bepaalde delen van de zorg grote knelpunten (De Visser et al., 2021). De zorgkosten blijven stijgen door onder andere vergrijzing, economische ontwikkeling en technologische ontwikkeling waardoor de zorg niet meer houdbaar wordt (De Visser et al., 2021). Met de decentralisatie van 2015 is het zorgbeleid ook steeds meer een taak geworden voor gemeenten, wat een enorm beslag legt op de bestuurlijke slagkracht (Nijendaal, 2014). Het idee achter deze decentralisatie is dat de uitvoering van taken dichterbij de burger ligt, wat vervolgens leidt tot een doelmatiger en effectiever beleidspraktijk (Nijendaal, 2014). Met name bij de (voormalig) dak- en thuislozen zorg is het zorgbeleid ingewikkeld. Dakloosheid is vaak een complexe multi-issue problematiek waar vaak sprake is van mentale problemen, verslaving(en) en fysieke ziektes. Zorg op maat is

hierbij nodig, dit vraagt om ketensamenwerking (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020).

Vanaf 18 jaar is het verplicht om een zorgverzekering te hebben (Rijksoverheid, z.d.-a). Hierbij is de basisverzekering verplicht, eventuele aanvullende verzekering niet. Wanneer dak- of thuislozen huisvesting hebben kan de basis weer op orde worden gebracht, zoals inkomen, inventarisatie van schulden, zorgverzekering en Identiteitskaart (ID). Met name de zorgverzekering is iets waarbij huisvesting nodig is, aangezien die geregistreerd moet worden op een adres. Met een zorgverzekering wordt de standaardzorg gedekt van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek (Rijksoverheid, z.d.-a). Wanneer iemand geen huisvesting heeft kan deze persoon beroep doen op een briefadres bij de gemeente Utrecht (Gemeente Utrecht, z.d.-b). Het kan tot vier weken duren voordat iemand bericht krijgt of diegene wel of niet het briefadres krijgt toegewezen.

2.5 Conceptueel model

Gelet op de theorieën betreffende de invloed van huisvesting en gezondheidsbeleid op de gezondheid van dak- en thuislozen kan het volgende model worden geformuleerd (zie figuur 2). Uit de literatuur blijkt dat het hebben van huisvesting een positieve invloed heeft op de gezondheid van dak- en thuislozen. Ook het hebben van een gezondheidsbeleid voor deze groep heeft een positieve invloed op de gezondheid. Deze theorieën zijn voornamelijk gefocust op de gezondheid van dak- en thuislozen en niet op die van voormalig dak- en thuislozen. Dit onderzoek toetst of de invloed van huisvesting en gezondheidsbeleid ook meespeelt bij de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen van het onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht.



Figuur 2: Conceptueel model

3. Methodologie

In dit hoofdstuk zal de methodologie behandeld worden van dit onderzoek. Er zal allereerst gestart worden met de onderzoeksstrategie. In de onderzoeksstrategie wordt het type onderzoek omschreven en wat voor type research het is. In de tweede paragraaf wordt er ingegaan op de onderzoekspopulatie, ook wel de (voormalige) dak- en thuislozen in de regio Utrecht en de betrokken partners bij het gezondheidsbeleid. In de derde paragraaf wordt er verder ingegaan op het proces van dataverzameling. De daaropvolgende paragraaf gaat verder in op de analyse van de data die uit de dataverzameling is gekomen. In de laatste paragraaf worden de begrippen validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek nader verklaard.

De data die geanalyseerd is voor het onderzoek wordt ook gebruikt voor het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht van de Universiteit van Amsterdam. Zoals al eerder vermeld is dit een vijf jaar lang durend onderzoeksproject wat sinds 2019 jaarlijks data middels interviews verzamelt bij (voormalig) dak- en thuislozen in de regio Utrecht. Dezelfde 69 dak- en thuislozen worden elk jaar weer benaderd om hun traject te volgen.

3.1 Onderzoeksstrategie

Het onderzoek is inductief van aard. Dit is terug te zien aan de beschrijvende en verkennende aard van het onderzoek (Babbie, 2012). In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van kwalitatief en kwantitatief onderzoek (mixed methods). Voor dit onderzoek werd gebruikgemaakt van deskresearch en fieldresearch. Er werd gebruikgemaakt van deskresearch door literatuur te verzamelen waarin gesproken werd over (voormalig) dak- en thuislozen en de gezondheidsproblematiek die hieruit voortkomt. Om inzicht te krijgen in de relatie tussen zorgbeleid en de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen, zijn er in de periode van februari 2022 tot en met juni 2022 papers verzameld waarin de invloed van zorgbeleid besproken wordt. Ook zijn er verschillende rapporten geraadpleegd waarin de problematiek wordt behandeld. In totaal zijn er rond de twintig papers gebruikt die allen een andere insteek hadden betreffende dak- en thuislozen en somatiek. De eerdere drie metingen van het project Voorkomen Herhaalde dakloosheid Utrecht bieden ook data die gebruikt kan worden voor dit onderzoek. Vervolgens is er veldonderzoek uitgevoerd waarbij er meer toegespitst is op de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen van het project Voorkomen Herhaalde dakloosheid Utrecht. Om de gezondheid van de voormalig dak- en thuislozen in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Hierbij is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve vragenlijst en een kwantitatieve vragenlijst. Naast de voormalig dak- en thuislozen zijn ook verschillende betrokken partners op het gebied van gezondheidsbeleid in regio Utrecht geïnterviewd. Partners

die betrokken zijn bij de vormgeving van gezondheidsbeleid, maar ook de uitvoering ervan zoals persoonlijke begeleiding van cliënten.

3.2 Onderzoekspopulatie

In het eerste jaar van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht zijn er in 2019 69 dak- en thuislozen geïnterviewd. In dit onderzoek zijn dezelfde 69 respondenten meegenomen, ook als zij niet meer dak- en thuisloos zijn. In het eerste jaar van het project (2019) Voorkomen Herhaalde dakloosheid Utrecht zijn er 69 respondenten geïnterviewd. Twintig van deze respondenten zijn mensen die bij aanvang van het project verbleven in de nacht- of crisisopvang en te maken hebben gehad met een of meerdere dakloze episodes. De overige vijftig respondenten zijn mensen die bij aanvang van het onderzoek verbleven in de maatschappelijk opvang of een instelling voor beschermd wonen, waarvan werd verwacht dat ze binnen acht maanden na het interview zouden uitstromen naar een zelfstandige woning in regio Utrecht. Door de respondenten vijf jaar lang te volgen in hun traject naar een woning kan er in kaart worden gebracht waar eventuele hindernissen liggen evenals helpende factoren die men tegenkomt op het pad naar stabiel wonen.

Voor de vierde meting van dit jaar (2022) zijn er 39 respondenten geïnterviewd. 32 hiervan waren man, zeven waren vrouw. Er zijn verschillende redenen voor de lagere opkomst. Vier van de 69 respondenten zijn overleden. Een aantal respondenten gaven aan niet herinnerd te willen worden aan hun dakloze periode en wilden het graag achter hun laten. Andere redenen waren: ziekte, verhuizing, geen zin hebben en het hebben van een drukke agenda. De respondenten zijn allen inmiddels voormalig dak- en thuislozen. Zoals al eerder vermeld worden ook belangrijke partners die betrokken zijn bij de hulpverlening geïnterviewd om een beeld te formuleren van het gezondheidsbeleid in de regio Utrecht betreffende (voormalig) dak- en thuislozen. Zes zorgprofessionals zijn geïnterviewd die direct betrokken zijn bij het ontwikkelen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid voor (voormalig) dak- en thuislozen.

3.3 Proces van dataverzameling

De vragenlijsten die zijn gebruikt zijn semigestructureerd. De interviews voor het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht werden samen met een getrainde ervaringsdeskundige afgenomen. De ervaringsdeskundigen hebben hun eigen ervaringen rondom dakloosheid of psychische kwetsbaarheden. Door hun eigen ervaringen en deskundigheid weten ze wat er nodig kan zijn om het herstelproces te bevorderen. Het interviewen samen met een ervaringsdeskundige zorgt ook voor een gemoedelijke en vertrouwelijke sfeer waarbij er ruimte ontstaat voor het bespreken van persoonlijke en soms

emotionele ervaringen van de respondenten. De interviews voor het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht zijn in samenwerking met een andere stagiair van de Universiteit van Amsterdam uitgevoerd. De onderzoeker heeft zelf zeventien interviews afgenomen, de andere stagiaire heeft er twaalf afgenomen. De interviews met de zorgprofessionals zijn alleen afgenomen aangezien die specifiek voor dit onderzoek bedoeld zijn.

In [Bijlage 1](#) is de kwalitatieve vragenlijst weergegeven. Er zijn twee soorten. Eén voor de groep die nog verblijft in een Maatschappelijke opvang of een Begeleid Wonen voorziening en de andere voor de groep die al is uitgestroomd en zelfstandig woont. Uit eerder wetenschappelijk onderzoek zijn deze onderwerpen naar voren gekomen. De kwalitatieve vragenlijst die gebruikt wordt heeft vijf deelonderwerpen: aanwezigheid van sociaal netwerk en sociaal contact, dag invulling en zingeving, overdracht van zorg, financiële redzaamheid en de mate van samenhang in een persoonsgericht traject (Boesveldt et al., 2019). Zo is er gekeken naar de uitkomsten op cliëntniveau (Boesveldt, 2015) en zijn de door Disgover (2018) en Van Everdingen (2016) onderscheiden risicodomeinen voor herhaald dakloosheid meegenomen in de analyse. Voor de eerste meting in 2019 is de vragenlijst getest en voorgelegd aan ervaringsdeskundigen, de vertegenwoordigers van de werkgroep ‘Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht’.

In [Bijlage 2](#) is de kwantitatieve vragenlijst weergegeven. De kwantitatieve vragenlijst bestaat uit de volgende deelonderwerpen: huwelijks staat, huidige woonsituatie, woonsituatie afgelopen jaar, begeleiding, behandeling/ondersteuning bij psychiatrische kwetsbaarheid, behandeling/ondersteuning bij lichamelijk kwetsbaarheid, gebruik van verslavende middelen, inkomen en daginvulling/werk. Bij beide vragenlijsten zijn er vragen toegevoegd met betrekking tot de psychische en lichamelijke kwetsbaarheid. De gevalideerde zorgbehoeftenlijst van het Trimbos-instituut (2003) is hierbij gebruikt als basis voor de vragen. Beide vragenlijsten zijn goedgekeurd door de Facultaire Commissie Ethiek van de Faculteit Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam.

Voor de zorgprofessionals is er een andere kwalitatieve vragenlijst gebruikt, weergegeven in [Bijlage 3](#). De vragen zijn deels gebaseerd op de literatuur betreffende het zorgbeleid in de regio Utrecht en de eerdere onderzoeken voor het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht.

Een aantal interviews heeft plaatsgevonden bij respondenten thuis of in de voorziening waar de respondent verbleef. Ook is een aantal interviews via videobellen afgenomen. Voor het

interview werden respondenten geïnformeerd middels een informatiebrief waarin informatie werd verschaft over het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Vervolgens vulden de respondenten een toestemmingsverklaring in, waarbij hij/zij al dan niet toestemming gaf voor het gebruik van de interviewgegevens voor diverse doeleinden. Ook gaven ze met het invullen en ondertekenen toestemming dat het interview werd opgenomen. Bij de interviews die telefonisch werden afgenomen werd er gevraagd naar een mondelinge toestemming bij het doornemen van de toestemmingsverklaring. Na afloop ontvingen de respondenten een VVV-bon ter waarde van tien euro.

3.4 Data analyse

De interview opnames zijn getranscribeerd en geanonimiseerd. De participanten hebben allen aliassen in dit onderzoek. Ze zijn opgeslagen en vervolgens geanalyseerd in de digitale omgeving van de Universiteit van Amsterdam. De twee vragenlijsten zijn op verschillende wijzen verwerkt. De transcripten werden eerst geanalyseerd middels ATLAS.ti software. Dit was nodig om de kwalitatieve vragenlijst te verwerken en analyseren. Door de jaren heen heeft het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht een codeboom ontwikkeld. De codeboom heeft in totaal tien hoofdthema's: intro, herhaalde dakloosheid, uitstroom traject, informeel netwerk, werk en inkomsten, financiële zelfredzaamheid, daginvulling en zingeving, formeel netwerk/zorg/hulpverlening, continuïteit en als laatste integrale aanpak. Deze tien hoofdthema's hebben elk weer subcodes (zie [Bijlage 4](#)). Voor dit onderzoek was voornamelijk het thema formeel netwerk/zorg/hulpverlening relevant aangezien het zich toespitste op de gezondheid en zorg/hulpverlening. Deze codeboom is gebruikt voor het analyseren van de interviews met de participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Voor het analyseren van de interviews van de zorgprofessionals is een andere codeboom opgesteld (zie [Bijlage 5](#)).

Elk interview is individueel gecodeerd per casus/respondent. Als extra check is er ook gebruik gemaakt van intercoder reliability waarbij twee onafhankelijke codeerders overeenstemmen over de toepassing van hetzelfde coderingschema (Lavrakas, 2008); in dit onderzoek de codeboom. Wekelijks zijn de codeerders bij elkaar gekomen. Intercoder reliability is een belangrijk component bij het analyseren van interviews. Zonder die extra check kan de interpretatie van de gegevens niet beschouwd worden als objectief en geldig (Lavrakas, 2008).

Voor het analyseren van de kwantitatieve vragenlijst is er gebruik gemaakt van SPSS. Ook hierbij werd het bestaande SPSS bestand gebruikt en geüpdatet naar aanleiding van de gegevens van de nieuwe meting. Ook werden er nieuwe variabelen toegevoegd, reden hiervoor zijn de

nieuwe vragen betreffende de somatiek van de respondenten. De antwoorden op de vragen betreffende somatiek zijn geanalyseerd middels het gebruiken van frequenties en crosstabs in SPSS. Deze gegevens zijn voornamelijk gebruikt om deelvraag één te beantwoorden: *‘‘Hoe ziet de gezondheid onder deelnemers aan het onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht eruit?’’* De overige drie deelvragen zijn beantwoordt middels de response van de participanten en de response van de zorgprofessionals.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Het gebruiken van bestaande vragenlijsten brengt een hoge mate van validiteit met zich mee. Het biedt een bepaalde mate van houvast waardoor de respondenten op een gerichte wijze bevraagd kunnen worden. Een meerjarig onderzoek zorgt er ook voor dat dezelfde vragen gesteld moeten worden. Door extra interviewvragen, waarbij dieper in wordt gegaan op de somatiek van de respondenten, wordt er ook een beter beeld geschetst van de problematiek. De extra interviewvragen zijn opgesteld aan de hand van de zorgbehoeftenvragenlijst van het Trimbos-instituut (2003). Ook door te spreken met belangrijke partners zoals het Leger des Heils is in kaart gebracht hoe er wordt omgegaan met de somatiek van (voormalig) dak- en thuislozen. Op deze wijze wordt de informatie opgehaald die nodig is om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden.

Het onderzoek is wel degelijk reproduceerbaar aangezien het dezelfde meetmethode aanhoudt van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht welke al sinds 2019 dezelfde wijze heeft van meten. Elk jaar worden dezelfde kernonderwerpen behandeld waardoor het een meetmethode is welke elk jaar reproduceerbaar is.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het onderzoek besproken worden. Elke paragraaf zal een deelvraag beantwoorden om op deze wijze de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. De eerste paragraaf zal beantwoordt worden met de response van de participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. De tweede paragraaf zal beantwoordt worden met de response van de zorgprofessionals en literatuur betreffende het zorgbeleid in regio Utrecht voor (voormalig) dak- en thuislozen. Aanvullend zal ook de link worden gelegd met de response van de participanten van het project. De derde en vierde paragrafen zullen ook beantwoordt worden middels de response van de zorgprofessionals, ook hierbij wordt de link gelegd met de response van de participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht.

4.1 Gezondheid van deelnemers project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

In deze paragraaf staat de eerste deelvraag centraal: *“Hoe ziet de gezondheid onder deelnemers aan het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht eruit?”*. Deze vraag zal beantwoord worden middels twee vormen van data, kwantitatieve data en kwalitatieve data. Allereerst de kwantitatieve data. In totaal zijn er in totaal 39 mensen geïnterviewd van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Te zien op tabel 1 zijn de verblijfplaatsen van de 39 gesproken participanten.

Verblijfslocatie / woonlocatie	Aantal
Zelfstandige woonruimte met omklapcontract/driepartijenovereenkomst	13 (33.3%)
Zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam (omgeklapt, middels urgentie, inschrijftijd of zelf gevonden)	20 (51.3%)
Maatschappelijke opvang	2 (5.1%)
Beschermd wonen	2 (5.1%)
Beschermd verblijf	1 (2.6%)
Andere locatie (GGZ kliniek)	1 (2.6%)
Totaal	39 (100%)

Tabel 1: Verblijfslocatie / woonlocatie van participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht meting vier

De verblijfplaatsen van de participanten zijn van belang omdat het laat zien wat voor type begeleiding ze ontvangen. In de volgende paragraaf zal meer duidelijkheid gegeven worden wat deze verschillende vormen van begeleiding betekenen op het gebied van zorg.

Om de gezondheid van de participanten in kaart te brengen zijn er verschillende vragen gesteld. Allereerst is er aan de geïnterviewde participanten gevraagd of ze wel eens lichamelijke klachten ervaren. 26 (66,7%) van de 39 participanten gaven aan dat ze lichamelijke klachten ervaren. Veel voorkomende klachten waren onder andere rugklachten, pols problemen (artrose en ontstekingen), kortademigheid door onder andere slechte conditie en epilepsie. De 26 participanten wonen in verschillende woonlocaties. In tabel 2 staat weergegeven op welke locaties de participanten met lichamelijke klachten verblijven. Het grootste aantal participanten met klachten wonen in een zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam.

Locatie	Aantal met lichamelijke klachten	Aantal zonder lichamelijke klachten	Geen antwoord	Totaal
Omklapcontract/driepartijenovereenkomst	8	5	0	13
Zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam	14	5	1	20
Maatschappelijke opvang	1	1	0	2
Beschermd wonen	2	0	0	2
Andere locatie (GGZ kliniek)	1	1	0	2
Totaal	26	12	1	39

Tabel 2: Locaties van participanten met of zonder lichamelijke klachten

Leeftijdscategorie	Aantal met lichamelijke klachten	Aantal zonder lichamelijke klachten	Geen antwoord	Totaal
Volwassen (26 tot 40 jaar)	4	3	0	7
Middelbare leeftijd (41 tot 49 jaar)	6	3	1	10
50+ (50 tot 65 jaar)	15	5	0	20
Bejaarde (66 tot 80 jaar)	1	1	0	2
Totaal	26	12	1	39

Tabel 3: Leeftijden van participanten met of zonder lichamelijke klachten

In tabel 3 staat weergegeven in welke leeftijdscategorie de participanten vallen met lichamelijke klachten. Vijftien van de 26 participanten met lichamelijke klachten vallen in de leeftijdscategorie 50+. Ook bij de middelbare leeftijd groep ervaren zes van de tien lichamelijke klachten.

Locatie	Volwassen (26 tot 40 jaar)	Middelbare leeftijd (41 tot 49 jaar)	50+ (50 tot 65 jaar)	Bejaarde (66 tot 80 jaar)	Totaal
Omklapcontract/driepartijenovereenkomst	1	2	4	1	8
Zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam	2	3	9	0	14
Maatschappelijke opvang	0	1	0	0	1
Beschermd wonen	1	0	1	0	2
Andere locatie (GGZ kliniek)	0	0	1	0	1
Totaal	4	6	15	1	26

Tabel 4: Locatie en leeftijden van participanten met lichamelijke klachten

In tabel 4 zijn de locaties weergegeven waar participanten met lichamelijke klachten wonen, hierbij is gelet op de leeftijd van de participanten. Bij alle leeftijdscategorieën is terug te zien dat het overgrote deel van de participanten zelfstandig woont met contract op eigen naam. Ook wonen er veel in een woning met omklapcontract/driepartijenovereenkomst.

Ondanks dat het overgrote deel van de groep (26 participanten) lichamelijke klachten ervaart, hebben er maar acht participanten van deze groep aangegeven dat ze behoefte hebben aan begeleiding bij het omgaan met de lichamelijke klachten. Van de 26 participanten krijgen er vijftien hulp/begeleiding bij hun lichamelijke klachten. Van de groep van vijftien participanten was er één bejaarde, waren er acht 50+, vier van middelbare leeftijd en twee van de categorie volwassenen. Van deze groep van vijftien participanten wonen er negen in een zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam, vijf in een woning met omklapcontract en één respondent in een beschermd wonen locatie. Uit de interviews met de participanten is gebleken dat de meest voorkomende actoren die hulp/begeleiding verlenen: de huisarts, het ziekenhuis en de fysiotherapeut zijn.

Een voorbeeld van een participant die hulp/begeleiding kreeg bij zijn lichamelijke klachten was Loek. Respondent Loek ondervond door zijn eetverslaving veel lichamelijke klachten. Hij wilde hierbij geholpen worden want zelfstandig lukte het maar niet om zijn leefstijl te veranderen. Om te leren om te gaan met zijn lichamelijke klachten kreeg hij een leefstijl coach toegewezen die hem niet alleen ging helpen met afvallen, maar ook zijn hele leefstijl te veranderen.

Elf van de 26 participanten ervaren lichamelijke klachten, maar ontvangen geen hulp/begeleiding. Veel factoren kunnen meespelen waarom iemand niet snel om hulp/begeleiding vraagt. Een aantal factoren die de geïnterviewde participanten aangaven zijn onder andere: geen vertrouwen hebben in de medische wereld, niet de financiële middelen hebben, verandering in hulp/begeleiding en klachten niet serieus genoeg vinden (klachten werden vaak beschreven als ouderdomskwalen). Een voorbeeld waarbij dit speelt is bij Mike die wegens eerdere slechte ervaringen huiverig is om voor hulp/begeleiding te vragen. Ook het constant veranderen van begeleiding zorgt ervoor dat hij minder snel zijn verhaal verteld. Dit ervaart hij ook bij de huisarts wat te lezen is in onderstaande quote:

“ In de huisartsenpraktijk zitten meerdere huisartsen. Ik ben niet iemand die heel vaak naar de huisarts gaat, alleen als ik echt iets heb. Ik heb ook vier dagen met die klaplong gelopen voor ik naar de huisarts ging. Er moet echt iets zijn voor ik ga. En vaak is het ook zo dat ik de ene keer die huisarts krijg, de andere keer die huisarts. ”

Niet alleen de medische wereld betreffende somatiek, ook de medische wereld betreffende GGZ kan schadelijk zijn voor het vertrouwen. Vaak lopen deze werelden ook weer over in elkaar, geestelijke gezondheid heeft weer indirect of direct effect op fysieke gezondheid en ook andersom (Ohrnberger, Fichera & Sutton, 2017).

Een andere participant Gert heeft door meerdere nare ervaringen wantrouwen opgebouwd:

“ Ik heb me wel in de steek gelaten gevoeld door de medische wereld. Dat heeft niet met iemand te maken gehad. Dat heeft te maken met dingen die gebeurd zijn, zowel bij psychologen als bij artsen, die het vertrouwen best wel geschaad hebben. ”

Gert heeft door een misindicatie van een arts anderhalf jaar met een gebroken enkel rondgelopen. Ook heeft Gert serieuze geheugen- en concentratieproblemen waarvan hij aangeeft dat ze voor een lange tijd niet serieus genomen werden. De pogingen die gedaan werden om hem te helpen liepen vaak op niets uit. Een begeleidende organisatie gaf aan hem te willen helpen met zijn problematiek, maar ook dit hielp niet zoals onderstaande quote illustreert:

“ Ja, sorry! Jij bent aan het roepen dat je mij kan helpen. Ik kom er dan mee dat het niet werkt, maar we gingen vooral door. Nu komt het erop neer dat we een jaar verder zijn en er is nog steeds niks gebeurd. Zoek het dan maar uit! Na dit soort dingen kun je niet verwachten dat je dan nog snel naar iemand toegaat om... ja. ”

Ook is er een groep van vier participanten die geen hulp/begeleiding ontvangen, maar daar wel behoefte aan hebben. Een voorbeeld van een participant die behoefte heeft aan hulp/begeleiding is Petra. Petra heeft last van peesontstekingen aan haar polsen. Op dit moment krijgt ze geen hulp, maar in de toekomst zal dit veranderen. Ze zal aan allebei haar polsen geopereerd moeten worden. Haar woonbegeleiding helpt haar met het aanvragen van hulp/begeleiding voor haar somatische problemen. Dit doen ze onder andere door thuishulp te regelen voor haar. Na elke polsoperatie zal ze drie maanden moeten herstellen. In die tijd zal ze thuishulp krijgen.

De participanten is ook de vraag gesteld in hoeverre lichamelijke klachten invloed hadden op hun mate van zelfstandigheid. Van de 39 participanten gaven er 20 (51.3%) aan dat ze minder zelfstandigheid hebben ervaren door hun lichamelijke klachten. Zoals in tabel 5 is weergegeven heeft het hoogste aantal (19 participanten) problemen bij het zelfstandig kunnen bewegen. Deze klachten variëren van pijn aan de rug tot knieproblemen die ervoor heeft gezorgd dat iemand immobiel is geworden. Daaropvolgend ervaren er vier mensen minderzelfstandigheid bij aankleden, drie bij het wassen, twee bij het verzorgen van het uiterlijk en twee ervaren minder zelfstandigheid wanneer ze naar het toilet gaan.

Minder zelfstandigheid bij	Aantal van de 39 participanten
Wassen	3 (7.7%)
Aankleden	4 (10.3%)
Verzorgen uiterlijk	2 (5.1%)
Gezond eten	0
Naar het toilet gaan	2 (5.1%)
Bewegen	19 (48.7%)

Tabel 5: Aantal participanten die minder zelfstandigheid ervaren bij bepaalde zaken

Uit de interviews is gebleken dat het minder mobiel zijn ook gevolgen kan hebben op andere facetten naast gezondheid, zo kan het invloed hebben op werken, sociaal netwerk en dagbesteding. Een voorbeeld waarbij de lichamelijke klachten groot effect hebben op het dagelijks leven is bij Pieter. Pieter durft door zijn lichamelijke klachten dagen niet naar buiten. Afspraken die hij heeft worden dan afgezegd, zelfs met zijn begeleiding. Zijn angst door zijn lichamelijke klachten houdt hem ook tegen op het gebied van werk/vrijwilligerswerk en sociaal netwerk.

Van deze groep van 20 participanten zaten er vijf bij die multi-issueproblematiek hebben. In tabel 6 staat weergegeven bij hoeveel punten de vijf participanten minder zelfstandigheid ervaren. Ondanks de multi-issueproblematiek die deze vijf participanten ervaren gaven er maar twee aan dat ze behoefte hebben aan hulp/begeleiding.

Participant	Minder zelfstandigheid bij
1	Naar het toilet gaan & bewegen (2)
2	Wassen, aankleden & bewegen (3)
3	Wassen, aankleden, verzorgen uiterlijk & naar het toilet gaan (4)
4	Aankleden, verzorgen uiterlijk & bewegen (3)
5	Wassen, aankleden & bewegen (3)

Tabel 6: Participanten met multi-issueproblematiek op het gebied van zelfstandigheid

Hulp bij lichamelijke klachten	Aantal
Eigen huisarts in de wijk	29
Straatdokter	0
GGZ	1
Begeleiding	5
Ziekenhuis	8
Iemand uit de directe omgeving	1
Stadsteam Back-Up	0
Verslavingszorg	0
Geen antwoord	8

Tabel 7: Aanspreekpunt voor hulp bij lichamelijke klachten

In tabel 7 staat weergegeven dat 29 van de 39 participanten aangaven dat indien ze lichamelijke klachten ervaren, ze naar de huisarts gaan. Het regelen van een huisarts werd vaak zelfstandig opgepakt, maar een deel gaf ook aan het samen met begeleiding gedaan te hebben. Van deze 29 gaan er vijf naar de huisarts en het ziekenhuis en gaan er vijf naar de huisarts en naar de begeleiding. Twee van de 39 respondenten gaven aan dat ze niet naar de huisarts gaan. In plaats daarvan ging er één naar de GGZ, het ziekenhuis of zijn directe omgeving en de ander ging zijn lichamelijke klachten alleen naar het ziekenhuis. Acht van de 39 respondenten gaven geen antwoord op de vraag waar ze naartoe gaan met lichamelijke klachten.

Het volledig zelfstandig wonen kan ook risico's met zich meebrengen op het gebied van gezondheid. Twee schrijvende voorbeelden illustreren dit probleem. Zo is er gesproken met Hans, die al sinds de eerste meting in 2019 zelfstandig woont maar voorheen herhaald dakloos is geweest. Hans had wegens nalatigheid van zijn huisarts twee tenen verloren. Naast het verliezen van zijn tenen heeft hij twee kunst knieën en een kunstheup. Ook heeft hij in het afgelopen jaar een pacemaker gekregen. Na het verliezen van zijn tenen heeft Hans het vertrouwen in zijn huisarts verloren en weigert hij nog naar de huisarts te gaan. Wanneer hij klachten heeft dan gaat hij direct door naar het ziekenhuis. Ondanks de noodzaak voor Hans om ook zorg te krijgen van een huisarts, is hij nog steeds niet veranderd van huisarts. Omdat hij volledig zelfstandig woont zal hij dit zelf op moeten pakken. Het verliezen van zijn tenen vond plaats in november 2020, sindsdien is hij niet meer naar de huisarts gegaan.

Het tweede voorbeeld is het verhaal van Sarah. Sarah was op haar knie gevallen en heeft hier nog steeds veel last van. Ondanks de pijn blijft ze verder werken. Ze gaat niet naar de dokter omdat ze geen aanspraak wil doen op haar eigen risico. Sarah is uitgestroomd en krijgt geen begeleiding meer.

Ook positieve verhalen kwamen naar voren bij verschillende participanten op het gebied van hulp/begeleiding. Zo was er Pieter die een mentor heeft om hem te helpen met medische zaken. Eerst had hij een mentor en bewindvoerder¹ in één. Later veranderde dit in twee losse actoren. Peter ervaart veel problemen met zijn bewindvoerder, waarbij zijn mentor hem helpt om een nieuwe bewindvoerder te regelen. Pieter heeft deze hulp/begeleiding nodig omdat hij door een operatiefout in zijn jeugd niet aangeboren hersenletsel heeft opgelopen. Pieter ervaart veel somatische klachten waaronder problemen met zijn darmen en zijn slokdarm, diabetes en hij heeft een scheur in zijn buikwand die niet geopereerd kan worden. Ook slaapt hij slecht door de pijn die hij ervaart. Zijn huisarts is zijn eerste aanspreekpunt, daarnaast loopt hij bij de longarts, de cardioloog, de Maag Lever Darm (MLD) arts, de uroloog, de oogarts en bij de internist². Ondanks zijn positieve ervaringen met zijn mentor merkt hij dat er een multidisciplinaire aanpak mist wanneer hij vraagt naar medische hulp/begeleiding bij de huisarts en bij het ziekenhuis. Hij beschrijft het als volgt:

‘Ik mis ook dat als je multidisciplinair bent, er iemand in het ziekenhuis is waar je naartoe kan gaan en zeggen: "Ik ben multidisciplinair" en al die dokters die je hebt een keer aan hun jas trekken, in een kamer duwen en je komt er pas uit als er één oplossing is. Nu zitten ze allemaal op eilandjes, iedereen doet wat ie zelf denkt. En je komt nergens. Dat is zwaar frustrerend, zeker met de pijn. Als ik weet dat het veel beter kan, en dat is bewezen maar ze doen het niet, en dan zegt de huisarts: "Ik wil dat er een specialist achter staat" en de specialist zegt: "Van mij mag het, maar je huisarts doet de medicijnen".’

Pieter ervaart dat er een integrale aanpak voor zijn medische klachten mist.

4.1.1 Deelconclusie

In deze paragraaf stond de eerste deelvraag centraal: *‘Hoe ziet de gezondheid onder deelnemers aan het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht eruit?’*

¹ Een bewindvoerder is iemand die door de rechter benoemd is om te helpen om geldzaken op orde te krijgen (De Rechtspraak, z.d.).

² Een internist is gespecialiseerd in interne geneeskunde gericht op aandoeningen van de inwendige organen (Erasmus MC, z.d.)

Geconcludeerd kan worden dat tweederde (26 van de 39) van de participanten lichamelijke klachten ervaart. De lichamelijke klachten die ervaren worden hebben ook veel invloed op het functioneren van de participanten, zo worden ze onder andere minder mobiel. Dit heeft ook invloed op andere punten zoals werken en dagbesteding. Toch geeft maar een klein deel aan hulp te willen krijgen bij de lichamelijke klachten. De hulp die geboden wordt is voornamelijk uit de reguliere zorg, waarbij de huisarts als belangrijkste aanspreekpunt wordt gezien. Van de begeleiding wordt er bijna niet gebruik gemaakt indien lichamelijke klachten worden ervaren. Een deel van de participanten vraagt niet naar hulp/begeleiding. Een aantal hebben geen vertrouwen in de medische wereld. Ten tweede werd er aangegeven dat het missen van financiële middelen voor zorg een heikel punt is voor een aantal respondenten. Niet alles wordt vergoed door de zorgverzekering. Ten derde zorgt verandering in hulp/begeleiding ervoor dat participanten minder snel hulp/begeleiding zoeken. Er mist hierdoor een vertrouwensband. Ten vierde gaven participanten aan klachten vaak niet serieus genoeg te vinden. Klachten werden vaak beschreven als ouderdomskwalen.

4.2 Netwerk van zorgbeleid in regio Utrecht

In deze paragraaf zal deelvraag twee beantwoord worden: *‘Hoe kan het netwerk van betrokken organisaties bij het zorgbeleid van voormalig dak- en thuislozen worden gekarakteriseerd in de regio Utrecht?’* Hierbij zal ingegaan worden op het zorgbeleid van dak- en thuislozen en hoe dit zorgbeleid verandert wanneer iemand huisvesting krijgt.

4.2.1 Zorg dak- en thuislozen

Binnen de regio Utrecht zijn, zoals in [paragraaf 2.2](#) genoemd werd, verschillende organisaties betrokken bij het verlenen van zorg en begeleiding aan dak- en thuislozen. In [Bijlage 6](#) zijn alle betrokken organisaties in de regio Utrecht bij deze vier vormen (Beschermd thuis, Beschermd verblijf, Beschermd wonen en Maatschappelijke opvang) van begeleiding weergegeven (Gemeente Utrecht, z.d.-a). In 2020 heeft de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) samen met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport afgesproken dat elke gemeente zelf verantwoordelijk wordt voor de Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen van inwoners en dat het budget hiervoor wordt verdeeld over alle gemeenten (Diepeveen et al., 2017). De gemeente Utrecht is centrumgemeente voor vier Wmo-regio's (Wet maatschappelijke ondersteuning), namelijk regio Utrecht West, regio Utrecht Lekstroom, regio Utrecht Zuidoost en Utrecht stad (de Klerk & Kloosterboer, 2017). De Regionale Toegang van regio Utrecht besluit of iemand in aanmerking komt voor 24-uursopvang of beschermd wonen (Gemeente Utrecht, z.d.-a). Een groep professionele hulpverleners vormt samen de Regionale Toegang. Zij adviseren over passende zorgaanbieders.

Gemeenten moeten volgens de overheid ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (Rijksoverheid, z.d.-b; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). De gemeente geeft ondersteuning thuis via de Wmo. Gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Voorbeelden van toepassing bij dak- en thuislozen problematiek zijn onder andere (Rijksoverheid, z.d.-b):

- Het bieden van begeleiding en dagbesteding;
- Plaats bieden in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis;
- Opvang in geval van mensen die dakloos zijn.

Een organisatie die vaak het eerste gesprek voert met de dak- en thuislozen is het Stadsteam Back-Up. Het Stadsteam Back-Up is er voor mensen die dakloos zijn in Utrecht en in de regio Utrecht. Als dak- en thuislozen ondersteuning willen dan kunnen ze zich aanmelden bij het

Stadsteam Back-Up. De organisatie bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel is bedoeld voor jongeren en jongvolwassenen en het andere deel is voor volwassenen. Het plan van aanpak wanneer iemand zich meldt bij de organisatie werd door een zorgprofessional als volgt omschreven:

‘‘ Zij kijken wat er aan de hand is, waar mensen vragen over hebben, wat er nodig is. Zij melden dan mensen in hun systeem aan, en kijken wat er nodig is op het gebied van onderdak, een inkomen, of er ook psychiatrische problematiek is of een verslavingsproblematiek, wat er in eerste instantie nodig is. En als er ook een dak nodig is, en dat is meestal als ze zich bij het Stadsteam aanmelden, dan wordt er gekeken of ze in eerste instantie op een bed mogen bij Herstart, heet dat dan. En van daaruit wordt er dan weer gekeken of er al een andere oplossing gevonden is, of dat mensen toch naar de eerste opvang moeten bij het Leger des Heils of bij de Tussenvoorziening. ’’

De eerste opvang wordt ook wel de Maatschappelijke opvang genoemd. Binnen de regio Utrecht zijn er twee organisaties die deze vorm van Maatschappelijke opvang bieden: het Leger des Heils en De Tussenvoorziening. Deze twee organisaties hebben verschillende Maatschappelijke opvang locaties in de stad Utrecht. Daarnaast bieden ze ook crisisopvang en ziekenbedden aan. Beide organisaties bieden 24-uursopvangen aan. Het Leger des Heils heeft een locatie genaamd Herstart en De Tussenvoorziening heeft drie locaties genaamd: De NoiZ, Het Jansveld (eerder SleepInn) en de Stek. De Tussenvoorziening heeft een extra locatie genaamd De Stadsbrug die beschikbaar wordt gesteld bij koud weer. Locatie Herstart heeft drie dagen in de week een medisch spreekuur voor daklozen (Gemeente Utrecht, z.d.-c). Deze spreekuren zijn gratis en worden georganiseerd door het team Sociaal Medische Zorg.

Voordat iemand bij de Maatschappelijke opvang komt heeft er vaak al een overdracht plaatsgevonden qua informatie met het Stadsteam Herstel, wat gebleken is uit een interview met een zorgprofessional die betrokken is bij dit proces. Zodra iemand bij een Maatschappelijke opvang wordt opgevangen wordt er een intakegesprek gevoerd met deze persoon. Uit interviews met diverse zorgprofessionals is gebleken dat het verschilt per Maatschappelijke opvang op welke wijze er gevraagd wordt naar zorg. Bij het Leger des Heils wordt er bij het intakegesprek gevraagd of iemand een zorgverzekering heeft, een huisarts heeft en/of dat er andere partijen zijn die al hulp hebben verleend. De huisarts wordt als een belangrijke speler gezien indien er somatische klachten zijn. Het Leger des Heils biedt ook thuiszorg aan. Die kijkt mee of geeft advies betreffende somatische zorg. De Tussenvoorziening heeft een andere invulling bij het intakegesprek. Bij aanvang is de somatiek niet een thema wat behandeld wordt.

Het wordt pas het onderwerp van gesprek wanneer het zichtbaar is of wanneer het aangegeven wordt. Er wordt gesproken over een huisarts wanneer er een woning gevonden is. Tot die tijd wordt er verwezen naar de GGD die één keer per week een uur langs komt bij de Maatschappelijke opvang.

Ook bij organisaties die betrokken zijn bij Bescherm wonen en Beschermd thuis, denk aan organisaties zoals Lister en Kwintes, hebben een intakegesprek waarbij er gevraagd wordt naar zorgverzekering, huisarts en hoe het contact daarmee is. Volgens de gesproken zorgprofessionals willen ze zoveel mogelijk aansluiten op de reguliere zorg.

4.2.2 Verandering in begeleiding

Tijdens het wonen in een Maatschappelijke opvang of Beschermd wonen wordt er gezocht naar een passende (zelfstandige) woonruimte. Een cliënt kan in groepsverband komen te wonen of in een omklapwoning (Beschermd thuis). Er vindt hier een doorstroom plaats indien er een woonruimte is gevonden. Voordat iemand volledig zelfstandig kan wonen vindt er normaliter een overdracht plaats, ook wel “warme overdracht” genoemd. Indien er gekozen wordt voor een omklapwoning dan blijft de begeleidende organisatie normaliter voor één of twee jaar betrokken bij een cliënt middels een omklapcontract. Het huis wordt dan niet op naam gezet van de cliënt, maar op die van de begeleidende organisatie. Die huren het van de woningbouwcorporatie. Indien er na één tot twee jaar besloten wordt dat de cliënt bekwaam genoeg is om volledig zelfstandig te kunnen wonen wordt de woonruimte op zijn of haar naam gezet en ontvangt het geen begeleiding meer van de begeleidende organisatie.

Een organisatie die nauw betrokken is bij de overdracht is het Buurteam. Wanneer een cliënt een woning krijgt toegewezen wordt er contact opgenomen met het lokale Buurteam of Dorpsteam. Het Buurteam heeft een locatie in de buurt en ze zijn er voor iedereen met problematiek (Buurteam, z.d.). In Utrecht zijn er 18 Buurteams actief. Het Buurteam biedt ondersteuning bij vragen over financiën, relatieproblemen, geestelijke gezondheid, wonen, opvoeden, eenzaamheid en/of werk. De Buurteams werken op lokaal niveau met verschillende instellingen en organisaties in de wijk. Denk hierbij aan huisartsen, wijkverpleging, het consultatiebureau en de geestelijke gezondheidszorg. Het Buurteam verwijst ook door naar het Stadsteam Herstel als centrale partij wanneer iemand die dakloos is bij hun komt vragen voor hulp.

4.2.3 Zorg voor voormalig dak- en thuislozen

Verschillende factoren spelen een rol in het verlenen van zorg aan voormalig dak- en thuislozen. Allereerst is er een verschil in woonsituatie en de daarbij behorende begeleiding. Zelfstandig

wonen en minder of helemaal geen begeleiding ontvangen kan ervoor zorgen dat het zicht op mensen minder wordt. Een organisatie zoals Lister, die begeleiding biedt aan mensen van wie het leven ontwricht is geraakt door een psychische kwetsbaarheid of verslaving, biedt Beschermd thuis en Bescherm wonen aan. Volgens een zorgprofessional kan dit verschil ertoe leiden dat signalen van somatiek later opgemerkt worden:

“Het is wel zo dat iemand in Beschermd wonen, die zie je gewoon vaker. Dus je ziet dat er iets verandert. Je ziet of iemand mank loopt of misschien een rare vlek heeft of steeds klaagt over hoofdpijn.”

Om toch de groep die zelfstandig wonen in de Beschermd thuis groep de juiste zorg te verlenen nemen de betrokken organisaties een begeleidende rol aan. Van de geïnterviewde participanten gaven er vijf aan naar begeleiding toe te gaan wanneer ze lichamelijke klachten ervaren. Vier participanten van de vijf die wel aangaven dat ze naar begeleiding gaan woonden in Beschermd wonen locaties, de andere participant behoorde tot de Beschermd thuis groep. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat hoe meer begeleiding aanwezig is in het leven van participanten, hoe eerder ze geneigd zijn om naar de begeleiding toe gaan voor hulp/begeleiding bij lichamelijke klachten.

De gesproken zorgprofessionals gaven soortgelijke manieren aan hoe ze cliënten begeleiden. Met name willen ze allen investeren in het informeren van cliënten over somatiek. Hierbij willen ze de nadruk leggen op het bewust worden van je eigen lichaam en het belang van het zoeken naar hulp/begeleiding wanneer iemand het gevoel heeft dat er iets mis is met zijn of haar gezondheid. Elke organisatie biedt weer andere invulling. Zo gaf een zorgprofessional aan dat ze als organisatie steeds meer focussen op lichamelijke gezondheid. Dit doen ze onder andere door cursussen en trainingen aan te bieden aan de voormalig dak- en thuislozen die bijvoorbeeld gaan over het stoppen met roken of gezond leren eten. Dit zijn allemaal interventies die effect hebben op de gezondheid zodat cliënten na het uitstromen deze nieuwe gezondere gewoontes kunnen aanhouden.

Naast begeleiding kunnen de organisaties ook meer zorg regelen. De gesproken zorgprofessionals gaven allen aan nauwe samenwerkingen te hebben met thuiszorg organisaties zoals Careyn. Ook biedt het Leger des Heils thuiszorg aan. Een zorgprofessional gaf aan dat er wel een verschil is tussen de soorten thuiszorg:

“We hebben bijvoorbeeld een doelgroep chronisch verslaafd met psychiatrie. Dus echt een complexe multi-problematiek. Dan moet je eigenlijk wel iets van die doelgroep weten en daar

moet je een beetje voor kiezen. Daar kun je eigenlijk niet gewoon iemand neerzetten die normaalgesproken bij een bejaarde steunkousen aan komt doen. Die kun je niet naar een cabin op zo'n weiland sturen en vertellen dat deze vrouw is neergestoken tijdens seks werk.

"Kunt u de wondverzorging even doen?"

De zorgprofessional gaf aan dat het Leger des Heils veel meer is ingespeeld op deze complexe doelgroep en beter weten hoe om te gaan met deze groep. Deze groep is vaak door verslaving en de aanwezige functiebeperkingen lastiger in de omgang. Het is voor zorgprofessionals vaak een afweging welke thuiszorgmedewerker ze vragen voor cliënten.

4.2.4 Deelconclusie

In deze paragraaf is deelvraag twee behandeld: *‘‘Hoe kan het netwerk van betrokken organisaties bij het zorgbeleid bij voormalig dak- en thuislozen worden gekarakteriseerd in de regio Utrecht?’’* Er zijn diverse organisaties betrokken bij het proces van zorgverlening bij (voormalig) dak- en thuislozen. De zorg start bij de Maatschappelijke opvang, echter blijkt de behandeling betreffende somatiek bij de intake verschillend. De Maatschappelijke opvang organisaties blijven deels betrokken indien iemand zelfstandig gaat wonen. Er vindt een overdracht plaats naar het Buurtteam. Bij de overdracht is somatiek geen thema wat behandeld wordt.

4.3 Problemen in het netwerk

In deze paragraaf staat het beantwoorden van de derde deelvraag: ‘*Welke problemen doen zich voor in het bieden van de juiste zorg voor (voormalig) dak- en thuislozen en hoe relateert zich dit tot de gezondheid van deze groep?*’ centraal. Uit gesprekken met diverse zorgprofessionals zijn een aantal belemmeringen betreffende zorg verlening naar voren gekomen die in dit hoofdstuk omschreven zullen worden.

4.3.1 Verschil bij intakegesprek

Het signaleren van somatische klachten is van belang voor het verlenen van de juiste zorg en dit start bij het intakegesprek. Zoals al eerder genoemd in [paragraaf 4.2.1](#) is er een verschil bij het intakegesprek bij de Maatschappelijke opvang locaties in Utrecht. Het Leger des Heils heeft de focus van somatiek al opgenomen bij hun intakegesprek, dit gebeurt momenteel bij de Tussenvoorziening niet. Bij de Tussenvoorziening is somatiek pas iets wat behandeld wordt wanneer het zichtbaar is of aangegeven wordt. Het Leger des Heils betreft de huisarts ook eerder bij de zorg, de Tussenvoorziening doet dit pas nadat huisvesting is geregeld.

Dit verschil lijkt klein, maar kan zorgen voor een verschil in zorg op lange termijn. Door vanaf het begin te investeren in het zorgtraject kan er voorkomen worden dat er op een later moment meer problemen bij komen.

4.3.2 Focus somatiek bij overdracht

Het overgrote deel van de zorgprofessionals gaf aan dat somatiek een thema is wat onderbelicht is gebleven de afgelopen jaren. Ook in het overdracht document is somatiek een thema dat niet behandeld wordt. Toch is het een belangrijk onderdeel aangezien het een zorg overdracht proces is van de ene organisatie naar de andere. Ook somatiek hoort hierbij onderdeel te zijn anders ontstaat er een gat in de informatie.

Daarnaast geven ook maar een klein aantal van vijf participanten aan naar de begeleiding te gaan wanneer ze lichamelijke klachten ervaren. Vier van deze vijf wonen in een Beschermd wonen locatie waarbij ze gespecialiseerde hulp/begeleiding krijgen, de vijfde respondent woont in een omklapwoning. Drie van de vijf ervaren daadwerkelijk lichamelijke klachten op het moment. Het lage aantal participanten dat naar de begeleiding gaat met lichamelijke klachten gaat, is te verklaren. Omdat de somatiek focus mist bij de overdracht kan er ook een informatie achterstand ontstaan omdat participanten niet weten dat het Buurteam ook kan helpen op het gebied van somatiek. Acht participanten van de 39 participanten gaven aan contact te hebben met het Buurteam. De helft van deze acht woont in een omklapwoning, de andere helft woont

volledig zelfstandig met een contract op eigen naam. Geen van de participanten gaf aan naar het Buurteam te gaan wanneer ze lichamelijke klachten ervaren.

4.3.3 Het missen van medisch geschoold personeel

Zoals al eerder vermeld heeft alleen het Leger des Heils vaste verpleegkundigen in huis die geraadpleegd kunnen worden bij het intakegesprek. Problemen betreffende somatiek kunnen hierdoor eerder gesignaleerd worden. Een veelvoorkomende belemmering, volgens meerdere zorgprofessionals, is het missen van medisch geschoold personeel. Het belang van medisch geschoold personeel werd door een zorgprofessional als volgt omschreven:

“Veel van onze medewerkers hebben een sociaal pedagogische achtergrond of maatschappelijk werk achtergrond. We hebben maar weinig medewerkers met een medische achtergrond en dan zie je dat de geneigdheid om klachten meer psychisch te interpreteren toch vrij groot is. Dat we soms denken, die aandacht voor de somatiek mist. Het feit dat iemand zegt: ‘Ik heb pijn aan mijn been’, en daar een verhaal bij heeft wat niet zou kunnen kloppen. Wil niet zeggen dat niet iemand wel echt pijn aan zijn been heeft. Dan is het een of ander onzinverhaal over een hond, maar ze is de deur niet uit geweest, dus er is niks. Maar die pijn in het been kan nog steeds reëel zijn en dan zie je dat we af en toe wel mensen met een verpleegkundige achtergrond, die daar meer naar kijken en die zeggen: laat eens zien. Dat is ook een attitude die je met name bij verpleegkunde veel meer aanleert.”

Het risico wat hierbij ontstaat is dat er signalen worden gemist van somatische klachten die normaliter wel gezien zouden worden door medisch geschoold personeel. Ook bij het intakegesprek kan medisch geschoold personeel van grote waarde zijn aangezien het intakegesprek vaak de basis vormt voor het verloop van het zorgverleningsproces.

De wil is er, volgens meerdere gesproken zorgprofessionals, om medisch geschoold personeel binnen te halen. Toch blijkt dit vrij lastig te zijn in praktijk. Een zorgprofessional van Lister beschreef het probleem wat zij als organisatie ervaren als volgt:

“ We hebben een paar verpleegkundigen in dienst, maar het is heel moeilijk voor ons om die vast te houden, want alle verplichte registraties. Bij Lister kom je niet automatisch aan de praktijkervaring waardoor je je BIG registratie goed zou kunnen doen. Wij hebben dat ook niet zelf georganiseerd dus dan moet je aanvullend steeds ervoor zorgen dat je gekwalificeerd blijft. Ik kan me als verpleegkundige ook voorstellen dat je denkt: om af en toe naar een wond te kijken of te beoordelen hoe het met iemand is. Ben je daarvoor verpleegkundige geworden? Dus het is ook een beetje lastig voor ons om ze vast te houden.”

De BIG registratie waarover gesproken wordt is het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Alleen indien je in het BIG-register geregistreerd bent mag je een beschermde beroepstitel voeren en mag de bij het beroep horende voorbehouden handelingen zelfstandig uitgevoerd worden (CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Naast de verplichte BIG registratie is er een ander probleem, namelijk de krapte op de arbeidsmarkt. Volgens het UWV (2022) zijn er meer vacatures in de zorgsector en minder werkzoekenden wat betekent dat de spanning op de arbeidsmarkt toeneemt. Het wordt voor werkgevers steeds lastiger om vacatures te vervullen.

Het beperkt aantal gespecialiseerde verpleegkundigen dat zich inzet voor de verzorging van (voormalig) dak- en thuislozen, is in dienst bij het Leger des Heils. Andere organisaties maken ook gebruik van de specialistische thuiszorg die het Leger des Heils biedt. Deze zorg wordt dan ingekocht en hiervoor zijn verschillende convenanten opgesteld om dit te waarborgen. Deze samenwerking wordt als prettig omschreven. Toch zorgt het ook voor een mate van afhankelijkheid die ontstaat bij andere organisaties wanneer er maar één organisatie specialistische thuiszorg kan bieden. Dit kan het proces van zorg verlenen ook compliceren.

Een zorgprofessional gaf aan dat de zorg volgens haar geïntensifieerd kan worden:

“ Alleen, wat zij geven, zij zeggen: “Wij kunnen alleen maar twee keer in de week komen.”, bijvoorbeeld voor medicatie en dat soort dingen. Dat vind ik echt te weinig. Van mij mag dat wel wat meer. Of we moeten dat zelf in gaan regelen, als organisatie. Maar ik zou wel graag wat meer zorg en wat minder protocollaire willen hebben.”

Ook deze quote illustreert de wens om meer medisch geschoold personeel te hebben. Wanneer er meer organisaties medisch geschoold in dienst hebben, zullen ze minder afhankelijk zijn van het Leger des Heils.

4.3.4 Wetgeving en financiën

De 24-uursopvang/beschermd wonen valt zoals eerder benoemd onder de Wmo. De Wmo gaat samen met Wmo financiering die puur en alleen gebruikt kan worden voor het begeleiden van cliënten volgens de gesproken zorgprofessionals. De behandلزorg hoort hier niet bij. Deze zorg valt niet onder de wettelijke kaders van de Wmo, maar onder de zorgverzekeringswet. Toch zijn er cliënten die langdurige behandلزorg nodig hebben. Deze groep is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht vanwege de aandoening(en) of beperking(en) die ze hebben (Zorginstituut Nederland, z.d.). Deze groep kan niet alleen worden gelaten en het staat vast dat deze vorm van zorg nodig is voor de rest van hun leven. De

langdurige zorg valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). De 24-uropvang/beschermd wonen krijgt steeds meer te maken met cliënten die onder de Wlz indicatie vallen.

Binnen de 24-uursopvang/beschermd wonen locaties zijn er twee geldstromen, namelijk de algemene Wmo geldstroom en de speciale zorggeldstroom voor Wlz indicatie. De gemeente is verantwoordelijk voor de Wmo geldstroom. Om Wlz te krijgen moet een cliënt een Wlz-indicatie krijgen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (Zorginstituut Nederland, z.d.). De Wlz indicatie wordt uitgevoerd door zorgkantoren. Zorgkantoren werken regionaal en zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de Wlz-zorg voor de verzekerden die binnen hun regio wonen.

Deze twee wetgevingen maken het ingewikkeld om zorg te verlenen, het is voor elk persoon weer anders geregeld. Een gesproken zorgprofessional geeft aan dat deze verschillende wetten en bijbehorende geldstromen het proces van zorg verlenen erg lastig kan maken:

‘Bij de WLZ is het makkelijker om behandeling te betrekken, want dat zit in je financieringspakket. Vanuit de WMO is het altijd: wie pakt de rekening op? En valt het onder de zorgverzekering of niet? Je ziet dat zodra het niet meer onder de zorgverzekering valt, hebben mensen niet de financiële middelen. We hebben genoeg mensen waarvan je denkt: fysiotherapie zou goed voor je zijn, maar het is niet te betalen. Dus dan niet.’

Als begeleidende organisatie moet er dus veel rekening gehouden worden met wetgevingen. Dit kan het proces van zorgverlening bemoeilijken.

Ook de reguliere zorg voor cliënten heeft zijn beperkingen op het gebied van financiën. Cliënten kunnen zorgverzekeringen hebben die niet alle kosten voor zorg dekken en ze kunnen zich vaak niet de aanvullende kosten veroorloven. Dit was ook terug te zien bij het verhaal van Sarah in [paragraaf 4.1](#) die geen aanspraak wilde doen op haar eigen risico in de angst dat ze hoge bijdragen zou moeten betalen. Ook de quote van de zorgprofessional illustreert dat ze dit als begeleiding ook zien wanneer het niet onder de zorgverzekering valt dat men niet de financiële middelen heeft om de nodige zorg te krijgen.

4.3.5 Zorg complexe doelgroepen

Door de gesproken zorgprofessionals werden er twee groepen benoemd bij wie ze als begeleidende organisaties moeite hebben om gepaste zorg te verlenen. De twee groepen zijn de groep ouderen met somatische klachten en de jongere doelgroep met somatische klachten. De eerste groep is de steeds groter wordende groep ouderen die vanwege leeftijd ook somatische

klachten hebben. Dit is een groep die vaak een verslaving hadden/hebben waardoor hun gezondheid erg is beïnvloedt. De 24-uursopvang/beschermd wonen organisaties kampen erg met de restricties die ze hebben op het gebied van Wmo. Vanuit de gemeente is er geen specifieke ouderenzorg voor deze organisaties. Het geld wat ze krijgen van de Wmo is universeel. Zo krijgt iemand die 30 is hetzelfde budget als iemand die 65 is.

Voor de groep ouderen die vaak langdurige zorg nodig heeft, werden door de zorgprofessionals twee punten benoemd die ervoor zorgen dat het verlenen van zorg voor deze groep lastig maakt. Allereerst werd er benoemd dat het lastig is om een Wlz indicatie te krijgen voor deze groep. Volgens een zorgprofessional heb je binnen de Wlz indicaties voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), maar ook verpleging en verzorging wat beschouwd kan worden als verpleeghuiszorg. De meeste cliënten krijgen geen indicatie voor verpleeghuiszorg en krijgen alleen Wmo zorg. Dit zijn vaak cliënten die een te lage indicatie hebben (door onder andere leeftijd) voor een verpleeghuis, maar qua gedrag (vaak wegens psychiatrische- en/of verslavingsklachten) moeilijk te sturen zijn en tegelijkertijd kampen met somatische klachten.

De tweede groep is de jongere doelgroep waarbij de zorgprofessionals steeds meer zien dat ze zorg mijden en/of dat ze zichzelf verwaarlozen. Door verslaving of door psychische problemen onderdrukken ze vaak het lichamelijk lijden. Deze groep voelt niet meer dat ze ziek zijn of dat ze zichzelf aan het uitwonnen zijn. Volgens de zorgprofessionals zijn het vaak ook mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en/of mensen die zwakbegaafd zijn die soms niet weten hoe ze met zichzelf moeten omgaan. Ze hebben weinig zelfinzicht en hebben daardoor moeite om hulp te accepteren of hulp te vragen.

Zoals eerder genoemd in [paragraaf 4.1](#) ervaren participanten van verschillende leeftijdscategorieën lichamelijke klachten. Waarover gesproken is door de zorgprofessionals is terug te vinden in de voor dit onderzoek geïnterviewde participanten. Alleen de jongere doelgroep waarover gesproken wordt door de zorgprofessionals is terug te vinden bij de geïnterviewde participanten. Een groot aantal van de participanten gaf aan geen hulp/begeleiding te willen bij lichamelijke klachten en loopt hierdoor het risico dat het lichamelijk lijden verergerd. De oudere doelgroep is niet terug te zien bij de participanten omdat deze groep veel thuiszorg behoeft en de geïnterviewde participanten niet. Van de participanten gaf er maar één aan thuiszorg te ontvangen. De thuiszorg kwam hier wekelijks langs om het huis schoon te maken.

4.3.6 Communicatie huisartsen

De gesproken zorgprofessionals gaven allen aan dat de huisarts belangrijk is. Ze willen als begeleiding zoveel mogelijk aansluiten bij de reguliere zorg. Het overgrote deel van de zorgprofessionals gaf echter aan dat de samenwerking met de huisartsen moeizaam kan gaan. Als begeleidende organisatie wordt je volgens een zorgprofessional ook erg afhankelijk van de relatie die je hebt als organisatie met de reguliere zorg (zoals huisartsenzorg) aangezien ze zelf geen somatische zorg mogen verlenen. Een zorgprofessional merkte dit bij zijn werk als begeleider:

“ Ja, soms wel, dat ik weleens denk van: "Ik zou willen dat er meer doorgepakt wordt." Dat er niet teruggebeld wordt of wat dan ook. Gewoon dat contact. Als het goed is hebben we hetzelfde doel en dat doel is daar altijd wel. Dat merk ik wel. Soms lijkt het net of dat doel er niet altijd in dezelfde maat is.”

Een aantal organisaties, zoals het Leger des Heils, hebben huisartsen die aansluiten bij overleggen over de zorg van cliënten. Niet alle huisartsen sluiten aan bij deze overleggen. Vaak zijn dit huisartsen die zelf de keuze hebben gemaakt om nauw betrokken te blijven en samen te werken met een organisatie zoals het Leger des Heils. Uit de gesprekken kwamen een aantal voorbeelden naar voren waarbij de samenwerking niet gaat zoals gewenst. Een voorbeeld waarbij de samenwerking moeizaam gaat volgens een zorgprofessional:

“ Ja of dat ze keuzes maken ten aanzien van de behandeling waar wij twijfels over hebben, bijvoorbeeld adviezen van de psychiater niet overnemen. We hebben ook huisartsen die niet langs willen komen als we dat vragen. Huisarts kunnen ook heel erg eigenwijs zijn. Die hebben zoiets van: volgens mij lukt het prima. Heel verschillend eigenlijk. We hebben inderdaad wel eens dat we het fijn zouden vinden als een huisarts bepaalde medicatie niet meer zou voorschrijven, want we denken dat er een afhankelijkheid ontstaat.”

Wat vaak terugkomt is dat de samenwerking ook erg verschilt per locatie. Veel cliënten betekent ook veel verschillende huisartsen die verspreid zijn over de hele regio. Ook op wijkniveau kan de samenwerking met huisartsen erg verschillen. Een zorgprofessional werkzaam in de gemeente Utrecht vertelt waarom de samenwerking zo verschilt per locatie:

“ Dat is erg afhankelijk van de wijk waarin je werkt. Sommige huisartsen staan er heel erg open voor en zijn er ook heel pro actief in, en in andere wijken is het best ingewikkeld om ook informatie met elkaar te delen. Dat is over het algemeen wat meer in wat vroeger de

achterstandswijken werden genoemd, de aandachtswijken. Daar is het vaak veel meer opgetuigd als het gaat om samenwerken met huisartsen. Daar is vaak veel meer afgesproken.’’

Het verschil in samenwerking per wijk kan problematisch worden indien het zorgt voor stagnatie op het gebied van zorgverlening.

4.3.7 Belemmeringen bij de samenwerking

Een belemmering die ook door meerdere zorgprofessionals werd aangekaart is dat het samenwerken met andere partijen ook het proces van zorgverlening kan vertragen. Met name op het gebied van somatiek is de samenwerking lastig als begeleidende organisatie. Een zorgprofessional ervaarde dit ook bij haar werk:

‘‘ Ik heb een voorbeeld dat een client heel erg ziek is. Eigenlijk, moet die naar een verpleeghuis, maar die wil terug naar z'n woning. Jellinek zit erbij, het ziekenhuis en een huisarts. Je hebt verschillende vormen van hulp die rondom één cliënt zit en de cliënt zelf en met hulpverleners die met wonen te maken hebben. Dat vertraagt wel, omdat je verschillende visies hebt en niet zo goed weet: wat, is nou het uitgangspunt? Het ziekenhuis weet niet zo goed wat wij bieden. Wij weten niet zo goed, wat een cliënt somatisch eigenlijk kan. Maar goed, die cliënt is wel wilsbekwaam, dus kan gewoon zeggen: ‘ik wil dingen niet.’’’

Naast de samenwerking op het gebied van somatiek werd ook opgemerkt dat de samenwerking met GGZ en verslavingszorg moeizaam kan gaan. Hierdoor is het opzetten van een multidisciplinaire aanpak vaak lastig te waarborgen en kan het proces langzaam gaan.

4.4 Verbeteringen en beleidsaanbevelingen

In deze paragraaf staat de laatste deelvraag centraal: ‘*Welke verbeteringen zijn er mogelijk en tot welke beleidsaanbevelingen leidt dit volgens de betrokken stakeholders, lettend op het meerjarig onderzoek naar terugval dakloosheid?*’ De eerste aanbeveling is een beleidsaanbeveling gericht op de begeleiding bij de Maatschappelijke opvang. De overige aanbevelingen zijn gericht op verbeteringen in het proces van begeleiding wanneer cliënten meer zelfstandig wonen.

4.4.1 Somatiek bij intake gesprek Maatschappelijke opvang

Het overgrote deel van de participanten van het project Voorkomen Terugval Dakloosheid verbleven in 2019 in verschillende Maatschappelijke opvangen in Utrecht. Voor veel dak- en thuislozen begint het proces van zorgverlening bij de Maatschappelijke opvang. Het is van belang dat er bij de intake van dak- en thuislozen gevraagd wordt naar somatiek. Op dit moment verschilt de handelswijze bij de Tussenvoorziening en bij het Leger des Heils zoals in [paragraaf 4.3.1](#) is uitgelegd. Dit kan ervoor zorgen dat somatische klachten niet opgemerkt worden omdat er simpelweg niet naar gevraagd wordt. Het beleidsadvies is om te zorgen voor een gelijke wijze qua intake op het gebied van somatiek. Beide organisaties moeten vragen naar somatische klachten waardoor er tijdig gesignaleerd kan worden. Zo wordt er een verschil in zorgverlening voorkomen.

4.4.2 Focus somatiek bij de overdracht

Indien een cliënt als zelfstandig genoeg wordt beschouwd dan wordt het proces van zelfstandig wonen opgestart. Hierbij vindt een overdracht plaats van Maatschappelijke opvang organisatie naar het Buurteam. Op dit moment mist de focus op somatiek bij deze overdracht. Participanten van het onderzoek gaan vaak niet naar de begeleiding toe wanneer ze lichamelijke klachten ervaren. Met name voor de groep die zelfstandig woont met omklapcontract is het van belang dat ze weten wat organisaties voor ze kunnen doen op het gebied van zorg. In het overdrachtsformulier, wat gebruikt wordt bij de uitstroom van cliënten, moet de focus somatiek verwerkt worden. Hierbij moeten voornamelijk open vragen gesteld worden waarbij er goed moet worden doorgevraagd. Ook moeten de cliënten goed ingelicht worden over de rol van het Buurteam betreffende zorg en wat zij kunnen betekenen qua hulp/begeleiding voor cliënten. Daarnaast moet de rol van de overdragende partij duidelijk worden gemaakt. De betrokkenheid van deze partij moet vastgesteld worden op het gebied van zorg en wat ze overdragen aan het Buurteam.

4.4.3 Investeren in meer medisch geschoold personeel

Meerdere zorgprofessionals gaven aan meer medisch geschoold personeel te willen binnen de organisatie. De grote wens die er is voor meer medisch geschoold personeel vormt ook een nieuwe kans voor samenwerking. Elke organisatie hoeft niet opnieuw het wiel uit te vinden, maar kan hierover middels samenwerking besluiten over nemen. In dat opzicht zou het Leger des Heils gezien kunnen worden als een best practice, de wijze waarop ze eigen verpleegkundigen hebben die ze kunnen inschakelen. Hierbij kan de vraag gesteld worden waarom het Leger des Heils het wel lukt om deze verpleegkundigen te werven en het belangrijkste ze ook te houden, rekening houdend met de BIG registratie. Een beleidsadvies kan een integrale aanpak zijn waarbij de organisaties samen hun krachten bundelen en verpleegkundigen aan nemen die ze allemaal kunnen gebruiken.

Het medisch geschoold personeel kan op meerdere momenten worden ingeschakeld. Zo gaf een zorgprofessional aan dat ze graag een medische check willen bij de intake en dat zo'n check vervolgens regelmatig plaatsvindt. Het maakt het voor cliënten laagdrempeliger want het is iets wat ze zelf niet hoeven op te zetten. Met een jaarlijkse check up kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een invulling waarbij iemand van de thuiszorg meegaat met de reguliere begeleider. Ook in de overdracht is het verstandig om deze jaarlijkse check ups te vervolgen. Op basis van de laatste check up kan er gekeken worden wat voor zorg constructie nodig is voor iemand die volledig zelfstandig woont (ook wel omgeklapt). Daarnaast kan het medisch geschoold personeel worden ingezet op het gebied van thuiszorg, aanvullend op de specialistische thuiszorg van het Leger des Heils.

Door meer medisch geschoold personeel in te zetten is er ook meer tijd beschikbaar voor zorgverlening. Er kan een bepaalde mate van afhankelijkheid ontstaan wanneer je als organisatie afhankelijk bent van specialistische thuiszorg van het Leger des Heils. Wanneer er meer personeel bij komt, die eventueel ook vanuit andere organisaties kan komen, vermindert deze afhankelijkheid en heb je als organisatie meer middelen ter beschikking.

4.4.4 Waarborg de zorg voor complexe doelgroepen

Meerdere zorgprofessionals gaven aan meer te willen doen op het gebied van ouderenzorg. Ook dit biedt een kans voor samenwerking. Zo kwam een zorgprofessional met het idee om een gedeelte van een verzorgingstehuis te huren voor de ouderen doelgroep met somatische klachten. De begeleidende organisatie zou dan de begeleiding bieden en het verzorgingshuis de somatische verzorging. Het is verstandig om deze initiatieven samen te bespreken en in hoeverre dit gewaarborgd kan worden rekening houdend met de Wmo en Wlz wetgeving en de

financiën die hierbij horen. Ook is het van belang om te inventariseren wat voor rol de overige partijen hierbij hebben. Zoals in [paragraaf 4.3.7](#) werd vermeld kan samenwerking ook voor stagnatie zorgen in het zorgverleningsproces. Onderlinge afstemming met de vele betrokken partijen en zorgen voor een multidisciplinaire aanpak is van groot belang.

Daarnaast is reeds genoemd dat de doelgroep lastig te bereiken is omdat zij niet snel om hulp vragen en zorg mijden. Ook bij de geïnterviewde participanten is er een groot deel dat lichamelijke klachten ervaart maar geen hulp/begeleiding heeft. Met name bij de groep die uitgestroomd is kan dit risicovol zijn. Het lage aantal participanten wat met lichamelijke klachten naar begeleiding gaat is ook zorgwekkend. Er moet kritisch gekeken worden als begeleidende organisatie hoe je ook deze groep kan voorbereiden op het tijdig vragen naar hulp/begeleiding. Dit kan op verschillende manieren. Allereerst kunnen ze, zoals eerder vermeld, informatie verschaffen door onder andere cursussen en trainingen aan te bieden. Een ander belangrijk punt is het luisteren naar de vraag van de cliënten. Hoe ervaren zij de zorg die ze krijgen/hebben gekregen en waar zien ze kansen voor verbetering.

4.4.5 Investeren in het contact met de huisarts

Een belangrijke actor die vaak benoemd wordt door de zorgprofessionals is de huisarts. Dit wordt onderstreept door de participanten uit het onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht die grotendeels aangeven dat de huisarts de persoon is waar ze om hulp vragen indien ze lichamelijke klachten hebben. De zorgprofessionals gaven merendeels aan contact te hebben met de huisarts. Toch kan dit contact erg verschillen en kan het zorgen voor communicatieproblemen. Een zorgprofessional gaf aan dat er eigenlijk een warme overdracht hoort plaats te vinden bij de huisarts:

‘‘ En je ziet bij die 'Maatschappelijke opvang'- en 'Beschermd wonen'-locaties, dat dat in principe ook wel gebeurt. Die zijn wel gekoppeld aan de huisarts van de wijk. En als iemand uitstroomt, moet er dan dus eigenlijk ook gekeken worden van: naar welke wijk gaat die persoon nu, en wat is daar dan aan hulpverlening? En ze worden nu wel warm overgedragen aan de buurtteams. Dus de uitstromers worden warm overgedragen. Maar ze worden volgens mij niet warm overgedragen aan de huisarts, terwijl dat natuurlijk ook zou kunnen, daarnaast nog, als het dan om het medische stukje gaat. ’’

De zorgprofessional benadrukt het belang van het nauw betrokken blijven bij cliënten die uitstromen, ook bij de medische zorg. Een overdrachtsdocument zorgt voor houvast en maakt

het ook duidelijk voor de huisarts wat voor belangrijke speler zij zijn voor de complexe doelgroep die ze moeten helpen.

4.4.6 Doorvoeren van reflectie in het werkproces

Een belangrijk onderdeel voor elke organisatie in het werkproces is reflectie. Met name bij zorgverlenende organisaties werk je op microniveau samen met cliënten. Om reflectie in te voeren in de organisatie zal er gevraagd moeten worden naar een verandering in het systeem. Een methode die hierbij kan helpen is de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus (Taylor et al., 2014). Alle gesproken zorgprofessionals gaven aan somatiek meer te willen behandelen als thema binnen de organisatie. Hiervoor moet een actieplan komen om dit te waarborgen. Het PDCA cyclus kan hierbij helpen. Door een plan te maken (Plan) en het vervolgens uit te voeren (Do) zal de organisatie punten tegenkomen in het proces die het plan bemoeilijkt of bevordert (Check). Er wordt als het ware geëvalueerd en gereflecteerd in het proces. Vervolgens zal de keuze gemaakt worden om het plan te veranderen of niet (Act). Met name het Check moment is belangrijk en wordt vaak over het hoofd gezien. De beste wijze waarop dit gewaarborgd kan worden is door de ervaringskunde te gebruiken van cliënten. Aan de cliënten kan gevraagd worden hoe zij de zorg ervaren en waar zij eventueel kansen zien voor verbetering in de zorgverlening. De groep participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht kan ook gevraagd worden naar hun ervaringen en waar zij verbeteringen zien. Het perspectief van de cliënt is iets wat nooit uit het oog verloren mag worden en zal altijd verwerkt moeten worden in het plan.

5. Conclusie

In dit onderzoek staat het beantwoorden van de hoofdvraag centraal: ‘*Wat is de hulp die geboden wordt aan voormalig dak- en thuislozen en op welke manieren beïnvloedt het zorgbeleid de gezondheid van voormalig Utrechtse dakloze burgers?*’ Om deze vraag te beantwoorden is er een kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de gezondheid van 39 geïnterviewde voormalig dak- en thuislozen uit het project Voorkomen Terugval Dakloosheid Utrecht en zijn er zes zorgprofessionals geïnterviewd die betrokken zijn bij de zorg van (voormalig) dak- en thuislozen in de regio Utrecht.

Er zijn vier vormen van begeleidende zorg (Beschermd thuis, Beschermd verblijf, Beschermd wonen en Maatschappelijke opvang) waarbij veel partijen betrokken zijn waaronder het Leger des Heils en de Tussenvoorziening. Vaak blijven dezelfde partijen betrokken van Maatschappelijke opvang tot Beschermd thuis. Het is lastig te zeggen in hoeverre het zorgbeleid direct invloed heeft op de gezondheid van de gesproken participanten uit het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Uit de resultaten is gebleken dat tweederdedeel (26 van de 39) van de participanten uit het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht aangaven lichamelijke klachten te ervaren. Het overgrote deel van deze groep gaf aan door lichamelijke klachten een aantal punten minder zelfstandig te kunnen doen. Echter heeft maar rond de helft van de participanten hulp/begeleiding en komt dit vaak uit de reguliere zorg (huisarts en ziekenhuis). De meeste van de participanten die lichamelijke klachten ervaren wonen zelfstandig met een omklapcontract of wonen zelfstandig met een woning op eigen naam. Dit betekent dat hun begeleidingsvorm minder intensief is of zelfs er niet is. Ook geven veel participanten aan geen behoefte te hebben aan hulp/begeleiding

De begeleiding stopt vaak na een tijd indien iemand zelfstandig gaat wonen en dan wordt er een verwachting geschept van een mate van zelfstandigheid. Toch is dit proces van zorgverlening betreffende somatiek nog onvoldoende ingericht. Het proces van zorg hoort te starten bij de intake van een dak- of thuisloze, maar dit gebeurt nog onvoldoende. Het verschilt per Maatschappelijke opvang in hoeverre er doorgevraagd wordt naar somatiek. Begeleidende organisaties willen zoveel mogelijk aansluiten bij de reguliere zorg, toch gaat het contact hiermee op momenten moeizaam. Met name met huisartsen kan het contact erg verschillen, dit ligt onder andere aan in het gebied waarin ze werken. Het blijft daarnaast ook vaak onduidelijk uit welke geldstroom de zorgkosten gehaald moeten worden. Dit heeft ook invloed op de zorg die verleend moet worden.

Zodra iemand geacht wordt om zelfstandig te kunnen wonen wordt het proces van uitstromen opgestart. Ook bij deze overdracht naar het Buurteam wordt nog onvoldoende gekeken naar de somatiek van cliënten. De begeleiding wordt vaak niet gezien als een aanspreekpunt op het gebied van somatische klachten. Zij kunnen echter van grote waarde zijn aangezien zij naast de client behoren te staan.

5.1 Discussie en reflectie

In deze paragraaf worden de zwakheden van dit onderzoek behandeld die mogelijk invloed hebben op de geldigheid van de resultaten. Voor dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews uitgevoerd met participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht en zorgprofessionals die betrokken zijn bij het zorgbeleid in de regio Utrecht. De vragenlijsten voor de participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht die gebruikt zijn voor dit onderzoek waren een mooie manier om de validiteit van dit onderzoek te verhogen. Toch geven de vragenlijsten ook een mate van restrictie, zo waren er veel onderwerpen die bevestigd moesten worden in een beperkte tijd.

Ten tweede kan er ook naar mijzelf als onderzoeker kritisch gekeken worden. Ik ben niet medisch geschoold, waardoor wellicht de antwoorden diepgang missen omdat ik onvoldoende doorvroeg naar lichamelijke klachten. Ook dit had weer deels te maken met de overige vragen die ook gesteld moesten worden.

Ten derde is de meerderheid van de participanten uit het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht man. Er zijn 32 mannen geïnterviewd en zeven vrouwen. De populatie daklozen in Nederland bestaat voornamelijk uit mannen, in 2020 was 84 procent man (CBS, 2021). Ook bij aanvang van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht in 2019 waren 58 participanten man en elf vrouw. Dakloze vrouwen verdwijnen in de institutionele ruimtes van daklozenopvang en verblijven vaak bij kennissen, vrienden of familie om toch een dak boven hun hoofd te houden (Pleace et al., 2008; Shinn et al., 1998). Ze hebben de voorkeur om zich voor het publiek te verbergen, maar zelden verhuizen ze naar de openbare ruimte van dakloosheid op straat (Wardhaugh, 1999). Hoewel er geen generaliseerde uitspraken worden gedaan over de connectie tussen somatiek en geslacht was een gelijkwaardige verdeling van meerwaarde geweest voor dit onderzoek.

Ten vierde waren de gesproken zorgprofessionals niet direct betrokken bij de participanten uit het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Ze hebben vaak geen of weinig contact met de gesproken participanten. Het algemene zorgbeleid is dus voornamelijk besproken en

niet gespecificeerd voor de gesproken participanten. Er werd voornamelijk gesproken over het zorgbeleid voor dak- en thuislozen en voormalig dak- en thuislozen.

De laatste beperking van dit onderzoek heeft betrekking op de (nog) gelimiteerde literatuur over de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen. Veel onderzoek is er gedaan naar de gezondheid van dak- en thuislozen, maar niet wanneer iemand huisvesting heeft. Voor de betrouwbaarheid van de resultaten van dit onderzoek is aan te raden toekomstige literatuur in het kader van de gezondheid van voormalig dak- en thuislozen in de gaten te houden en nader empirisch onderzoek te verrichten.

5.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf zullen de aanbevelingen behandeld worden. In [paragraaf 4.4](#) zijn ze meer uitgebreid behandeld, maar ze zullen in deze paragraaf weer kort benoemd worden. De zes aanbevelingen zijn als volgt:

1. Somatiek bij intakegesprek Maatschappelijke opvang;
2. Focus somatiek bij overdracht;
3. Investeren in meer medisch geschoold personeel;
4. Waarborg de zorg voor complexe doelgroepen;
5. Investeren in het contact met de huisarts;
6. Doorvoeren van reflectie in het werkproces.

De basis voor alle zes aanbevelingen is het investeren in samenwerking. Het proces en de ontwikkeling van het zorgbeleid moet in samenspraak gedaan worden. Niet alleen met de betrokken zorgorganisaties, maar ook met de doelgroep.

5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek lag de focus primair op de gezondheid van de participanten van het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Het was een bewuste keuze om de participanten te kiezen die voorheen dakloos waren aangezien dit een groep is die niet eerder onderzocht is op het gebied van somatiek. Vervolgonderzoek kan zich ook richten op de participanten die niet zijn meegenomen in dit onderzoek, namelijk de kleine groep participanten die nog wel dakloos is. Drie participanten die zijn geïnterviewd voor het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht zijn niet meegenomen in dit onderzoek omdat ze nog dak- en thuislozen waren tijdens de meting. Deze groep kan meegenomen worden in vervolgonderzoek om een beeld te schetsen van beide groepen, de voormalig dak- en thuislozen en de dak- en thuislozen.

Vervolgonderzoek kan ook uitgebreider ingaan op het effect van dakloosheid op de gezondheid. Er is hier al veel onderzoek naar gedaan, maar nog niet specifiek bij deze geïnterviewde groep participanten. Hierbij kan er ook gekeken worden naar eerdere resultaten betreffende somatiek, echter is hier niet specifiek naar gevraagd bij eerdere metingen.

Een laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek richt zich op het zorgbeleid. Er zijn verschillende zorgprofessionals gesproken, maar het overgrote deel houdt zich bezig met beleidsvorming. Maar één gesproken zorgprofessional was een persoonlijk begeleider. Bij vervolgonderzoek kan meer gekeken worden naar de zorgprofessionals die nauw betrokken zijn bij de zorg zoals een persoonlijk begeleider. Wellicht hebben die meer punten waar ze tegen aanlopen bij het verlenen van zorg die bij dit onderzoek niet naar voren zijn gekomen. Dit biedt een kans om nader te onderzoeken.

Bibliografie

- Agyemang, C., Denktas, S., Buijnzeels, M. & Foets, M. (2006). Validity of the single-item question on self-rated health status in Turkish and Moroccan elderly versus native Dutch elderly in the Netherlands. *Public Health*, 120(6), 543-550. Geraadpleegd op 12 maart 2022, van <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2006.03.002>
- Alridge, R.W., Story, A., Hwang, S.W., Nordentoft, M., Luchenski, S.A., Hartwell, G., Tweed, E.J., Lewer, D., Katikireddi, S.V. & Hayward, A.C. (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 391(10117), 241-250. Geraadpleegd op 6 februari, van [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X)
- Altena, A., Oliemeulen, L. & Wolf, J. (2010). *Dakloosheid bij jongeren. Risico's, routes en mogelijkheden tot preventie*. UMC St Radboud. Geraadpleegd op 22 maart 2022, van <https://docplayer.nl/18104560-Dakloosheid-bij-jongeren-risico-s-routes-en-mogelijkheden-tot-preventie.html>
- Babbie, E.R. (2012). *The Practice of Social Research* (15de editie). Boston, Verenigde Staten: Cengage Learning.
- Beijer, U., Andreasson, S., Agren, G. & Fugelstad, A. (2011). Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(2), 121-127. Geraadpleegd op 16 februari 2022, van <https://doi.org/10.1177%2F1403494810393554>
- Boesveldt, N.F., Kuijpers, M., Bochem, M. & Dries, S. van den. (2019). *Rapportage Voorkomen Terugval Utrecht. Eerste meting van vijfjarig onderzoek naar recidive dakloosheid in Utrecht 2019*. Universiteit van Amsterdam. Geraadpleegd op 9 februari, van <https://onderzoekmobw.socsci.uva.nl/wp-content/uploads/2020/04/Rapportage-2019-Voorkomen-Terugval-Utrecht.pdf>
- Boesveldt, N.F., Kuijpers, M., Schokker, D. & Graaff, M. van der. (2020). *Rapportage Voorkomen Terugval Utrecht. Tweede meting van vijfjarig onderzoek naar recidive dakloosheid in Utrecht, meting 2020*. Universiteit van Amsterdam. Geraadpleegd op 9 februari, van <https://onderzoekmobw.socsci.uva.nl/wp-content/uploads/2020/10/Boesveldt-e.a.-2020-Rapport-Tweede-Meting-Onderzoek-Voorkomen-Terugval-Dakloosheid-Utrecht-2020.pdf>
- Boesveldt, N.F., Kuijpers, M., Veen, C. van der & Otto, M. (2021). *Rapportage Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht. Rapportage derde meting van vijfjarig onderzoek naar recidive dakloosheid in Utrecht, meting 2021*. Universiteit van Amsterdam. Geraadpleegd op 9 februari 2022, van <https://onderzoekmobw.socsci.uva.nl/wp-content/uploads/2021/10/Boesveldt-2021-Rapportage-Voorkomen-Herhaalde-Dakloosheid-Utrecht-derde-meting.pdf>
- Boesveldt, N.F. (2015). *Planet Homeless Governance Arrangements in Amsterdam, Copenhagen, and Glasgow* (1^e ed.). Den Haag, Nederland: Eleven International Publishing.

- Busch-Geertsema, V. (2010). Defining and Measuring Homelessness. In E. O'Sullivan, V. Busch-Geertsema, D. Quilgars and N. Pleace (Red.), *Homelessness Research in Europe* (pp. 19-39). Brussel, België: FEANTSA.
- Busch-Geertsema, V. (2005). Does re-housing lead to reintegration? *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 18(2), 205-226. Geraadpleegd op 21 februari 2022, van <https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1080/13511610500096541>
- Buurtteam. (z.d.). *Buurtteams Utrecht. Professionele ondersteuning dichtbij*. Geraadpleegd op 20 maart 2022, van <https://www.buurtteamsutrecht.nl/static/downloads/Algemene-folder-Buurtteams-Utrecht.PDF>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2018, 2 december). *Inzicht in dakloosheid*. Geraadpleegd op 22 februari 2022, van [https://www.cbs.nl/-/media/pdf/2018/51/rapport onderzoek inzicht in dakloosheid.pdf](https://www.cbs.nl/-/media/pdf/2018/51/rapport Onderzoek inzicht in dakloosheid.pdf)
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2019, 23 augustus). *Aantal daklozen sinds 2009 meer dan verdubbeld*. Geraadpleegd op 8 februari 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/34/aantal-daklozen-sinds-2009-meer-dan-verdubbeld>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2021, 1 april). *Stijging van het aantal daklozen tot stilstand gekomen*. Geraadpleegd op 9 februari 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/13/stijging-van-het-aantal-daklozen-tot-stilstand-gekomen>
- CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Over het BIG-register*. Geraadpleegd op 18 maart 2022, van <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>
- De Rechtspraak. (z.d.). *Wat is bewind?* Geraadpleegd op 10 april 2022, van <https://www.rechtspraak.nl/Onderwerpen/Bewind>
- DeSalvo, K.B., Fan, V.S., McDonnell, M.B., & Fihn, S.D. (2005). Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Service Research*, 40(4), 1234-1246. Geraadpleegd op 18 maart 2022, van <https://doi.org/10.1111%2Fj.1475-6773.2005.00404.x>
- Diepeveen, K., Rensen, J., Goldhoorn, A. & Nijhof, H. (2017). *Regionale koers maatschappelijke opvang en beschermd wonen U16. Van wonen in een instelling naar zelfstandig wonen met begeleiding*. Geraadpleegd op 10 februari 2022, van <https://zorgprofessionals.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/zz-zorgprofessionals/hulp-en-ondersteuning-Wmo/opvang-en-beschermd-wonen/2018-04-Planning-regionale-koers-maatschappelijke-opvang-en-beschermd-wonen-U16.pdf>
- Discover. (2018). *Klantreis Terugval in Dakloosheid*. VNG. Geraadpleegd op 10 februari 2022, van <https://vng.nl/sites/default/files/2020-10/klantreis-terugval-dakloosheid-discover.pdf>
- Doom, L. van (2002). *Een tijd op straat. Een volgstudie naar (ex)daklozen in Utrecht (1993-2000)* (1^e ed.). Amsterdam, Nederland: Swp.
- Erasmus MC. (z.d.). *Specialisme Interne geneeskunde*. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/specialismen/interne-geneeskunde>
- Fazel, S., Geddes, J.R. & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy

- recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. Geraadpleegd op 8 februari 2022, van [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Fazel, S., Geddes, J., Khosla, V., Doll, H. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5(12), 1670-1681. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- Gemeente Utrecht. (z.d.-a). *Hulp en ondersteuning (WMO). Hulp bij 24-uurs opvang/beschermd wonen*. Geraadpleegd op 9 februari 2022, van <https://www.utrecht.nl/zorg-en-onderwijs/hulp-en-ondersteuning-wmo/hulp-bij/hulp-bij-24-uurs-opvangbeschermd-wonen/>
- Gemeente Utrecht. (z.d.-b). *Briefadres aanvragen*. Geraadpleegd op 10 april 2022, van <https://pki.utrecht.nl/Loket/product/e092a9b96cd92c14d36142b295966978>
- Gemeente Utrecht. (z.d.-c). *Hulp en ondersteuning (WMO). Sociaal-medische zorg*. Geraadpleegd op 24 juni 2022, van <https://www.utrecht.nl/zorg-en-onderwijs/hulp-en-ondersteuning-wmo/sociaal-medische-zorg/>
- Gemeente Zwolle. (z.d). *Wanneer ben je dak- of thuisloos*. Geraadpleegd op 24 juni 2022, van <https://www.zwolle.nl/wonen-en-leven/dakloos-en-thuisloos/wanneer-ben-je-dak-of-thuisloos>
- Huisman, C. (2020, 17 februari). Door gebrek aan woningen en geld zijn gemeenten niet meer in staat dakloosheid te bestrijden. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 9 februari 2022, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/door-gebrek-aan-woningen-en-geld-zijn-gemeenten-niet-meer-in-staat-dakloosheid-te-bestrijden~b46ca050f/>
- Klop, H., Onwuteaka-Philipsen, B., Gootjes, J. & Evenblij, K. (2018). *Zorgmijding onder dak- en thuislozen: lessen uit de werkwijze van straatpastors en geestelijk verzorgers. Een handreiking met adviezen en aanbevelingen op basis van de werkwijze en ervaringen van geestelijk verzorgers, straatpastors, outreachend professionals en voormalig daklozen*. VUmc. Geraadpleegd op 8 februari 2022, van <https://netwerkdak.nl/wp-content/uploads/2019/07/Handreiking-Zorgmijding-2018.pdf>
- Kooiman, K. (2017). De somatische symptoom- en aanverwante stoornissen en persoonlijkheidspathologie. In E. Eurelings-Bontekoe., R. Verheul. & W. Snellen (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 531-549). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Laere, I. van (2009). *Social Medical Care before and during homelessness in Amsterdam* (1^e ed.). Assendelft, Nederland: Drukkerij Grafinoord.
- Lavrakas, P.J. (2008). *Encyclopedia of Survey Research Methods*. [EPub], Thousand Oakes, Verenigde Staten: Sage Publications, Inc.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Geraadpleegd op 1 maart 2022, van <https://open.overheid.nl/repository/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/1/pdf/het-nederlandse-zorgstelsel.pdf>
- Nielsen, S.F., Hjorthøj C.R., Erlangsen, A. & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a

- nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 377(9784), 2205-2214. Geraadpleegd op 14 februari 2022, van [https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60747-2](https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2)
- Nijendaal, G.A. van. (2014). Drie decentralisaties in het sociale domein. In J.H.M. Donders en C.A. de Kam (Red.), *Jaarboek Overheidsfinanciën 2014* (pp. 85-100). Den Haag, Nederland: Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën.
- Nusselder, W.J., Sloekers, M.T., Krol, L., Sloekers, C.J.T., Looman, C.W.N. & Beeck, E.F. van. (2014). Sterfte en levensverwachting bij daklozen. *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde*, 158(A7654), 1-5. Geraadpleegd op 12 maart 2022, van <https://www.ntvg.nl/artikelen/sterfte-en-levensverwachting-bij-daklozen#>
- Ohrnberger, J., Fichera, E. & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195(2017), 42-49. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>
- Pleace, N., Fitzpatrick, S., Johnsen, S., Quilgars, D., & Sanderson, D. (2008). *Statutory homelessness in England: The experience of families and 16–17 year olds* (1e ed.). Verenigd Koninkrijk: Londen: Department for Communities and Local Government.
- Pols, J., M'Charek, A., Weert, J. van & Vries, D. van. (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland: Samenvatting, conclusies en aanbevelingen van het hele project*. Universiteit van Amsterdam. Geraadpleegd op 7 februari 2022, van https://pure.uva.nl/ws/files/59925783/Samenvatting_Conclusies_en_Aanbevelingen_effecten_van_sociale_afstand_DEF_22072020.pdf
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2020). *Herstel begint met een huis. Dakloosheid voorkomen en verminderen*. Geraadpleegd op 7 februari 2022, van <https://open.overheid.nl/repository/ronl-591d7015-5a5f-42a9-87d0-d014c81154b9/1/pdf/herstel-begint-met-een-huis.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (z.d.). *Organisatie van de Zorg*. Geraadpleegd op 15 februari 2022, van <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg>
- Rijksoverheid. (z.d.-a). *Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld?* Geraadpleegd op 1 maart 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland>
- Rijksoverheid. (z.d.-b). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Ross-van Dorp, C.I.J.M. (2006, 7 februari). Maatschappelijke opvang; Brief over plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van de G4 [Kamerbrief]. Geraadpleegd van https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvgs5kjg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vi3aot8xhdkm/f=/kst94667.pdf
- Schmeets, H., Reep, C., en Snijkers, G. (2003). *Afbakenen van moeilijk waarneembare bevolkingsgroepen. Bevolkingstrends, 3^e kwartaal 2003*. Centraal Bureau voor de

- Statistiek. Geraadpleegd op 7 februari 2022, van <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2003/38/2003-k3-b-15-p062-art.pdf>
- Shinn, M., Weitzman, B. C., Stojanovic, D., Knickman, J. R., Jimenez, L., Duchon, L., et al. (1998). Predictors of homelessness among families in New York city: From shelter request to housing stability. *American Journal of Public Health*, 88(11), 651–1657. Geraadpleegd op 14 maart 2022, van <https://doi.org/10.2105%2Fajph.88.11.1651>
- Straaten, B. van., Schrijvers, C.T.M., Laan, J. van der., Boersma, S.N., Rodenburg, G., Wolf, J.R.L. & Mheen, D. van de. (2014). Intellectual Disability among Dutch Homeless People: Prevalence and Related Psychosocial Problems. *PLOS ONE*, 9(1), 1-7. Geraadpleegd op 6 februari 2022, van <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086112>
- Straaten, B. van (2016). *On the Way Up?: Exploring homelessness and stable housing among homeless people in the Netherlands* (1^e ed.). Den Haag, Nederland: IVO.
- Taylor, M.J, McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D. & Reed, J.E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 2014(23), 290-298. Geraadpleegd op 15 april 2022, van <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Trimbos-instituut. (2003). *De zorgbehoefte lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische stoornissen*. Geraadpleegd op 15 februari 2022, van <https://www.trimbos.nl/docs/eb27ee78-3920-45bf-b0a4-deb385b47f37.pdf>
- Trimbos-instituut. (2019). *Toegankelijkheid maatschappelijke opvang: wat kan beter?* Geraadpleegd op 4 april 2022, van <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/toegankelijkheid-maatschappelijke-opvang-wat-kan-beter/>
- UWV. (2022). *Zorg Barometer arbeidsmarkt maart 2022*. Geraadpleegd op 14 april 2022, van https://www.werk.nl/imagesdxa/zorg_barometer_maart_2022_tcm95-436813.pdf
- Van Everdingen, C. (2016). *De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld*. Geraadpleegd op 4 maart 2022, van http://www.vezc.nl/20160915%20Nachtopvang_en_crisisopvang.pdf
- Van Everdingen, C., Peerenboom, P.B., Velden, K. van der. & Delespaul, P. (2021). Health Patterns Reveal Inderdependent Needs of Dutch Homeless Service Users. *Front Psychiatry*, 12(614526), 1-12. Geraadpleegd op 13 februari 2022, van <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.614526>
- Verheul, M., Laere, I. van., Muijenbergh, M. van den. & Genugten, W. van. (2020). Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands: the need for pro-active integrated care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 29(1), 21-40. Geraadpleegd op 4 april 2022, van <http://doi.org/10.18352/jsi.610>
- Visser, M. de., Boot, A.W.A., Werner, G.D.A., Riel, A van & Gijsberts, M.I.L. (2021) *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijke draagvlak* (nr. 104). Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Geraadpleegd op 16 februari 2022, van

<https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg/Samenvatting+van+WRR-Rapport+104+Kiezen+voor+houdbare+zorg.+Mensen%2C+middelen+en+maatschappelijk+draagvlak.pdf>

Wardhaugh, J. (1999). The unaccommodated woman: Home, homelessness and identity. *The Sociological Review*, 47(1), 91–109. Geraadpleegd op 2 april 2022, van <https://doi.org/10.1111%2F1467-954X.00164>

Zorginstituut. (z.d.). *Wlz- algemeen: Hoe werkt de Wet langdurige zorg?* Geraadpleegd op 2 april 2022, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg>

Bijlage 1: Kwalitatieve vragenlijst participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

Interview Guide groep 1: Personen die nog steeds verblijven in MO/BW (nog niet zijn uitgestroomd)

Versie 28 februari 2022

*Note voor beide interviewers: Zorg ervoor dat je voor het afnemen van een interview, (1) **het vorige interview**, de (2) **rapportage voorkomen terugval 2019/2020/2021**, (3) **het 10-puntenplan**, (4) **het overdrachtsdocument** en (5) **preventie-actieplan** hebt doorgenomen. Dit maakt het noemen van voorbeelden (van eerdere bevindingen) bij de verschillende onderwerpen die aan bod komen makkelijker, mocht de cliënt deze zelf niet spontaan noemen*

Onderwerpen die tijdens de interviews aan bod zullen komen:

- Uitstroom
- Sociaal netwerk
- Inkomen, schulden en financiële zelfredzaamheid
- Daginvulling en zingeving
- Hulpverlening en begeleiding

Bij iedere vraag zijn wij geïnteresseerd in zowel jouw persoonlijke situatie als in wat jij weet of denkt te weten over deze onderwerpen. We willen graag leren van de verhalen die we horen en zijn daarom geïnteresseerd: wat ging er goed? Welke elementen helpen/hielpen jou bij jouw herstel? En op momenten dat het minder goed ging, wat had er beter gekund? Hoe denk jij dat jij het beste geholpen had kunnen worden?

Introductie

- *Terugblik interview vorig jaar en nu*: wat is er in de tussentijd gebeurd? t.o.v. vorig jaar hoe gaat het nu met je?
- *Indien ingevuld in vragenlijst*: Heb je tussentijds nog korte tijd ergens anders verbleven? Heeft dit invloed gehad op hoe het nu met je gaat?

Uitstroom

- *Indien vorig jaar op het punt om uit te stromen*: Zou je iets kunnen vertellen waarom het traject langer duurt dan verwacht? Welke factoren hebben hier invloed op gehad? Wat vertelt de begeleiding je hierover? Hoe ziet dat proces eruit? Is er al iets bekend over het moment dat je uit gaat stromen?
- Wat heb jij nodig om zelfstandig te wonen en succesvol uit te stromen? Wat is succes? Wat niet? (denk ook aan ondersteuningsbehoefte, aantal uren)
 - Met wie heb je hierover contact? Helpt iemand jou met de voorbereidingen hierop?
 - Wat weet je over de voorwaarden waaronder je gaat huren (welke constructie)? Wat vind je van deze afspraken over het wonen? En is het duidelijk wat dat betekent voor jou? Wat denk je dat er goed gaat, waar denk je dat je hulp bij kan gebruiken? Heb je hier al afspraken over gemaakt met iemand (laten zien overdrachtsdocument, preventie-actieplan, bekend mee? Denkt participant dat het gaat helpen?)
 - Voel je je voldoende voorbereid op uitstroom? Wat is er voorbereid? Genoeg tijd hiervoor?

Persoonlijk welbevinden

Life events (*ingrijpende gebeurtenissen die niet structureel aan de orde zijn*):

- Zijn er de afgelopen tijd onvoorziene gebeurtenissen geweest die ingrijpend waren? *(denk aan: scheiding/relatiebreuk, verlies van een dierbare, terugval in verslaving, recentelijk werkloos geworden, verandering in financiële situatie, (acute) psychische - of gezondheidsproblemen, aanraking met politie/justitie.)*
- Welke ondersteuning heb je hierbij gehad (formeel/informeel)? Wat werkte daarbij? Wat kon beter? Op welke manier kon jij het beste geholpen worden op dat moment?
- In hoeverre beïnvloeden bovenstaande factoren je perspectief op uitstroom?

Informele netwerken / activering

- Welke mensen zijn belangrijk voor jou (familie, relatie, kinderen, vrienden, burens, collega's)? (Hoe vaak) heb je contact met deze mensen? Hoe vindt je dat? (Wens meer/minder te zien?)
- Zijn er nog andere plekken waar je mensen ontmoet (geloofsgemeenschap/ buurthuis/sportclub/support-groepen/voorzieningen/daginvulling/werk?)
- Welke rol spelen deze mensen in je dagelijks leven? Weten deze mensen hoe het met jou gaat? Worden mensen in jouw netwerk ook betrokken bij de ondersteuning die je ontvangt? Hoe ervaar je dat? Wat zou je hierin nodig hebben? Bij welke van deze mensen kun je straks terecht als je een eigen woning hebt?
- Zou je in de buurt van je netwerk willen wonen? In hoeverre is dat belangrijk voor jou? (Zo niet, is er een plek/buurt/woonomgeving waarin jij je het meest thuis voelt? Kun je daar meer over vertellen? In hoeverre zou je hier ook naar kunnen uitstromen?)
- In hoeverre is dat ook een mogelijkheid? Had je daar een keuze in? Voel je je hierin gehoord?
- Zijn er contacten in je netwerk die een risico vormen voor je herstel? Wat is je band met deze mensen? Waarom vormen zij een risico voor je herstel?
 - Indien negatief: Hoe ga je hiermee om? Voel je in staat om tegen deze mensen in te gaan of de situatie te veranderen? Heb je een alternatief netwerk?
 - Ontvang je hier ondersteuning van begeleiding/wijkagent/andere bron?/ Zou je hier hulp bij willen hebben? Wat/wie zou jou hierbij helpen en hoe?
- Indien geen/weinig contact: In hoeverre heb je behoefte aan nieuwe contacten? Zijn er hierin al dingen die je doet (kleine stapjes)? Indien lastig: welke barrières voel je? Krijg je hier hulp bij? Wat/wie zou jou helpen bij het opbouwen van nieuwe contacten, hoe zou dat eruit zien?
- Indien van toepassing: Heb je al contact gelegd met nieuwe burens/andere bewoners van het gebouw? (Denk ook klein: weet je wie er straks naast je woont, heb je al eens hoi gezegd, eens langs geweest?) Hoe voel je je bij de buurt/woonomgeving?
- Voel je je wel eens alleen? Hoe is dat voor je? Wat doe je dan? Is er iemand bij wie je hiervoor terecht kan/mee over kan praten? Hoe is dat straks als je op jezelf gaat wonen? Is daar iets over afgesproken? Wat zou je daarbij kunnen helpen?
- Help jij ook wel eens anderen in jouw omgeving? Wat betekent dat voor je?

Indien vooruitzicht (voorlopig) blijven op dezelfde plek (voornamelijk bij BW)

- In hoeverre voel je je thuis? Wat heb je nodig om je thuis te voelen?
- Welke rol speelt de buurt hierbij? Voel je je thuis in je buurt? Zo ja, kun je dat verder omschrijven?
- In hoeverre heb je contact met burens/andere bewoners van het gebouw/geclusterd wonen? Hoe was dat? Hoe vaak heb je contact met deze mensen? Wat vind je daarvan? (Wens naar meer/minder contact?)
- Worden er activiteiten in jouw gebouw/buurt georganiseerd? Ga je hier wel eens naar toe of zou je dat willen? Waarom wel of niet? *(beschermende/belemmerende factoren)*

Zou je zelf wat willen organiseren of doe je dat op dit moment?

- Zijn er nog andere plekken waar je mensen ontmoet (geloofsgemeenschap/ buurthuis/sportclub/support-groepen/voorzieningen/daginvulling/werk?)
- Welke rol spelen deze mensen in je dagelijks leven? Weten deze mensen hoe het met jou gaat?
- Krijg je steun van deze mensen in je herstel? Hoe ervaar je dat? Mis je hierin iets? Wat zou kunnen helpen om dit te verbeteren?

Hulpverlening/ Begeleiding *(bekijk hierbij lijst die is ingevuld in standaard vragenlijst, welke hulpverlening ontvangt de participant momenteel? En wat verandert er bij transitie? (wijzigingen in organisatie, contactpersonen, uren)*

- (Aan de hand van aangegeven organisaties waarvan iemand hulp ontvangt) Welke organisaties zijn er straks voor jou als je uitstroomt? Verandert er iets in je begeleiding? Wat is hierover afgesproken?

- Wat is er in de begeleiding nodig om te voorkomen dat je opnieuw dakloos raakt? *(denk ook terug aan aandachtspunten eerste interview)* en is hier een plan voor gemaakt? Bijvoorbeeld het preventie-actie-plan of overdrachtsdocument. Helpt dat denk je? Heb je vertrouwen in de afspraken die zijn gemaakt en eventueel het plan dat met jou is opgesteld?

- In hoeverre heb je nu al contact met andere hulpverleners? Hoe is dit tot stand gekomen? Hoe ervaar je dit?
- Verslavingszorg: Gebruik je verslavende middelen? Wil je hier meer over vertellen? (open uitvragen)

→ In hoeverre heeft dit een invloed op jouw mogelijkheden om zelfstandig te wonen?

- Heb je hier momenteel begeleiding bij/Heb je het hier met iemand over gehad? Zijn hier afspraken over gemaakt? Wat denk jij hierin nodig te hebben?
- Welke mogelijkheden heb je om hieraan te werken *(detox, andere hulpvormen bij afkicken, ambulante begeleiding, FACT)*? In hoeverre verandert deze begeleiding als je straks op jezelf gaat wonen?
- GGZ: Heb jij last van psychische klachten? Wil je hier meer over vertellen? (open uitvragen)

→ In hoeverre heeft dit een invloed op jouw mogelijkheden om zelfstandig te wonen?

- Hoe zou je dit kunnen ondervangen? Zijn daar afspraken over gemaakt? Blijft dezelfde begeleider jou helpen als je op jezelf gaat wonen, of wordt je overgedragen? Wat vind je hiervan, en wat is daarin belangrijk voor jou?
- Indien (bijna) uitstroom: Heb je al kennis gemaakt met nieuwe hulpverleners *(zoals: buurtteam, FACT-team, ambulante verslavingszorg)* of blijven er na uitstroom ook dingen hetzelfde?
- Lichamelijk: Heb jij last van lichamelijke klachten? Wil je hier meer over vertellen? (open uitvragen)

--> in hoeverre heeft dit invloed op jouw mogelijkheden om zelfstandig te wonen?

--> in hoeverre heeft dit invloed op jouw mogelijkheden om te gaan werken?

- Invloed op [sociaal netwerk, hierboven; financiële zelfredzaamheid, hieronder]

--> indien er begeleiding voor je lichamelijke klachten aanwezig was, hoe heb je dit ervaren? *(zie kwantitatieve lijst voor vraag over begeleiding bij lichamelijke klachten)*

--> Heb je ondersteuning ontvangen in het regelen van zorgverzekering, huisarts (medische basiszorg), eventuele specialist? Zo ja, door wie? Hoe heb je dit ervaren?

--> in hoeverre hebben je lichamelijke klachten invloed gehad op het leggen van contact met je sociale netwerk?

--> in hoeverre hebben je lichamelijke klachten invloed gehad op je financiële redzaamheid? (bijvoorbeeld bij een NAH)

- **Politie:** Heb je contact (gehad) met de wijkagent of andere politiemensen? Hoe vaak? Zo ja, dan ook vragen naar andere justitiële contacten, detentie etc....
- **Detentie/justitie:** Ben je tussentijds in contact gekomen met justitie/een tijdje vastgezet in de gevangenis?
 - Wist je van te voren dat je een tijdje moest zitten, en hoe lang?
 - In hoeverre was hier iets voor voorbereid van te voren of in de gevangenis (met maatschappelijk werker/organisatie of gemeente)? (bvb uitkering, woonplek) Mogelijkheid om je huis/verblijfplaats aan te houden? Welke afspraken zijn hierover gemaakt (met zorgaanbieder/corporatie)? Werkte de partijen goed met elkaar samen?
- **Belangrijk:** Heb je idee dat alle verschillende partijen goed met elkaar samenwerken *(ook niet zorg partijen: organisaties gericht op netwerk/daginvulling werk/justitie/politie)*? Waar gaat het goed, hoe kan het beter (voorbeelden!)? *(denk ook aan iemand die zicht heeft op de coördinatie van het netwerk, casemanager, trajectregisseur)*

Participatie/dag invulling/re-integratie *(relateer aan antwoorden gestandaardiseerde vragenlijst):*

Heb je momenteel een daginvulling/werk? Hoe ervaar je de daginvulling/het werken?

Indien zinvolle dagbesteding/werk:

- Sluit het werk aan op jouw wensen en persoonlijke situatie?
 - Zo ja, hoe ben je hier terecht gekomen? Is er iemand die jou hierbij heeft geholpen? Hoe ervaarde je dat? Wat werkte, wat kon beter?
 - Zo niet, wat zijn je wensen? Wat zou je hierbij nodig hebben? Wie/wat zou jou hierbij kunnen helpen? *(denk aan jobcoach, contactpersoon UWV)*
 - In hoeverre ben je tevreden met de daginvulling/werk dat je momenteel verricht? Kun je het bespreken als er iets aan de hand is? (passend werk/meedenkende werkgever)
 - Heb je nog de wens om betaald werk te gaan doen? Krijg je hierin ondersteuning? Wat vind je van de ondersteuning die je krijgt? Zo niet, kun je hierbij ondersteuning gebruiken? welke ondersteuning heb je hierbij nodig? En hoe ziet dat er dan uit? Waarom is die ondersteuning er nu niet?
- (Indien geen zinvolle daginvulling/(vrijwilligers)werk) Wat zou je graag doen? Welke obstakels zijn er aanwezig die het niet mogelijk maken om daginvulling/werk te doen? (denk bv. aan verslaving, gezondheidsproblemen) Kan je aangeven welke belemmeringen er zijn rondom het vinden van vrijwilligerswerk/betaald werk. Hoe zou dit voor jou weggenomen worden? Hoe zou dat eruit zien?
 - Ontvang/ontving je hierbij begeleiding (jobcoach, gemeente, UWV, begeleider) en hoe ervaar/ervaarde je dit? Zo niet, wat zou jou helpen/hebben geholpen om aan te sluiten op jouw situatie?
- Continuïteit: Blijf je bij dezelfde dag invulling/werk als je zelfstandig gaat wonen?
 - Wat is hierover afgesproken? En wat betekent dit voor jou?
 - Zo niet, waarom niet?

- *Indien betaald werk:* Hoe is de overgang gegaan van een uitkering richting betaald werk? Met wie heb je hierover contact gehad en was je tevreden over deze overgang? (ook aandacht voor continuïteit in financiën/rondkomen).

Inkomen, schulden en financiële zelfredzaamheid

- *Terughalen situatie vorig jaar en vergelijk:* Hoe voorzie je momenteel in je inkomen? (zie ook standaard vragenlijst begin)? Ben je hier tevreden mee? Kun je ervan rondkomen? Hoe gaat dit? Wat kan er beter?
- *Beheer* je je eigen geld? Krijg je hier ondersteuning bij en door wie? Of wordt je geld beheerd door een bewindvoerder of budgetbeheerder? Wat vind je hier prettig/minder prettig aan? Weet jij of deze hulp doorloopt als je straks zelfstandig gaat wonen? Heb je hier afspraken over gemaakt? Hoe denk je hierover?
- *Indien (participatie)uitkering:* Heb je contact met de bijstands- of UWV-consulent? Is dit een vast contactpersoon? Hoe vaak zie je elkaar? Waar is het contact op gericht en hoe ervaar je dit contact?
 - Ervaar je problemen met de uitkering? Zo ja, wat? Wat zou jou helpen om dit op de rit te krijgen?
 - Zijn er andere veranderingen in je financiële situatie? Hoe komt dat? Hoe gaat dat wanneer je gaat uitstromen?
- Heb je schulden? Heb je hier hulp bij? (Zie ook gestandaardiseerde vragenlijst: hulp van schuldsanering, schuldenmaatje, coach etc.)
 - Ja? Hoe ervaar je de ondersteuning, wat gaat goed? Wat kan beter?
 - Nee? Zou je hier hulp bij willen? Wat zou jou helpen, hoe ziet dat eruit?
- Heeft dit invloed op de duur waarop je kan uitstromen (voorwaarde voor uitstroom)?
 - Is het aangaan van schuldhelpverlening/budgetcoaching een voorwaarden voor uitstroom? In hoeverre heeft je financiële situatie invloed op het nog niet kunnen uitstromen naar een eigen woning?

Blik op toekomst

- Waar wil je zijn over 1 jaar?
- *Wat zijn de belangrijkste elementen om het te redden.*

Interviewgids groep 2: Uitgestroomd al bij het vorige interview, of recentelijk

Versie: 28 januari 2022

Onderwerpen die tijdens de interviews aan bod zullen komen:

- Woonsituatie
- Persoonlijk welbevinden
- Hulpverlener
- Netwerk (en sociaal contact)
- Daginvulling en zingeving
- Hulpverlening
- Financiële zelfredzaamheid

Bij iedere vraag zijn wij geïnteresseerd in zowel jouw persoonlijke situatie als in wat jij weet of denkt te weten over deze onderwerpen. We willen graag leren van de verhalen die we horen en zijn daarom geïnteresseerd: wat ging er goed? Welke elementen helpen/hielpen jou bij jouw herstel? En op momenten dat het minder goed ging, wat had er beter gekund? Hoe denk jij dat jij het beste geholpen had kunnen worden?

Introductie

Terugblik interview vorig jaar en nu: wat is er in de tussentijd gebeurd? t.o.v. vorig jaar hoe gaat het nu met je?

Woonsituatie

- Hoe lang woon je nu op jezelf? Hoe vind je het om op jezelf te wonen?
- Kan je iets vertellen over je huidige woonsituatie/woonconstructie?

(denk ook aan: driepartijenovereenkomst, gemengd wonen, verplichte ondersteuning, woning op eigen naam)

- In hoeverre ben je tevreden met de woonconstructie en wat zijn voor jou de voor- en nadelen hiervan?

Persoonlijk welbevinden

- Hoe bevalt het zelfstandig wonen? Zijn er veel grote veranderingen geweest? Hoe heb je dat ervaren? *(bvb. Stressvol, bevrijdend, etc)*

- Life events *(ingrijpende gebeurtenissen die niet structureel aan de orde zijn):*

- ☐ Zijn er de afgelopen tijd onvoorziene gebeurtenissen geweest die ingrijpend waren?

(denk aan: scheiding/relatiebreuk, verlies van een dierbare, terugval in verslaving, recentelijk werkloos geworden, verandering in de financiële situatie (acute) psychische of gezondheidsproblemen, aanraking met politie/justitie, vertrek naar buitenland)

- ☐ Welke ondersteuning heb je hierbij gehad (formeel/informeel)? Wat werkte daarbij? Wat kon beter? Op welke manier kon jij het beste geholpen worden op dat moment?

- ☐ In hoeverre beïnvloeden bovenstaande factoren de stabiliteit in zelfstandig wonen?

- Wat zijn belangrijke herstelmomenten? Zijn er moeilijke situaties geweest in de afgelopen tijd? Wat heeft geholpen in moeilijke situatie? Wie zijn hierin belangrijke sleutelfiguren geweest?

Hulpverlening:

- In hoeverre ontving jij dezelfde ondersteuning toen jij op jezelf ging wonen of is er van hulpverlening/organisatie gewisseld? Hoe heb jij dit ervaren? Loopt je begeleiding door op het moment dat je uitstroomde/verhuisde?

- *(Inventariseren welke hulp er voorheen aanwezig was en wat veranderde aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijst)* Wat veranderde er toen jij overging naar een eigen woning? Zijn er wisselingen geweest van begeleiders/verschil in inzet uren?
- Ontvang je op dit moment voldoende begeleiding om zelfstandig te kunnen wonen? Zo niet, op welke punten merk je dat je nog begeleiding nodig hebt?
- Hoe tevreden ben je over de begeleiding die je nu ontvangt? Waar ben je tevreden over, waarover niet?
- Heb je al kennis gemaakt met het buurtteam? Hoe heb je de overdracht ervaren? Heb je een goed contact met het buurtteam? (Weet je ze te vinden? durf je je vragen te stellen?). Welke afspraken zijn er gemaakt (denk bijvoorbeeld aan: benaderen van vorige begeleider wanneer het niet goed gaat)?
 - Hoeveel contact heb je? Hoe ervaar je dit? Is dit genoeg? Kun je dat aangeven?
- In hoeverre heb jij contact met de **woningcorporatie/jouw verhuurder**? Of heeft jouw ondersteuner dit? Hoe ervaar je dit contact? Wat gaat goed, wat kan beter?
- Ontvang je ook nog ondersteuning voor **van het buurtteam, FACT-team, ambulante verslavingszorg**, andere hulpverleners buiten de opvang of voorziening voor BW? Hoe ervaar je deze ondersteuning nu je zelfstandig woont? Is deze begeleiding veranderd (overgang FACT/ambulante verslavingszorg, andere intensiteit begeleiding/wisseling begeleider)? Hoe vindt je dat?
 - Indien gebruik verslavende middelen: Wil je daar meer over vertellen? Gebruikte je nog actief verslavende middelen toen je verhuisde? Hoe gaat het daar nu mee? Heeft het invloed op hoe fijn je zelfstandig kan wonen? *(denk aan: risicovolle contacten, stabiliteit in wonen, geldproblemen)*
- Bij sprake van ondersteuning van GGZ/VZ: Kan je iets vertellen over het traject dat je nu doorloopt voor ondersteuning bij verslaving/GGZ? *(denk aan: goede nazorg ondersteuning, detox mogelijkheden, behandel mogelijkheden/samenwerking met begeleiding/urinecontroles etc.)*
- Is er iemand die je in lastige situaties kan bereiken/inschakelen evt. ook na kantoortijden?

Lichamelijk: heb je last van lichamelijke klachten? Wil je hier meer over vertellen? (open uitvragen)

--> in hoeverre heeft dit invloed op jouw zelfstandig wonen?

--> in hoeverre heeft dit invloed op jouw mogelijkheden om te gaan werken?

--> indien er begeleiding voor je lichamelijke klachten aanwezig was, hoe heb je dit ervaren? *(zie kwantitatieve lijst voor vraag over begeleiding bij lichamelijke klachten)*

--> Heb je ondersteuning ontvangen in het regelen van medische basiszorg? (denk aan zorgverzekering, huisarts etc.) toen je zelfstandig ging wonen? Zo ja, door wie? Hoe heb je dit ervaren?

--> in hoeverre hebben je lichamelijke klachten invloed gehad op het leggen van contact met je sociale netwerk?

--> in hoeverre hebben je lichamelijke klachten invloed gehad op je financiële redzaamheid? (bijvoorbeeld bij een NAH)

- **Politie** → Heb je tussendoor contact (gehad) met de wijkagent of andere politiemensen? Hoe vaak? Zo ja, dan ook vragen naar andere justitiële contacten, detentie etc....

- **Detentie/justitie:** Ben je tussentijds in contact gekomen met justitie/een tijdje vastgezet in de gevangenis?
 - Wist je van te voren dat je een tijdje moest zitten, en hoe lang?
 - In hoeverre was hier iets voor voorbereid van te voren of in de gevangenis (met maatschappelijk werker/organisatie of gemeente)? (bvb uitkering en woonplek) Mogelijkheid om je huis/verblijfplaats aan te houden? Welke afspraken zijn hierover gemaakt (met zorgaanbieder/corporatie)? Werkte de partijen goed met elkaar samen?
- **Integraliteit** **Belangrijk:** Heb je idee dat alle verschillende partijen goed met elkaar samenwerken *(ook niet zorg partijen: organisaties gericht op netwerk/daginvulling werk/justitie/politie/detentie).*
- Heb jij een vast aanspreekpunt of was er iemand die de zorg coördineert (casemanager, trajectregisseur)? Ken je deze persoon? Hoe ervaar je jullie contact? *(denk ook aan iemand die zicht heeft op de coördinatie van het netwerk, casemanager, trajectregisseur)*

Sociaal netwerk/activering

- Welke mensen zijn belangrijk voor jou? Hoe is de band/het contact met je gezin (kinderen)/familie/vrienden (van vroeger)/nieuwe vrienden?
- Wonen deze mensen bij je in de buurt? Zo niet, zou je het fijn vinden om dicht in de buurt van deze contacten te wonen? Kun je dit aangeven in je woonwens?
- Welke rol spelen deze mensen in je dagelijks leven? Weten deze mensen hoe het met jou gaat? Worden mensen in jouw netwerk ook betrokken bij de ondersteuning die je ontvangt?
- Help jij ook wel eens anderen in jouw omgeving? Hoe gaat dat?
- Zijn er mensen in je sociale netwerk die een risico vormen voor je herstel? Op welke manier?
- Indien negatief: Hoe ga je hiermee om? Ontvang je hier ondersteuning van begeleiding/wijkagent/andere bron?/ Zou je hier hulp bij willen hebben? Wat/wie zou jou hierbij helpen en hoe?
- Voel je je wel eens alleen? Hoe is dat voor je? In hoeverre is dat veranderd nu je op jezelf woont? Is daar iets over afgesproken? Wat zou je daarbij kunnen helpen?
- Indien geen/weinig contact: In hoeverre heb je behoefte aan nieuwe contacten? Indien lastig: welke barrières voel je? Wat/wie zou jou helpen bij het opbouwen van nieuwe contacten, hoe zou dat eruit zien?
- In hoeverre voel je je thuis? Wat heb je nodig om je thuis te voelen?
- Welke rol speelt de buurt hierbij? Voel je je thuis in je buurt? Zo ja, kun je dat verder omschrijven? **OBJ**
- In hoeverre heb je contact met burens/andere bewoners van het gebouw/geclusterd wonen? Hoe was dat? Hoe vaak heb je contact met deze mensen? Wat vind je daarvan? (Wens naar meer/minder contact?)
- Weet je wie naast je woont, heb je al eens hoi gezegd? En groeten de burens/buurtgenoten jou? Ben je al wel eens bij iemand ergens langs geweest/koffie gedronken?)
- Worden er activiteiten in jouw gebouw/buurt georganiseerd? Ga je hier wel eens naar toe of zou je dat willen? Waarom wel of niet? *(beschermende/belemmerende factoren)*

Zou je zelf wat willen organiseren of doe je dat op dit moment?

- Zijn er nog andere plekken waar je mensen ontmoet (geloofsgemeenschap/buurthuis/sportclub/support-groepen/voorzieningen/daginvulling/werk?)
- Welke rol spelen deze mensen in je dagelijks leven? Weten deze mensen hoe het met jou gaat?
- Bij welke van deze mensen kun je terecht nu je een eigen woning hebt? Krijg je steun van deze mensen in je herstel? Hoe ervaar je dat? Mis je hierin iets? Wat zou kunnen helpen om dit te verbeteren?

Pagina-einde

Uitstroom *(relateren aan wat je weet over voorbereiding uitstroom van vorige interview)*

- Kun je iets vertellen over jouw ervaringen met de voorbereiding op uitstroom naar een eigen woning?
 - Hoe heb je een woning gevonden? Sloot deze woning (+omgeving) aan bij je wensen/persoonlijke situatie? Hoe verliep dat proces?
 - Voelde je je klaar om uit te stromen? Was er iemand die jou hielp met de voorbereiding op uitstroom? Hoe vond je dat? Hoe lang te voren zijn jullie hier mee bezig gegaan?
 - Had je van te voren zicht op wat je nodig zou hebben bij uitstroom (ondersteuningsbehoefte)? Heb je het hierover gehad?
 - Heb je voordat je uitgestroomde gesproken met een ervaringsdeskundige? Wist je een beetje wat je te wachten stond? Welke veranderingen en/of lastige zaken je misschien op je pad zou krijgen?
 - **Overdracht/continuïteit begeleiding:** Heb je een overdrachtsdocument/preventie plan gehad toen je verhuisde? Welke mensen waren daarbij betrokken? Zijn er onderling duidelijke afspraken gemaakt? Hoe ervaarde je dat? Werkte dat voor jou?
- ☞ *Indien niet bekend met documenten: laten zien overdrachtsdocument, preventie-actieplan:* bekend mee? Denken ze dat het zou helpen?
- Zijn er zaken waar je achteraf van denkt dat ze je zouden hebben geholpen? Wat zou voorheen hebben geholpen om dakloosheid te voorkomen? Waar mag beter op gelet worden?

Daginvulling en werk

- Had je werk of daginvulling op het moment van uitstroom? (evt. Bespreken van belemmeringen om dag invulling aan te houden/regelen)
- Indien geen zinvolle dagbesteding/werk: Welke obstakels zijn er aanwezig die het niet mogelijk maken om daginvulling/werk te doen? (denk bv. aan verslaving, gezondheidsproblemen) Kan je aangeven welke belemmeringen er zijn rondom het vinden van vrijwilligerswerk/betaald werk.
- Wat heb je nodig om een passende plek/daginvulling te vinden? In hoeverre krijg je hier ondersteuning bij (bv. Jobcoach, UWV, gemeente)
- Indien zinvolle dagbesteding/werk: In hoeverre ben je tevreden met de daginvulling/werk dat je momenteel verricht? Kun je het bespreken als er iets aan de hand is? (passend werk/meedenkende werkgever)
- Heb je de behoefte om betaald werk te verrichten? Hoe zie je dat in de toekomst en wat heb je daarvoor nodig?
- Indien betaald werk: Hoe is de overgang gegaan van een uitkering richting betaald werk? Met wie heb je hierover contact gehad en was je tevreden over deze overgang? (ook aandacht voor continuïteit in financiën/rondkomen).

Inkomen, schulden en financiële zelfredzaamheid

- *Terughalen situatie vorig jaar en vergelijk:* Hoe voorzie je momenteel in je inkomen? (zie ook standaard vragenlijst begin)? Ben je hier tevreden mee? Kun je hiervan rondkomen? Hoe gaat dit? Wat kan er beter?
 - Is het week/maand budget voldoende om je vaste lasten van te betalen? Zo niet, Wat is de reden hiervoor?
- Zijn er andere veranderingen in je financiële situatie geweest toen je uitstroomde? Hoe kwam dat? Wat betekende dat voor jou?
- Beheer je je eigen geld? Krijg je hier ondersteuning bij en door wie? Of wordt je geld beheerd door een bewindvoerder of budgetbeheerder? Wat vind je hier prettig/minder prettig aan?
 - In hoeverre is deze ondersteuning doorgelopen op het moment dat je uit bent gestroomd/ Wat is hierin veranderd? Hoe ervaar je dat? Wat gaat goed, wat kan beter?
 - Heb je de wens om deze ondersteuning te behouden?
 - Tot wanneer ontvang je nog ondersteuning van stadsgeldbeheer of bewindvoering/budgetbeheer van een andere organisatie? Welke afspraken zijn hierover gemaakt? Zo niet, wie helpt jou bij het doorverwijzing naar een nieuwe ondersteuner voor financiële ondersteuning?
 - Waar is de huidige ondersteuning op gericht? Wordt je geholpen met het eventueel afbouwen (denk aan: het aanleren van vaardigheden en het opnieuw opbouwen van vertrouwen)
 - Bestaat de mogelijkheid tot behoud van huidige ondersteuner?
- Indien (participatie)uitkering: Heb je contact met de bijstands- of UWV-consulent? Is dit een vast contactpersoon? Hoe vaak zie je elkaar? Waar is het contact op gericht en hoe ervaar je dit contact?
 - Ervaar je problemen met de uitkering? Zoja, wat? Wat zou jou helpen om dit op de rit te krijgen?
 - Zijn er andere veranderingen in je financiële situatie? Hoe komt dat? Hoe gaat dat wanneer je gaat uitstromen?
- Heb je schulden? Heb je hier hulp bij?(Zie ook gestandaardiseerde vragenlijst: hulp van schuldsanering, schuldenmaatje, coach etc.)
 - Ja? Hoe ervaar je de ondersteuning, wat gaat goed? Wat kan beter?
 - Nee? Zou je hier hulp bij willen? Wat zou jou helpen, hoe ziet dat eruit?
- Is de ondersteuning bij schulden doorgelopen toen je zelfstandig gaan wonen? Is er iets veranderd (uren, aanbieder?)
 - Ben je uitgestroomd naar een regiogemeenten en kreeg je de mogelijkheid om je schuldsaneringstraject hier verder te zetten?

Blik op toekomst

- Wat heb jij nodig om zelfstandig te blijven wonen? Wat is succes? Wat niet? Heb je een doel?
- Waar wil je zijn over 1 jaar?

Bijlage 2: Kwantitatieve vragenlijst participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

Kwantitatieve Vragenlijst Voorkomen Terugval, vierde meting 2022

*Deels gebaseerd op de herziene versie van de Lehman Quality of Life Interview (QOL) (1983)/
Zorgbehoeftenvragenlijst, Trimbos Instituut (2003)*

Instructies interviewer:

Interviewer stelt deze vragen, geeft waar nodig toelichting en vult de lijst in aan de hand van de antwoorden van de participant door aan te kruisen wat van toepassing is. De vragenlijst wordt na afloop van het open interview doorgenomen.

Geef ten alle tijden deelnemers zelf de keuze om de vraag te beantwoorden of niet. Indien participanten gelieve geen antwoord te geven op de vragen, geef dit dan aan op de vragenlijst als 'geen antwoord'.

Huwelijkse staat

Heeft u momenteel een partner/echtgenoot? (Q10_ A)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Geen antwoord

Woont u samen met uw partner/echtgenoot? (Q10_ B)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Geen antwoord

Heeft u kinderen? (Q11_ A)

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik heb Kinderen (aantal) (Q11_ B)
- ☐ Geen antwoord

Woont een van deze kinderen bij u in? (Q11_ C)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Geen antwoord

Woonsituatie momenteel

Wat is uw woonsituatie op dit moment? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

(Later door de interviewer te categoriseren in verschillende categorieën voor uitwerking)

Verblijf bij instelling/organisatie/ (semi-zelfstandige woonvorm)

Op welke locatie verblijf je? (Q13_ locatie)

Van welke organisatie ontvang je (woon)begeleiding?

(Q14)

Hoeveel keer krijg je begeleiding in de week? (Q15_ keren)

Kun je hier permanent blijven wonen? (Q16_ permanent)

- ☐ Ja
- ☐ Nee, reden

.....(Q16_ anders_ name
lijk)

(denk aan: onderhuur, anti-kraak, verhuizen na omklappen, andere genoemde redenen)

Open tekstveld verdere toelichting huidige woonsituatie
(in te vullen door interviewer aan de hand van verhaal/toelichting participant)

Tijdelijk ander verblijf (Q17_tijdelijk)

- Gevangenis
- Ziekenhuis
- Kliniek

Geen (vaste) verblijfplaats (Q18_onvast)

- Geen verblijfsplek (verblijf buiten, zonder opvang of in leegstaand gebouw)
- Verblijf bij vrienden/familie/partner
- Anders, namelijk
.....(Q18_onvast_anders_namelijk)
- Geen antwoord

Woonsituatie afgelopen jaar

Heeft u in het afgelopen jaar (tussen nu en het vorige interview) ergens anders verbleven?

(Q19_verblijf)

(Inclusief verblijf bij partner/netwerk, detentie, instelling, buitenland of ziekenhuis)

- Nee
- Ja
- Geen antwoord

Zo ja, geef in volgorde van tijd aan waar je het afgelopen jaar bent verbleven

(beginnen met de huidige woonsituatie bij A, woonvorm zo duidelijk mogelijk omschrijven in vakjes)

Volgorde	Beschrijving verblijfplaats	Duur (in maanden, van-tot)
A (huidig) Q20_verblijfA		Q21_verblijfAduur
B Q22_verblijfB		Q23_verblijfAduur
C Q24_verblijfC		Q25_verblijfAduur
D Q26_verblijfD		Q27_verblijfAduur
E Q28_verblijfE		Q29_verblijfAduur

Begeleiding

Van welke organisatie of organisaties ontving u in het afgelopen jaar hulp/begeleiding

(Voorbeelden noemen van Utrechtse organisaties bij naam, zoals Altrecht, Jellinek,

Tussenvoorziening, Vitras)? (Q51t/m Q74)

- GGZ (bv. Altrecht)
- FACT-team/Gebiedsteams (ook bemoeizorg)
- Verslavingszorg (detox)
- Ambulante verslavingszorg (bv. Jellinek)
- Woonbegeleiding/ambulante begeleiding (Leger des Heils, Tussenvoorziening, Lister, Kwintes)

- Trajectmanagement Tussenvoorziening / Stadsteam Herstel (bv. Mensen in crisiszorg zoals Parana)
- Begeleiding bij (L)VB (bv. Abrona, MEE, FACT-lvb)
- Maatschappelijk werk (bv. Vitras)
- Buurtteam/dorp-team
- Schuldhulpverlener/bewindvoerder WSNP (schuldsanering)
- Budgetbeheer/bewindvoering
- Budget coach (ook Stadsgeldbeheer Tussenvoorziening/ Kwintes) /schuldenmaatje (verschillende organisaties?)
- Huisarts, regulier of daklozendokter Herstart
- Poh-GGZ
- Ziekenhuis
- GGD
- Veteraneninstituut
- Thuiszorg
- Wijkverpleging
- Woonconsulent/Casemanager woonoverlast
- Maatjes projecten (verschillende organisaties)
- Reclassering
- Ervaringsdeskundige van organisatie
- Anders, namelijk... (Q74_1)
- Geen antwoord

Behandeling/ondersteuning bij psychiatrische kwetsbaarheid

Ervaart u wel eens psychische klachten? (Q31_psych_klachten)

- Ja
- Nee
- Nee, maar wel in het verleden
- Geen antwoord

Heeft u behoefte aan begeleiding bij het omgaan met uw psychische/psychiatrische klachten? (Q32_psych_behoefte begeleiding)

- Ja (zie twee vragen hieronder bij A)
- Nee (sla volgende 2 vragen over, ga direct naar B)
- Geen antwoord

A: Indien ja, krijg je op dit moment hulp of ondersteuning hierbij? (Q33_psych_begeleiding)

- Ja
- Nee
- Nee, maar wel in het verleden
- Geen antwoord

Indien ja, wilt u: (Q34_intensiteit_begeleiding)

- Evenveel begeleiding (als u nu heeft)
- Minder hulp of begeleiding
- Meer hulp of begeleiding
- Geen antwoord

Behandeling/ondersteuning bij lichamelijk kwetsbaarheid

Gebaseerd op Zorgbehoeftevragenlijst, Trimbos 2003

Ervaart u wel eens lichamelijke klachten? (Q77_lich_klacht)

- Ja (zie volgende vragen hieronder bij A)
- Nee (sla volgende vragen over, ga naar VERSLAVENDE MIDDELEN)
- Nee, maar wel in het verleden
- Geen antwoord

A: Welke van de onderstaande zaken heeft u het afgelopen jaar in mindere mate zelfstandig kunnen uitvoeren? Er zijn meerdere antwoord mogelijkheden. (Q78_zelf_zaken1 t/m Q78_zelf_zaken6)

- ☐ Uzelf wassen
- ☐ Uzelf aankleden
- ☐ Verzorgen uiterlijk
- ☐ Gezond eten
- ☐ Naar het toilet gaan (incontinentie)
- ☐ Bewegen (sportief)
- ☐ Geen antwoord

Indien u lichamelijke klachten ervaart, waar gaat u dan naartoe? (Q79_lich_klacht_hulp1 t/m Q79_lich_klacht_hulp8)

- ☐ Eigen huisarts in de wijk
- ☐ Straatdokter (Huisarts bij herstart/ team sociaal medische zorg van het Leger des Heils)
- ☐ GGZ
- ☐ Begeleiding
- ☐ Ziekenhuis
- ☐ Iemand uit uw directe omgeving (bijvoorbeeld familie en/of vrienden)
- ☐ Stadsteam Back-up
- ☐ Verslavingszorg
- ☐ Geen antwoord

Heeft u behoefte aan begeleiding bij het omgaan met uw lichamelijke klachten? (Q80_lich_klacht_behoefte_begeleiding)

- ☐ Ja (zie twee vragen hieronder bij A)
- ☐ Nee (sla volgende 2 vragen over)
- ☐ Geen antwoord

A: Indien ja, krijg je op dit moment hulp of ondersteuning hierbij? (Q81_lich_klacht_ondersteuning)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nee, maar wel in het verleden
- ☐ Geen antwoord

Indien ja, wilt u: (Q82_lich_intensiteit_begeleiding)

- ☐ Evenveel begeleiding (als u nu heeft)
- ☐ Minder hulp of begeleiding
- ☐ Meer hulp of begeleiding
- ☐ Geen antwoord

Gebruik van verslavende middelen

Gebaseerd op Zorgbehoeftenvragenlijst Trimbos, 2003

Vindt u zelf dat u een verslaving heeft? (Q39_verslaving3)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Geen antwoord

Heeft u behoefte aan begeleiding/behandeling bij het omgaan met verslavende middelen? (Q40_verslaving5A)

- ☐ Ja (zie twee vragen hieronder bij A)
- ☐ Nee
- ☐ Geen antwoord

A: Indien ja, krijg je op dit moment hulp of ondersteuning hierbij? (Q41_verslaving5A)

- ☐ Ja

- Nee
- Nee, maar wel in het verleden
- Geen antwoord

Indien ja, wilt u: (Q42_verslaving5AA)

- Evenveel begeleiding (als u nu heeft)
- Minder hulp of begeleiding
- Meer hulp of begeleiding
- Geen antwoord

B: Indien nee, zou u hierbij ondersteuning willen ontvangen? (Q43_verslaving5B)

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Inkomen

In het afgelopen jaar ontving ik inkomsten van de volgende instanties (aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden mogelijk) (Q44_inkomen_1 t/m Q44_inkomen_11)

- Loon van een werkgever
- Flexibele inzet en loon via uitzendbureau
- Geld voor klusjes of zwart werk
- WW, WIA of WAO
- AOW of (pre-)Pensioen
- WAJONG
- Bijstands of Participatie uitkering
- Dakloosheidsuitkering
- Uitkering van defensie (ABP)
- Ziektewet
- Anders, namelijk
(Q44_11_anders_namelijk).....
- Geen antwoord

Beheer van inkomen

Beheer je je eigen inkomen? (Q75_beheer_inkomen)

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Ontvang je hulp bij het beheren van je inkomen? (Q76A_hulp_beheer_inkomen)

- Nee
- Ja, namelijk door: (Q76A_hulp_beheer_inkomen)
 - Bewindvoering
 - Budgetbeheer
 - Maatje
 - Ondersteuning van woonbegeleiding/instelling
- Geen antwoord

Daginvulling/werk

Heeft u een daginvulling/ (vrijwilligers)werk op dit moment? (Q45_daginvulling)
(Indien onbekend welke categorie opschrijven naam werkplek, later nazoeken/vragen)

- Ja, namelijk
 - Dagbesteding / werk bij een sociale werkplaats of firma
 - Vrijwilligerswerk
 - Betaald werk
- Nee, maar wel op een eerder moment dit jaar, namelijk

- Dagbesteding / werk bij een sociale werkplaats of firma
- Vrijwilligerswerk
- Betaald werk
- Nee, geen daginvulling/(vrijwilligers)werk in het afgelopen jaar
- Geen antwoord

Indien ja: Hoeveel uur werkt u *gemiddeld* per week? uur (*Q46_uren2*)

- Geen antwoord

Indien nee, bent u momenteel opzoek naar werk? (*Q47_werk*)

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Heeft u daarbij hulp van iemand? (*Q48_werhulp*)

(Bv. UWV, jobcoach, persoonlijk begeleider of iemand uit netwerk)

- Ja, namelijk (Functie ondersteunend persoon) (*Q49_werkhulp_ondersteundende_functie*)
- Nee
- Geen antwoord

Bijlage 3: Kwalitatieve vragenlijst zorgprofessionals

1. Wat is uw rol binnen de organisatie?
2. Hoelang bent u al werkzaam binnen deze organisatie?
3. Met welke organisaties werkt u samen?
4. Hoe ervaart u deze samenwerking?
5. Werkt u samen met andere organisaties om deze somatiek zorg te verzekeren? Zo ja, welke organisaties?
6. In hoeverre worden cliënten voorbereid op zelfstandig wonen en het moeten regelen van zorg? Waar wordt op gelet?
7. Hoe blijven jullie betrokken bij het van (semi)zelfstandig wonen? Heeft u hier voorbeelden van?
8. Is hier een vast protocol voor opgesteld of wordt het casus gericht geregeld?
9. In hoeverre worden de cliënten hierover geïnformeerd?

Zorg voormalig dak- en thuislozen]

1. Hebben jullie het idee dat de somatiek problematiek voort komt uit de dakloze periode van jullie cliënten? Kan u daar meer over vertellen?
2. In hoeverre is de zorg geregeld binnen uw organisatie voor een voormalig dak- en thuisloze?
3. In hoeverre is de somatiek onderdeel van het uitstroomplan?
4. In hoeverre bent u betrokken bij de zorg van voormalig dak- en thuislozen?
5. Welke organisaties(s) zijn hierbij betrokken? Naast of in plaats van u?
6. Wat is hierbij van belang?
7. Wat kan het proces van zorg verlenen bemoeilijken?
8. Wordt het informele netwerk ook betrokken bij de signalering van somatiek problematiek?
9. Hoe is de samenwerking met reguliere huisartsen?

Zorg dak- en thuislozen

1. Hoe is de zorg geregeld binnen uw organisatie voor een dak- en thuisloze?
2. In hoeverre bent u betrokken bij de zorg van dak- en thuislozen?
3. Welke organisatie(s) zijn hierbij betrokken?
4. Wat is hierbij van belang?
5. Wat kan het proces van zorg verlenen bemoeilijken?

Bijlage 4: Codeboom kwalitatieve vragenlijst participanten project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

- ◆ ● 1. Intro { 481 - 0 }
- ◆ ○ 1.1 Intro_leeftijd { 80 - 0 }
- ◆ ○ 1.2 Intro_herkomst { 113 - 0 }
- ◆ ○ 1.3. Intro_life events afgelopen jaar { 137 - 0 }
- ◆ ○ 1.4 Intro_woonsituatie afgelopen jaar { 242 - 0 }
- ◆ ○ 1.5 Intro_verblijfsituatie momenteel { 184 - 0 }
- ◆ ○ 1.6 Intro_tijd in de opvang { 144 - 0 } ~
- ◆ ● 2. Terugval { 203 - 0 }
- ◆ ○ 2.1 Terugval_woongeschiedenis { 119 - 0 }
- ◆ ○ 2.2 Terugval_trigger events { 166 - 0 }
- ◆ ○ 2.3. Terugval_type verblijfplaats voor terugval { 63 - 0 }
- ◆ ○ 2.4 Terugval_contact woningbouwcorporatie/verhuurder { 27 - 0 }
- ◆ ○ 2.5 Terugval_achtergrond defensie { 20 - 0 }
- ◆ ○ 2.6 Terugval_tijd in het buitenland { 28 - 0 }
- ◆ ○ 2.7 Terugval_toeleiding naar opvang { 4 - 0 }
- ◆ ○ 2.8 Terugval_verblijfsgeschiedenis na terugval { 4 - 0 }
- ◆ ● 3. Uitstroom traject { 545 - 0 }
- ◆ ○ 3.1 Uitstroom_voorbereidingen uitstroom { 296 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.0 Voorbereidingen uitstroom_voorwaarden voor uitstroom { 56 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.1 Voorbereidingen uitstroom_soort woning/huurconstructie { 104 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.2 Voorbereidingen uitstroom_begeleiding { 149 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.3 Voorbereidingen uitstroom_omgeving/sociale contacten { 31 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.4 Voorbereidingen uitstroom_(begeleiding bij) financieen { 44 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.5 Voorbereidingen uitstroom_ervaringen overdrachtsdocument { 22 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.6 Voorbereidingen uitstroom_ervaringen preventie-actieplan { 19 - 0 }
- ◆ ○ 3.1.7 Uitstroom_contact woningbouwcorpoatie/verhuurder { 97 - 0 }
- ◆ ○ 3.2 Mogelijke terugval triggers { 72 - 0 }
- ◆ ○ 3.3 Uitstroom_belemmeringen uitstroom { 126 - 0 }
- ◆ ○ 3.3.1 Belemmeringen uitstroom_persoonlijke factoren { 53 - 0 }
- ◆ ○ 3.3.2 Belemmeringen uitstroom_systeem factoren { 83 - 0 }
- ◆ ○ 3.3.3 Belemmeringen uitstroom_overig { 24 - 0 }
- ◆ ○ 3.4 Uitstroom_positieve factoren uitstroom { 61 - 0 }
- ◆ ○ 3.5 Behoeften/wensen bij uitstroom { 76 - 0 }
- ◆ ● 4. Informeel netwerk { 1100 - 0 }
- ◆ ● 4.1 Informeel netwerk_belangrijke contacten { 794 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.1 Informeel netwerk_belangrijke contacten_familie { 489 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.2 Informeel netwerk_belangrijke contacten_vrienden/kennissen { 216 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.3 Informeel netwerk_belangrijke contacten_buren/wijk/wijkvoorzieningen { 162 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.4 Informeel netwerk_belangrijke contacten_nieuwe contacten { 60 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.5 Informeel netwerk_relatie/partner { 307 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.6. Informeel netwerk_(oude) contacten uit veblijfsvoorziening { 170 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.7 Informeel netwerk_geloofsgemeenschap/zingeving contacten { 29 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.8 Informeel netwerk_contacten verslaving { 74 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.9 Informeel netwerk_collega's/contacten werk { 49 - 0 }

- ◆ ○ 4.1.91 Informeel netwerk_lotgenoten contact (veteranen, mensen met gelijksoortige ervaringen) { 17 - 0 }
- ◆ ○ 4.1.92 Informeel netwerk_belangrijke contacten_overig { 55 - 0 }
- ◆ ○ 4.2 Informeel netwerk_steun/helpende/beschermende aspecten { 242 - 0 }
- ◆ ○ 4.3 Informeel netwerk_risico { 184 - 0 }
- ◆ ○ 4.4 Informeel netwerk_weinig/geen contact { 208 - 0 }
- ◆ ○ 4.5 Informeel netwerk_ervaren belemmeringen { 168 - 0 }
- ◆ ○ 4.51 Informeel netwerk_eenzaamheid { 68 - 0 }
- ◆ ○ 4.6 Informeel netwerk_ondersteuning opbouw nieuwe contacten { 37 - 0 }
- ◆ ○ 4.7 Informeel netwerk_schaamte { 38 - 0 }
- ◆ ○ 4.8 Informeel netwerk_sociaal trauma { 54 - 0 }
- ◆ ○ 4.9 Informeel netwerk_mate van behoefte aan sociaal contact { 133 - 0 }
- ◆ ● 5. Werk en inkomsten { 297 - 0 }
- ◆ ○ 5.1 Werk en inkomsten_inkomstenbron { 246 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.1 Werk en inkomsten_inkomstenbron_uit betaald werk { 44 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.2 Werk en inkomsten_inkomstenbron_bijstands-/participatie uitkering { 66 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.3 Werk en inkomsten_inkomstenbron_WW/WIA/WAO-uitkering { 49 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.4 Werk en inkomsten_inkomstenbron_(pre-)pensioen/AOW { 8 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.5 Werk en inkomsten_inkomstenbron_Wayong-uitkering { 3 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.6 Werk en inkomsten_inkomstenbron_uitkering van Defensie (ABP/UGM) { 2 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.7 Werk en inkomsten_inkomstenbron_zwart (bijklussen) { 28 - 0 }
- ◆ ○ 5.1.8 Werk en inkomsten_inkomstenbron_overig { 22 - 0 }
- ◆ ○ 5.2 Werk en inkomsten_contact met uitkeringsconsulent { 81 - 0 }

- ◆ ○ 5.3 Werk en inkomsten_tegenprestatie uitkering { 20 - 0 }
- ◆ ○ 5.4 Werk en inkomsten_invloed op terugval { 23 - 0 }
- ◆ ○ 5.5 Werk en inkomsten_positieve aspecten/wensen ondersteuning { 12 - 0 }
- ◆ ○ 5.6 Werk en inkomsten_ervaren belemmering ondersteuning { 41 - 0 }
- ◆ ● 6. Financiële zelfredzaamheid { 447 - 0 }
- ◆ ○ 6.1 Financiële zelfredzaamheid_beheer inkomen { 247 - 0 }
- ◆ ○ 6.1.1 Beheer inkomen_bewindvoerder (via rechter) { 66 - 0 }
- ◆ ○ 6.1.2 Beheer inkomen_budgetbeheer (vrijwillig) { 79 - 0 }
- ◆ ○ 6.2 Financiële zelfredzaamheid_schulden { 212 - 0 }
- ◆ ○ 6.2.1 Financiële zelfredzaamheid_schulden_ondersteuning schulden { 132 - 0 }
- ◆ ○ 6.2.1.1 Ondersteuning schulden_traject WSNP (schuldsanering) { 31 - 0 }
- ◆ ○ 6.2.1.2 Ondersteuning schulden_schulden maatje { 2 - 0 }
- ◆ ○ 6.3 Financiële zelfredzaamheid_rondkomen { 152 - 0 }
- ◆ ○ 6.3.1 Financiële zelfredzaamheid_rondkomen_budget coach { 4 - 0 }
- ◆ ○ 6.4 Financiële zelfredzaamheid_invloed op terugval { 44 - 0 }
- ◆ ○ 6.5 Financiële zelfredzaamheid_wensen/behoefte ondersteuning bij financieën { 55 - 0 }
- ◆ ○ 6.6 Financiële zelfredzaamheid_wensen/behoefte beheren eigen financieën { 32 - 0 }
- ◆ ● 7. Daginvulling en zingeving { 545 - 0 }
- ◆ ○ 7.1 Daginvulling en zingeving_dagbesteding/werk momenteel { 318 - 0 }
- ◆ ○ 7.1.1 Daginvulling en zingeving_dagbesteding/werk momenteel_betaald werk { 59 - 0 }
- ◆ ○ 7.1.2 Daginvulling en zingeving_dagbesteding/werk momenteel_vrijwilligerswerk { 78 - 0 }
- ◆ ○ 7.1.3 Daginvulling en zingeving_dagbesteding/werk momenteel_dagbesteding/daginvulling { 87 - 0 }
- ◆ ○ 7.2 Daginvulling en zingeving_dagbestedings/werkplekken afgelopen jaar { 59 - 0 }

◇ ○ 7.3	Daginvulling en zingeving_toeleiding naar/voorbereiding op zinvolle daginvulling/werk	{ 82 - 0 }
◇ ○ 7.4	Daginvulling en zingeving_mate waarin dagbesteding/werk aansluit op persoonlijke situatie	{ 74 - 0 }
◇ ○ 7.5	Daginvulling en zingeving_betekenis dagbesteding/werk	{ 138 - 0 }
◇ ○ 7.6	Daginvulling en zingeving_ondersteuning op dagbesteding/werkplek	{ 46 - 0 }
◇ ○ 7.6.1	Daginvulling en zingeving_positieve aspecten ondersteuning	{ 23 - 0 }
◇ ○ 7.6.2	Daginvulling en zingeving_ervaren belemmering ondersteuning	{ 84 - 0 }
◇ ○ 7.6.3	Daginvulling en zingeving_wensen/behoefte ondersteuning	{ 38 - 0 }
◇ ○ 7.7	Daginvulling en zingeving_continuïteit dagbesteding/werk bij uitstroom	{ 17 - 0 }
◇ ○ 7.8	Daginvulling en zingeving_invloed op terugval	{ 9 - 0 }
● 8.	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening	{ 1175 - 0 }
◇ ○ 8.0	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_gebruik verslavende middelen/verslaving	{ 335 - 0 }
◇ ○ 8.01	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_psychische/psychiatrische problematiek	{ 139 - 0 }
◇ ○ 8.02	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_indicatie (indien genoemd)	{ 67 - 0 }
◇ ○ 8.1	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_ondersteuning zorgaanbieders	{ 695 - 0 }
◇ ○ 8.1.0	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_buurtteam	{ 102 - 0 }
◇ ○ 8.1.1	Formele zorg_medisch/ziekenhuis/huisarts	{ 116 - 0 } ~
◇ ○ 8.1.2	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_woonbegeleiding (Tussenvoorziening/Leger des Heils, Lister, Kwintes)	{ 401 - 0 }
◇ ○ 8.1.3	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_verslaving_ondersteuning bij verslaving	{ 128 - 0 }
◇ ○ 8.1.3.1	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_verslaving_verslavinszorg (behandeling/detox/intramuraal)	{ 45 - 0 }
◇ ○ 8.1.3.2	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_verslaving_verslavinszorg ambulant (extramuraal)	{ 23 - 0 }
◇ ○ 8.1.4	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_ondersteuning GGZ	{ 201 - 0 }
◇ ○ 8.1.4.1	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_ondersteuning GGZ (behandeling/psychiater/bij voorziening)	{ 65 - 0 }
◇ ○ 8.1.5	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_contact politie/justitie	{ 180 - 0 }
◇ ○ 8.1.6	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_maatschappelijk werk/welzijnswerk	{ 24 - 0 }
◇ ○ 8.1.7	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_maatjesprojecten	{ 6 - 0 }
◇ ○ 8.1.8	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_stadsteam herstel	{ 23 - 0 }
◇ ○ 8.1.9	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_wijkzorg/huishoudelijke hulp	{ 10 - 0 }
◇ ○ 8.1.91	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_ervaringsdeskundige	{ 19 - 0 }
◇ ○ 8.1.92	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_contact gemeente	{ 82 - 0 }
◇ ○ 8.2	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_invloed op terugval	{ 33 - 0 }
◇ ○ 8.3	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_ervaringen belemmeringen ondersteuning	{ 425 - 0 }
◇ ○ 8.4	Formeel netwerk_positieve factoren/ervaringen/factoren van belang om zelfstandig te wonen	{ 188 - 0 }
◇ ○ 8.8	Formeel netwerk_ondersteuning onderdak	{ 64 - 0 }
◇ ○ 8.9	Formeel netwerk_contact huurbaas	{ 34 - 0 }
◇ ○ 8.91	Formeel netwerk/zorg/hulpverlening_veranderingen hulpverlening/continuïteit	{ 97 - 0 }
● 9.	Continuïteit	{ 198 - 0 }
◇ ○ 9.1	Continuïteit_hulpverlening	{ 176 - 0 }
◇ ○ 9.2	Continuïteit_invloed op terugval	{ 22 - 0 }
◇ ○ 9.3	Continuïteit_ervaren belemmeringen ondersteuning	{ 62 - 0 }
● 91.	Integrale aanpak	{ 111 - 0 }
◇ ○ 91.1	Integrale aanpak_ervaring samenwerking verschillende zorgpartijen	{ 99 - 0 }
◇ ○ 91.2	Integrale aanpak_perspectief client ondersteuning	{ 61 - 0 }
◇ ○ 91.3	Integrale aanpak_invloed op terugval	{ 10 - 0 }
◇ ○ 91.4	Integrale aanpak_ervaren belemmeringen ondersteuning	{ 54 - 0 }

Bijlage 5: Codeboom kwalitatieve vragenlijst zorgprofessionals

- ◆ ● 1. Rol organisatie { 42 - 0 }
 - ◆ ○ 1.1 Rol organisatie eigen functie { 15 - 0 }
 - ◆ ○ 1.2 Rol organisatie werkveld { 26 - 0 }
 - ◆ ○ 1.3 Rol organisatie cliënt voorbereiding somatiek { 10 - 0 }
 - ◆ ● 2. Somatiek binnen de organisatie { 73 - 0 }
 - ◆ ○ 2.1 Somatiek binnen de organisatie intakegesprek { 9 - 0 }
 - ◆ ○ 2.2 Somatiek binnen de organisatie zorgverlening { 70 - 0 }
 - ◆ ● 3. Werkwijze signaal somatiek { 7 - 0 }
 - ◆ ○ 3.1 Werkwijze signaal somatiek belemmeringen { 2 - 0 }
 - ◆ ● 4. Samenwerking overige (zorg)partijen { 50 - 0 }
 - ◆ ○ 4.1 Samenwerking overige (zorg)partijen LDH { 15 - 0 }
 - ◆ ○ 4.2 Samenwerking overige (zorg)partijen Tussenvoorziening { 11 - 0 }
 - ◆ ○ 4.3 Samenwerking overige (zorg)partijen thuiszorg { 10 - 0 }
 - ◆ ○ 4.4 Samenwerking overige (zorg)partijen verslavingzorg { 5 - 0 }
 - ◆ ○ 4.5 Samenwerking overige (zorg)partijen GGZ hulpverlening { 10 - 0 }
 - ◆ ○ 4.6 Samenwerking overige (zorg)partijen gemeente { 5 - 0 }
 - ◆ ○ 4.7 Samenwerking overige (zorg)partijen Lister { 7 - 0 }
 - ◆ ○ 4.8 Samenwerking overige (zorg)partijen Stadsteam Back-Up { 3 - 0 }
 - ◆ ○ 4.9 Samenwerking overige (zorg)partijen Stadsteam Herstel { 2 - 0 }
 - ◆ ○ 4.91 Samenwerking overige (zorg)partijen Buurtteam { 7 - 0 }
 - ◆ ○ 4.92 Samenwerking overige (zorg)partijen overig { 23 - 0 }
-
- ◆ ● 5. Contact/samenwerking huisarts { 34 - 0 }
 - ◆ ○ 5.1 Contact/samenwerking huisarts goed { 8 - 0 }
 - ◆ ○ 5.2 Contact/samenwerking huisarts niet goed { 13 - 0 }
 - ◆ ○ 5.3 Contact/samenwerking huisarts overig { 22 - 0 }
 - ◆ ● 6. Ervaren belemmeringen { 52 - 0 }
 - ◆ ○ 6.1 Ervaren belemmeringen cliënt { 20 - 0 }
 - ◆ ○ 6.2 Ervaren belemmeringen samenwerking partijen { 23 - 0 }
 - ◆ ○ 6.3 Ervaren belemmeringen overig { 32 - 0 }
 - ◆ ● 7. Protocol { 20 - 0 }
 - ◆ ○ 7.1 Protocol vast { 17 - 0 }
 - ◆ ○ 7.2 Protocol casus gericht { 2 - 0 }
 - ◆ ● 8. Daklozen verleden en somatiek { 12 - 0 }
 - ◆ ○ 8.1 Daklozen verleden en somatiek invloed { 10 - 0 }
 - ◆ ○ 8.2 Daklozen verleden en somatiek psychische klachten { 4 - 0 }
 - ◆ ○ 8.3 Daklozen verleden en somatiek verslaving { 8 - 0 }
 - ◆ ● 9. Contact informeel netwerk { 7 - 0 }
 - ◆ ○ 9.1 Contact informeel netwerk steun { 4 - 0 }
 - ◆ ○ 9.2 Contact informeel netwerk belemmeringen { 3 - 0 }

- ◆ ● 91. Wetgeving { 12 - 0 }
- ◆ ○ 91.1 Wetgeving WLZ { 12 - 0 }
- ◆ ○ 91.2 Wetgeving WMO { 6 - 0 }
- ◆ ○ 91.3 Wetgeving overig { 0 - 0 }
- ◆ ● 92. Ideale oplossing { 14 - 0 }
- ◆ ○ 92.1 Ideale oplossing belemmeringen { 12 - 0 }
- ◆ ○ 92.2 Ideale oplossing benodigheden { 9 - 0 }
- ◆ ○ 92.3 Ideale oplossing samenwerking { 5 - 0 }

Bijlage 6: Vormen van begeleiding 24-uursopvang/beschermd wonen

Beschermd thuis

1. Lister
2. Timon
3. De Tussenvoorziening
4. Abrona
5. Kwintes
6. Reinaerde
7. Leger des Heils
8. Humanitas DMH – Homerun
9. Philadelphia
10. Singelzicht
11. Umah-hai
12. Jados
13. Bij Bram
14. Plushome
15. De Wederkerigheid
16. Bijzondere Zorg Midden Nederland
17. Syndion
18. Nedereind

Beschermd verblijf

1. Lister
2. Singelzicht
3. De Tussenvoorziening
4. Humanitas DMH – Homerun
5. Leger des Heils
6. Kwintes
7. Philadelphia
8. Abrona
9. De Wederkerigheid
10. Nedereind
11. Syndion
12. Reinaerde

Beschermd wonen

1. Lister
2. Leger des Heils
3. Umah-Hai
4. Lievegoed

Maatschappelijke opvang

1. Leger des Heils
2. De Tussenvoorziening
3. Herstart (Stadsteam Back-up)