

# De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld

Eindrapport van beeldvormend onderzoek in opdracht van de gemeente Utrecht



Coline van Everdingen  
15 september 2016

## Colofon

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de nachtopvang en de crisisopvang in Utrecht. De gemeente Utrecht heeft opdracht gegeven tot dit onderzoek. Coline van Everdingen, arts Maatschappij en Gezondheid en werkzaam bij Van Everdingen ZorgConsult, is verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek en voor de inhoud van dit rapport. Het rapport weerspiegelt niet automatisch het standpunt van de opdrachtgever, omdat het door een onafhankelijke onderzoeker is gemaakt.

De persoonlijke verhalen in dit onderzoek hebben een schat aan informatie opgeleverd. Met het oog op de privacy van de deelnemers komt de persoonlijke invalshoek maar beperkt tot uitdrukking in dit rapport. De persoonlijke betekenis is wel een belangrijke motor geweest om dit rapport tot in detail af te werken. Veel dank voor alle dak- en thuislozen, medewerkers in de nachtopvang en de crisisopvang en alle andere mensen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt!

Coline van Everdingen,

Arts Maatschappij en Gezondheid  
15 september 2016

Van Everdingen ZorgConsult  
Johan Kleinendreef 6, 6132 TP Sittard  
+31 6 57358976  
[cve@vecz.nl](mailto:cve@vecz.nl)  
[www.vecz.nl](http://www.vecz.nl)



## Inhoud

Voorwoord

1 Samenvatting	blz. 4
2 Analyse en aanbevelingen	blz. 10
3 Inleiding	blz. 15
4 Onderzoeksopdracht en onderzoeksvragen	blz. 15
5 Lokale context	blz. 1
6 Doelgroep en aanpak	blz. 18
7 Demografische kenmerken	blz. 21
8 Aanleiding dakloosheid	blz. 24
9 Aard en ernst van de problemen	blz. 28
10 Behoefte aan hulp en zorg	blz. 44

## Bijlagen

Bijlage 1: Begrippen en afkortingen	blz. 55
Bijlage 2: Werkwijze en toegang van de nachtopvang en crisisopvang	blz. 56
Bijlage 3 Nadere toelichting bij de gebruikte instrumenten	blz. 58
Bijlage 4: Achtergrondinformatie over de onderzoeker	blz. 60

## 1 Samenvatting

De nachtopvang is de meest laagdrempelige vorm van opvang voor dak- of thuisloze volwassenen in Utrecht. De crisisopvang biedt eveneens tijdelijke opvang voor deze groep, maar is minder laagdrempelig. Omdat de crisisopvang ook gericht is op gezinnen met kinderen, worden mensen met acute psychische problemen of een actieve verslaving die het herstel kan belemmeren daar niet toegelaten.

In 2015 is onderzoek gedaan naar de wachtlijsten in de Utrechtse keten van opvang en beschermd wonen. Om een goed beeld te krijgen van de zorgbehoefte van de cliënten van de nachtopvang en de crisisopvang heeft de gemeente Utrecht opdracht gegeven tot een beeldvormend onderzoek in de nachtopvang en de crisisopvang van Stichting De Tussenvoorziening. Voor dit onderzoek zijn 92 mensen door een onafhankelijke arts-onderzoeker gezien. Dit rapport beschrijft de belangrijkste uitkomsten en laat op grond daarvan zien hoe de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep in de Utrechtse context zou kunnen worden verbeterd.

Het onderzoek is gericht op de volwassenen met regiobinding en recht om gebruik te maken van de opvang. Ongedocumenteerden en mensen die korter dan 8 dagen in de opvang verbleven zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Ook mensen uit de Midden- en Oosteuropese landen die wegens bijzondere omstandigheden tijdelijk gebruik maken van de opvang behoren niet tot de doelgroep waarop dit onderzoek is gericht.

72% van de mensen in de crisisopvang en 59% van de mensen in de nachtopvang die aan de inclusiecriteria voldeden, hebben meegewerkt aan dit onderzoek. In de crisisopvang vormt de onderzoeksgroep een goede afspiegeling van de doelgroep. De mensen in de nachtopvang waren moeilijker te bewegen om mee te werken aan het onderzoek. Omdat psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen mogelijk een rol gespeeld hebben in de keuze om niet mee te doen, kan niet worden uitgesloten dat er op dit punt sprake is van enige onderrapportage.

### **Wie zijn de gasten in de nachtopvang en de crisisopvang? Waar komen ze vandaan?**

61 mensen uit de nachtopvang (NO) en 31 mensen uit de crisisopvang (CO) hebben meegewerkt aan dit onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 43 (NO) en 39 jaar (CO). 15% (NO) resp. 42% (CO) van de deelnemers is vrouw. Deze verschillen hangen samen met het feit dat de crisisopvang ook gericht is op de opvang van ouders met kinderen.

Qua etniciteit bestaat de onderzoekspopulatie uit Nederlanders (NO 48%, CO 65%), westerse allochtonen (NO 14%, CO 10%) en niet-westerse allochtonen (NO 38%, CO 26%). In de crisisopvang zijn meer allochtonen van de tweede generatie (NO 13%, CO 33% van de groep allochtonen).

De meesten zijn alleenstaand. Sommigen zijn getrouwd of hebben een vaste relatie (NO 4%, CO 26%). Ruim de helft heeft kinderen (NO 46%, CO 74%). Tweederde van de groep met kinderen heeft (ook) minderjarige kinderen. Deze minderjarige kinderen zijn meestal bij de ex-partner onderbracht (NO 81%, CO 47%). 13% van de mensen in de crisisopvang is samen met hun kinderen in de opvang; deze kinderen hebben de wachtlijstperiode met hun ouder(s) bij familie of vrienden overbrugd. Veel ouders hebben bezorgdheid geuit over de impact van hun dak- of thuisloosheid, de moeilijke periode en de veranderingen in de leefsituatie op hun kinderen.

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

Alle mensen in dit onderzoek waren feitelijk dakloos, toen ze binnenkwamen in de opvang. Schulden of een relatiebreuk zijn bij de meesten de directe aanleiding geweest voor de dakloosheid. Het oprollen van een wietplantage, terugkeer uit het buitenland en detentie zijn andere redenen waardoor mensen hun huis zijn kwijtgeraakt.

Bij ruim 80% hebben psychische problemen, verslaving, verstandelijke beperkingen of een combinatie als achterliggende oorzaak aan de basis gelegen van de maatschappelijke teloorgang (NO 85%, CO 81%).

7% van de mensen in de nachtopvang en 26% van de mensen in de crisisopvang behoren tot de "nieuwe daklozen". Bij hen is geen sprake van (O)GGZ-problematiek. Zij hebben op dit moment geen onderdak, omdat er sprake is van financiële problemen en ze geen familie of vrienden hebben waar ze heen kunnen. Bij de helft van de nieuwe daklozen in de crisisopvang is tevens sprake van een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal en regels, waardoor ze moeilijker een weg kunnen vinden in de Nederlandse samenleving.

Meer dan de helft van de mensen in dit onderzoek is al eerder feitelijk dakloos geweest (NO 54%, CO 52%). Dit is een van de meest opvallende uitkomsten van dit onderzoek. Hun verhalen wijzen onder meer op cognitieve of verstandelijke beperkingen, waarbij het niet duidelijk is of die bij de eerdere dakloosheid zijn onderkend en gecompenseerd. De mensen die hoog scoren op items voor het risico dat ze anderen of zichzelf iets aandoen komen vaker voor in de groep die al eerder dakloos is geweest.

### **Wat speelt er nu? Wat is de aard en complexiteit van hun problemen?**

De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat de mensen in de opvang multipiele problemen hebben op meerdere levensdomeinen:

#### *Opleiding, werk en financiën*

Veel mensen in de nachtopvang en de crisisopvang hebben zo weinig opleiding gehad, dat ze niet voldoen aan de startkwalificaties voor de arbeidsmarkt. Een substantieel deel heeft geen opleiding in Nederland afgerond of heeft alleen speciaal onderwijs of de lagere school voltooid (NO 52%, CO 38%). Toch heeft tweederde een jaar of langer ononderbroken betaald werk verricht (NO 61%, CO 71%). Op dit moment heeft ongeveer 10% een reguliere baan (NO 7%, CO 13%). Nog eens 10% werkt met behoud van uitkering (NO 11%, CO 10%).

Negen van de 10 mensen geven aan dat ze schulden hebben (NO 87%, CO 94%). In de nachtopvang weet de helft niet hoe ze er financieel voor staan. Bij de mensen in de crisisopvang is de financiële situatie beter in beeld. Bij driekwart daar is een afbetalingsregeling getroffen of (de voorbereiding op) een schuldsaneringstraject in gang gezet.

Ongeveer 10% van de mensen was ten tijde van dit onderzoek niet verzekerd (NO 13%, CO 6%).

#### *Gezondheid en verslaving*

Ondanks de hierna beschreven problemen ervaart de helft van de mensen in dit onderzoek hun gezondheid als goed (NO 49%, CO 58%). Een derde geeft aan dat de ervaren gezondheid redelijk is (NO 30%, CO 26%), een vijfde beoordeelt hun gezondheid als slecht (NO 21%, CO 16%).

Ruim 9 van de 10 mensen hebben psychische problemen (NO 95%, CO 90%). De meesten hebben een dubbel- of tripeldiagnose. Verslaving, ADHD, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen komen veel voor. Bij een enkeling in deze groep zijn de psychische klachten situationeel bepaald. In dat geval zou de reactieve depressie te genezen zijn met een betekenisvol leven in een nieuw huis.

Bij 64% van de mensen in de nachtopvang en 13% van de mensen in de crisisopvang zijn aanwijzingen gevonden voor een verslaving aan alcohol of drugs. Een gokverslaving werd bij sommigen vermoed, maar kon met de informatie in dit onderzoek niet hard worden gemaakt.

Slechts een klein deel zegt het afgelopen jaar harddrugs te hebben gebruikt (NO 15%, CO 3%). Het actieve cannabisgebruik in de nachtopvang is hoog (49% in laatste jaar, 38% in laatste week). In de crisisopvang ligt dit wat lager (35% in laatste jaar, 6% laatste week). Twee derde rookt dagelijks sigaretten of shag (NO 64%, CO 65%).

Uit de antwoorden en observaties komt naar voren dat er een groep is die veel drinkt. Zo was 10% de afgelopen maand 9 keer of vaker dronken (NO 10%, CO 13%). In de nachtopvang waren enkelen dagelijks dronken; in de crisisopvang leek de dronkenschap meer tot de weekenden beperkt.

Een kwart ondervindt geen lichamelijke klachten (NO 28%, CO 26%). Een derde heeft geen lichamelijke aandoeningen gemeld (NO 43%, CO 32%). In de crisisopvang worden over de hele linie meer lichamelijke klachten en problemen gemeld dan in de nachtopvang. Het is onwaarschijnlijk dat de lichamelijke gezondheid van de mensen in de nachtopvang beter is; vermoedelijk gaat het om een rapportageverschil. De mensen in de crisisopvang staan vaker onder behandeling bij huisarts of specialist. Waarschijnlijk zijn hun gezondheidsproblemen daardoor beter in beeld.

#### *Gedrag en veiligheid*

In dit onderzoek hebben de mensen in de crisisopvang vaker verbale agressie of intimiderend gedrag laten zien dan de mensen in de nachtopvang (verbale agressie NO 10%, CO 23%; intimiderend gedrag NO 3%, CO 6%). De gevonden verschillen zijn te verklaren uit verschillen in persoonlijke problemen en omstandigheden.

Een op de vijf mensen geeft aan het afgelopen jaar te zijn vrijgekomen uit detentie en een op de 10 mensen vertelt het laatste jaar in contact te zijn geweest met de politie vanwege geweld.

#### *Persoonlijke autonomie*

Bij bijna de helft zijn aanwijzingen gevonden voor laaggeletterdheid (NO 49%, CO 45%). Bij een derde van alle deelnemers zijn de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten verminderd (NO 34%, CO 32%). Dit betekent dat er in specifiek terugkerende situaties of voortdurend slechte of onveilige beslissingen worden genomen. Bij 40% maken de screening of de verzamelde informatie aannemelijk dat sprake is van verstandelijke beperkingen (NO 39%, CO 42%). Deze groepen overlappen elkaar in ongeveer tweederde van de gevallen.

#### *Sociaal leven en informele steun*

Veel mensen in dit onderzoek hebben ook op sociaal gebied problemen. Zo geeft een kwart aan dat er conflicten zijn met familie of vrienden (NO 26%, CO 23%). Bij ruim een derde is de omgang met de naaste familie verstoord (NO 43%, CO 26%).

Een kwart van de mensen in de nachtopvang heeft nog één informele helper om op terug te vallen (23%), bijna een derde heeft niemand meer (29%). De mensen in de crisisopvang staan er qua

informeel steunsysteem iets beter voor: daar heeft slechts 10% nog een en 13% geen informele helper meer over.

### **Welke zorg hebben zij nodig?**

#### *Eigen waarden en plan*

Dak- en thuislozen hebben behoefte om als mens te worden gezien en gehoord. Luisterend hoe ingrijpende gebeurtenissen zijn beleefd, ontstaat begrip dat het vertrouwen in anderen, in de hulpverlening of in de overheid bij velen beschadigd is. Het kost tijd en rust om het contact op te bouwen.

De mensen in dit onderzoek verlangen naar persoonlijk en maatschappelijk herstel en naar een zinvol bestaan. Ze hebben behoefte aan duidelijkheid wie het aanspreekpunt is voor hun traject. De meesten kunnen wel namen van hulpverleners noemen, maar het is voor velen niet duidelijk wie de trajectmanager of casemanager is voor hun traject (niet duidelijk: NO 49%, CO 45%).

#### *Zorgbehoefte in relatie tot Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)*

Om de complexiteit en de zorgbehoefte in relatie tot de psychische problemen nauwkeuriger te beoordelen zijn de bevindingen bij alle deelnemers aan de EPA-definitie getoetst. EPA zijn psychische aandoeningen met een langdurig of blijvend karakter, die tot ernstige beperkingen leiden in het sociaal-maatschappelijk functioneren. De inzet van multidisciplinaire, gecoördineerde zorg is nodig om deze groep perspectief te kunnen bieden op herstel. Een deel van deze EPA-groep heeft ook verstandelijke beperkingen.

77% van de mensen in de nachtopvang en 68% van de mensen in de crisisopvang voldoen aan deze definitie. Dit betekent dat ruim driekwart van de mensen in de nachtopvang en ruim tweederde van de mensen in de crisisopvang zijn aangewezen op de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg van zorgnetwerken of professionals. De zorg voor mensen met EPA bestaat in de regel uit behandeling, begeleiding en hulp en is gericht op medisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

Een op de vijf mensen heeft wel psychische problemen, maar geen EPA (NO 20%, CO 22%). Deze groep heeft wel zorg en hulp nodig, maar de noodzaak van multidisciplinaire (specialistische) zorg ontbreekt. Bij een kleine groep zijn geen aanwijzingen voor psychische problemen of verstandelijke beperkingen gevonden (NO 3%, CO 10%).

Ook de mensen zonder EPA vragen overigens om een alerte, actieve follow up, begeleiding en hulp, al dan niet in combinatie met behandeling. Het is belangrijk dat deze follow up integraal is en niet tot het medische spoor is beperkt. Op het gebied van financiën, werk of politie-justitie kan immers belangrijke informatie binnenkomen die relevant is voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel.

#### *Goede intake en planvorming*

Afgaand op de informatie die de deelnemers over de lopende behandeling en begeleiding geven, is er in veel gevallen geen zorg of te lichte zorg in verhouding tot de aard en complexiteit van de problematiek. De zorgtoeleiding komt niet altijd goed tot stand. De uitkomsten van dit onderzoek onderstrepen het belang van een goede intake en planvorming als basis voor de persoonsgerichte aanpak.

In de intake is het in de eerste plaats zaak om te beoordelen of een plaatsing in de opvang noodzakelijk en veilig is. De nieuwe daklozen en de mensen die aangewezen zijn op een 24-uursvoorziening of klinische setting vragen om een vroege identificatie. De afwezigheid bij (O)GGZ-

problematiek bij nieuwe daklozen rechtvaardigt een ander en sneller traject. Mensen die op een 24-uursvoorziening of klinische behandeling zijn aangewezen vragen om vroege herkenning, omdat de opvang niet de zorg en veiligheid kan bieden die nodig is. Daardoor kan het risico dat zij zichzelf of anderen iets aandoen toenemen, als deze groep toch in de opvang wordt geplaatst.

Om in de intake de gezondheidstoestand in kaart te brengen, is deskundigheid nodig om de lichamelijke en psychische gezondheid en de verstandelijke vermogens bij deze doelgroep te beoordelen. Gelet op voorkomen van verstandelijke beperkingen en het aandeel daarvan in de EPA-groep, is zowel in de intake als in de multidisciplinaire teams die het zorgtraject begeleiden expertise nodig op het gebied van (gedragsproblemen bij mensen met) verstandelijke beperkingen.

De uitkomsten maken duidelijk dat het in de intake bij iedereen nodig is om de financiële situatie, opleidingsniveau, taal- en rekenvaardigheid en werkervaring in kaart te brengen. De helft is om te beginnen tijdelijk aangewezen op de inzet van toezicht of hulp bij het omgaan met de financiën en de verwerking van de post en de administratie. Parallel daaraan kan worden ingezet op de verbetering en het beter in kaart brengen van de eigen mogelijkheden, zodat helder wordt wat iemand zelf kan en op welke punten blijvende compensatie of bescherming nodig is.

#### *Woonperspectief en type traject*

Veel hulp en zorg kan tegenwoordig ambulante en dicht bij huis worden georganiseerd voor de mensen die (grotendeels) de regie kunnen voeren over hun eigen leven. Ruim 90% kan daarom doorstromen naar zelfstandig wonen (NO 80%, CO 87%), maar dat wil niet zeggen dat er geen zorg of hulp nodig is. De benodigde hulp en zorg die in aanvulling op de huisvesting nodig is kan in de volgende trajecten worden geclusterd:

Om te beginnen zijn er mensen die vooral een huis nodig hebben, maar geen langdurig ambulante zorg- of ondersteuningstraject.

Een andere groep heeft een woon-werktraject nodig, om vinger aan de pols te houden, beter zicht te krijgen op de achterliggende problematiek en hun herstel effectief te bevorderen (NO 5%, CO 6%). De grootste groep heeft een woon-werk-plustrajet nodig (NO 15%, CO 23%). De alertheid op mogelijke laaggeletterdheid of verstandelijke beperkingen zijn aanleiding voor de plus. De plus bestaat uit de tijdelijke inzet van hulp bij de verwerking van de post en administratie in combinatie met een traject om beter zicht te krijgen op het opleidings- en het ontwikkelingsniveau en zo nodig structurele compensatie of bescherming te organiseren.

Het grootste deel van de mensen kan weliswaar zelfstandig wonen, maar heeft behalve een woning ook een afgestemd ambulante traject nodig met multidisciplinaire behandeling, begeleiding en hulp (NO 57%, CO 58%). Zij behoren allemaal tot de EPA-groep.

Een kleine groep met EPA is aangewezen op multidisciplinaire zorg en behandeling in een kliniek (NO 8%, CO 3%) of op een multidisciplinair traject in een 24-uursvoorziening (NO 12%, CO 10%). Als onderzoek en behandeling uitwijzen dat zelfstandig wonen weer haalbaar is, zullen zij doorstromen in een traject met ambulante multidisciplinaire zorg. De mensen die op een 24-uursvoorziening zijn aangewezen worden onderverdeeld in een groep met een participatieprofiel en een groep met een zorgprofiel. Bij het participatieprofiel ligt het accent in de alledag op een activerende, op persoonlijke ontwikkeling scholing en arbeidsparticipatie gerichte benadering. In de 24-uursvoorziening met een zorgprofiel is 24x7 uur een team beschikbaar dat op maat de aansluiting kan maken met mensen met psychiatrische of (SG)LVG problematiek.



Dit levert de volgende schematische weergave op:

Woonperspectief	Type traject	Nachtopvang	Crisisopvang
Zelfstandig wonend	Geen of lichte begeleiding	3%	
	Woon-werktraject	5%	6%
	Woon-werk-plustraject	15%	23%
	Ambulant multidisciplinair traject met behandeling en begeleiding	57%	58%
	Subtotaal zelfstandig wonend	<b>80%</b>	<b>87%</b>
24-uursvoorziening of kliniek	Multidisciplinair traject in 24-uursvoorziening met participatieprofiel	5%	7%
	Multidisciplinair traject in 24-uursvoorziening met zorgprofiel	7%	3%
	Multidisciplinaire zorg en behandeling in kliniek	8%	3%
	Subtotaal 24-uursvoorziening of kliniek	<b>20%</b>	<b>13%</b>

## 2 Analyse en aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang multi-pele problemen hebben, die onderling met elkaar samenhangen. Zij hebben allemaal op meerdere terreinen hulp en zorg nodig, die op maat is op hen en hun problemen is afgestemd. Het feit dat ruim de helft van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang eerder dakloos is geweest is een van de meest opvallende uitkomsten van dit onderzoek. Dat in de crisisopvang 67% en in de nachtopvang 78% van de mensen aan de EPA-criteria voldoet illustreert de complexiteit van de problematiek en de aard van hun behoefte aan hulp en zorg.

Het feit dat mensen dakloos zijn geraakt is een ernstig signaal, dat vraagt om een brede, multidisciplinaire intake. Dit onderzoek levert cijfermatige onderbouwing daarvoor. Hoewel bij de nieuwe daklozen de (O)GGZ-component ontbreekt, hebben ook zij in de meeste gevallen problemen op meerdere domeinen die om een brede en gedegen intake en planvorming vragen.

Tegelijkertijd maakt het EPA-aandeel duidelijk dat de meeste mensen aangewezen zijn op de langdurige inzet van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg en behandeling. Een klein deel daarvan is blijvend aangewezen op een 24-uursvoorziening of een kliniek, de meesten zullen doorstromen naar een woning. De laatste groep heeft naast het dak boven het hoofd ook andere hulp nodig om hun plaats in de samenleving weer in te nemen en een zinvol bestaan op te bouwen. Het vraagt goede afstemming en samenwerking tussen informele sleutelfiguren en netwerken, zorgpartijen, welzijn, politie, justitie, woningcorporaties, werkgevers en gemeente om dichtbij huis de hulp, zorg en behandeling te realiseren zij daarvoor nodig hebben.

### **Signalen en verbeterkansen om de uitstroom en het herstel te bevorderen**

#### *Focus op duurzaam herstel*

Meer dan de helft is al eerder dakloos geweest. Dit onderzoek illustreert de aard en complexiteit van hun problemen. De uitkomsten maken aannemelijk dat de zorginzet de behoefte aan hulp en aan zorg in veel gevallen niet dekt. Deze uitkomsten nodigen uit om de intake & planvorming, maar ook de nazorg en participatie te verbeteren. Het is belangrijk dat daarin vanuit een breed perspectief wordt gekeken, met het focus op duurzaam herstel.

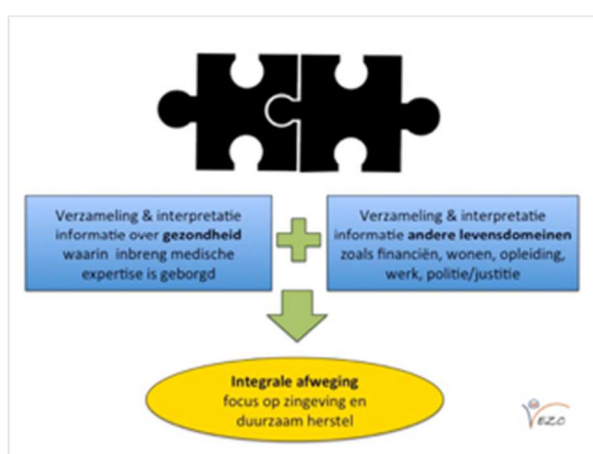
#### *Integrale intake en planvorming*

De kenmerken en problemen van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang vertonen veel overeenkomsten. Ze vragen om een brede en deskundige gegevensverzameling over alle levensdomeinen. Het is belangrijk dat mensen met de juiste achtergrond worden ingeschakeld voor de verzameling en interpretatie, om te voorkomen dat zaken worden gemist. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een social worker zouden een spilfunctie kunnen vervullen in de intake en het proces van de gegevensverzameling, maar zij hebben een team van andere disciplines nodig om tot een goed plan te komen.

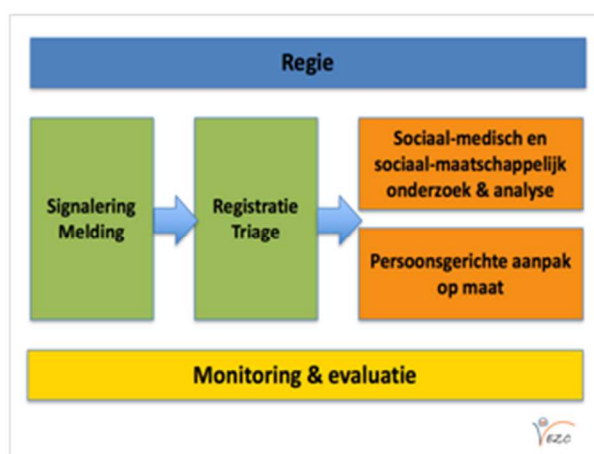
Het feit dat mensen dakloos geraakt zijn of dreigen te raken vraagt om een breed, multidisciplinair onderzoek en om een integrale afweging. In figuur 1 is de gegevensverzameling ondergebracht in twee puzzelstukjes. Het linker stukje heeft betrekking op de gezondheidstoestand. Expertise op het gebied van psychiatrie, verslaving, verstandelijke beperkingen en de lichamelijke gezondheid is nodig voor een goede beoordeling en planvorming in relatie tot de actuele gezondheidstoestand. Het

rechter stukje heeft betrekking op de andere levensdomeinen en vraagt o.a. expertise op het gebied van financiën, wonen, opleiding en ontwikkeling, werk en politie-justitie.

Bij sommigen is het toereikend om onderzoek te doen naar de actuele toestand in relatie tot beide puzzelstukjes. Bij anderen is het nodig om informatie op te vragen of aanvullend onderzoek te organiseren om tot een goed plan te komen. Zoals eerder is beschreven, gaat het niet louter om verklarende diagnostiek. Het kan ook nodig zijn om functionele diagnostiek te organiseren, bijvoorbeeld naar de wilsbekwaamheid en het eigen vermogen om zelf regie te voeren. Voor het rechter puzzelstukje kan het nodig zijn om aanvullend onderzoek te doen op het gebied van de taal- en rekenvaardigheid. Of aanvullend onderzoek in de vorm van een leer-werktraject om beter zicht te krijgen onder welke voorwaarden iemand weer aan het werk kan gaan en kan blijven. Pas als de situatie voor beide stukjes goed in beeld is, is helder wat de voorwaarden zijn voor duurzaam herstel. Het is belangrijk dat de borging van het herstel en de nazorg onderdeel uitmaken van de persoonsgerichte aanpak.



Figuur 1



Figuur 2

### *Een aanspreekpunt*

De mensen in dit onderzoek verlangen naar een eigen plek, van waaruit ze op hun eigen manier kunnen werken aan herstel. Ze willen gezien en gehoord worden. Hun vertrouwen in het traject en in het “maatje” of de casemanager die hen daarin begeleidt is essentieel om tot goede samenwerking te komen en te voorkomen dat mensen (opnieuw) uit beeld raken. Ook ervaringswerkers kunnen (onderdelen van) deze gidsrol vervullen en een belangrijke bijdrage leveren aan de borging van het herstel.

Het is belangrijk dat er voor iedereen een plan en een trajectmanager is. Het plan voor de persoonsgerichte aanpak kan het best met de persoon zelf en alle betrokkenen samen worden opgesteld. De expertise van de trajectmanager of regiebehandelaar moet daarbij aansluiten op de aard van het achterliggend probleem. Het is belangrijk dat voor de persoon zelf en voor het netwerk helder is wie het persoonlijk aanspreekpunt en de trajectmanager of regiebehandelaar zijn voor ieder traject.

### *Versterken en samenwerken met het informele netwerk*

Ook sleutelfiguren uit het informele netwerk zijn belangrijke partners op de weg naar herstel. Zij kunnen een belangrijke schakel zijn om het herstel te borgen. Een directe lijn tussen de sleutelfiguur en de casemanager kan als een piepsysteem dienen om nieuwe terugval te voorkomen. Tegelijkertijd zijn ze mogelijk ook belangrijk vanwege de betekenis die hun relatie voor betrokkene heeft.

De versterking van het informele netwerk is een belangrijk aandachtspunt. De helft van de mensen in de nachtopvang en een kwart van de mensen in de crisisopvang heeft immers nog maar een of geen informele helpers meer over.

### *Goede triage*

In de intake is het in de eerste plaats zaak om te beoordelen of een plaatsing in de opvang noodzakelijk en veilig is. De nieuwe daklozen en de mensen die aangewezen zijn op een 24-uursvoorziening of klinische setting vragen om een ander type traject. Een goede triage vroeg in het traject is nodig, om deze groepen te identificeren. Ook verstandelijke beperkingen en laaggeletterdheid behoeven screening en triage, zodat verder onderzoek kan worden aangezet of aanvullende informatie verzameld.

De vragenlijsten en instrumenten die in dit onderzoek zijn gebruikt kunnen ook worden ingezet om een methodisch onderbouwde triage en beslisinformatie te leveren voor de keuze van het type en de samenstelling van het traject.

### *Follow up*

Alle mensen in dit onderzoek vragen om een actieve follow up, begeleiding en hulp, al dan niet in combinatie met behandeling. Het is belangrijk dat deze follow up integraal is en niet tot het medische spoor is beperkt. Op het gebied van financiën, werk of politie-justitie kan immers belangrijke informatie binnenkomen die relevant is voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel. Dit vraagt een infrastructuur en heldere afspraken over de wijze waarop er binnen het netwerk met signalen van maatschappelijke teloorgang wordt omgegaan.

### *Complexiteit en regie*

De realisatie van afgestemde en gecoördineerde multidisciplinaire zorgtrajecten op individueel niveau vergt een leer- en ontwikkelproces op netwerkniveau. Figuur 2 toont de bouwstenen op netwerkniveau om tot een sluitende aanpak te komen. De beide puzzelstukjes, het aanvullend onderzoek en de integrale afweging uit figuur 2 komen hier in de oranje blokjes terug.

De ontwikkeling van organisatiezorg naar netwerkzorg is een complexe opgave. De doelgroep zelf kan een belangrijke rol vervullen in dit proces, zowel in de individuele trajecten als op het niveau van het netwerk. Het proces dat tot de oprichting van de NoiZ heeft geleid illustreert dat de doelgroep zelf een belangrijke rol spelen kan vervullen om nieuwe dynamiek op gang te brengen. Maar om tot een integrale aanpak te komen door financieringsschotten heen, is het ook essentieel dat zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente en OM gezamenlijk invulling geven aan de regierol. Hoe kunnen de effectiviteit en efficiëntie van de samenwerking binnen de huidige context optimaal worden ondersteund?

### *Monitoring*

Het is belangrijk om mensen met een persoonsgerichte aanpak in de tijd te volgen en ook op netwerkniveau overzicht te houden waar het de behandelverantwoordelijkheid en het trajectmanagement zijn belegd. Op die manier verdwijnen mensen niet meer uit het gezichtsveld. Zo kunnen de netwerk-partners op netwerkniveau een lerend klimaat realiseren waarin ze leren van de terugval en de successen en kennis opbouwen over de kwaliteit en het rendement van de geleverde zorg. Parallel daaraan kunnen een goede monitoring en evaluatie een belangrijke bijdrage leveren om inzicht te krijgen in het rendement en de kwaliteit van de gekozen trajecten.

## Dakloosheid voorkomen

### *Secundaire preventie*

De uitkomsten van dit onderzoek nodigen in de eerste plaats uit tot verbetering van de secundaire preventie. Van de groep in de nacht- en crisisopvang is immers ruim 50% eerder dakloos geweest. Hoe kan het herstel beter worden geborgd en kunnen signalen die op een mogelijke terugval wijzen eerder worden opgepikt?

### *Betere vroegsignalering*

Tegelijkertijd geven de individuele plannen voor de persoonsgerichte aanpak aanleiding om burgers en professionals in de wijken en buurten van Utrecht op te zoeken en te betrekken. Deze samenwerking kan een bredere beweging op gang brengen die een eerdere herkenning en samenwerking bevordert rond mogelijke signalen van maatschappelijke teloorgang bij burgers die nog niet dakloos zijn geweest. Gevalideerde screeners kunnen de herkenning en het oppikken van signalen ondersteunen op vindplaatsen in de wijk en op plaatsen waar mensen aankloppen voor hulp, zoals het loket schuldhulpverlening. De uitkomsten nodigen uit om verbindingen te leggen met de EPA-pilots en GGZ in de wijk.

### *Nieuwe daklozen*

Nieuwe daklozen vragen om een andere traject. De verhalen van de nieuwe daklozen in dit onderzoek roepen de vraag op hun dakloosheid met een betere signalering te voorkomen was geweest. Als huisvesting en hulp direct worden georganiseerd, kan de noodzaak om gebruik te maken van de opvang voor deze groep vervallen.

### *Kinderen van ouders in de opvang*

De zorgen en signalen van de ouders in dit onderzoek vragen om aandacht en follow up. De (minderjarige) kinderen van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang behoren tot een risicogroep. Hoe kan worden voorkomen dat deze kinderen zelf (ernstige) psychische problemen ontwikkelen en op latere leeftijd zelf dakloos raken?

## Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang multiple problemen hebben, die onderling met elkaar samenhangen. Schulden en relatiebreuk zijn in de meeste gevallen de directe aanleiding geweest waardoor mensen hun huis zijn verloren, maar psychische problemen, verslaving, verstandelijke beperkingen of een combinatie daarvan vormen bij de meerderheid het achterliggend probleem dat ten grondslag heeft gelegen aan de dakloosheid. Ongeveer de helft van de mensen in dit onderzoek is laaggeletterd. Bij 40% wijzen de uitkomsten op (lichte) verstandelijke beperkingen.

Meer dan de helft van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang is al eerder feitelijk dakloos geweest. 68% van de mensen in de crisisopvang en 77% van de mensen in de nachtopvang behoren tot de groep mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). Het EPA-aandeel maakt duidelijk dat de psychische problemen of verstandelijke beperkingen een langdurig of blijvend karakter hebben. De langdurige inzet van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg en behandeling is nodig om deze groep perspectief te bieden op duurzaam herstel.

Met de buurtteams, de EPA-pilots en GGZ in de wijk zet Utrecht erop in om de preventie en de vroegsignalering voor de (O)GGZ doelgroep te verbeteren en de zorg die mensen nodig hebben dicht bij huis te realiseren. Verder is het de bedoeling om een stadsbreed team “herstel” in te richten dat verantwoordelijk wordt voor de opsporing en toeleiding van daklozen, grijs woners en zorgmijders. Het frontoffice team, werk & inkomen en partners voor dagbesteding en activering zijn de beoogde partners in dit stadsteam “herstel”. Utrecht is verder een van de 6 regio’s die samen met het aanjaagteam de kennis willen verdiepen hoe een sluitende aanpak te realiseren voor mensen met verward gedrag. De uitkomsten van dit onderzoek bevestigen de ingeslagen koers. Ze laten zien waar de opgave ligt en vormen een inspiratiebron voor de invulling daarvan!

### 3 Inleiding

Om de juiste aanpak voor opvang en beschermd wonen te kiezen heeft de gemeente Utrecht opdracht gegeven tot een beeldvormend onderzoek. Het onderzoek richt zich op de mensen die gebruik maken van de nachtopvang en de crisisopvang van Stichting De Tussenvoorziening en is in mei en juni 2016 uitgevoerd door VEZC. Daarbij is dezelfde aanpak gebruikt als in een eerder onderzoek, dat VEZC in opdracht van het Leger des Heils in de laagdrempelige opvang in Heerlen en Dordrecht heeft verricht. Het eindrapport over dit eerdere onderzoek is in december 2015 aan minister Schippers overhandigd en wordt aangehaald door de Tweede Kamer en het aanjaagteam.

Dit rapport beschrijft de belangrijkste uitkomsten van het beeldvormende onderzoek in Utrecht. De uitkomsten voor de nachtopvang en de crisisopvang zijn naast elkaar gezet, omdat het om verschillende typen voorzieningen gaat met andere toegangscriteria. Dit rapport begint met een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten en de aanbevelingen die op grond daarvan kunnen worden gedaan om de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep in de Utrechtse context te verbeteren (paragraaf 1 en 2). Paragraaf 4, 5 en 6 gaan in op de onderzoeksvragen, de lokale context en de aanpak van het onderzoek. Daarna volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de uitkomsten van dit onderzoek. Eerst zijn de demografische kenmerken beschreven en de aanleiding van de dakloosheid beschreven (paragraaf 7 en 8). Daarna wordt op de aanwezige problemen ingegaan (paragraaf 9) en op de behoefte aan zorg en ondersteuning (paragraaf 10).

### 4 Onderzoeksvragen

De gemeente Utrecht heeft voor deze opdracht de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wie zijn de gasten in de nachtopvang en de crisisopvang? Waar komen ze vandaan?
- Wat is de aanleiding voor de huidige dakloosheid? Wat is hun geschiedenis op dit gebied?
- Wat speelt er nu? Wat is de aard en complexiteit van hun problemen?
- Welke zorg hebben zij nodig?
  - Hoe groot is het aandeel voor wie zelfstandig wonen (met hulp) nog haalbaar lijkt? Hoe groot is de groep die waarschijnlijk langdurig of blijvend op woonvoorziening aangewezen is?
  - Wat kan de uitstroom en het herstel bevorderen?
- Maak een analyse van deze gegevens binnen de lokale context van het actuele beleid:
  - Welke signalen of verbeterpunten komen daaruit naar voren?
  - Welke aanbevelingen kunnen op basis van dit onderzoek worden gedaan om dakloosheid te voorkomen en de zorg voor daklozen te verbeteren?
  - Wat komt naar voren over de kinderen waarvan de ouders in de opvang verblijven?

## 5 Lokale context

Utrecht heeft een lange historie en een groot netwerk voor dak- en thuislozen. Utrecht is een van de vier grote steden waar vanaf 2006 in het kader van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang is ingezet op het terugdringen en het voorkomen van dakloosheid. Er is veel expertise in het netwerk. Het stedelijk kompas (2011) vormt een belangrijk kader voor het actuele beleid. Ketenpartners en gemeente hebben een keten van zorg- en opvangvoorzieningen gebouwd om (verslaafde) dakloze mensen een menswaardiger bestaan te bieden.

Toch is de nachtopvang vol en zijn er aanzienlijke wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Sommige gasten maken langer dan wenselijk is gebruik van de nachtopvang. Er zijn veel mensen die terugvallen nadat ze zijn uitgestroomd. Daarbij is de grote druk op de woningmarkt ook van invloed op de dakloosheidsproblematiek in de stad.

Om de wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen terug te dringen heeft de gemeente extra middelen beschikbaar gesteld voor meer capaciteit en begeleiding, om daarmee de wachtlijst voor instroom en doorstroom op korte termijn te verminderen. Daarnaast heeft de gemeente de ketenpartners voor opvang en beschermd wonen gevraagd voorstellen in te dienen die op korte termijn de wachtlijsten voor begeleiding, opvang en beschermd wonen kunnen verkorten.

Verder wil de gemeente Utrecht het mogelijk maken om de ondersteuning zoveel mogelijk bij mensen thuis te bieden, in plaats van in een 24-uurs verblijfslocatie. Via de buurtteams, EPA-pilots en ggz in de wijk wordt in Utrecht ingezet op verbetering van de preventie en de vroegsignalering. Informele zorg, eigen netwerken, ervaringsdeskundigheid en sociale technologie zijn belangrijke bouwstenen om daar invulling aan te geven. In het kader van de ambulantisering en de goede GGZ beweging zijn enkele pilots opgezet voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Deze zijn erop gericht om in de wijken en buurten van Utrecht voor mensen met EPA een samenhangend en afgestemd aanbod van informele zorg en formele zorg te realiseren dat het herstel en het meedoen in de samenleving ondersteunt. De pilots beogen te voorkomen dat de mensen met EPA in de opvang of beschermd wonen terecht komen of na de uitstroom terugvallen. Met ggz in de wijk wordt vanuit integrale teams zowel behandeling als begeleiding aangeboden. Het voornemen is om ook de 7 x 24 uur opvang en time-out wijkgericht vorm te geven. Deze initiatieven vormen belangrijke pijlers onder de aanpak voor personen met verward gedrag.

Samen met de ketenpartners wil de gemeente ook de 1<sup>e</sup> opvang doorontwikkelen. Hierbij wil men onder andere inzetten op de ontwikkeling van een stadsbreed team 'Herstel'. Het is de bedoeling dat dit stadsbrede team gevormd wordt vanuit de huidige organisaties die binnen het frontofficeteam opereren, aangevuld met medewerkers van Werk & Inkomen en partners in de stad actief op het terrein van dagbesteding en activering. Dit team wordt dan verantwoordelijk voor opsporing en toeleiding van daklozen en mensen die grijs wonen en voortdurend van adres wisselen, het bieden van proactieve bemoeizorg en toeleiding van zorg mijdende cliënten waaronder buitenslapers en andere mensen die marginaal gehuisvest zijn. Daarbij dient een eenduidige triagemethodiek ontwikkeld te worden, waarbij vanaf het eerste contact ingezet wordt op het zicht krijgen op de herstel mogelijkheden gericht op wonen en werken met eventuele ondersteunende behandeling.



Het trajectmanagement in de huidige situatie is als volgt georganiseerd. Als mensen in Utrecht binnenkomen in de nachtopvang, worden afspraken gemaakt over de rol die ze zelf gaan vervullen ten behoeve van hun uitstroom en herstel. Mensen die al in het netwerk bekend zijn stellen deze afspraken samen met hun trajectmanager op. Het Outreachteam van de Tussenvoorziening is het eerste aanspreekpunt voor mensen die nog niet bekend zijn. Afhankelijk van de problematiek kan het trajectmanagement in een later stadium dan overgedragen worden naar een andere partij. Als op casusniveau afstemming nodig is, gebeurt dat bilateraal of via het frontofficeteam. Onder voorzitterschap van Volksgezondheid komen partners wekelijks in het frontofficeteam bij elkaar om signalen te bespreken en zaken op casus- en procesniveau af te stemmen. Professionals van Altrecht, Abrona, Backup jongerenopvang, de buurtteams, het Leger des Heils, het Outreachteam van de Tussenvoorziening en Victas vormen de vaste deelnemers in het frontofficeteam. Als de trajectmanager daar aanleiding toe ziet, wordt op casusniveau afstemming gezocht met bijvoorbeeld de reclassering, de forensische psychiatrie of de politie. De organisaties hebben allemaal hun eigen dossiers. KRIS is de centrale database waarin vanaf 2010 gegevens over de OGGZ-doelgroep in regio Utrecht worden verzameld. Hierin wordt o.a. geregistreerd wie trajectmanagement voert. Deze informatie is echter niet altijd volledig up-to-date. Registratie van het verloop van trajecten wordt hier niet bijgehouden.

Voor de mensen die in de crisisopvang wonen, heeft het Team Regie van de Tussenvoorziening een spilfunctie in hun traject. Zij stellen het trajectplan op. Een woonbegeleider of gezinsbegeleider is verantwoordelijk voor de praktische invulling van de wekelijkse begeleiding in het traject. Sociaaljuridische hulpverleners bieden financiële en praktische ondersteuning aan op hun gebied.

## 6 Doelgroep en aanpak

### Doelgroep

Dit onderzoek richt zich op de dak- en thuislozen die gebruik maken van de nachtopvang of de crisisopvang van Stichting de Tussenvoorziening. De term daklozen wordt hier gebruikt voor feitelijk daklozen. Dit zijn de daklozen die bij de gemeente als dakloos zijn geregistreerd en regelmatig gebruik maken van de nachtopvang. De term thuislozen wordt in dit rapport gebruikt voor de mensen die gebruik maken van de crisisopvang. Zij hebben wel een woonadres, omdat ze in de BRP zijn ingeschreven op het adres van de crisisopvang. Toch zijn zij thuisloos, omdat de crisisopvang als een tijdelijke verblijfplaats bedoeld is voor de duur van een aantal maanden.

Het onderzoek is uitgevoerd in nachtopvang De Sleep Inn, de Nachtopvang in Zelfbeheer (NoiZ) en in crisisopvangvoorzieningen Parana Kortdurend Verblijf (Parana) en BOKA. De 24-uurs opvang van het Leger des Heils (LDO) is niet meegenomen in dit onderzoek, omdat de toegang van de LDO via de Regionale Toegang verloopt en deze groep daarmee al beter in beeld is.

De volwassenen in de genoemde voorzieningen vormen de doelgroep van dit onderzoek. Alle deelnemers in dit onderzoek hebben regiobinding en recht om gebruik te maken van de opvang. Ongedocumenteerden zijn niet meegenomen. Datzelfde geldt voor de mensen uit de Midden- en Oosteuropese landen die geen rechten hebben opgebouwd om gebruik te maken van opvangvoorzieningen, maar daar vanwege bijzondere omstandigheden toch tijdelijk gebruik van maken. Tot slot zijn nieuwe instromers die minder dan een week in de opvang waren niet voor dit onderzoek benaderd, omdat een aanzienlijk deel van deze groep vermoedelijk snel weer uit beeld zal zijn en daarmee niet behoort tot de groep waarop actief inzet gepleegd wordt.

### Aanpak

Op alle vier de locaties is het onderzoek uitgevoerd door dezelfde arts-onderzoeker. De onderzoeker heeft de mensen die in de onderzoeksperiode in de voorziening aanwezig waren persoonlijk benaderd en mondeling uitgenodigd om mee te doen aan dit onderzoek. Zij heeft aangegeven dat zij een onafhankelijke onderzoeker is en geen rol heeft in hun behandeling. Zij heeft uitgelegd dat de verkregen informatie geheel anoniem wordt verwerkt tot een rapportage die de problemen en behoeften van de deelnemers samen in beeld brengt. De vertrouwelijkheid van de gegevensverwerking is benadrukt.

Alle deelnemers aan deze studie zijn door de onderzoeker geïnterviewd. Bij de start van ieder gesprek is de tijd genomen om op een goede manier contact te maken en uitleg te geven over het onderzoek. Daarna is een algemene anamnese en een biografische anamnese afgenomen. Aansluitend is bij iedereen een beoordeling gedaan aan de hand van de InterRAI Community Mental Health (CMH) vragenlijst en het daklozensupplement bij deze lijst. In aanvulling daarop is bij iedereen de SCIL afgenomen, als dat qua taalniveau haalbaar was. Aan de mensen die aangaven dat ze geheugenproblemen hebben, is tevens gevraagd om de MoCA in te vullen. De meeste interviews hebben een tot anderhalf uur geduurd.

### Instrumenten

De SCIL en MoCA zijn allebei gevalideerde korte screeners voor lichte verstandelijke beperkingen respectievelijk cognitieve problemen. InterRAI is een brede, integrale methodiek om systematisch de

problemen en zorgbehoeften in kaart te brengen van mensen met complexe problemen. InterRAI wordt in een aantal landen zoals Canada, de Verenigde Staten en België op grote schaal gebruikt. De CMH vragenlijst in InterRAI is ontwikkeld voor een gegevensverzameling op alle levensdomeinen rond mensen met psychische problemen en verslaving. De vragen beperken zich niet tot de psychische klachten, gebruik, cognitie en gedrag. Ze zijn er tevens op gericht om zaken als de lichamelijke gezondheid, de voedingstoestand, het zorggebruik, het algemeen dagelijks functioneren, het maatschappelijk functioneren en de sociale omgang in kaart te brengen.

Bij InterRAI gaat het om een beproefde, evidence based instrumenten die de samenwerking tussen betrokkenen ondersteunen en de mogelijkheid geven om op een micro-, meso- en macroniveau inzicht te krijgen in de problemen en de zorgbehoeften. De InterRAI vragenlijsten zijn niet louter een methodiek om gegevens te verzamelen, maar kennen een ingebouwde, evidence based signalering rond issues die voor het direct praktisch handelen van belang zijn. Zo is er onder meer een signalering voor het risico dat mensen zichzelf of anderen iets aandoen.

### **Praktische uitvoering**

De interviews voor dit onderzoek zijn uitgevoerd in een periode 6 weken van begin mei tot medio juni 2016. Eerst zijn Parana Kort Verblijf en de BOKA bezocht, daarna de Sleep Inn en als laatste de NoiZ. De interviews zijn in 3 blokken van 7 werkdagen uitgevoerd, waarin de onderzoeker tussen 8.15 uur 's ochtends en 22.45 uur 's avonds in de voorziening aanwezig. Als ze niet bezig was met de interviews, heeft ze in het normale ritme meegedraaid met de gasten, de vrijwilligers en de medewerkers. De korte gesprekjes bij de maaltijden, in de woonkamer en op andere momenten vormen een waardevolle aanvulling op de interviews om een goed beeld te krijgen wat de mensen in de opvang belangrijk vinden, hoe ze opvang beleven en hoe het eraan toe gaat in de groep. In de weken die gereserveerd waren voor de interviews in de Sleep Inn, heeft de onderzoeker 's middags vanuit het Catharijnehuis kunnen werken. Op die manier kreeg ze ook een indruk van de overeenkomsten en verschillen in groepen die gebruik maken van het Catharijnehuis, de Sleep Inn en de NoiZ. Verder is in die periode een bezoek gebracht aan het fitnesscentrum van de Stadsbrug, waar een aantal mensen uit de Sleep Inn overdag heen ging om samen te sporten en te "chillen".

### **Gegevensverzameling en -verwerking**

Alle deelnemers aan deze studie hebben schriftelijk toestemming verleend om informatie op te vragen bij de gemeente en de netwerkpartners. Nadat de informatie uit de interviews was ingevoerd, is bij iedereen nagegaan wat er bij de gemeente in KRIS bekend is over de persoonlijke historie m.b.t. dakloosheid en over de eerdere inzet van zorg. In aanvulling daarop is in alle vier de voorzieningen aan de teamleider of medewerker die alle gasten goed kende gevraagd naar hun beeld en hun observaties. In een aantal gevallen is bij de trajectmanager of zorgverlener navraag gedaan naar de aard van de problematiek of naar de lopende zorg van individuele onderzoeksdeelnemers, als dat in het kader van dit onderzoek meerwaarde had. In het kader van de analyse is de beoordeling van het aandeel met Ernstige Psychische Aandoeningen door prof. Philippe Delespaul getoetst.

### **Respons**

De resultaten in dit rapport zijn op 92 interviews gebaseerd (31 interviews in de crisisopvang en 61 in de nachtopvang). In Parana Kort Verblijf is met 17 mensen, in BOKA met 14 mensen gesproken. Samen vormen zij 72% van de mensen die aan de inclusiecriteria voldeden en in de

onderzoekperiode in crisisopvang aanwezig waren. Op beide locaties hebben bewoners die met hun kinderen in de opvang verbleven en bewoners uit de satellietwoningen meegedaan. De teamleider en medewerkers die gasten goed kennen zijn van mening dat de onderzoeksgroep een goede weerspiegeling is van de mensen die tijdens de onderzoekperiode in de crisisopvang woonden.

In de Sleep Inn en de NoiZ heeft 58% respectievelijk 61% van onderzoeksdoelgroep meegewerkt aan dit onderzoek (gewogen gemiddelde). Het gaat om 34 interviews in de Sleep Inn en 27 in de NoiZ. In de nachtopvang bleek het lastiger mensen over te halen om mee te werken aan dit onderzoek. De gasten vertoonden vaker dan in de crisisopvang een gereserveerde of wantrouwende houding, als ze door de onderzoeker werden benaderd. In deze groep hebben verstandelijke beperkingen en/of psychiatrische problemen mogelijk een rol hebben gespeeld in hun keuze niet mee te doen. Verder ging het in een aantal gevallen om mensen die vanaf hun kinderleeftijd herhaald dakloos waren geweest. Zij hadden tijdens de gesprekken in de woonkamer en bij de maaltijden wel een duidelijke mening die ze aan de onderzoeker wilden meegeven, maar wilden geen interview.

Dit eindrapport zet de uitkomsten voor de nachtopvang en de crisisopvang naast elkaar. Omdat de omstandigheden waaronder de gegevens verzameld zijn op meerdere punten verschillen, kunnen de percentages niet een op een worden vergeleken. Het is aannemelijk dat de onderrapportage in de nachtopvang groter is, omdat het daar moeilijker is een goed beeld te krijgen van het gebruik, het gedrag en de eigen mogelijkheden. Verder is de rapportage over klachten bij mensen in de nachtopvang mogelijk lager, omdat problemen van een andere grootteorde op de voorgrond staan. De uitkomsten worden hier toch naast elkaar gepresenteerd, omdat ze op veel punten een vergelijkbaar patroon laten zien.

## 7 Demografische kenmerken

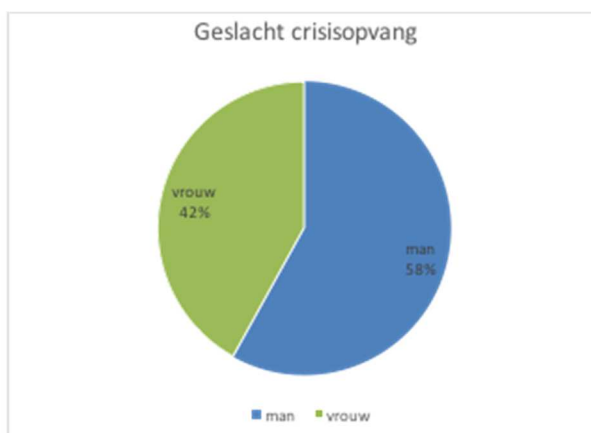
### Geslacht en leeftijd

61 mensen uit de nachtopvang hebben meegewerkt aan dit onderzoek: 15% is vrouw, 85% man (figuur 3a). De gemiddelde leeftijd in de nachtopvang is 43 jaar. 84% is 25 tot 55 jaar oud, 3% is jonger dan 25 en 8% is ouder dan 55 jaar (figuur 4a). De gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 44 jaar, met een spreiding van 28 tot 74 jaar. De mannen zijn gemiddeld 43 jaar oud. Hun leeftijd varieert van 19 tot 58 jaar.

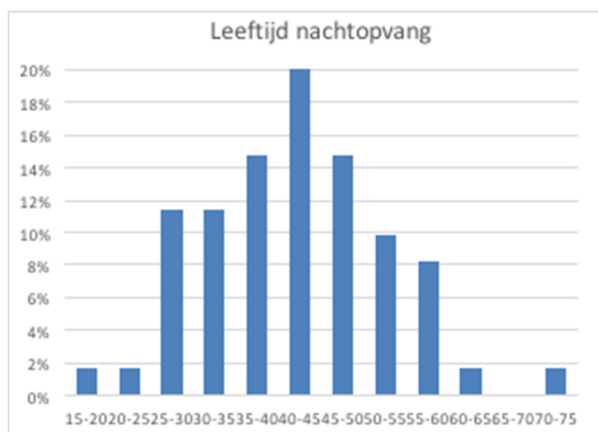
In de crisisopvang hebben 31 mensen meegedaan: 42% is vrouw, 58% man (figuur 3b). De gemiddelde leeftijd in de crisisopvang is 39 jaar. 77% is 25 tot 55 jaar, 10% is jonger dan 25 en 13% is 55 jaar of ouder (figuur 4b). De vrouwen zijn gemiddeld 40 jaar oud (spreiding 21-63 jaar). De mannen zijn gemiddeld 39 jaar (spreiding 20-57 jaar).



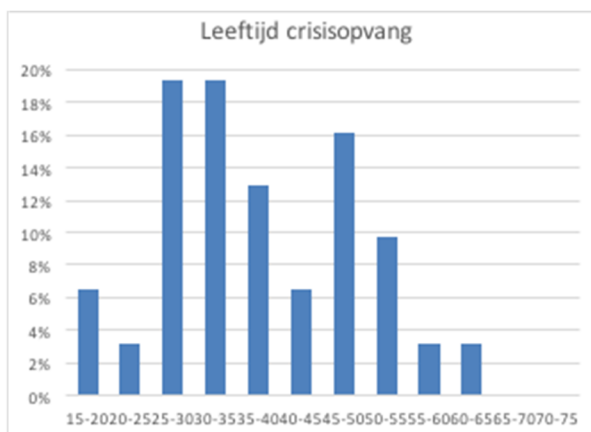
Figuur 3a



Figuur 3b



Figuur 4a



Figuur 4b

### Herkomst

Bij alle deelnemers is gevraagd naar hun herkomst en die van hun ouders. De geboorteplaats is weergegeven in figuur 5. De blauwe vlakken weerspiegelen het deel van de mensen dat in Nederland geboren is. In de nachtopvang is iets meer dan de helft in Nederland geboren (53%). In de crisisopvang is dat aandeel bijna driekwart (74%).

Als naar de herkomst van de ouders wordt gekeken, is in de nachtopvang 48% van de onderzoeksgroep Nederlander, 14% westerse en 38% niet-westerse allochtoon.

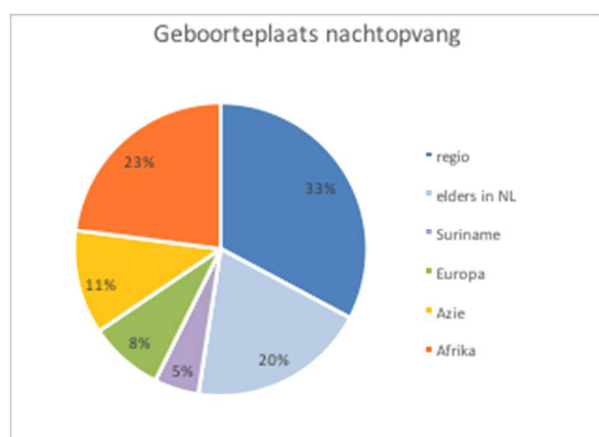
In de crisisopvang is 65% Nederlander. 10% van de mensen in de crisisopvang zijn westerse

allochtonen en 25% niet-westerse allochtonen. 36% van de allochtonen in de crisisopvang is zelf in Nederland geboren. In de nachtopvang behoort slechts 13% van de allochtonen tot de tweede generatie.

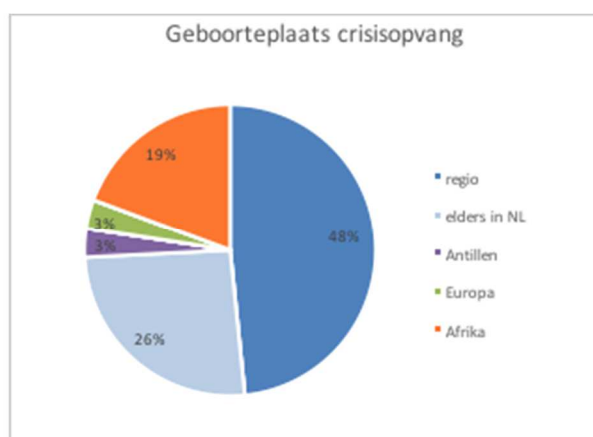
Alle interviews zijn zonder tolk afgenomen. In 13% van de interviews in de nachtopvang was extra tijd en geduld nodig vanwege de een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal. In de nachtopvang kwam uit de anamnese en biografie naar voren dat 18% van de mensen problemen heeft met het zich verstaanbaar maken of met het begrijpen van anderen. De mensen in de nachtopvang bij wie het niet mogelijk was om een interview af te nemen wegens een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal behoorden ook niet tot de doelgroep van deze studie.

Bij 10% van de interviews in de crisisopvang had een gebrekkige beheersing van de Nederlandse een nadelige invloed de diepgang in het gesprek. In een van de gesprekken kon het aanschuiven van de woonbegeleider de hinder ondervangen.

Alle deelnemers aan deze studie hebben regiobinding. De meesten omdat ze in de regio geboren of opgegroeid zijn of er langere tijd hebben gewoond en gewerkt. Een kleinere groep (3 resp. 13%) heeft om andere redenen regiobinding gekregen.



Figuur 5a



Figuur 5b

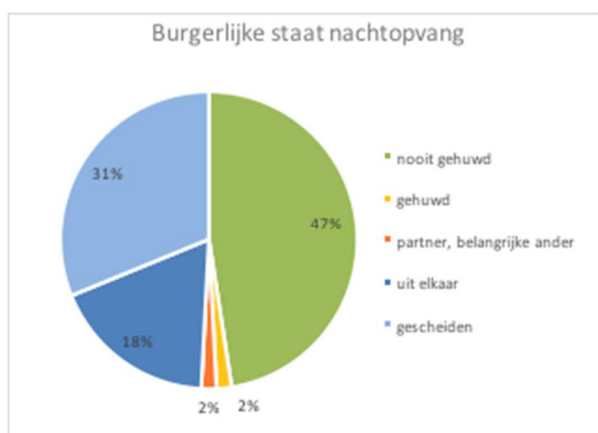
### Burgerlijke staat

In alle interviews is gevraagd hoe het sociale netwerk eruit ziet. De uitkomsten met betrekking tot het hebben van een partner en kinderen zijn in deze paragraaf beschreven. De in informele hulp en de omgang met het sociale netwerk komen aan bod in paragraaf 8 (blz. 37).

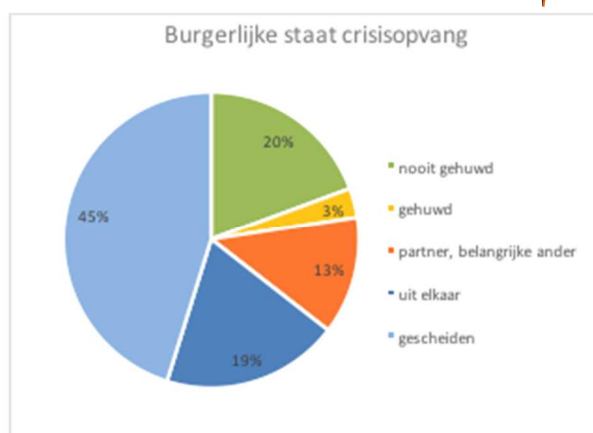
Figuur 6 laat zien wat de deelnemers verteld hebben over hun burgerlijke staat. Een huwelijk is gescoord als mensen aangeven dat ze getrouwd zijn. Als mensen langere tijd een stabiele relatie hebben, maken ze deel uit van de categorie met een partner of belangrijke ander. Als uit het levensverhaal blijkt dat mensen langere tijd een relatie hebben gehad maar nu uit elkaar zijn, zijn ze ondergebracht in de categorie "uit elkaar".

De meeste daklozen hebben geen partner. In de nachtopvang geeft 4% van de mensen aan dat ze getrouwd zijn of een vaste relatie hebben. In de opvang ontstaan soms ook nieuwe relaties. Als de nieuwe relaties worden meegeteld, heeft 15% van de mensen in de nachtopvang een relatie.

In de crisisopvang heeft 26% van de deelnemers een echtgenoot of vaste partner. 13% is samen met hun partner in de opvang. 26% verblijft in de crisisopvang samen met een of meer kinderen.



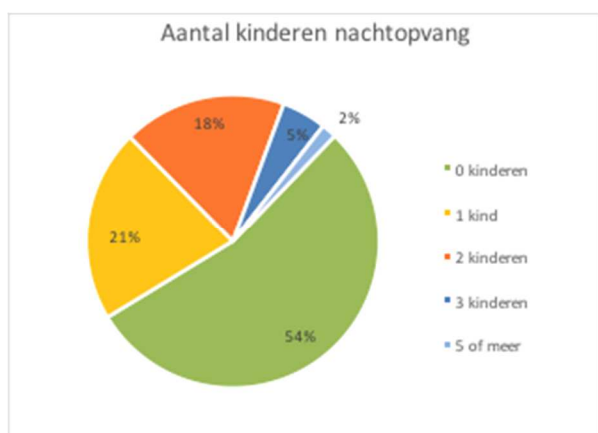
Figuur 6a



Figuur 6b

### Kinderen

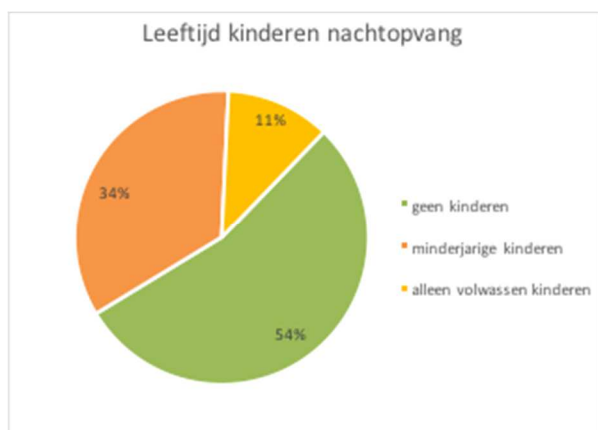
46% van de mensen in de nachtopvang heeft kinderen: 28 volwassenen hebben in totaal 50 kinderen. 7 mensen hebben alleen volwassen kinderen (11%), 21 mensen hebben (ook) minderjarige kinderen (34%) (figuur 7a). In de crisisopvang heeft 74% kinderen. Het gaat om 23 volwassenen die samen 41 kinderen hebben. 19% heeft alleen volwassen kinderen; dit is 26% van de groep met kinderen. 55% heeft (ook) minderjarige kinderen. 23% van de totale groep in de crisisopvang verblijft daar samen met hun minderjarige kinderen. De meeste minderjarige kinderen verblijven dus niet met hun ouders in de opvang.



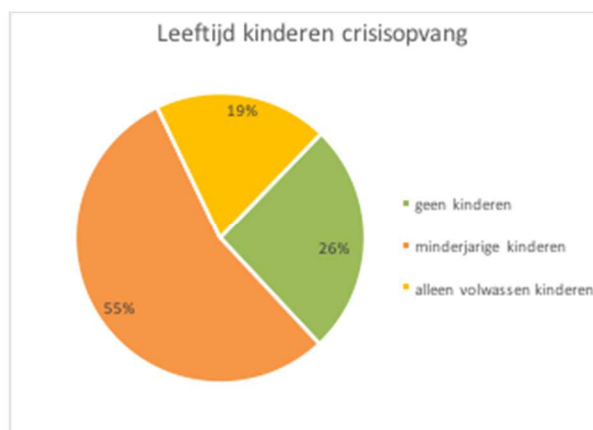
Figuur 7a



Figuur 7b



Figuur 8a



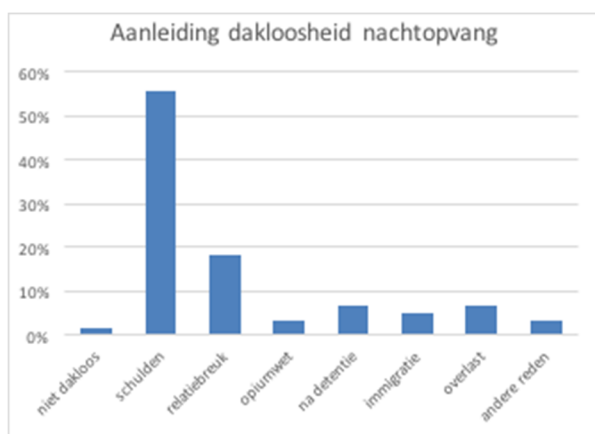
Figuur 8b

## 7 Aanleiding dakloosheid

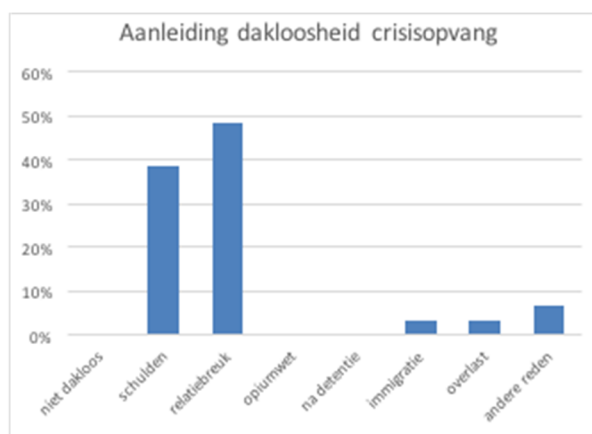
### Aanleiding dakloosheid

Figuur 9a laat de concrete aanleiding voor *deze* episode van dakloosheid bij de mensen in de nachtopvang. Schulden zijn voor de meeste mensen in de nachtopvang de directe aanleiding geweest waardoor ze hun huis zijn kwijtgeraakt (57%). In veel gevallen is er sprake van huurschuld, in sommige van financiële problemen in relatie tot een zakelijk faillissement. 18% is thuis weggegaan na een relatiebreuk. 3% is dakloos na het oprollen van een wietplantage in hun woning. 7% had geen huis meer na detentie. 5% was de woning of kamer kwijt na terugkeer uit het buitenland. Nog eens 7% is weggestuurd wegens overlast of weggegaan wegens onenigheid met de begeleiders in de woonvorm voor beschermd wonen. 3% is hun woning om andere redenen kwijtgeraakt. Een man was niet dakloos, maar maakte om veiligheidsredenen gebruik van de opvang.

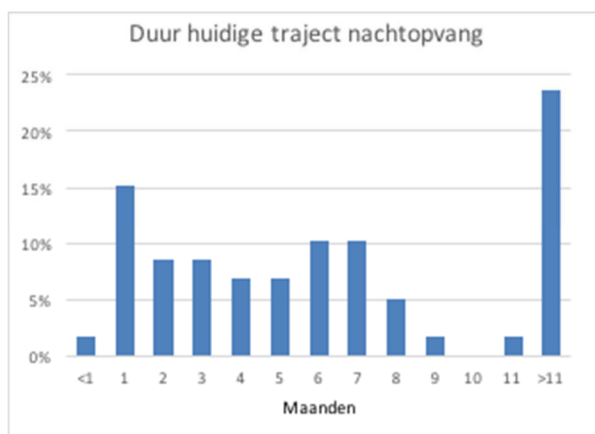
De mensen uit de crisisopvang zijn allemaal als feitelijk dakloos geregistreerd voordat ze een plaats kregen in de crisisopvang. 48% is dakloos na een relatiebreuk. Bij 39% vormden financiële problemen of een huurachterstand de aanleiding. 3% heeft geen woning meer na een verblijf in het buitenland. 3% is uit de vervuilde woning gezet wegens het veroorzaken van overlast voor de omgeving. 6% heeft om andere redenen hun woning verlaten.



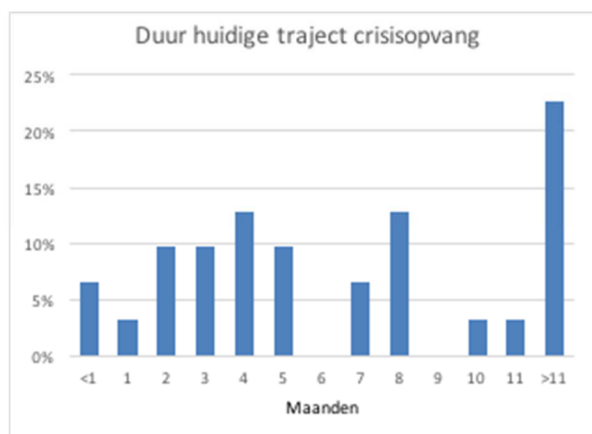
Figuur 9a



Figuur 9b



Figuur 10a



Figuur 10b

### Duur huidige traject in de opvang

Figuur 10 heeft betrekking op de duur van dit traject in de opvang. De uitkomsten zijn gebaseerd op de informatie uit de interviews, aangevuld met de historische informatie van de gemeente.



In dit onderzoek waren 26% van de mensen in de nachtopvang minder dan 3 maanden in de opvang. 15% was 1 tot 3 jaar om de opvang en 8% langer dan 3 jaar.

In de crisisopvang had 29% een opvangtraject korter dan 3 maanden. Bij 23% duurde het traject langer dan een jaar. In de crisisopvang was niemand langer dan 3 jaar in de opvang.

### **Overbrugging dakloosheid tot binnenkomst in opvang**

In de interviews is gevraagd hoe de periode is overbrugd vanaf het moment van dakloos raken tot de eerste overnachting in de nachtopvang of de crisisopvang. In de nachtopvang geeft 25% aan dat ze meteen naar de nachtopvang zijn gegaan, nadat ze hun eigen woonadres hadden verlaten. 49% heeft tijdelijk gelogeed bij familie en vrienden. 10% heeft hiervoor op straat geslapen. 10% komt uit een instelling of een voorziening voor beschermd wonen. 3% komt uit detentie. 2% heeft tijdelijk in de Stayokay gelogeed.

In de crisisopvang kon 26% van de mensen op hun eigen woonadres blijven wonen, totdat er plaats was in de crisisopvang. 58% heeft de wachtlijstperiode tijdelijk bij familie of vrienden overbrugd. 6% heeft grijs gehuurd. 6% komt van de straat. 3% komt uit de nachtopvang. In de crisisopvang kwam geen van de onderzoeksdeelnemers rechtstreeks uit een instelling of een voorziening.

De overbrugging van de wachtlijstperiode bij familie of vrienden is bij velen zwaar gevallen. Dit wordt vaker aangegeven door de mensen die samen met hun kinderen in de crisisopvang verblijven. De meesten hebben een aantal maanden tot meer dan een half jaar moeten wachten voordat er plaats was in de crisisopvang. "Een tijdje kun je wel improviseren. Mijn dochter en ik hebben tijdelijk ingewoond bij een goede vriend en zijn gezin. De onzekerheid hoe lang het nog duurt leidt op een gegeven moment toch tot spanningen en ruzies."

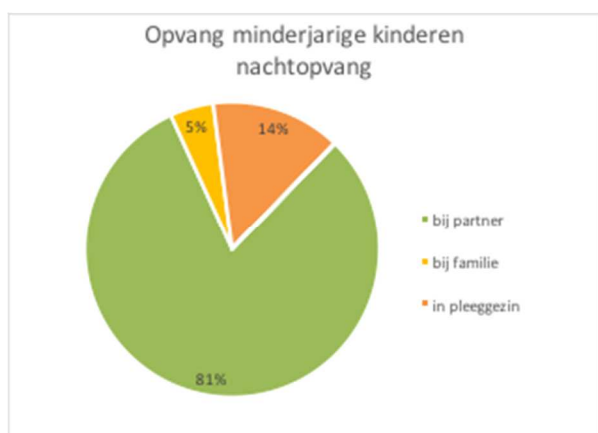
Aan de deelnemers aan dit onderzoek is ook gevraagd waar hun kinderen nu zijn ondergebracht.

Figuur 11 laat de uitkomsten zien voor de minderjarige kinderen.

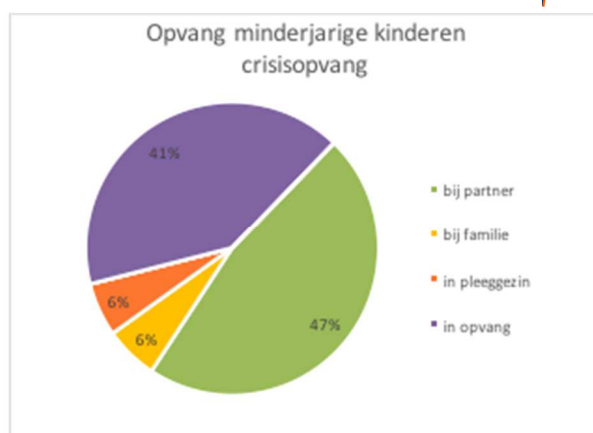
34% van de mensen in de nachtopvang hebben minderjarige kinderen; dit zijn 21 personen. Van 17 personen zijn de minderjarige kinderen bij de ex-partner ondergebracht; dit is 81% van de groep met minderjarige kinderen (figuur 11a). Van 3 personen zijn de kinderen bij familie ondergebracht en van 1 persoon wonen de kinderen in een pleeggezin. Dit zijn 14% resp. 5% van de groep met minderjarige kinderen.

55% van de mensen in de crisisopvang hebben minderjarige kinderen; dit zijn 17 personen. Bij de helft van de volwassenen zijn de minderjarige kinderen bij de ex-partner ondergebracht (bij 47%, 8 personen). Van 1 persoon zijn de kinderen bij de familie ondergebracht (6%). Van een andere persoon is een kind in een pleeggezin ondergebracht en een ander kind in een instelling (6%). De andere 7 mensen verblijven samen met hun minderjarige kinderen in de crisisopvang. Zij vormen 41% van de groep met minderjarige kinderen en 23% van de totale groep in de crisisopvang.

De minderjarige kinderen die met hun ouders in de crisisopvang verblijven hebben wachtlijstperiode samen met hun vader of moeder bij familie of vrienden overbrugd. Uit de interviews blijkt dat de minderjarige kinderen die nu bij de ex-partner of in een pleeggezin wonen daar in de wachtlijstperiode naar toe zijn gegaan. De ouders zijn bezorgd over de impact van de dakloosheid, de moeilijke periode die daaraan vooraf is gegaan en de huidige veranderingen op hun kinderen. Sommigen vertellen daarbij uit zichzelf dat het niet gelukt is hun kinderen buiten de spanningen en ruzies te houden.



Figuur 11a



Figuur 11b

### Eerder dakloos

De levensverhalen en de informatie in KRIS geven inzicht in de geschiedenis met betrekking tot de dakloosheid. 54% van de mensen in de nachtopvang en 52% van de mensen in de crisisopvang is al eerder feitelijk dakloos geweest (figuur 12). Sommigen vertellen dat ze langer dakloos geweest zijn dan ze op een adres hebben gewoond. Een enkeling is al meer dan zes keer dakloos geweest. Opvallend is het feit dat een aantal mensen meerdere malen om dezelfde redenen dakloos is geweest. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen die bij de woningbouwcorporaties bekend zijn omdat ze al 4 keer eerder uit huis zijn gezet wegens een huurachterstand. Of om mensen die meerdere keren uit een woonvorm voor beschermd wonen zijn weggegaan omdat zich onenigheid of agressie had voorgedaan in de omgang met andere bewoners of medewerkers.



Figuur 12a



Figuur 12b

### Bronnen van dakloosheid

In de interviews is een brede inventarisatie gemaakt van de problemen die spelen. De uitkomsten maken duidelijk dat de dak- en thuislozen in dit onderzoek meerdere problemen hebben, die meestal onderling met elkaar samenhangen. Schulden of relatieproblemen zijn bij de meesten de concrete aanleiding geweest waardoor ze nu geen huis meer hebben. Maar het ontstaan van de schulden, de relatiebreuk of de detentie waardoor ze geen huis meer hebben hangt in veel gevallen samen met psychische problemen, verslaving, verstandelijke beperkingen of een combinatie daarvan. Voor iedereen is een etiologische ordening gemaakt van de bronnen van de dakloosheid. Bij 85% van de mensen in de nachtopvang zijn psychische problemen, verslaving en/of verstandelijke beperkingen de bron geweest van de (herhaalde) maatschappelijke teloorgang. Bij 15% lijken louter

sociaal-maatschappelijke problemen aan de basis te liggen van de dakloosheid. Bij 10% gaat het om schulden. Bij 2% speelt een justitieel verleden een belangrijke rol. Bij 3% vormen een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal en regels en een gebrekkige sociale integratie de voornaamste bron van de dakloosheid.

In de crisisopvang hangt de maatschappelijke teloorgang bij 81% samen met psychische problemen, verslaving en/of verstandelijke beperkingen. Bij 19% vormen sociaal-maatschappelijke problemen de achterliggende oorzaak voor de dakloosheid. In 13% gaat het primair om schulden. 6% heeft weliswaar een gebrek aan sociaal netwerk en aan kennis van de Nederlandse taal, maar geen schulden. Onduidelijkheden over de financiële positie hebben vermoedelijk een belemmering gevormd voor snelle doorgeleiding naar een woning.

### **Nieuwe daklozen**

Er zijn signalen dat zich de laatste jaren steeds meer mensen melden bij de maatschappelijke opvang, omdat zij door (een combinatie van) schulden, werkloosheid en/of hypotheeklasten dakloos geworden zijn. Deze groep daklozen zonder (O)GGZ-problematiek wordt ook wel aangeduid met de term “nieuwe daklozen” (Trimbos, 2015).

Met de verzamelde informatie is het aandeel nieuwe daklozen in dit onderzoek berekend. In dit onderzoek behoort 7% van de mensen in de nachtopvang tot deze groep. In de crisisopvang is het aandeel van de nieuwe daklozen 26%. Nieuwe daklozen hebben een andere zorgbehoefte, omdat de (O)GGZ-component ontbreekt.

Een kleine nuancering met betrekking tot het percentage nieuwe daklozen is op zijn plaats. Uit cijfers van de gemeente blijkt dat een kwart van de rechthebbende daklozen korter dan 8 dagen in de opvang verblijft. Het is goed mogelijk dat de nieuwe daklozen onder die groep sterker zijn vertegenwoordigd. Mensen die korter dan 8 dagen in de opvang verblijven zijn echter niet meegenomen in dit onderzoek. Het werkelijke percentage nieuwe daklozen in de opvang zou hoger kunnen liggen, als het over alle mensen in de opvang zou worden berekend.

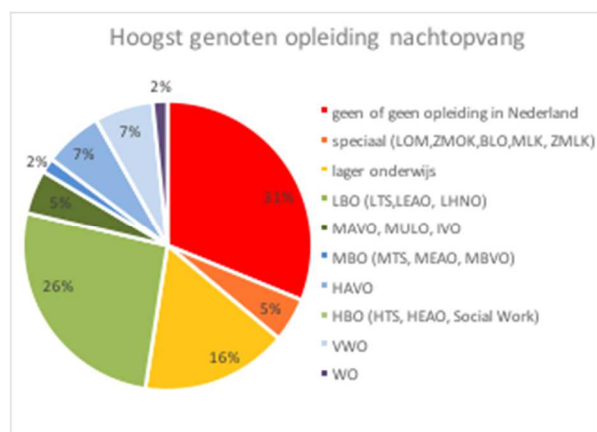
## 8 Aard en ernst van de problemen

### Opleiding

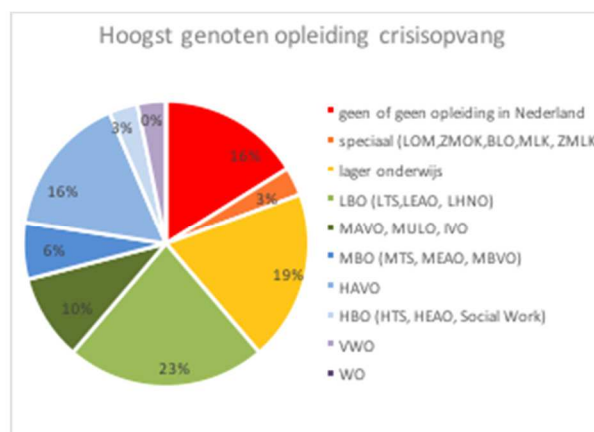
Als onderdeel van de persoonlijke biografie is iedereen naar de schoolcarrière en werkervaring gevraagd. Verder is gevraagd of mensen hulp of problemen hebben met de afhandeling van de post en administratie. De uitkomsten voor het opleidingsniveau en de werkervaring zijn hier beschreven. De overige bevindingen met betrekking tot laaggeletterdheid en de beheersing van de Nederlandse taal komen bij de persoonlijke autonomie aan bod.

Figuur 13 toont de uitkomsten voor het hoogst voltooide opleidingsniveau. De rode, oranje en gele vlakken geven de mensen weer die geen opleiding hebben genoten, alleen speciaal onderwijs hebben gehad of alleen de lagere school hebben doorlopen. Bij mensen die in het buitenland geboren zijn is afgegaan op het niveau dat ze in Nederland hebben behaald.

52% van de mensen in de nachtopvang heeft geen opleiding in Nederland gehad of alleen speciaal onderwijs of lagere school afgerond (figuur 13a). In de crisisopvang heeft 38% alleen lagere school of lager (figuur 13b).



Figuur 13a



Figuur 13b

### Werkverleden en werk

De meeste mensen in dit onderzoek hebben betaald werk verricht. Sommigen hebben alleen kortdurende baantjes gehad via het uitzendbureau. 61% van de mensen in de nachtopvang heeft langer dan 1 jaar aan een stuk gewerkt (figuur 14a). In de crisisopvang ligt dat percentage op 71% (figuur 14b). Deze mensen hebben uiteenlopende beroepen uitgeoefend in dienst van een werkgever of als zelfstandige. Velen hebben inpakwerk, schoonmaakwerk, productiewerk, werk in de bouw of werk in een winkel verricht. Maar er zijn ook mensen die jongerenwerker, verpleegkundige, makelaar of projectontwikkelaar zijn geweest.

De meeste mensen hebben op dit moment geen werk. In de nachtopvang werkt 11% met behoud van uitkering en heeft 7% een reguliere baan (figuur 15a). In de crisisopvang heeft 10% werk met behoud van uitkering en 13% een reguliere baan (figuur 15b).



Figuur 14a



Figuur 14b



Figuur 15a



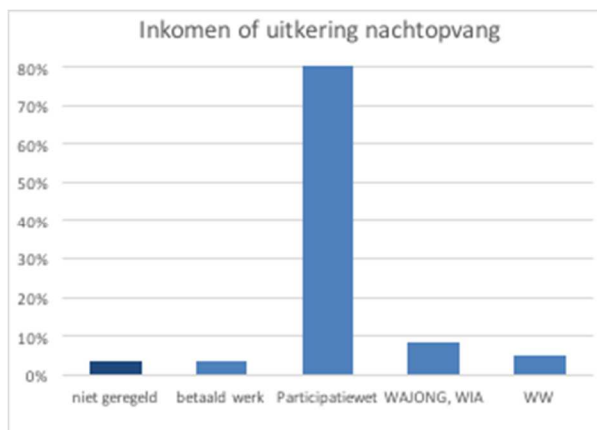
Figuur 15b

## Inkomen en financiën

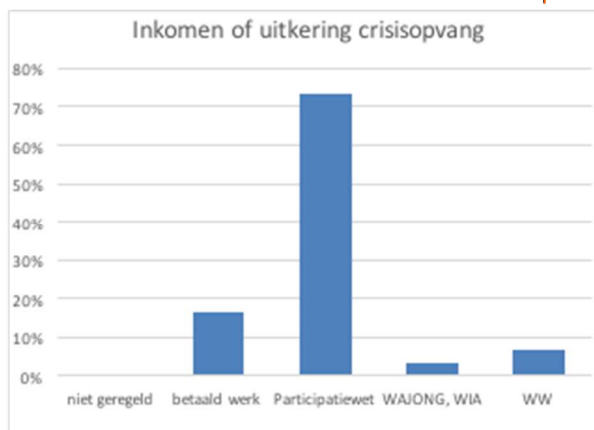
De meeste mensen in de opvang hebben een uitkering uit de Participatiewet (figuur 16). In de nachtopvang heeft 80% een daklozenuitkering, in de crisisopvang heeft 73% een uitkering in het kader van de Participatiewet.

3% van de mensen in de nachtopvang had ten tijde van het onderzoek geen inkomen of uitkering, omdat ze pas kort in de opvang waren. 8% van de mensen in de nachtopvang en 3% in de crisisopvang heeft WAJONG- of WIA-uitkering. 5% resp. 7% heeft een WW-uitkering. 3% resp. 17% heeft een inkomen uit reguliere arbeid. Twee mensen in de nachtopvang hadden net een nieuwe baan, maar nog geen inkomen ontvangen.

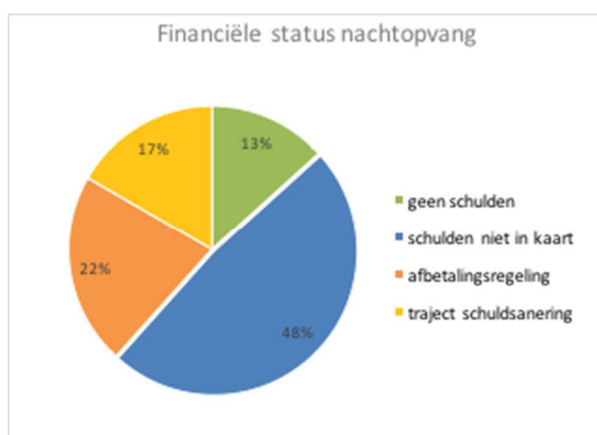
87% van de mensen in de nachtopvang en 94% van de mensen in de crisisopvang geven aan dat ze schulden hebben (figuur 17). Ongeveer de helft van de mensen in de nachtopvang weet niet hoe ze er financieel voor staan (48%). In de crisisopvang is die groep kleiner (19%). In de crisisopvang hebben meer mensen een afbetalingsregeling of schuldsaneringstraject. 45% heeft daar een afbetalingsregeling in vergelijking tot 17% in de nachtopvang. Bij 29% van de mensen in de crisisopvang en 22% van de mensen in de nachtopvang geven aan dat een schuldsaneringstraject in voorbereiding is of loopt.



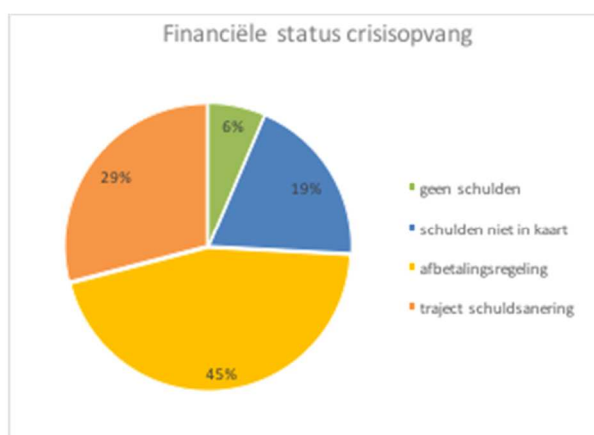
Figuur 16a



Figuur 16b



Figuur 17a



Figuur 17b

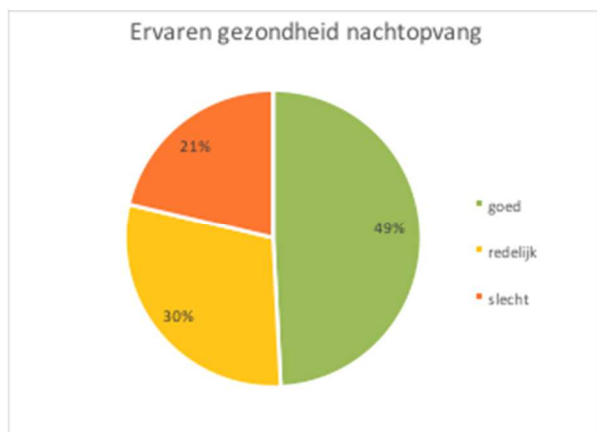
### Zorgverzekering

In de Utrechtse aanpak wordt aangestuurd op het in kaart brengen van de financiële situatie en het in orde maken van de randvoorwaarden om te kunnen werken aan herstel, zodra mensen binnenkomen in de opvang. Daarbij wordt ook getoetst of mensen verzekerd zijn.

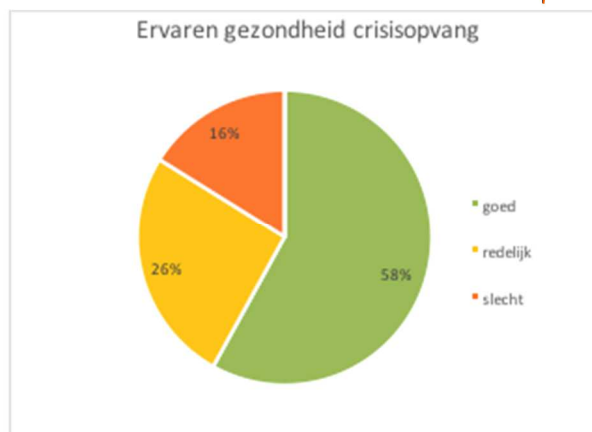
13% van de mensen in de nachtopvang en 6% van de mensen in de crisisopvang waren ten tijde van het onderzoek niet verzekerd. Deze cijfers zijn gebaseerd op de informatie uit de interviews en de gegevens die bij de gemeente bekend zijn. In een aantal gevallen ging het om mensen bij wie de financiële situatie nog niet op orde was, omdat ze pas kort in de opvang verbleven. In een ander deel ging het om mensen die wel al lang bekend zijn in het netwerk. Hun verhalen maakten aannemelijk dat ingewikkelde en lang slepende schuldenkwesaties spelen of dat ze blijven hangen of regelmatig terugvallen in hun herstel.

### Ervaren gezondheid

Figuur 18 laat zien hoe de mensen in deze studie hun gezondheid op dit moment ervaren. In de nachtopvang beoordeelt 49% van de mensen hun gezondheid als goed, in de crisisopvang 58%. 30% resp. 26% ervaren hun gezondheid als redelijk. In dit onderzoek beoordelen in de nachtopvang 21% en in de crisisopvang 16% hun gezondheid als slecht. De meeste mensen die hier aangaven dat ze een slechte gezondheid hadden scoorden ook op andere fronten hoog m.b.t. de psychische gezondheid.



Figuur 18a



Figuur 18b

### Lichamelijke klachten en gezondheid

In de interviews is systematisch gevraagd naar klachten die kunnen samenhangen met een lichamelijke aandoening. Het voorkomen van klachten en de mate waarin is uitgevraagd. Hoofdpijn, zuurbranden, een vermindering of toename van de eetlust, obstipatie of diarree en grote vermoeidheid zijn klachten die regelmatig worden gerapporteerd.

In de nachtopvang heeft 18% van de mensen in de laatste 3 dagen last gehad van hoofdpijn en 13% van zuurbranden. 11% meldt een verminderde of toegenomen eetlust. 7% heeft last van obstipatie, 7% van diarree en 7% moet 's nachts 3 maal of vaker plassen. 7% heeft de laatste dagen last gehad van acute problemen: 1 persoon is de nacht ervoor gevallen en heeft een ernstige kneuzing of fractuur van de hand, 1 persoon moet veel hoesten en vertelt dat hij dagelijks 4 pakjes sigaretten rookt en de derde persoon kreeg net pijnstillers wegens rugklachten als gevolg van een hernia. 5% heeft last van grote vermoeidheid, maar kan normale dagelijkse activiteiten wel afmaken. 28% van de mensen in de nachtopvang heeft geen lichamelijke klachten.

De mensen in de crisisopvang hebben meer hoofdpijn: 23% heeft in de laatste 3 dagen last gehad. 3% heeft de laatste dagen last gehad van zuurbranden, 13% van obstipatie en nog eens 13% van diarree. 13% moet 's nachts 3 maal of vaker plassen. Opnieuw 13% had de laatste dagen last van acute problemen in de vorm van een handletsel als gevolg van een machineongeval, een bovenste luchtweginfectie of nieuwe, nog onbehandelde hooikoorts. 10% van de mensen in de crisisopvang ondervindt grote vermoeidheid, maar is wel in staat om normale dagelijkse activiteiten af te maken. In de crisisopvang heeft 26% geen lichamelijke klachten.

In de gesprekken is gevraagd welke lichamelijke aandoeningen mensen hebben en welke medicijnen zij gebruiken. Figuur 19 geeft een beeld hoe vaak bepaalde typen aandoeningen zijn gemeld. De staven geven het deel weer met aandoeningen uit de betreffende categorie, afgezet tegen het totale aantal mensen in de nachtopvang resp. de crisisopvang. In dit onderzoek is geen lichamelijk of aanvullend onderzoek naar de actuele gezondheid verricht. Het is aannemelijk dat er meer problemen zouden zijn gevonden, als bij iedereen een lichamelijke check up zou zijn verricht. 43% van de mensen in de nachtopvang en 32% van de mensen in de crisisopvang hebben volgens hun zeggen geen lichamelijke aandoeningen of problemen. De meesten hebben meerdere lichamelijke aandoeningen.

Zowel in de nachtopvang als in de crisisopvang geeft 13% aan dat ze bekend zijn met hypertensie of hart- en vaatlijden in de vorm van angina pectoris of een doorgemaakt hartinfarct. 11% resp. 3% is bekend met asthma of bronchitis. 16% resp. 13% heeft een beeld dat past bij een interne



aandoening, zoals diabetes mellitus, gastritis, levercirrose of een status na maagverkleining. 11% resp. 35% van de mensen in de nachtopvang of crisisopvang is bekend met een aandoening van het zenuwstelsel of de zintuigen, zoals een resttoestand na een herseninfarct of traumatisch hersenletsel, hoofdpijn, draaiduizeligheid, rugklachten als gevolg van een hernia of scheelzien. 15% resp. 23% is bekend met problemen van het bewegingsapparaat, zoals nekschouderklachten, rugpijn, een wervelinzakking, een resttoestand na een (gecompliceerde) fractuur, fibromyalgie of een hielspoor.

8 resp. 23% van de mensen is bekend met aandoeningen van de huid of het onderhuids bindweefsel zoals psoriasis, constitutioneel eczeem, veneuze insufficiëntie (spataders met enkeloedeem), abscessen in de lies of periaanaal of genitale wratten. 8% resp. 13% is bekend met een keel- neus- of ooraandoening in de vorm van hooikoorts, een kaakontsteking, een bovenste luchtweginfectie of een resttoestand na behandeling wegens een maligniteit. Tot slot vertoont 13% resp. 29% van de mensen het beeld van (ernstige) obesitas. 43% resp. 32% van de mensen hebben geen lichamelijke aandoeningen gemeld.

Mensen in de crisisopvang geven vaker aan dat ze bekend zijn met lichamelijke aandoeningen dan mensen in de nachtopvang (vergelijk 18a – 18b). Dit wil niet zeggen dat de mensen in de nachtopvang gezonder zijn. Het is aannemelijk dat de onderrapportage in de nachtopvang hoger ligt. Bijvoorbeeld doordat in het interview niet alles is verteld, omdat andere zaken meer prioriteit hebben. Verder is het plausibel dat de lichamelijke toestand van de mensen in de nachtopvang minder goed in beeld is. Niet iedereen maakt gebruik van het spreekuur van de SMZ verpleegkundigen of de huisarts in het Catharijnehuis.



Figuur 19a



Figuur 19b

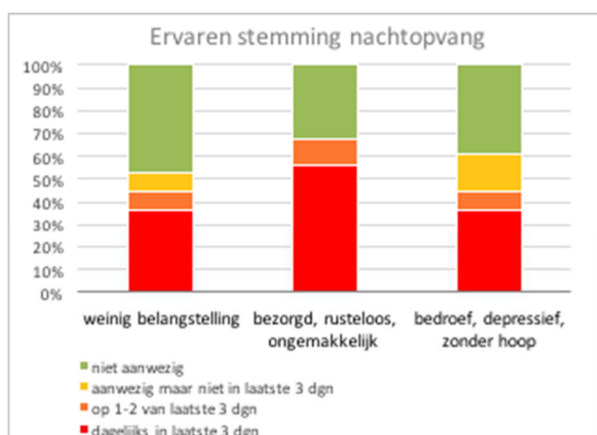
## Psychische klachten

Figuur 20 en 21 geven een indruk hoe de mensen in dit onderzoek zich de afgelopen dagen hebben gevoeld. In de tekst zijn steeds de gerapporteerde klachten in de laatste 3 dagen benoemd (som van het rode en oranje deel).

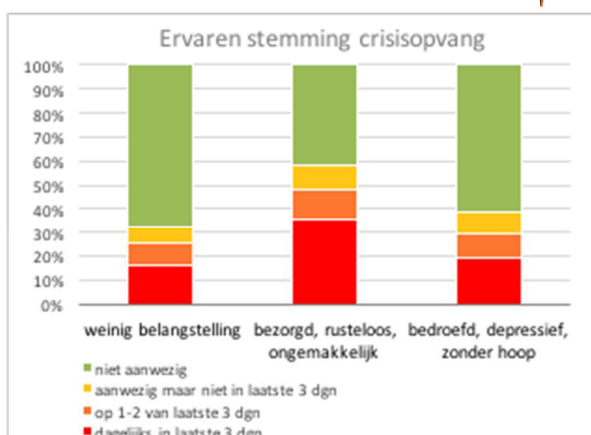
44% van de mensen in de nachtopvang geeft aan dat ze zich de laatste 3 dagen bedroefd, depressief en zonder hoop hebben gevoeld en weinig belangstelling hebben voor dingen waar ze normaal wel plezier in hebben (figuur 18 a, linker en rechter staaf). 67% heeft zich bezorgd, rusteloos en ongemakkelijk gevoeld.

De ervaren stemming bij de mensen in de crisisopvang is iets minder bedrukt. Daar rapporteert 26% dat ze weinig belangstelling hebben. 48% heeft gevoelens van bezorgdheid, rusteloosheid of zich ongemakkelijk voelen. 29% was de laatste dagen bedroefd, depressief of zonder hoop.

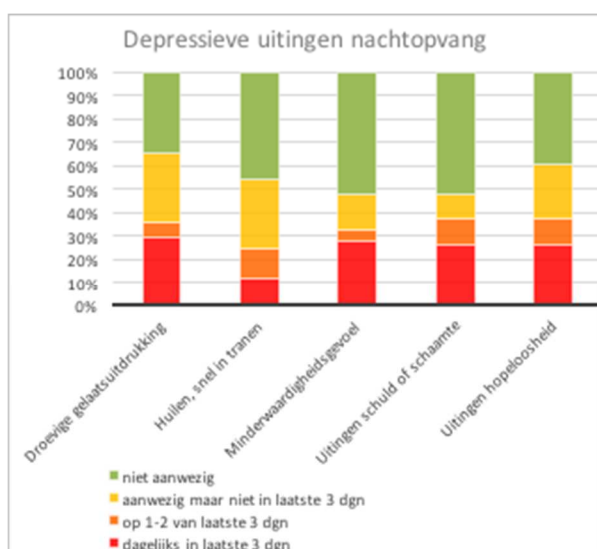




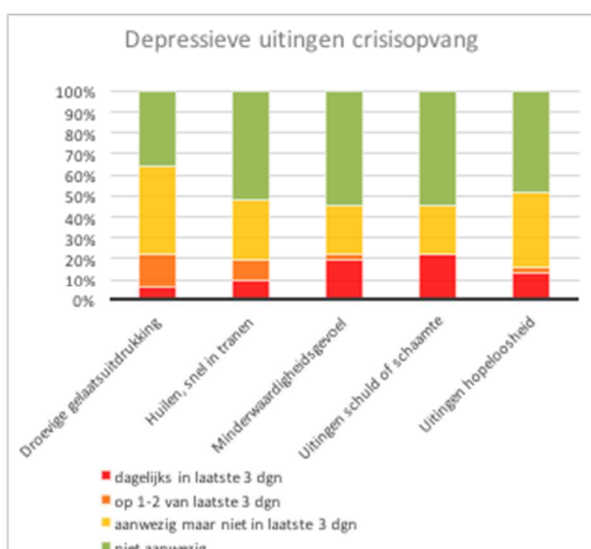
Figuur 20a



Figuur 20b



Figuur 21a



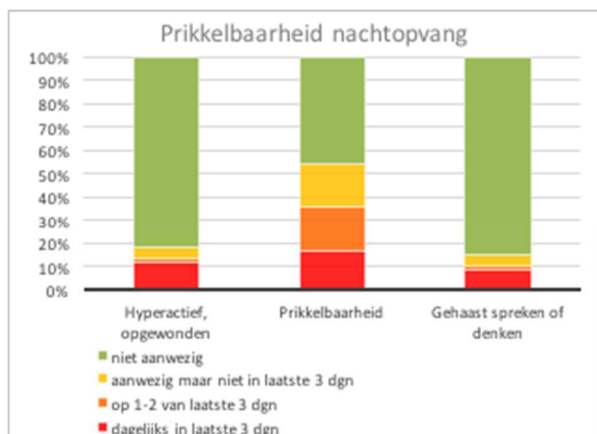
Figuur 21b.

In de nachtopvang heeft 38% uitingen van schuld of schaamte of hopeloosheid laten zien. 33% heeft last gehad van minderwaardigheidsgevoelens en 25% heeft de laatste paar dagen gehuild. Net als bij de ervaren stemming, liggen ook de depressieve uitingen in de crisisopvang over de hele linie wat lager (figuur 19b). Toch heeft ook daar 23% dat in de laatste paar dagen gevoelens van schuld of schaamte geuit. In de crisisopvang hebben 23% last gehad van minderwaardigheidsgevoelens en 19% van huilerigheid of hopeloosheid.

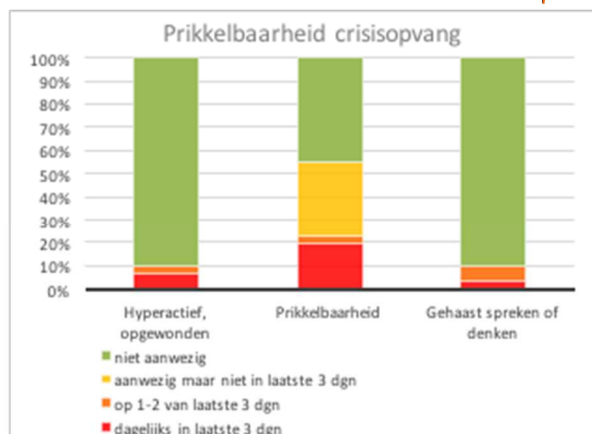
Ook slaapproblemen komen veel voor. In de nachtopvang heeft 61% de laatste 3 dagen problemen gehad met slapen. 48% had iedere nacht problemen; 13% meldt dat ze een of twee nachten moeite hadden. 38% is de laatste dagen last overdag slaperig of versuft geweest.

De mensen in de crisisopvang slapen iets beter. Toch heeft ook daar 41% de afgelopen 3 nachten problemen gehad. 35% had iedere nacht problemen, 6% ondervond 1 of 2 nachten problemen met in- of doorslapen. 10% is de laatste dagen overdag slaperig of versuft geweest.

De uitingen van hyperactiviteit, prikkelbaarheid en gehaast spreken of denken zijn mogelijk door het drugsgebruik gekleurd. Ondanks het hoger actief harddrugsgebruik in de nachtopvang, zijn de overeenkomsten tussen figuur 22a en 20b groot.



Figuur 22a



Figuur 22b

13% van de mensen in de nachtopvang heeft de afgelopen 3 dagen volgens eigen zeggen hyperactieve vertoond. 36% vertoonde prikkelbaarheid, 10% gehaast spreken of denken (figuur 20a). In de crisisopvang is 23% in de afgelopen 3 dagen prikkelbaar zijn geweest. 10% is volgens eigen zeggen hyperactief geweest en 10% rapporteert gehaast spreken of denken (figuur 20b).

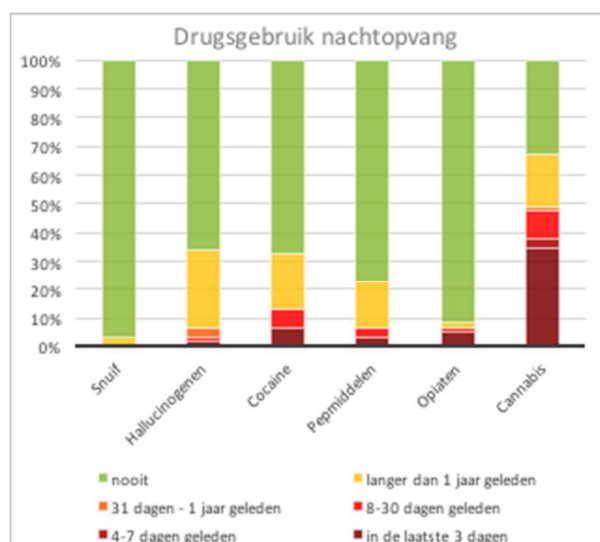
### Drugs- en middelengebruik

Figuur 23 brengt het actuele drugsgebruik en het drugsgebruik in het verleden in beeld. De percentages in de tekst hebben betrekking op het drugsgebruik in het afgelopen jaar.

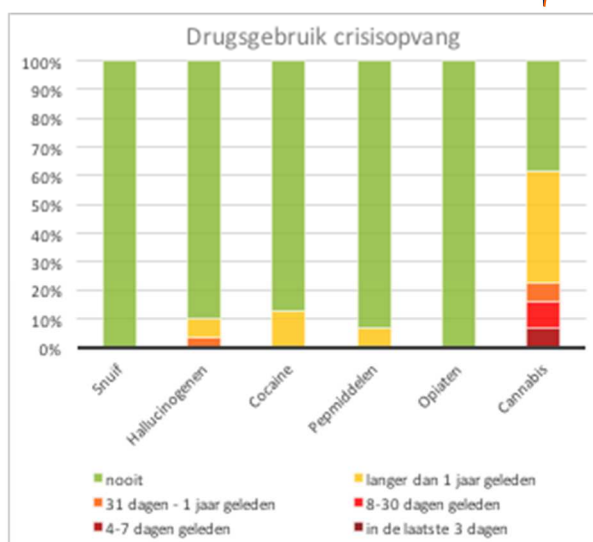
De mensen in de nachtopvang hebben het afgelopen jaar geen snuif gebruikt, zoals verfveldunners en oplosmiddelen. 7% gebruikte hallucinogenen (bijvoorbeeld LSD, XTC of paddo's). 13% heeft cocaïne of crack gesnoven of gerookt. 7% gebruikte pepmiddelen (uppers, speed). 7% gebruikte heroïne of methadon. Tot slot heeft 49% van de mensen in de nachtopvang het afgelopen jaar cannabis gebruikt. 34% van de mensen heeft de afgelopen 3 dagen nog cannabis gebruikt. Het grootste deel van de cannabis gebruikers rookt een of meerdere malen per dag een joint. 74% van de mensen in de nachtopvang geeft aan dat ze ooit drugs hebben gebruikt, maar 57% gebruikte volgens eigen zeggen geen harddrugs. 35% heeft in de afgelopen maand zowel alcohol als drugs gebruikt. Slechts 15% rapporteert het gebruik van meerdere typen drugs in het afgelopen jaar. Onder de drugsgebruikers in de nachtopvang zijn geen actieve spuiters. 3% van de groep (4% van de drugsgebruikers) in de nachtopvang heeft meer dan een maand geleden voor het laatst gespoten. In de nachtopvang ondervindt 5% afkickverschijnselen. Bij 3 personen zijn deze mild, bij de 4<sup>e</sup> persoon zijn ze matig van ernst.

61% van de mensen in de crisisopvang geeft aan dat ze ooit drugs hebben gebruikt, maar het actieve drugsgebruik is beduidend lager. Mensen met een actieve verslaving die herstel kan belemmeren worden niet toegelaten tot de crisisopvang.

Geen van de mensen in de crisisopvang hebben drugs gespoten. Niemand ondervindt afkickverschijnselen. 1 persoon (3%) had in het afgelopen jaar XTC gebruikt, maar langer dan een maand geleden. 35% heeft het afgelopen jaar cannabis gebruikt; 6% gebruikte in de afgelopen week nog cannabis. Volgens eigen zeggen heeft niemand de laatste 3 dagen of dagelijks cannabis gebruikt. In de crisisopvang heeft 13% van de mensen in het verleden wel harddrugs gebruikt. 13% heeft meer dan een jaar geleden cocaïne gebruikt. 6% gebruikte meer dan een jaar geleden hallucinogenen (LSD, XTC). Nog eens 6% gebruikte amfetaminen (uppers, speed). Niemand heeft opiaten gebruikt.



Figuur 23a



Figuur 23b

Het aandeel tabak rokers in de nachtopvang en de crisisopvang is nagenoeg gelijk: in de nachtopvang rookt 64%, in de crisisopvang rookt 65% dagelijks tabak.

5% geeft aan dat ze in de afgelopen 3 maanden buitensporig hebben gegokt. Bij enkele mensen bestaat het vermoeden dat sprake is van buitensporig gokken, zonder dat dit hard kon worden gemaakt. In de crisisopvang heeft niemand de afgelopen 3 maanden buitensporig gegokt.

### Alcoholgebruik

Figuur 24 laat zien wat mensen hebben aangegeven over het maximum aantal glazen (eenheden) alcohol dat zij in de laatste 2 weken op een dag hebben genuttigd. De scores zijn aangepast op geleide van de concrete observaties vanuit het team.

Om te beginnen geeft in de nachtopvang 44% aan dat ze de laatste twee weken niet hebben gedronken. 7% heeft niet meer dan een eenheid gehad, 18% twee tot vier en 31% geeft aan dat ze 5 eenheden of meer op een dag hebben gedronken.

In de crisisopvang geeft 58% aan dat ze de laatste twee weken niet hebben gedronken. 13% heeft niet meer dan een glas, 10% twee tot vier glazen en 19% meldt dat ze 5 glazen of meer hebben gedronken.

In de nachtopvang geeft 31% aan dat ze in de laatste maand dronken zijn geweest (figuur 25a). Ook voor deze vraag waren de observaties uit het team aanleiding om de scores naar boven toe bij te stellen.

15% vertelt dat ze eenmaal, 6% dat ze twee tot acht maal dronken zijn geweest. 3% van de mensen in de opvang is 9 keer of vaker, maar niet dagelijks dronken geweest. 7% van de mensen in de nachtopvang zou de laatste maand dagelijks dronken zijn geweest.

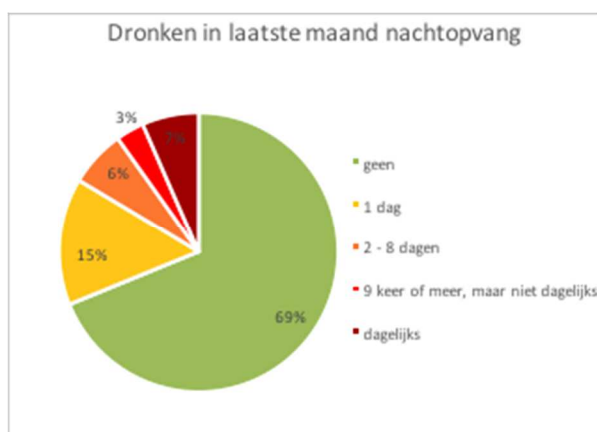
In de crisisopvang is de groep die regelmatig dronken is geweest kleiner. 3% was met name in de weekenden dronken. 13% geeft aan dat ze de afgelopen maand 9 keer of vaker, maar niet dagelijks dronken zijn geweest



Figuur 24a



Figuur 24b



Figuur 25a



Figuur 25b

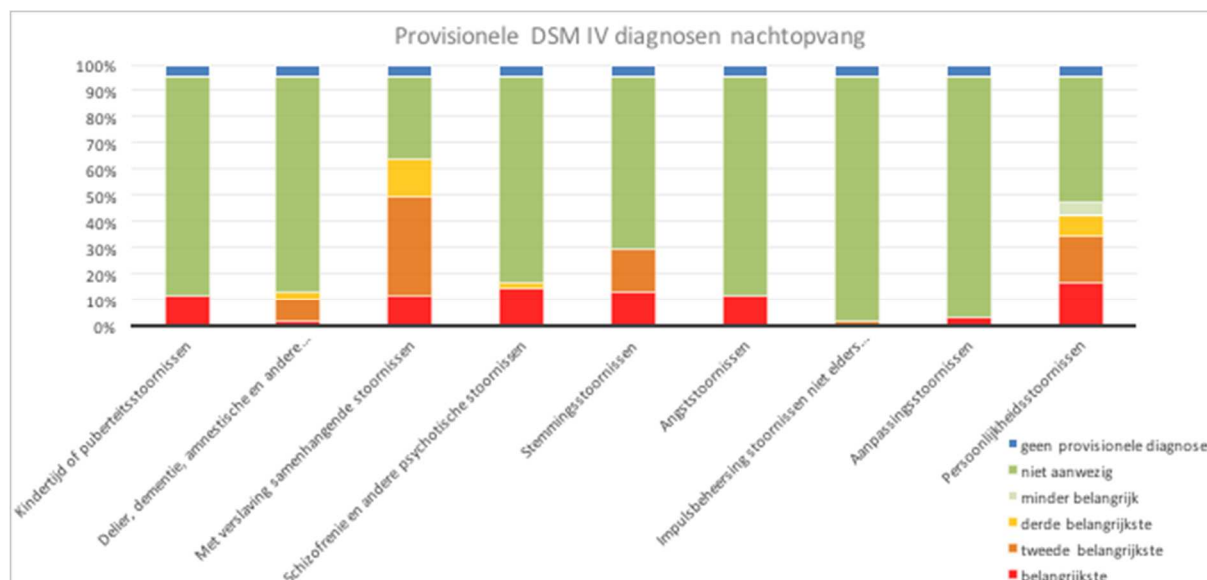
### Provisieele DSM IV diagnoses

Het uitgevoerde onderzoek is een beeldvormend en geen diagnostisch onderzoek. Toch is, ten behoeve van de beeldvorming over de populatie, bij iedereen nagegaan of op grond van de verzamelde informatie een werkd Diagnose in DSM-IV (provisieele diagnose) kan worden gesteld. Figuur 24 toont de uitkomsten. De blauwe kapjes bovenaan de staven maken duidelijk dat bij een deel van geen psychische aandoening is gevonden. Mensen komen in de middelgroene vlakken terecht als de betreffende diagnosegroep bij hen niet aan de orde is, maar er wel andere psychische problemen zijn gevonden. De rode, oranje, gele en lichtgroene kleur laten zien dat bij een aanzienlijke groep meerdere diagnoses kunnen worden gesteld (dubbel- of tripeldiagnosen). In de tekst zijn de totale percentages beschreven waarin de betreffende aandoening in de nachtopvang resp. de crisisopvang is gevonden (som eerste, tweede, derde en minder belangrijke diagnoses). Bij 5% van de mensen in de nachtopvang kon met de dit onderzoek verzamelde informatie geen provisieele diagnose worden gesteld (figuur 26a). 11% van de mensen toonde een beeld van kindertijd of puberteitsstoornissen zoals ADHD en autisme. Bij 13% van de mensen is een beeld gevonden dat met cognitieve problemen gepaard gaat.

Bij 64% zijn aanwijzingen gevonden voor een verslaving. In 11% ging het om de eerste diagnose; in de overige gevallen om de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> diagnose. Bij 16% van de mensen in de crisisopvang zijn in dit onderzoek aanwijzingen gevonden voor een schizofrenie of een psychotische stoornis.

30% van de mensen vertoonde het beeld van stemmingsstoornissen. Bij een klein een klein deel van de mensen paste het beeld bij een reactieve depressie; bij de meerderheid wees het levensverhaal in

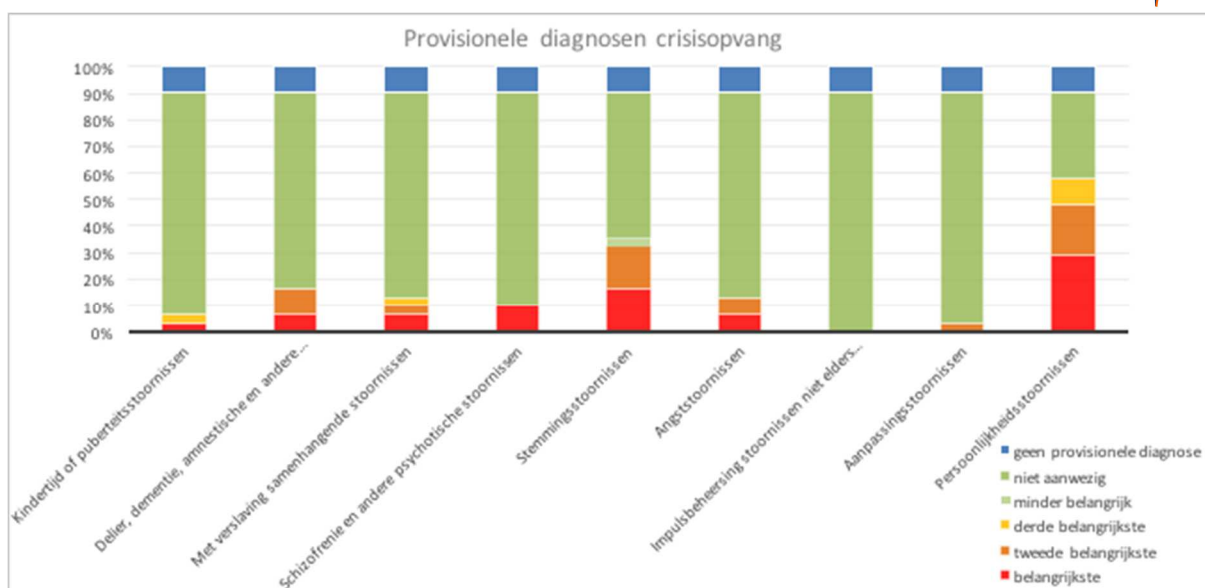
de richting van een unipolaire of een bipolaire stoornis. 11% vertoonde het beeld van een angststoornis, zoals een gegeneraliseerde angststoornis of een posttraumatische stressstoornis. Bij 2% van de mensen is een beeld gevonden met impulsbeheersingsstoornissen die niet elders konden worden geclassificeerd. 3% van de mensen vertoonde een beeld van aanpassingsstoornissen met een stoornis in het gedrag, al dan niet bovenop een beeld met verstandelijke beperkingen. 48% van de mensen maken de anamnese en het levensverhaal aannemelijk dat sprake is van een persoonlijkheidsstoornis.



Figuur 26a

Figuur 26b toont de provisieele diagnosen die in de crisispvang zijn gevonden.

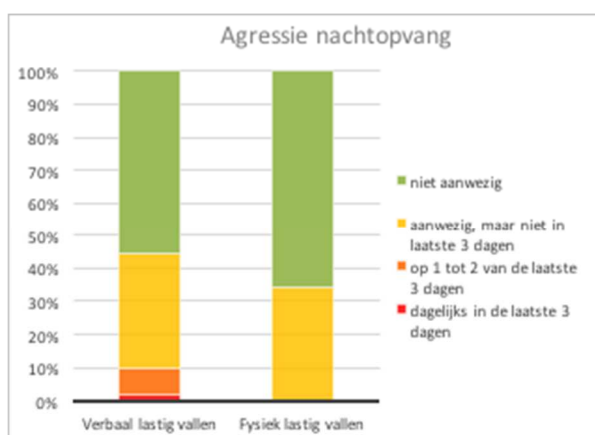
Bij 10% van de mensen in de crisispvang zijn in dit onderzoek geen psychische problemen vastgesteld. 6% van de mensen vertoonde een beeld van kindertijd of puberteitsstoornissen, zoals ADHD of autisme. Bij 16% is een beeld gevonden met cognitieve problemen. 13% toonde een beeld van een alcoholverslaving of drugsmisbruik. 10% van de mensen is bekend met of behandeld voor een psychotische stoornis. 35% van de mensen tonen het beeld van een stemmingsstoornis, 13% van een angststoornis. Impulsbeheersingsstoornissen zijn in deze groep niet geclassificeerd, omdat de gevonden problemen goed kunnen passen bij andere provisieele diagnosen die bij de betreffende personen zijn gesteld. 3% toonde het beeld van een aanpassingsstoornis met een gemengde stoornis van emoties en gedrag. Bij 58% is een beeld gevonden dat wijst op een persoonlijkheidsstoornis. Mensen met het beeld van een borderline, antisociale, ontwijkende, afhankelijke, obsessief-compulsieve en schizotypische persoonlijkheid zijn gezien. Net als in de nachtopvang heeft een deel van deze groep op as II een uitgestelde diagnose. Als er in de anamnese en levensloop een consistent patroon was is de persoonlijkheidsstoornis toch in de provisieele diagnose benoemd.



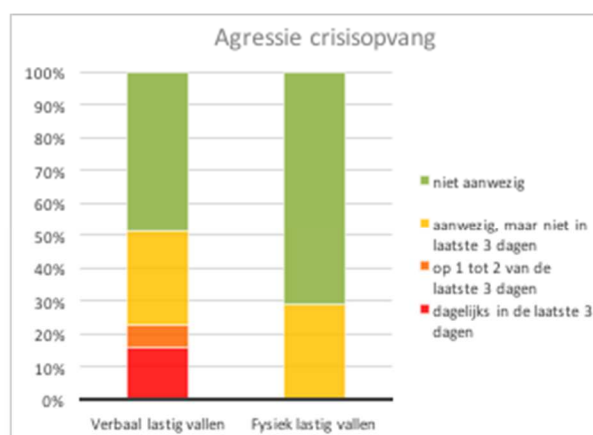
Figuur 26b

### Gedrag en veiligheid

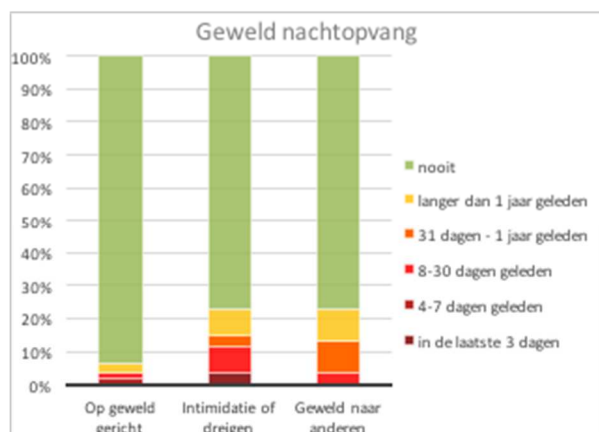
In de interviews is gevraagd hoe mensen zich in de afgelopen dagen hebben gevoeld en of ze naar anderen hebben gereageerd met agressie of geweld. 10% van de mensen in de nachtopvang geeft aan dat ze de laatste 3 dagen verbaal agressief naar anderen zijn uitgevallen (figuur 27a). 34% geeft aan dat ze anderen ook wel eens fysiek hebben lastig gevallen, maar niet in de laatste 3 dagen. In de crisisopvang vertelt 23% dat ze de afgelopen dagen verbaal agressief zijn geweest (figuur 27b). 29% heeft anderen wel eens fysiek lastig gevallen, maar niet in de laatste 3 dagen. 3% van de mensen in de nachtopvang heeft in de laatste paar dagen of het afgelopen jaar uitlatingen gedaan waaruit blijkt dat ze op geweld zijn gericht (figuur 28a). Dit item is alleen gescoord als mensen concrete, vooropgezette plannen hadden om geweld te plegen naar anderen of deze plannen al hadden uitgevoerd. 15% heeft het laatste jaar intimiderend gedrag vertoond, 13% is in het afgelopen jaar daadwerkelijk gewelddadig geweest naar anderen. 3% van de mensen in de crisisopvang hebben op geweld gerichte uitspraken gedaan (figuur 28b). 32% heeft het afgelopen jaar intimiderend gedrag laten zien. 13% vertelt dat ze het afgelopen jaar gewelddadig zijn geweest naar anderen. De gevonden verschillen tussen de crisisopvang en de nachtopvang zijn te verklaren uit verschillen in persoonlijke problemen en omstandigheden.



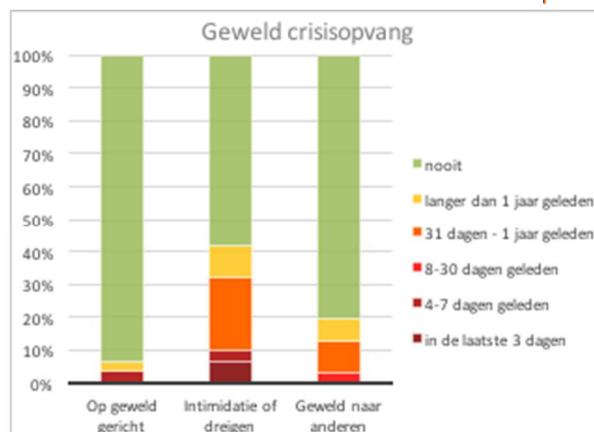
Figuur 27a



Figuur 27b



Figuur 28a

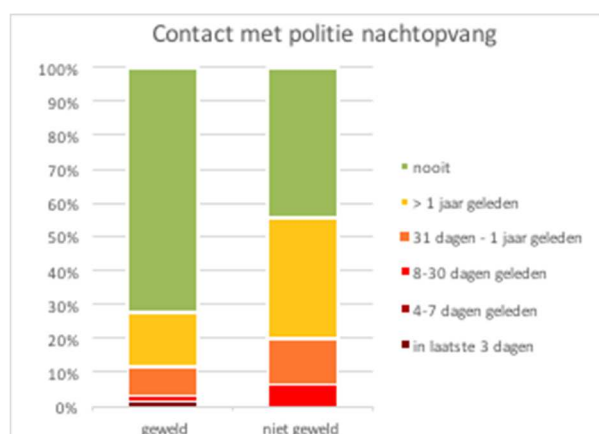


Figuur 28b

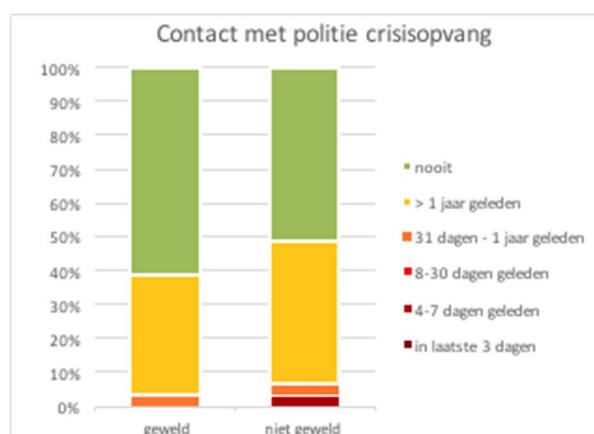
In de interviews is gevraagd of mensen in contact geweest zijn met de politie of dat ze in de gevangenis hebben gezeten. De uitkomsten in figuur 29 en 30 zijn uitsluitend gebaseerd op de informatie die de mensen in dit onderzoek daar zelf over hebben gegeven.

De mensen in de nachtopvang zijn het afgelopen jaar vaker in contact geweest met de politie dan de mensen in de crisisopvang (figuur 27). 11% van de mensen in de nachtopvang en 3% van de mensen in de crisisopvang is het laatste jaar in contact geweest met de politie wegens geweld. In de nachtopvang is 20% het afgelopen jaar in aanraking gekomen wegens niet aan geweld gerelateerde zaken zoals verkeersovertredingen of openstaande boetes. In de crisisopvang had 6% het afgelopen jaar te maken met de politie voor andere zaken dan geweld.

Figuur 30 laat zien dat de mensen uit de nachtopvang vaker in de gevangenis hebben gezeten dan de mensen in de crisisopvang. 20% van de mensen in de nachtopvang zijn het afgelopen jaar vrijgelaten zijn uit detentie. 23% heeft alleen eerder gezeten, maar is meer dan een jaar geleden vrijgekomen. De mensen in de crisisopvang zijn allemaal meer dan een jaar geleden vrijgekomen uit detentie. Dit betreft 19% van de groep.

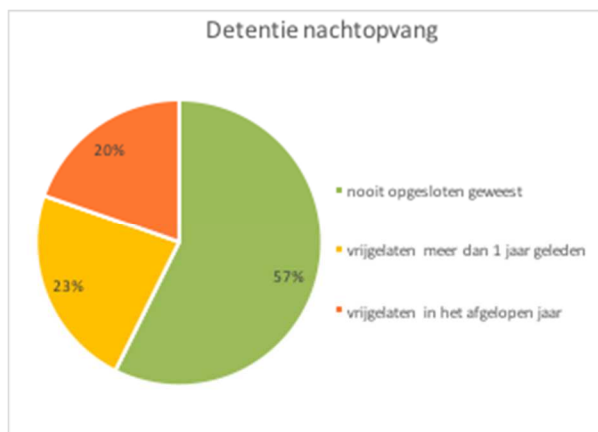


Figuur 29a

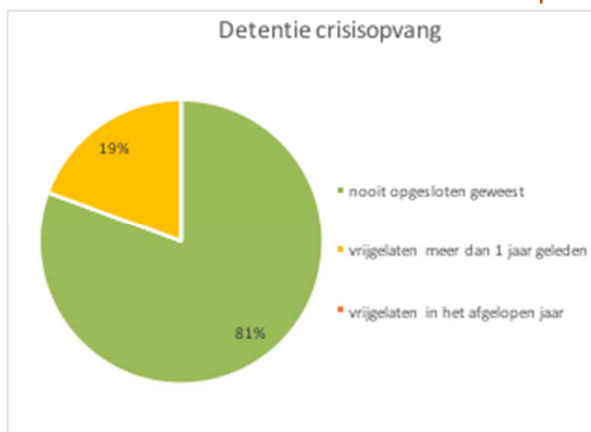


Figuur 29b





Figuur 30a



Figuur 30b

### Informele steun

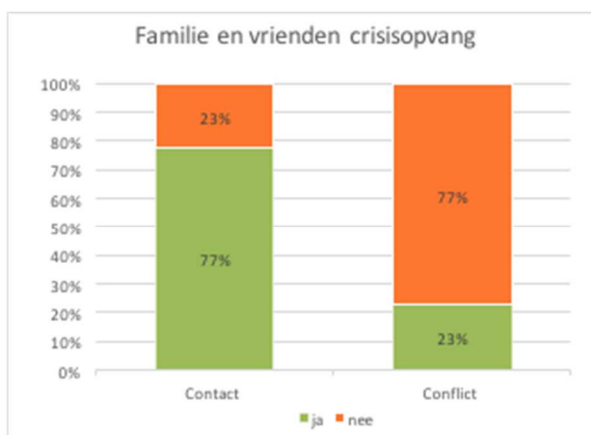
De uitkomsten voor de burgerlijke staat en het hebben van kinderen zijn bij de demografische kenmerken beschreven. Bij iedereen is gevraagd hoe het sociale netwerk er op dit moment uitziet. Figuur 31 tot en met 33 geven een indruk van de kwaliteit van het sociale netwerk. Figuur 31a maakt duidelijk dat 46% van de mensen in de nachtopvang geen contact meer heeft met familie of vrienden met wie ze een langdurige vriendschapsrelatie onderhouden. Bij 43% is de omgang met de naaste familie verstoord (figuur 32a). Bij 26% is sprake van conflicten of herhaalde kritiek op familie en vrienden.

29% van de mensen in de nachtopvang geeft aan dat ze niemand meer hebben waar ze op kunnen terugvallen voor een maaltijd, een douche of een moment van rust (figuur 33a). 23% heeft 1 informele helper. 48% heeft nog 2 of meer mensen waar ze naar toe kunnen voor informele hulp. Het feit dat 46% geen contact meer heeft met familie of vrienden die ze al lang kennen maar slechts 29% geen informele helpers heeft, maakt duidelijk dat mensen in de nachtopvang ook steun vinden bij lotgenoten in de opvang of bij mensen die ze pas korte tijd kennen.

De mensen in de crisisopvang zijn meer ingebed in de samenleving. Daar heeft 23% geen contact met familie of vrienden die ze al lang kennen (figuur 29b). 29% geeft aan dat de omgang met de naaste familie verstoord is. Bij 23% spelen er ook nu conflicten of herhaalde kritiek in de omgang met de naaste familie (31b, rechter staaf). In de crisisopvang is het aandeel dat geen of nog maar 1 informele helper heeft beduidend kleiner dan in de nachtopvang (figuur 33). In de crisisopvang heeft 23% geen of 1 informele helper, tegenover 52% in de nachtopvang.



Figuur 31a



Figuur 31b

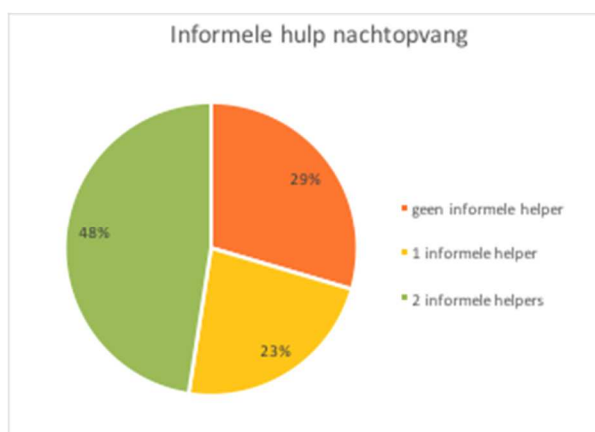




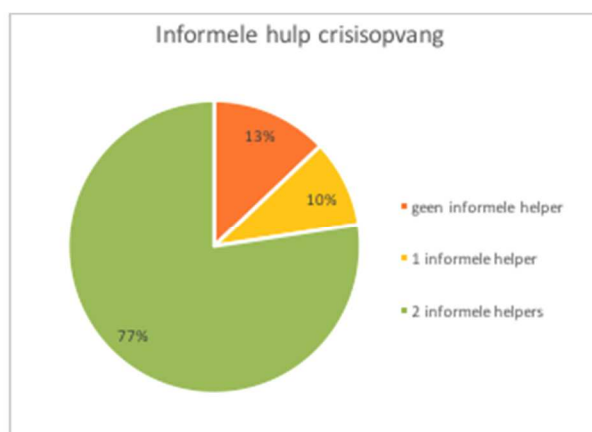
Figuur 32a



Figuur 32b



Figuur 33a



Figuur 33b

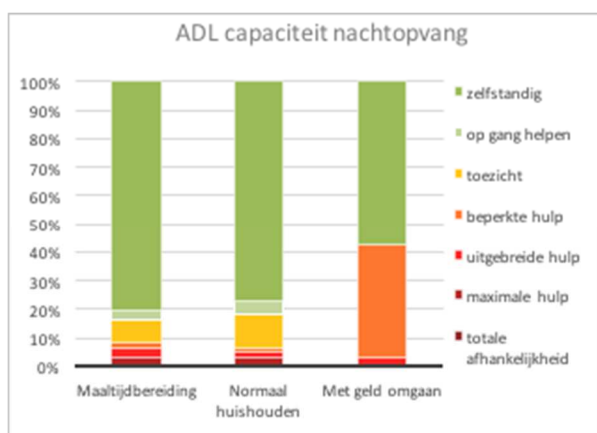
### Persoonlijke autonomie

Op basis van de verzamelde informatie is bij iedereen een inschatting gemaakt van hun functioneren. Zowel het huidige functioneren als de capaciteit zijn gescoord.

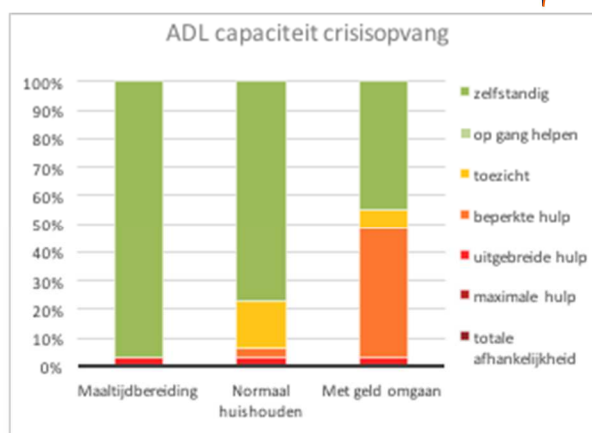
Alle dak- en thuislozen in de nachtopvang en de crisisopvang kunnen zich goed verplaatsen en zijn zelfstandig in hun persoonlijke verzorging. De meeste mensen lopen en fietsen veel. Zowel in de nachtopvang als in de crisisopvang is er slechts een enkeling die niet voldoet aan de beweegnorm van 30 minuten bewegen per dag.

Figuur 34 toont de ADL-capaciteit. In de nachtopvang kan naar schatting 20% niet (volledig) zelfstandig een maaltijd bereiden. 23% kan niet zelfstandig het huishouden doen. De benodigde ondersteuning varieert van op gang helpen of toezicht tot een volledige overname. 43% van de mensen heeft toezicht of uitgebreide hulp nodig bij het omgaan met geld of het verwerken van de post en administratie.

In de crisisopvang is betere kwaliteit informatie voorhanden over het vermogen om zelf een maaltijd klaar te maken, het huishouden te doen of met geld te kunnen omgaan. Slechts 3% van de mensen in de crisisopvang is niet meer in staat om zelf een maaltijd te bereiden. 23% heeft toezicht of hulp nodig bij het huishouden. 55% heeft ondersteuning nodig bij het omgaan met geld, post en administratie, variërend van toezicht tot uitgebreide hulp.



Figuur 34a

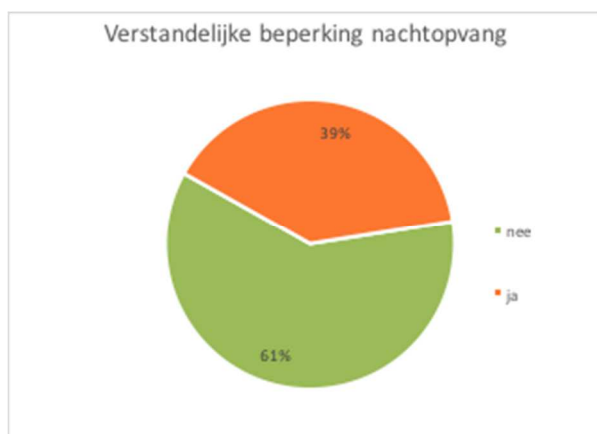


Figuur 34b

### Verstandelijke en cognitieve beperkingen

Zoals bij de aanpak al is beschreven, was de afname van een screener voor lichte verstandelijke beperkingen een vast onderdeel in het onderzoeksprotocol. In enkele gevallen is van de afname afgezien als het verstandelijke niveau op basis van de schoolcarrière al duidelijk was (8% van de mensen in de nachtopvang, 3% in de crisisopvang). In een iets groter deel van de groep was het door een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal niet mogelijk om de screener af te nemen (31% van de mensen in de nachtopvang en 13% in de crisisopvang).

Figuur 35 toont de uitkomsten van deze screening op verstandelijke beperkingen. In de nachtopvang zijn bij 39%, in de crisisopvang bij 42% van de mensen aanwijzingen gevonden dat sprake is van verstandelijke beperkingen. Het oordeel van MEE is in deze scores verwerkt. De informatie uit de levensverhalen en de informatie over het praktisch functioneren zijn eveneens meegenomen.

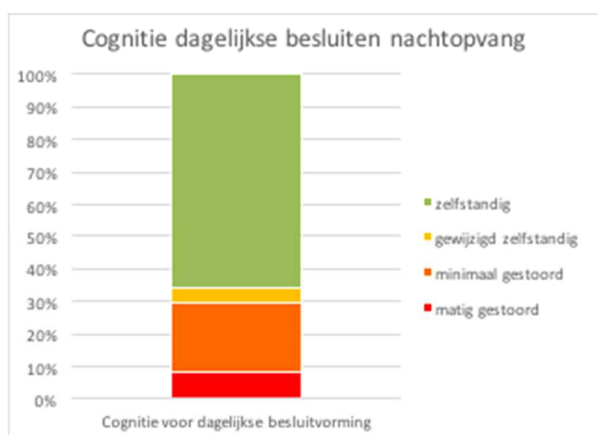


Figuur 35a

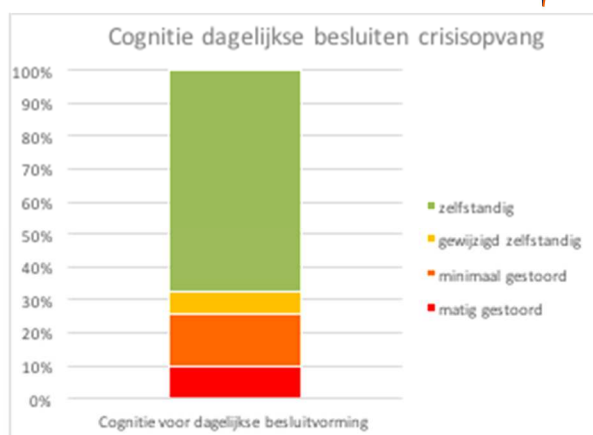


Figuur 35b

Op indicatie is een screener voor cognitieve problemen afgenomen, als mensen geheugenproblemen aangaven of het verhaal om inhoudelijke redenen vroeg om alertheid op cognitieve schade. In de nachtopvang is de cognitieve screener bij 10% van de mensen afgenomen, in de crisisopvang bij 23%. De uitkomsten hiervan zijn verwerkt in de provisionele diagnose en bij de inschatting de zorgbehoefte en het perspectief op herstel. Figuur 34 toont de uitkomsten betrekking tot de cognitieve vaardigheden voor de dagelijkse besluiten. 66% resp. 68% van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang is hierin volledig zelfstandig. Bij 5% resp. 6% van de mensen is het aannemelijk dat zij moeite zullen hebben met nieuwe situaties (gewijzigd zelfstandig). Bij 21% van de mensen in de nachtopvang en bij 16% in de crisisopvang moet er rekening mee gehouden worden dat ze



Figuur 36a



Figuur 36b

aanwijzingen of toezicht nodig hebben, omdat zij in specifiek terugkerende situaties slechte of onveilige beslissingen nemen (minimaal gestoord). 8% resp. 10% van de mensen is altijd op aanwijzingen of toezicht aangewezen, omdat hun besluiten voortdurend slecht of onveilig zijn.

Deze twee groepen vertonen overlap. Bij ruim 60% van de mensen bij wie de screening aannemelijk maakte dat sprake was van verstandelijke beperkingen waren ook de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten gescoord. Andersom was bij 80% van de mensen bij wie de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluiten gestoord waren de screening voor verstandelijke beperkingen eveneens positief.

### Laaggeletterdheid

Laaggeletterdheid is een overkoepelende term voor mensen die grote moeite hebben met lezen, schrijven en het begrijpen en toepassen van informatie. In tegenstelling tot analfabeten kunnen laaggeletterden wel een beetje lezen en schrijven, maar hebben ze hier grote moeite mee. Een op de negen Nederlanders tussen de 16 en 65 jaar is laaggeletterd. Tweederde van deze groep is van Nederlandse, een derde is van buitenlandse afkomst.

De populatie in dit onderzoek vraagt om alertheid op laaggeletterdheid in samenhang met herkomst, beperkingen in het leervermogen en andere factoren. Vanwege de duur en belasting van de interviews is ervan afgezien om standaard een gevalideerde screening op laaggeletterdheid met de Taalbarometer af te nemen. In plaats daarvan is bij iedereen systematisch een inschatting van de mogelijke aanwezigheid van laaggeletterdheid gemaakt op basis van de korte leestekst en de sommen die deel uitmaken van de screener voor verstandelijke beperkingen. In aanvulling daarop is gevraagd hoe tot nu toe gezorgd is voor de post en administratie. Op basis van deze informatie moet bij bijna de helft van de mensen rekening gehouden worden met mogelijke laaggeletterdheid bij 49% van de mensen in de nachtopvang en 45% in de crisisopvang.

## 9 Behoeft aan hulp en zorg

### Eigen waarden en plan

In alle interviews is gevraagd hoe de mensen in de opvang terecht zijn gekomen, hoe ze het leven in de nachtopvang of de crisisopvang beleven en wat ze nodig hebben om een zinvol leven te kunnen leiden. Daarna is doorgevraagd wat ze in praktische zin daarvoor denken nodig te hebben en hoe ze daarbij door hun trajectmanager en hulpverleners worden ondersteund. De antwoorden op deze vragen lopen sterk uiteen en zijn lastig op een eenduidige manier weer te geven. Daarom worden hier alleen enkele citaten en terugkerende aspecten eruit gelicht.

Nagenoeg iedereen verlangt naar persoonlijk en maatschappelijk herstel en naar een zinvol bestaan. Een enkeling heeft genoeg van het leven. De meesten zien uit naar een eigen plek om te leven en willen vooruit. Voor de mensen met kinderen is het behoud of herstel van het contact met de kinderen een centrale pijler in een zinvol bestaan. De binnenkomst in de opvang is voor velen een dieptepunt. De opvang wordt beschouwd als een tussenstation dat niet meer te vermijden was, maar markeert ook het begin van herstel.

“Ik vind de opvang verschrikkelijk, maar de situatie thuis was niet meer te houden.” “Ik hoor niet in de opvang. Ik zorg snel dat ik hier weg kom.” “De straat is een shocktherapie geweest. Daarna was de opvang een verademing.” “Een loden mantel viel van mij af, toen ik een plaats kreeg in de crisisopvang. De crisisopvang markeert het begin van mijn herstel.” “De wachttijd was slopend. Ik moest eerst gescheiden zijn, voordat ik met mijn kind naar de crisisopvang kon.” “De crisisopvang is niet ideaal om je gezinsleven te starten, maar het kan.” “Ik vind het best leuk in de opvang. Soms heb ik moeite met nieuwe mensen.”

De helft van de mensen heeft zich in reactie op hun maatschappelijk verval teruggetrokken uit sociale relaties (in nachtopvang 49, in crisisopvang 48%). In de nachtopvang heeft 48% een overwegend positieve kijk. In de crisisopvang heeft 68% een positieve kijk. Sommige mensen die geen positieve kijk hebben voelen zich gespannen of wanhopig, omdat ze geen idee hebben hoe ze verder kunnen komen. “Ik sta 7 jaar ingeschreven bij woningnet. Ik ben 5 jaar dakloos en kom niet verder. Jij bent de eerste die vraagt wat mijn droom is en het doel in mijn leven.”

“Als je dakloos bent, merk je pas wat er allemaal niet klopt in Nederland. Het is zinloos om mensen in het kader van de wet Mulder te gijzelen als die hun boete niet kunnen betalen. Dat genereert alleen maar extra kosten, terwijl de boete gewoon blijft staan.” “Het systeem hier in de opvang is gericht op het compenseren van mensen die niet zelf de regie kunnen voeren. Ik kan prima zelf de regie voeren, maar moet me wel aan dezelfde regels onderwerpen.”

62% van de mensen in de nachtopvang en 73% van de mensen in de crisisopvang heeft hun eigen plan klaar en kan uitleggen hoe ze uit de opvang willen komen. 38% resp. 27% zijn nog zoekende. De mate van inzicht in de eigen situatie en behoeften is wisselend. De inschatting van de deelnemers en de onderzoeker wat nodig is voor duurzaam herstel komen in de helft van de gevallen overeen. Luisterend hoe ingrijpende gebeurtenissen zijn beleefd, ontstaat begrip dat het vertrouwen in anderen, in de hulpverlening of in de overheid beschadigd is. Sommige daklozen vertellen dat ze zijn weggegaan uit de crisisopvang of per se hun eigen weg willen zoeken, omdat ze de financiële voorwaarden van begeleid wonen niet accepteren.

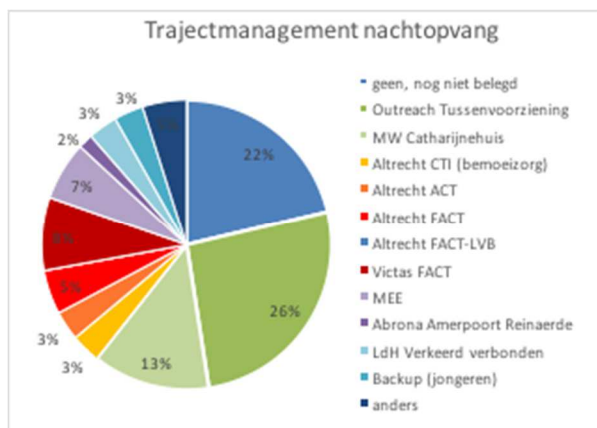
## Zicht en aanspreekpunt voor het lopend traject

In alle interviews is gevraagd welke instanties betrokken zijn bij de behandeling, de begeleiding en de hulp die op dat moment liep. Daarbij is gevraagd wie voor hen het eerste aanspreekpunt is in hun traject in de rol van trajectmanager of casemanager. De antwoorden bevestigen dat mensen behoefte hebben om te weten wie het aanspreekpunt is voor hun traject. Het is wel bekend waar ze in de alledag voor praktische vragen naar toe kunnen, maar het is voor velen niet duidelijk wie hun casemanager of trajectmanager is.

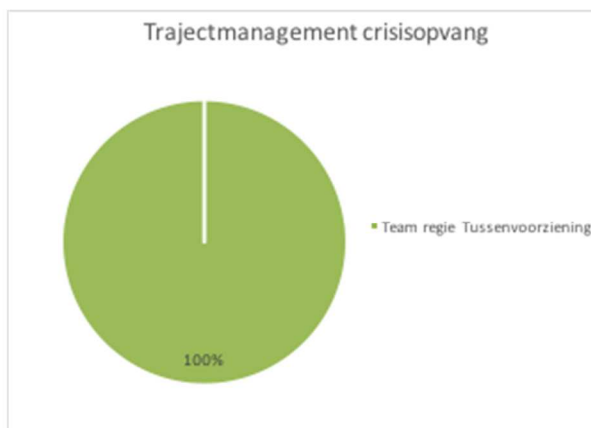
In de nachtopvang konden de meesten wel namen en instanties noemen, maar was het in 49% van de gevallen (nog) niet duidelijk wie de trajectmanager of casemanager was in hun traject. In een aantal gevallen bood de informatie in KRIS houvast. Deze informatie kwam deels overeen met de informatie uit het interview. In een ander deel maakte het verhaal aannemelijk dat er nieuwe ontwikkelingen waren in het traject, die nog niet in KRIS waren verwerkt.

Figuur 37a geeft op basis van de best beschikbare informatie een indruk hoe het trajectmanagement voor de mensen in de nachtopvang is belegd. De figuur laat zien dat het trajectmanagement voor de mensen in de nachtopvang bij een breed netwerk van aanbieders is belegd. In de categorie “anders” (5%) zijn de netwerkpartners ondergebracht die niet geen vaste deelnemer zijn in het frontoffice-team, zoals de forensische reclassering en het ForFACT De Waag. Bij 22% was niet helder of en hoe het trajectmanagement was belegd.

In de crisisopvang kan 45% niet aangeven wie de trajectmanager of casemanager is in hun traject. Navraag bij de teamleider wees uit dat Team Regie van de Tussenvoorziening bij iedereen de intake verzorgt, het plan maakt en invulling geeft aan het trajectmanagement. Een woonbegeleider of gezinsbegeleider zorgt voor de praktische invulling van dit plan en werkt daarvoor met de ambulante woonbegeleiders samen.



Figuur 37a



Figuur 37b

Om een beeld te krijgen van de lopende zorg is iedereen gevraagd bij wie zij op dit moment onder behandeling staan. In de nachtopvang heeft 31% een begeleider van het Outreachteam. 20% krijgt begeleiding van een maatschappelijk werker uit het Catharijnehuis. 2% krijgt begeleiding vanuit Backup (begeleiding voor dak- en thuisloze jongeren van 18-25 jaar).

25% staat onder behandeling bij een (F)ACT team van Altrecht bemoeizorg, Altrecht volwassenenzorg of Victas verslavingszorg. 5% ontvangt op een forensische titel behandeling bij De Waag of bij de forensische reclassering. Niemand staat onder behandeling bij het FACT-LVB. 2% staat onder behandeling bij Abrona en 8% krijgt hulp van MEE.

In de crisisopvang ontvangt iedereen praktische begeleiding van een woon- of gezinsbegeleider en krijgt iedereen sociaaljuridische dienstverlening aangeboden. 3% van de mensen in de crisisopvang stond tevens onder behandeling bij een FACT-team en 3% had op de dag van het interview gevraagd om een verwijzing naar Victas. Bij 6% was Abrona geconsulteerd en bij 16% was er contact met het wijkteam over het vervolg van het traject. Bij de mensen die met hun kinderen in de opvang verbleven was er tevens contact met bureau jeugdzorg.

15% van de mensen in de nachtopvang en 23% van de mensen in de crisisopvang waren wegens lichamelijke gezondheidsproblemen onder behandeling bij de huisarts of de praktijkondersteuner. 5% resp. 16% stond onder controle bij een medisch specialist.

### **Eerder dakloos**

Meer dan de helft van de mensen in dit onderzoek is al eerder feitelijk dakloos geweest (NO 54%, CO 52%). De verhalen van deze mensen wijzen onder meer op de aanwezigheid van cognitieve beperkingen, verstandelijke beperkingen of een disharmonisch intelligentieprofiel (verbale intelligentie > performale intelligentie), waarbij het niet duidelijk is of die bij de eerdere dakloosheid zijn onderkend en gecompenseerd. Maar in deze groep bevinden zich ook mensen met agressie, gedragsproblemen of een zekere “gebruiksaanwijzing” op basis van persoonlijkheidsproblematiek, waarbij de interactie met de omgeving om monitoring en bijsturing vraagt.

In de levensverhalen valt op dat een aantal mensen meer dan een keer om dezelfde redenen dakloos is geweest. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen die al meerdere keren uit huis zijn gezet vanwege een huurachterstand. Of om mensen die al eerder uit een woonvorm voor beschermd wonen zijn weggegaan omdat zich onenigheid of agressie had voorgedaan in de omgang met medebewoners of medewerkers. Ze voelden zich niet veilig of niet begrepen en zagen geen andere oplossing meer dan weg te gaan.

De uitkomsten op een aantal Clinical Assessment Protocols (CAP's) in de CMH sluiten goed aan op deze kwalitatieve analyse van de verhalen van de mensen die eerder dakloos zijn geweest. De mensen bij wie de CAP's voor schade aan anderen, voor schade aan zichzelf en voor tekortschietende zelfzorg zijn getriggerd hebben zijn vaker al eerder dakloos geweest dan de mensen die niet op deze CAP scoren. Ook verstandelijke beperkingen en Ernstige Psychische Aandoeningen komen in de groep die eerder dakloos is geweest vaker voor.

De CAP voor schade aan anderen is getriggerd bij 21% van de mensen in de nachtopvang en 13% van de mensen in de crisisopvang. De mensen bij wie deze CAP positief getriggerd is komen 4,5 (NO) resp. 3 (CO) maal zo vaak voor in de groep die eerder feitelijk dakloos is geweest (relatief risico). De CAP voor schade aan zichzelf is bij 15% resp. 23% van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang getriggerd. De mensen bij wie deze CAP getriggerd was komen 1,7 (NO) resp. 5,6 (CO) maal zo vaak voor in de groep die eerder dakloos is geweest.

De CAP die wijst op een tekortschietende zelfzorg was bij 57% resp. 48% van de mensen in de nachtopvang en de crisisopvang getriggerd. De mensen met een positieve score op deze CAP kwamen 1,3 resp. 1,9 maal zo vaak voor in de groep die eerder dakloos is geweest. Onder de mensen met een positieve screening voor verstandelijke beperkingen was het relatieve risico 1,5 (NO) resp. 1,9 (CO). Bij de mensen met een ernstige psychische aandoening ligt het relatieve risico op 1,1 (NO) of 1,3 (CO).

## Zorgbehoefte in relatie tot Ernstige Psychische Aandoeningen

De uitkomsten in paragraaf 9 laten zien dat schulden of een relatiebreuk bij de meesten de directe aanleiding zijn geweest voor de huidige dakloosheid. Maar in ruim 80% zijn psychische problemen, verslaving, verstandelijke beperkingen of een combinatie daarvan het achterliggend probleem geweest aan de basis van de maatschappelijke teloorgang. Om de zorgbehoefte nauwkeuriger in beeld te brengen zijn de gevonden psychische problemen aan de EPA-definitie getoetst.

EPA staat voor ernstige psychische aandoeningen. Dit zijn aandoeningen zoals schizofrenie, psychosen en bipolaire stoornissen. Ook mensen met verstandelijke beperkingen die bijvoorbeeld gedragsproblemen kunnen deel uitmaken van de EPA-groep. Het gaat om psychische aandoeningen die tot ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren leiden, waarbij de beperkingen een gevolg zijn van de psychopathologie. EPA zijn niet van voorbijgaande aard en maken de inzet van zorg, begeleiding en behandeling noodzakelijk. Gecoördineerde zorg van zorgnetwerken is nodig om het zorgplan te realiseren. Een goede afstemming tussen alle betrokkenen is essentieel, inclusief de persoon zelf en informele sleutelfiguren uit de omgeving. Prof. Dr. Philippe Delespaul heeft de consensusgroep over de definitie van EPA in Nederland geleid. Om het EPA-aandeel in de populatie in de nachtopvang en de crisisopvang te beoordelen, zijn bij iedereen de bevindingen aan de hand van een aantal hulpvragen onder supervisie van Philippe Delespaul beoordeeld. De hulpvragen hebben betrekking op de aanwezigheid van een psychische aandoening, de eigen herstelkracht, de kwaliteit van het netwerk, de noodzaak van behandeling en de noodzaak van integrale, multidisciplinaire zorg om duurzaam herstel te kunnen bereiken.

De uitkomsten van deze EPA-beoordeling zijn weergegeven in figuur 38. Bij 3% van de mensen in de nachtopvang en 10% in de crisisopvang geen psychische problemen of verstandelijke beperkingen vastgesteld. Bij 20%, resp. 22% van de mensen is wel een psychische aandoening gevonden, maar kan op basis van de in dit onderzoek verzamelde informatie geen EPA worden vastgesteld. 77% van de mensen in de nachtopvang en 68% van de mensen in de crisisopvang voldoen op basis van de verzamelde informatie aan de criteria van een EPA. Dit betekent dat al deze mensen een behoefte hebben aan integrale, multidisciplinaire zorg. De verkregen informatie maakt aannemelijk dat deze percentages nog licht zouden kunnen stijgen, als mensen langere tijd kunnen worden gevolgd.



Figuur 38a



Figuur 38b



Het EPA-aandeel toont de zwaarte en complexiteit van de zorgbehoefte van de doelgroep. Het feit dat iemand een EPA heeft betekent ook, dat aannemelijk is dat een unidisciplinaire benadering niet toereikend zal zijn om duurzaam herstel te bereiken. De term zorgbehoefte wordt hier gebruikt om het geheel van de benodigde zorg aan te duiden, onafhankelijk van de financiering. De zorg voor mensen met EPA bestaat in de regel uit behandeling, begeleiding en hulp en is gericht op medisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. De EPA-criteria wijzen erop dat een samenhangend en afgestemd geheel nodig is van gecoördineerde behandeling, begeleiding en hulp, maar hebben geen directe relatie met de financiering daarvan.

Ook de mensen zonder EPA vragen om een alerte, actieve follow up, begeleiding en hulp, al dan niet in combinatie met behandeling. Het is belangrijk dat deze follow up integraal is en niet tot het medische spoor is beperkt. Op het gebied van financiën, werk of politie-justitie kan immers belangrijke informatie binnenkomen die relevant is voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel

### **Zorgbehoefte versus zorginzet**

Dit beeldvormend onderzoek is gericht op het breed in kaart brengen van de situatie en het inschatten van de zorgbehoefte bij de mensen die hebben meegewerkt. In de interviews is wel gevraagd naar de lopende zorg, maar er is geen systematisch dossieronderzoek verricht naar het lopende trajectplan of de lopende zorg. Toch wijzen de uitkomsten erop dat de zorginzet de behoefte aan zorg bij veel mensen niet dekt.

Tweederde van de mensen in dit onderzoek (NO 77%, CO 68%) zijn aangewezen op afgestemde, multidisciplinaire behandeling, begeleiding en hulp om duurzaam persoonlijk en maatschappelijk herstel te kunnen realiseren. Afgaand op de informatie uit de interviews staat 46% van de EPA-groep in de nachtopvang onder behandeling bij een (F)ACT team en staat 3% op de wachtlijst daarvoor. De andere helft van de EPA-groep in de nachtopvang krijgt geen behandeling voor de psychische problemen (51%).

19% van de EPA-groep in de crisisopvang staat vanwege de psychische problemen onder behandeling bij een multidisciplinair (F)ACT-team. Bij 81% is dit niet het geval. In 12% van deze 81% is een zorgaanbieder voor verstandelijke beperkingen ten behoeve van de planvorming geconsulteerd. Enkele mensen uit de crisisopvang gaven bij het interview aan dat ze niet via de Tussenvoorziening, maar zelf via de huisarts om een verwijzing naar een (F)ACT-team wilden vragen. 5 weken later waren deze verwijzingen nog niet geregeld. Ze hadden nog niet de gelegenheid gevonden om hun vraag bij de huisarts over te brengen of hadden om andere redenen het voorleggen hun hulpvraag uitgesteld.

In de uitgevoerde screening zijn bij ongeveer 40% aanwijzingen gevonden voor verstandelijke beperkingen (NO39%, CO 42%). In de nachtopvang zijn 74% van de mensen met aanwijzingen voor verstandelijke beperkingen ingedeeld in de EPA-groep. In de crisisopvang gaat het dan om 69%. Toch staat er niemand onder behandeling bij multidisciplinair behandelteam zoals een FACT-LVB. In de nachtopvang krijgt 26% van de mensen met verstandelijke beperkingen begeleiding en hulp vanuit MEE. 1 persoon krijgt begeleiding van een aanbieder voor mensen met verstandelijke beperkingen (Reinaerde). In de crisisopvang is bij 15% van de mensen met aanwijzingen voor verstandelijke beperkingen een aanbieder voor verstandelijke beperkingen geconsulteerd (Abrona).

Verder wijzen de bevindingen erop dat cognitieve problemen niet altijd zijn onderkend en meegenomen in het traject. Bij een aantal vijftigers met cognitieve problemen leverde de informatie



over hun traject geen houvast dat de cognitieve beperkingen en het te verwachten beloop waren meegenomen in hun traject. Ook voor de mensen met het beeld van een amnestisch syndroom of een alcoholdementie, die bij verblijf met behandeling zijn aangehaald, leek het huidige traject nog niet te zijn afgestemd op de ernstige tekorten in het vermogen om zelf de regie te voeren.

Het is aannemelijk dat er ook op het gebied van de lichamelijke gezondheid sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling. Meer dan de helft van de mensen in dit onderzoek is bekend met een of meerdere lichamelijke aandoeningen (NO 57%, CO 68%). Dit wil niet zeggen dat al deze problemen om follow up of behandeling vragen in de eerste of de tweede lijn. Het aandeel dat bij een huisarts of specialist onder behandeling staat is wel laag. Van de mensen uit de nachtopvang staat 15% voor de lichamelijke problemen onder behandeling bij de huisarts of de praktijkondersteuner en 5% bij een medisch specialist. In de crisisopvang komt 23% bij de huisarts en 16% bij de specialist. In de nachtopvang staat een op de drie mensen met hypertensie of diabetes mellitus hiervoor niet onder controle bij huisarts, praktijkondersteuner of specialist. De verhalen maken duidelijk dat een deel wel, een deel niet hun weg vindt naar het spreekuur van de SMZ verpleegkundigen. (Veronderstellingen over) de eigen bijdrage voor consulten en medicijnen werpen soms een drempel op. Met name bij mensen met een alcohol- of drugsverslaving is het niet helder of hun somatische toestand goed in beeld is en wordt gevolgd en behandeld.

Paragraaf 8 laat zien dat de mensen in dit onderzoek behalve gezondheidsproblemen ook problemen op andere levensdomeinen hebben. De interviews maken aannemelijk dat de huidige werkwijze in de nachtopvang en de crisisopvang er systematisch op inzet om de financiële situatie op orde te brengen. Ook het aantal onverzekerden is laag (NO13%, CO 6%). Hoewel een belangrijk deel van de mensen een historie heeft op het gebied van politie en justitie, komt uit de verzamelde gegevens maar zelden naar voren dat er sprake is van een forensisch traject of van een samenwerking tussen de zorgketen en de politie-justitieketen. Dit laatste punt zou te maken kunnen hebben met de wijze waarop informatie over de lopende trajecten is verzameld.

### **Goede intake en planvorming**

De uitkomsten van dit onderzoek onderstrepen het belang van een goede intake en planvorming. Het is belangrijk dat de gezondheidstoestand en de toestand met betrekking tot de overige levensdomeinen goed in kaart wordt gebracht. Wat de gezondheid betreft is deskundigheid nodig om de lichamelijke en psychische gezondheid en de verstandelijke vermogens bij deze doelgroep te beoordelen. Ten aanzien van de andere levensdomeinen is niet alleen deskundigheid nodig op het gebied van werk en financiën, maar ook op het gebied van taal en laaggeletterdheid. Bij iedereen zou het focus in intake en planvorming gericht moeten zijn op de vraag wat nodig is om duurzaam herstel te realiseren.

De mensen in dit onderzoek waren bij het begin van hun traject allemaal feitelijk dakloos of thuisloos. Ze hebben om te beginnen een dak boven hun hoofd nodig. In de intake is het in de eerste plaats zaak om te beoordelen of een plaatsing in de opvang noodzakelijk en veilig is. De nieuwe daklozen en de mensen die aangewezen zijn op een 24-uursvoorziening of klinische setting vragen om een vroege identificatie.

Een deel van de mensen in dit onderzoek behoren tot de nieuwe daklozen (NO 7%, CO 26%). Zij beschikken over voldoende regievermogen en hebben werk of kunnen werken. In deze groep lijken

factoren zoals onduidelijkheid over de exacte financiële positie na een scheiding of het gemis van een baan een snelle doorstroom naar betaalbaar woningaanbod te belemmeren. Een belangrijk deel van de nieuwe daklozen in dit onderzoek zijn allochtonen met een taalachterstand zonder woning, zonder werk, zonder netwerk en zonder (grote) schulden. Of jonge ouders met kind, maar zonder huis. Vanwege het ontbreken van de (O)GGZ-component zijn zij kandidaat voor snelle huisvesting in combinatie met een ambulante hulp.

Verder heeft het prioriteit om voor of bij binnenkomst in de opvang te beoordelen of de persoonlijke veiligheid daar voldoende kan worden geborgd. De opvang is immers niet voor iedereen geschikt; het risico dat mensen zichzelf of anderen iets aandoen kan onder invloed van de omstandigheden in de opvang toenemen.

Een deel van de mensen die in dit onderzoek in de nachtopvang of de crisisopvang zijn gezien, is naar het oordeel van de onderzoeker aangewezen op een spoedige plaatsing in een 24-uurs woonvorm voor beschermd wonen of in een klinische behandelsetting. De omvang en kenmerken van deze groep zijn bij het woonperspectief beschreven. Het is belangrijk om deze mensen in een vroeg stadium te herkennen en toe te leiden naar een setting die de zorg en begeleiding kan bieden die zij nodig hebben.

### **Onderzoek en hulp met betrekking tot financiën, opleiding en taal**

Ongeveer 90% van de mensen geeft aan dat ze schulden hebben (NO 87%, CO 94%). 80% heeft geen werk (NO 82%, CO 77%). Ongeveer de helft heeft in meerdere of mindere mate hulp nodig bij het omgaan met geld en de verwerking van de post en administratie (NO 43%, CO 55%). Bij bijna de helft vragen de bevindingen om alertheid op laaggeletterdheid (NO 49%, CO 45%).

Deze problemen en beperkingen hangen samen met verstandelijke of cognitieve beperkingen, een beperkte kennis van de Nederlandse taal en/of beperkte mogelijkheden om de startkwalificaties te behalen voor betaald werk op de Nederlandse arbeidsmarkt. Zo zijn bij 40% aanwijzingen gevonden voor verstandelijke beperkingen (NO 39%, CO 42%). Bij een derde zijn er aanwijzingen dat cognitieve problemen de zelfstandige besluitvorming in de alledag benadelen (NO 34%, CO 32%). Bijna de helft heeft in Nederland geen, speciaal onderwijs of alleen lager onderwijs voltooid (NO 52%, CO 38%).

Deze uitkomsten illustreren dat het in de intake bij iedereen nodig is om de financiële situatie, opleidingsniveau, taal- en rekenvaardigheid en werkervaring in kaart te brengen. Het controleren of iemand verzekerd is behoort ook bij de zaken die vragen om een routinematige check. Instrumenten zoals de Taalbarometer en de SCIL zijn nuttig voor de eerste beeldvorming. Als de screening in de richting wijst van mogelijke tekorten, is verder onderzoek nodig om beter inzicht te krijgen op de leerbaarheid, de eigen mogelijkheden en de voorwaarden voor herstel.

De uitkomsten maken ook duidelijk dat ongeveer de helft om te beginnen tijdelijk is aangewezen op de inzet van toezicht of hulp bij het omgaan met financiën en de verwerking van de post en de administratie. Tegelijkertijd kunnen de mogelijkheden om hier zelf voor te zorgen in kaart worden gebracht. Zo nodig kan taalonderwijs worden aangeboden. De mensen die geen werk hebben kunnen op weg worden geholpen met de begeleiding naar passend werk of met een leer-werktraject dat inzicht geeft in de mogelijkheden en omstandigheden waaronder ze inzetbaar zijn.

Bij mensen met verstandelijke, cognitieve of andere psychische beperkingen die (herhaald) dakloos zijn geweest is niet alleen verklarend, maar ook functioneel onderzoek nodig om de wilsbekwaam-

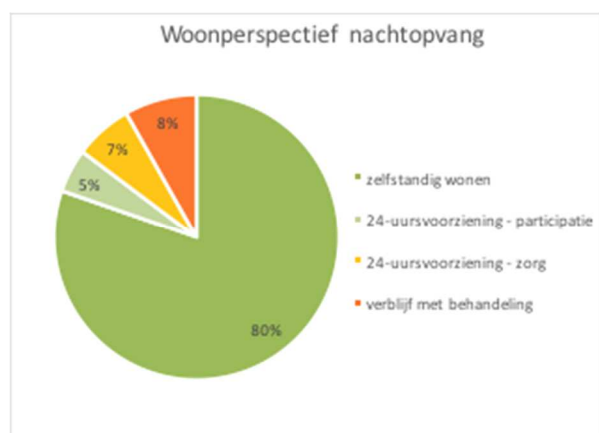
heid te beoordelen en de noodzaak van beschermende maatregelen te beoordelen en onderbouwen. Dit vraagt om een rustige omgeving waar ze op hun gemak zijn en optimaal kunnen laten zien wat ze zelf kunnen. Het is belangrijk dat maatregelen worden genomen om blijvende tekorten structureel te compenseren. Als daar aanleiding toe is, kan het diagnostisch traject tevens worden gebruikt om een WLZ-aanvraag bij het CIZ te onderbouwen.

### Woonperspectief

Voor iedereen is een korte beschrijving gemaakt van de benodigde zorg en hulp. Tegelijkertijd is gekeken welke eisen moeten worden gesteld aan de woonomgeving waar iemand aansluitend aan of in plaats van de opvang zou kunnen verblijven (woonperspectief). Daarbij is het uitgangspunt gehanteerd dat heel veel hulp en zorg ambulante en dicht bij huis kan worden georganiseerd voor de mensen die (grotendeels) zelf de regie kunnen voeren over hun leven.

Figuur 39 laat zien dat 80% van de mensen in de nachtopvang zelfstandig kan wonen. 5% heeft gespecialiseerde begeleiding en zorg nodig in een 24-uurs voorziening met het accent op participatie. 7% heeft intensieve gespecialiseerde begeleiding nodig in een 24-uurs voorziening met het accent op zorg. 8% is om te beginnen aangewezen op verblijf met behandeling.

In de crisisopvang kan 87% zelfstandig wonen. 7% bevindt zich in de groep die gespecialiseerde begeleiding in een 24-uursvoorziening nodig heeft met een traject gericht op participatie. 3% is aangewezen op intensieve gespecialiseerde begeleiding in een 24-uursvoorziening met zorg en 3% heeft primair verblijf met behandeling nodig.



Figuur 39a



Figuur 39b

De meeste mensen in dit onderzoek kunnen dus zelfstandig wonen. Op de OGGZ-ladder zullen de meesten daarvan stijgen tot trede 3 (kwetsbaar in de gemeenschap) of 2 (risico in de gemeenschap). De meeste nieuwe daklozen kunnen direct door naar trede 0/1 (zelfstandig wonen en zelfredzaam). Zelfstandig wonen wil echter niet zeggen dat er geen zorg of hulp nodig is. Na de toelichting over groep die niet zelfstandig kan wonen volgt een beschrijving wat deze groep nodig heeft in aanvulling op een woning.

Bij de beoordeling van het woonperspectief zijn mensen alleen bij de kandidaten voor een 24-uurs voorziening geplaatst als er ernstige twijfels zijn of de benodigde zorg ambulante kan worden georganiseerd. Bij de mensen in deze groep zijn zodanige tekorten in het vermogen om zelf de regie te voeren gevonden, dat het twijfelachtig wordt of duurzaam herstel vanuit een ambulante insteek

kan worden bereikt. Binnen deze groep is onderscheid gemaakt tussen een profiel dat focust op participatie en een profiel waarin het zwaartepunt ligt op de zorg.

Bij de kandidaten voor een 24-uursvoorziening met een participatieprofiel, ligt het accent in de benodigde aanpak op een activerende, op persoonlijke ontwikkeling, scholing en arbeidsparticipatie gerichte aanpak. Het gaat in veel gevallen om jonge mensen die gemakkelijk beïnvloedbaar zijn. Hun levensloop tot nu toe wijst erop dat een strakke aanpak nodig is om nieuwe gedrag patronen aan te leren en hun leven op orde te krijgen. Het feit dat mensen in beschermd wonen met een participatieprofiel zijn geplaatst, wil niet zeggen dat er behandeling nodig is; de mensen in deze groep behoren allemaal tot de EPA-groep. Het participatieprofiel duidt er alleen op dat het focus van de persoonlijke ontwikkeling en het accent in de begeleiding van alledag met name bij participatie ligt. Het uitblijven van een spoedige overplaatsing uit de opvang naar een 24-uursvoorziening brengt risico's mee op criminaliteit en terugval.

Bij de mensen die in aanmerking komen voor een 24-uursvoorziening met een zorgprofiel moeten 24x7 uur per week specifieke eisen worden gesteld aan de achtergrond en deskundigheid van het team dat beschikbaar is om de aansluiting te kunnen maken met deze mensen en hun persoonlijke veiligheid te kunnen borgen. De specifieke eisen hangen samen met de psychiatrische problemen en/of (SG)LVG problematiek. Deze groep zou bij voorkeur niet in de opvang maar direct in een 24-uursvoorziening moeten worden geplaatst. In de opvang raakt deze groep gemakkelijk overprikkeld of overvraagd, waardoor hun persoonlijke veiligheid en/of die van anderen in gevaar komt. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen die wanhopig vertellen dat ze zich niet veilig voelen in de opvang en 's nachts niet kunnen slapen. In deze groep zijn de mensen ondergebracht die in de opvang zijn nadat ze een of meerdere malen uit een woonvorm voor beschermd of begeleid wonen zijn weggegaan wegens onenigheid of ruzie met andere bewoners of met het team. Als er in het levensverhaal aanknopingspunten waren dat mensen als gevolg van beperkingen in het regievermogen zijn mishandeld of misbruikt, is dat in de afweging meegenomen.

De mensen in deze groep zijn aangewezen op functionele diagnostiek die inzicht geeft in het grensvlak tussen eigen verantwoordelijkheid en de noodzaak tot bescherming, zoals hierboven bij de intake is geschetst. Het diagnostisch traject moet uitwijzen voor wie het integrale multidisciplinaire plan ambulant kan worden uitgevoerd. De mensen bij wie dat niet haalbaar is zullen in veel gevallen behoren tot de doelgroep van de WLZ-doelgroep.

Tot slot is er een groep die om medische redenen in de eerste plaats is aangewezen op verblijf met behandeling van een behandelteam met expertise op psychiatrisch, psychogeriatrisch en somatisch gebied. Vanwege de ernst van de tekorten in het eigen regievermogen en het bijkomend gevaar in deze groep zijn op een kliniekomgeving aangewezen waar direct behandeling, begeleiding en ondersteuning geboden kan worden.

### **Type traject**

De meerderheid van de mensen in dit onderzoek kan zelfstandig wonen, maar dit wil niet zeggen dat geen zorg of hulp nodig is. Figuur 4 geeft op een andere manier inzicht in het type traject dat nodig is om mensen weer perspectief te bieden op duurzaam herstel. De uitkomsten hebben betrekking op de hele populatie en op het type traject dat op dit moment nodig is.

In de nachtopvang kunnen 80% van de mensen doorstromen naar zelfstandig wonen. Hun zorgbehoefte kan in de volgende trajecten worden verdeeld:

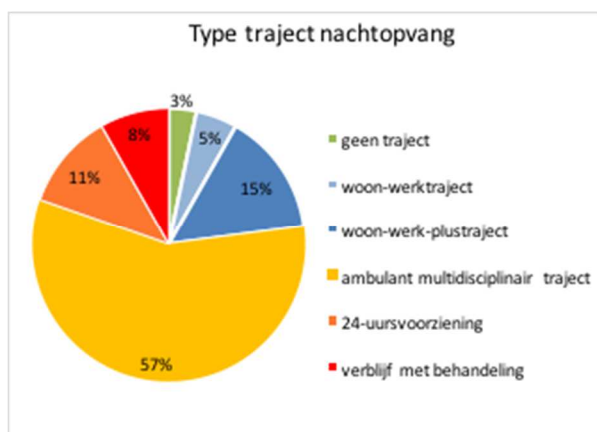
Enkele nieuwe daklozen hebben met name een huis nodig als basis om weer een zinvol nieuw bestaan op te bouwen, maar zijn verder zelfredzaam. Zij hebben geen langdurig ambulante zorg- of ondersteuningstraject nodig, maar hebben wel een plaats nodig waar ze met hun vragen terecht kunnen (3%).

Een aantal mensen heeft een woon-werktraject nodig (5%). Deze mensen zijn zelf op zoek naar een huis en naar werk. Bij deze groep heeft het meerwaarde om vinger aan de pols te houden in de vorm van een traject om beter zicht te krijgen op de achterliggende problematiek en hun herstel effectief te bevorderen.

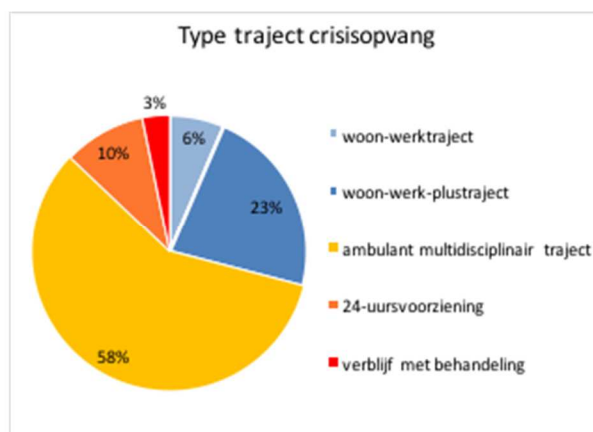
Een grotere groep heeft een woon-werk-plustraject nodig (15%). Een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal of de alertheid op mogelijke laaggeletterdheid of verstandelijke beperkingen zijn aanleiding voor de plus. De plus bestaat uit de tijdelijke inzet van hulp bij de verwerking van de post en administratie in combinatie met een traject om beter zicht te krijgen op het opleidings- en het ontwikkelingsniveau. Mensen worden zo nodig op weg geholpen om hun kennis van het Nederland bij te spijkeren of hun de reken- en taalvaardigheid te verbeteren. Een positieve screening op verstandelijke beperkingen is in dit traject aanleiding voor verklarende en functionele diagnostiek. De meerderheid van de groep die kan doorstromen naar zelfstandig wonen heeft in aanvulling op de huisvesting een ambulante multidisciplinaire traject nodig met behandeling, begeleiding en hulp (57% van de totale groep = 71% van de groep die zelfstandig kan wonen). Deze mensen behoren allemaal tot de EPA-groep. Een goede samenwerking met de persoon zelf en informele sleutelfiguren uit de omgeving is essentieel om het herstel te borgen en nieuwe terugval te voorkomen.

De andere mensen uit de nachtopvang zijn om te beginnen aangewezen op een multidisciplinaire traject in een 24-uurssetting (11%) of behandelklinik (8%). Ook dit zijn mensen uit de EPA-groep. Als hun traject met onderzoek en behandeling uitwijst dat zelfstandig wonen nog haalbaar is, zullen zij doorstromen naar de groep met een ambulante multidisciplinaire traject.

Bij deze indeling in typen trajecten is ingegaan op de behoefte aan een multidisciplinaire (behandel)traject. Dit wil niet zeggen dat de mensen die niet ingedeeld zijn in de groepen die op een (ambulante of intramuraal) multidisciplinaire traject aangewezen zijn helemaal geen behandeling of zorg nodig hebben, zoals huisartsenzorg of behandeling van een eerstelijns psycholoog of specialist. Deze zorg en behandeling kan parallel lopen aan het traject, maar is daar niet noodzakelijkerwijs mee vervlochten.



Figuur 40a



Figuur 40b

Van de mensen uit de crisisopvang in dit onderzoek kan 87% doorstromen naar zelfstandig wonen. 6% is aangewezen op een woon-werktraject en 23% op een woon-werk-plustraject. De nieuwe daklozen in de crisisopvang bevinden zich in deze typen trajecten.

58% is aangewezen op een ambulante multidisciplinair traject. Dit is 67% van de groep in de crisisopvang die zelfstandig kan wonen. Deze mensen behoren allemaal tot de EPA-groep.

10% is in eerste instantie aangewezen op een 24-uurssetting en 3% is aangewezen op een verblijf met behandeling. Ook hier maken de mensen op een enkeling na allemaal deel uit van de EPA-groep.

## Bijlage 1: Afkortingen en begrippen

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, zoals uit bed komen, aan- en uitkleden, eten en drinken, bewegen, sociale contacten etc.; zie ook IADL
AVG	Arts verstandelijk gehandicapten
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BMI	Body Mass Index
BMHS	Brief Mental Health Screener of politiescreener
BRP	Basisregistratie Personen (voorheen GBA, Gemeentelijke Basisadministratie)
CAP	Clinical Assessment Protocol voor op praktisch handelen gerichte signalering in CMH
CMH	Community Mental Health, dit is de in dit onderzoek gebruikte InterRAI vragenlijst
CO	Crisisopvang
CODA-G4	Grote cohortstudie in de G4, waarin 500 daklozen in de G4 3 jaar lang zijn gevolgd
CVA	Cerebrovasculair Accident (een herseninfarct of hersenbloeding)
EPA	Ernstige Psychische Aandoeningen
FACT-team	Team dat werkt volgens de principes van Function Assertive Outreach Community Treatment
IADL	Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (telefoneren, inkopen doen, maaltijd bereiden, huishoudelijke activiteiten, wassen van kleding, openbaar vervoer, medicatiegebruik)
InterRAI	Gevalideerde beoordelingsmethodiek om de problemen en zorgbehoeften bij mensen met complexe problemen systematisch in kaart te brengen, zie bijlage 3
KRIS	Keten Registratie Informatie Systeem; cliëntvolgsysteem voor OGGZ in Utrecht
LDO	laagdrempelige opvang van het Leger des Heils
LSD	Lysergeenzuurdiethylamide
MoCA	Montreal Cognitive Assessment scale, voor screening op cognitieve problemen
MO	Maatschappelijke Opvang
MOE-landers	Personen uit Midden- en Oost Europese EU-landen
NO	nachtopvang
RR	Relatief risico
SCIL	Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking
SGLVG	Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten
SMZ	van de afdeling Sociaal Medische Zaken
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VEZC	Van Everdingen ZorgConsult
WAJONG	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO	Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WWB	Wet Werk en Bijstand
XTC	Ecstasy of MDMA (3,4-methyleendiooxymethamfetamine)
Zvw	Zorgverzekeringswet



## Bijlage 2: Werkwijze en toegang in de nachtopvang en crisisopvang

Dit beeldvormend onderzoek is dus een momentopname in een landschap dat gaat veranderen. Om die reden is ervoor gekozen om hier te beschrijven hoe er op dit moment wordt gewerkt.

### **Werkwijze nachtopvang**

De nachtopvang is de meest laagdrempelige opvang in Utrecht. Er is geen wachtlijst. Bij mensen die zich de eerste maal in de nachtopvang melden wordt de identiteit en de regiobinding gecontroleerd. Binnen 5 werkdagen na vaststelling van de regiobinding dienen mensen een afspraak te maken met de eigen trajectmanager (indien aanwezig) of met een medewerker van het Team Outreach van de Tussenvoorziening om een uitstroomplan op te stellen. Hierin is omschreven wat nodig is om uit te stromen en wie wat doet om dat te bevorderen.

Er zijn verschillende opvangvoorzieningen voor daklozen in Utrecht. Volwassen daklozen kunnen aankloppen bij de Sleep Inn of de NoiZ. Een overnachting in de Sleep Inn kost €4,25, in de NoiZ ligt dit bedrag op €3,50 per nacht. De Sleep Inn beschikt over 55 slaappleatsen, de NoiZ over 30; in de winter zijn er op beide locaties 10 slaappleatsen extra. In de 24-uursopvang van het Leger des Heils (LDO) zijn 4 slaappleatsen beschikbaar die kunnen worden benut als de Sleep Inn en de NoiZ vol zijn. De Sleep Inn is een nachtopvang in de binnenstad, die door medewerkers van de Tussenvoorziening en vrijwilligers wordt gerund. In ditzelfde pand wordt al tientallen jaren door een groot team van vrijwilligers gekookt. Dak- en thuislozen die zich voor het avondeten hebben ingeschreven kunnen voor €2,20 dagelijks in het Smulhuis terecht voor een warme maaltijd. Onder de vaste gasten bevinden zich ook ex-daklozen die 20 jaar geleden dakloos zijn geweest en nog altijd de voorkeur geven aan samen eten in het Smulhuis boven alleen koken in hun eigen appartement.

De Nachtopvang in Zelfbeheer (NoiZ) wordt door (ex-)daklozen zelf draaiende gehouden. De NoiZ is in 1994 opgericht, toen een groep daklozen in aansluiting op een kraak besloot het heft in eigen handen te nemen. Een pool van ex-daklozen en ervaringsdeskundigen is verantwoordelijk voor het beheer. Zij zijn opgeleid van de door daklozen geformuleerde waarden getraind en geschoold. Van daklozen die in NoiZ overnachten wordt verwacht dat ze meehelpen met de huishoudelijke taken, zoals koken, schoonmaken en het verzorgen van het ontbijt in ruil voor tegoedbonnen om te overnachten of te eten. Het is er opgeruimd en schoon. Zelfs de lakens op de bedden worden meestal gestreken.

In de Sleep Inn en in de NoiZ is een aparte ruimte waar mag worden gerookt en waar softdrugs worden gebruikt. Het is niet toegestaan om binnen harddrugs of alcohol te gebruiken. Daklozen met een harddrugs- of alcoholverslaving die langer dan 1,5 jaar dakloos zijn en (nog) niet in een instelling worden opgenomen, kunnen ook gebruik maken van 24-uursopvang De Stek. Daar is binnen gebruiken van harddrugs of alcohol wel toegestaan.

Jongeren tot 23 jaar die dakloos zijn kunnen zich melden bij Back up. Ongedocumenteerde daklozen worden naar de Weerdsingel doorverwezen of naar stichting Illegalen Utrecht (STIL).

### **Toegang nachtopvang**

Daklozen die gebruik willen maken van de nachtopvang kunnen 's morgens tussen 10.30 en 11.00 uur telefonisch een slaappleats reserveren bij de Sleep Inn. Ze dienen zich dan 's avonds tussen 19.45 en 21.00 uur in de opvang te melden. Als alle plaatsjes gereserveerd zijn of mensen zich na 11 uur aanmelden komen ze op een wachtlijst te staan. Om 21 uur worden de plaatsjes van de mensen die zich niet gemeld hebben onder de mensen op de wachtlijst verdeeld. In de Sleep Inn kunnen



mensen het voor 10 uur 's morgens aangeven als ze weer een slaappleats willen reserveren voor die avond. Mannen mogen maximaal 19 nachten per maand gebruik maken van de nachtopvang, vrouwen 24 nachten per maand. Deze limiet is ingesteld om te voorkomen dat de opvang verstopt raakt.

De regels om gebruik te maken de NoiZ zijn vergelijkbaar. Daar moet iedereen om 11.30 uur inbellen. Alleen mensen die een huishoudelijke taak op zich hebben genomen kunnen 's morgens een slaappleats voor de avond erna reserveren. Een ander verschil met de Sleep Inn is dat de mensen in de NoiZ voor 24.00 uur binnen moeten zijn. In de Sleep Inn worden de mensen die na hun melding 's avonds weer naar buiten gaan de hele nacht binnengelaten.

Daklozen die gebruik maken van de nachtopvang, moeten de opvang voor 10 uur 's morgens verlaten. Alleen de mensen die een taak hebben in de schoonmaak of de het huishoudelijk werk mogen de ochtend (Sleep Inn) of rest van de dag (NoiZ) blijven. Overdag is er geen vaste opvangplaats voor mensen die gebruik maken van de nachtopvang. Veel daklozen brengen de dag buiten door, in de bibliotheek of bij familie of bekenden. Sommigen hebben betaald werk of vrijwilligerswerk, bijvoorbeeld via de Stadsbrug of Emmaus Domstad. Verder zijn dak- en thuislozen en illegalen tussen 10 en 18 uur welkom in het Catharijnehuis voor koffie, thee, gratis soep of een douche. In het Catharijnehuis kunnen ze met vragen ook terecht bij het maatschappelijk werk of op het spreekuur van de verpleegkundigen en de huisarts. Maar niet iedereen wil daar naar toe.

### **Werkwijze crisisopvang**

Mensen die zich in een crisis bevinden kunnen tijdelijk in de crisisopvang terecht om te stabiliseren. Zo kort als het kan en zo lang als het moet, maar meestal voor een aantal maanden.

Parana Kort Verblijf (Parana) is anderhalf jaar geleden ontstaan uit de fusie van Meisjesstad en De Weerdsingel en gehuisvest in een nieuw pand in Overvecht. Er zijn 18 tijdelijke opvangplaatsen, inclusief 2 gezinsappartementen plus 6 crisisopvangplekken in satellietwoningen buiten het pand. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor hun maaltijden en beschikken over een eigen keukenkastje dat ze kunnen afsluiten. De badkamers en keukens worden met andere bewoners gedeeld.

Crisisopvang BOKA in IJsselstijn stamt al uit de jaren 50. De BOKA heeft 16 opvangplaatsen inclusief 2 gezinsappartementen. Ook in IJsselstijn zijn een aantal opvangplaatsen in satellietwoningen verbonden met de crisisopvang. In beide crisisopvangvoorzieningen wordt verwacht dat mensen meehelpen bij het schoonhouden van de gemeenschappelijke ruimtes. In de BOKA kookten alleen de bewoners van de gezinsappartementen zelf; de andere bewoners kookten en aten ten tijde van dit onderzoek nog samen.

### **Toegang crisisopvang**

De crisisopvang is nadrukkelijk ook bedoeld voor de opvang van gezinnen met kinderen. Het team regie van de Tussenvoorziening verzorgt de intake en beheert de wachtlijst. Mensen met acute psychiatrie, een verslaving die het herstel kan belemmeren of een hoge zorgbehoefte wegens lichamelijke problemen worden niet toegelaten. De populatie in de crisisopvang bestaat voor een deel uit mensen die vanuit de nachtopvang zijn doorgestroomd, maar mensen kunnen ook rechtstreeks toegelaten worden tot de opvang.

De crisisopvang is een plaats om tijdelijk te wonen. Mensen kunnen overdag in de voorziening blijven. 's Avonds kunnen ze tot 22.30 uur weggaan of bezoek ontvangen; om 23.00 uur gaat de deur dicht. Vanaf 6.00 uur 's morgens kunnen de mensen die werk hebben naar buiten.

## Bijlage 3: Aanvullende informatie over de gebruikte instrumenten

Dit is een beeldvormend onderzoek onder volwassen dak- en thuislozen in de nachtopvang en crisisopvang in Utrecht. De onderzoeksoepzet is bijzonder, omdat het onderzoek niet beperkt is tot de verzameling en analyse van door anderen verzamelde gegevens. Juist doordat de onderzoeker zelf sociaal-medisch onderzoek heeft gedaan, is informatie aan het licht gekomen die tot andere inzichten leidt. De bevindingen uit het eigen sociaal-medisch onderzoek zijn, in aanvulling op de informatie uit de CMH beoordeling en het daklozensupplement de belangrijkste gegevensbron geweest om de problemen in kaart te brengen, etiologisch te ordenen en voor iedere deelnemer een nauwkeurige inschatting te maken wat nodig is voor een duurzaam herstel.

De Community Mental Health vragenlijst (CMH) uit InterRAI heeft een belangrijke bijdrage geleverd om relevante informatie nauwkeurig te verzamelen. In dit onderzoek is gewerkt met de Nederlandse CMH pilotversie in combinatie met Imatrix 6.0. De tabel in figuur 41 laat zien welke onderwerpen in deze vragenlijst aan bod komen.

Het daklozensupplement is een dataset die in aanvulling op de CMH wordt verzameld om de situatie bij daklozen te analyseren. Het gaat om extra items over zaken zoals het opleidingsniveau, de werkervaring en de wijze waarop de post tot nu toe is verwerkt. Deze dataset zal worden vertaald en verwerkt tot een dataset voor internationale studies om de daklozenpopulaties in kaart te brengen. Voor meer algemene informatie over InterRAI zie [www.interrai.org](http://www.interrai.org) en [www.nedrai.org](http://www.nedrai.org)

Opbouw Community Mental Health vragenlijst			
Sectie	Onderwerp	Vragen	Items
A	Identificatie informatie	10	15
B	Intake/historie	6	16
C	Geestesgesteldheid	4	40
D	Middelengebruik of buitensporig gedrag	10	18
E	Schade aan zichzelf of andere toebrengen	12	17
F	Gedrag	1	5
G	Cognitie	5	6
H	Algemeen dagelijks functioneren	5	13
I	Communicatie	4	4
J	Gezondheid	13	41
K	Stress en trauma	3	21
L	Medicatie	5	5
M	Zorggebruik en behandelingen	5	30
N	Voedingstoestand	3	10
O	Sociale omgang	9	25
P	Werk, scholing en financiën	6	9
Q	Omgevingstest	1	5
R	Diagnostische informatie	4	24
S	Ontslaginformatie	3	3
	<b>Totaal</b>	<b>109</b>	<b>307</b>

Figuur 41

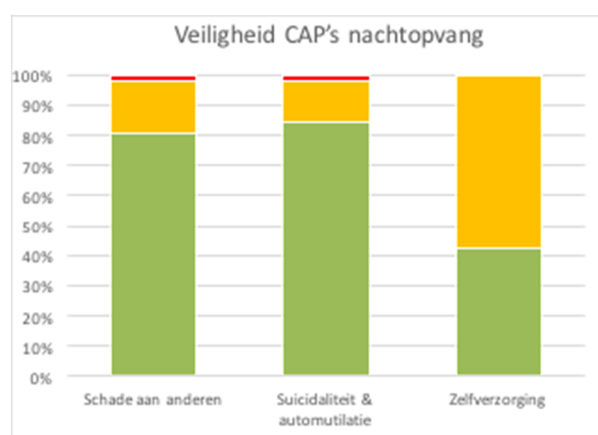
In aanvulling op de InterRAI CMH en het daklozensupplement zijn de SCIL en de MoCA gebruikt. De SCIL is een screener voor lichte verstandelijke beperkingen die in Nederland is ontwikkeld en gevalideerd (zie [www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvbpn-jeugdcriminaliteit/factsheetjuli2015.pdf](http://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvbpn-jeugdcriminaliteit/factsheetjuli2015.pdf)). De Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) is een screener voor cognitieve problemen. In dit onderzoek is de MoCA verkozen boven de MSSE, omdat deze bij mensen met alcoholmisbruik beter differentieert tussen milde cognitieve beperkingen en beginnende dementie.

## Prioriteiten voor het praktisch handelen

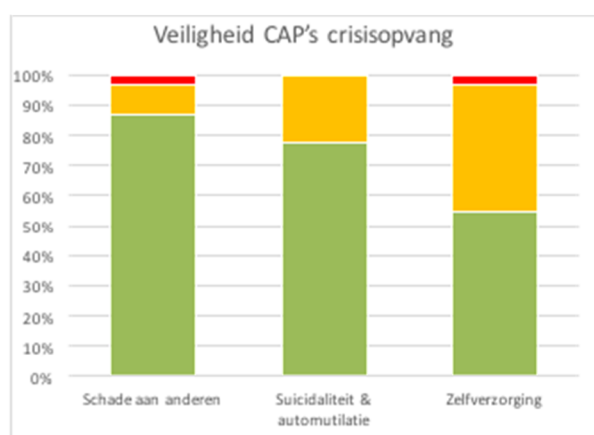
In dit onderzoek is de Community Mental Health (CMH) vragenlijst gebruikt om de kenmerken van de populatie in de Utrechtse nachtopvang en crisispvang te analyseren en beschrijven. In de CMH zijn een aantal klinische beoordelingsprotocollen (Clinical Assessment Protocol's, CAP's) ingebouwd voor een evidence based signalering rond issues die voor het direct praktisch handelen van belang zijn. Deze zijn ontwikkeld voor de planvorming op individueel niveau, maar worden hier gebruikt om de zorgbehoefte van de groep te beoordelen. Figuur 42 toont de uitkomsten voor de CAP's op het gebied van veiligheid, figuur 43 toont de sociaal leven CAP's.

Een rode score op de CAP's betekent dat er aanleiding is tot direct ingrijpen. Geel betekent dat het betreffende aandachtspunt om actieve follow up en om een actief beleid vraagt. Groen betekent dat een afwachtend beleid gerechtvaardigd is.

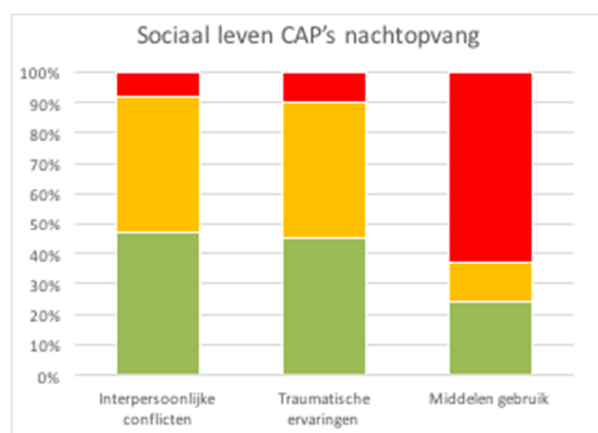
De meeste mensen in de opvang hebben veel meegemaakt en antwoorden bevestigend bij het uitvragen van de lijst met mogelijke trauma's in de CMH. De trauma CAP wordt alleen rood getriggerd als iemand op dit moment letterlijk of figuurlijk vreest voor zijn leven. Rood op de middelen CAP wijst op een actief gebruik van harddrugs, softdrugs of alcohol. Een rode score voor schade aan anderen betekent dat er reële kans is dat de persoon anderen korte termijn iets aandoet. Een rode score voor suïcidaliteit en automutilatie duidt op concrete plannen tot zelfmoord of zelfverminking.



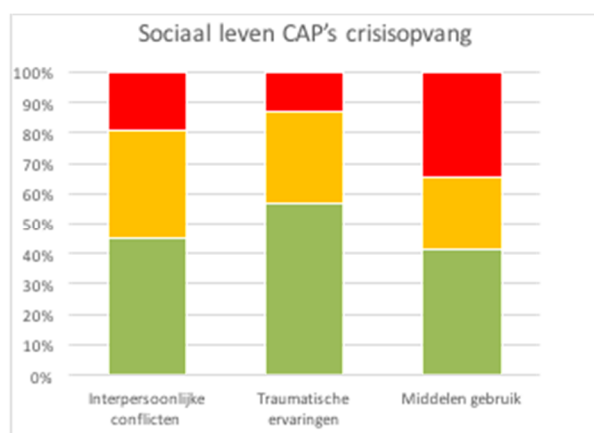
Figuur 42a



Figuur 42b



Figuur 43a



Figuur 43b

## Bijlage 4: Achtergrondinformatie over de auteur

**Coline van Everdingen** heeft geneeskunde gestudeerd aan de Universiteit Maastricht. Nadat ze klinische ervaring heeft opgedaan, onder meer in de revalidatie, heeft ze zich gespecialiseerd tot arts maatschappij & gezondheid. In haar werk als arts maatschappij & gezondheid heeft ze ruime ervaring opgedaan met sociaal medische advisering en indicatiestelling bij RIO/CIZ en bij een zorgverzekeraar. Als bestuurslid van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen en van de Koepel voor Artsen Maatschappij en Gezondheid is zij in die periode de initiatiefnemer en aanjager geweest van de competentiegerichte omschrijving van het beroepsprofiel voor de arts Indicatie & Advies op basis van de CANMEDS.

Vanaf 2009 werkt ze als zelfstandig ondernemer en heeft ze in diverse rollen ervaring opgedaan met het anders inrichten van zorg en welzijn. Naast haar werk is zij een actief lid in de inhoudelijke werkgroep langdurige zorg van de VAGZ, de sectie OGGZ van de NVAG en in de Nederlandse Straatdokters Groep. Voor meer informatie over haar expertise en de vervulde opdrachten, zie [www.vezc.nl](http://www.vezc.nl) of LinkedIn.

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