



# Housing First Rotterdam

## Deelrapportage 2: Woonbegeleiding

Onderzoek en Business Intelligence



Gemeente Rotterdam



### Colofon

Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

**Datum:** 9 februari 2021

**Auteur(s):** Dr. Anita C. Nanhoe, Drs. Eva Mandos, Susan Brand, MA

**Vragen:** [onderzoek@rotterdam.nl](mailto:onderzoek@rotterdam.nl)

# Samenvatting en conclusies

Modelgetrouwheidsindicatoren (MGI) 14 t/m 27 en 29 betreffen richtlijnen voor de woonbegeleiding binnen de HF-methodiek. Dit hoofdstuk geeft een beschouwing en enkele hoofdconclusies op de huidige werkwijze in het licht van de modelgetrouwheidsindicatoren.

## Woonbegeleiding

Uit de interviews met de cliënten blijkt dat zij reeds voor de HFR-huisvesting bekend zijn met hun woonbegeleiders en dat zij minimaal eens per week persoonlijk contact hebben met hun woonbegeleider. Dit is conform het hierover gestelde in MGI 14. Alle drie de organisaties beginnen de begeleiding met duo's. Twee organisaties bouwen de woonbegeleiding gaandeweg af naar 1 begeleider en 1 achtervang. De derde organisatie zet de woonbegeleiding in duoschap voort.

Rond de 0-meting kwam er veel op de cliënten af, waardoor niet alle informatie beklifde. Maar rond de 1-meting zien we dat nagenoeg alle cliënten bekend zijn met de 24-uursbereikbaarheidsdienst van de organisatie van hun woonbegeleider. Ook hebben de meeste cliënten al vanaf de 0-meting vertrouwen in hun woonbegeleiders. Het vertrouwen in de woonbegeleiders is over het algemeen zeer groot. De woonbegeleiders worden geaccepteerd als goede vrienden of zelfs als een soort familieleden. De cliënten ervaren een vraaggerichte en brede begeleiding, zonder dat ze verplicht worden om behandelingen te volgen waar ze niet aan toe zijn (conform MGI 14-21). Sommigen geven expliciet aan dat ze dit nog nooit eerder hebben meegemaakt. De woonbegeleiding wordt gemiddeld beoordeeld met een 9,5 bij de 0-meting en een 9 bij de 1-meting.

De begeleiders zelf zijn erg positief over Housing First. Uitdagingen waar zij mee te maken krijgen zijn onder andere het moeten vervullen van verschillende rollen en het meebewegen met de keuzes van de cliënt. De Coronamaatregelen hebben, met name in het begin, het werk van de begeleiders bemoeilijkt en de mogelijkheden voor cliënten beperkt.

## Gevoel van zelfregie

Zowel tijdens de 0-meting als tijdens de 1-meting blijkt dat de meeste cliënten het gevoel hebben dat zij zelf regie hebben over hun eigen leven. De kanttekeningen die zij hierbij plaatsen hebben vooral te maken met hun gezondheidskwesties, verslaving of de afhankelijkheid van organisaties (voor bijvoorbeeld een uitkering of schuldhulpverlening). Ook blijkt dat zij ondersteuning van de woonbegeleiders ervaren waar zij dat wensen of waar zij om vragen. Dit is conform MGI 14 volgens welke de cliënt zelf kiest welke diensten en ondersteuning hij/zij ontvangt of inspraak heeft op de keuze, waarbij in de meerderheid van de keuzes gehoor wordt gegeven aan de voorkeuren van de cliënt.

## Geen behandelvoorwaarden

De woonbegeleiding is afgestemd op de verzoeken van de cliënt (MGI 19) en gericht op het behoud van de woning. Dit is in lijn met MGI 14, 20 en 21). Uit dit onderzoek blijkt voorts dat de woonbegeleiders van de cliënten niet eisen dat zij zich onthouden van het gebruik van alcohol, drugs of andere middelen. Ook worden zij niet gedwongen om een behandeling te volgen voor een eventuele verslaving. Dit is conform het hierover gestelde in MGI 16 en 17.

Cliënten worden niet onderworpen aan dwang of drang voor het volgen van een behandeltraject (conform MGI 18). Aan cliënten wordt niet de voorwaarde gesteld om medicatie te gebruiken of een behandeltraject te volgen, tenzij symptomen van een ernstige psychische aandoening niet zijn gestabiliseerd (conform MGI 15 en 18).

## Hulp waar gewenst

De eventueel ingeschakelde aanvullende hulp/zorg is conform MGI 20 en 22 t/m 27. Dat wil zeggen dat toeleiding naar passende hulp plaatsvindt indien de cliënt dit wenst. Vanaf de 0-meting blijkt de woonbegeleiding al maatwerk te leveren, afgestemd op de behoeften en wensen van de cliënt, op verschillende leefgebieden. Zo wordt al maatwerk geleverd op het leefgebied 'huisvesting'. Vanaf de 0-meting zien we ook systematische ondersteuning bij de financiën, de fysieke gezondheid en

de vrijetijdsbesteding. Bij de 1-meting zien we dat cliënten meer ruimte hebben om zich bezig te houden met hun fysieke gezondheid, het nadenken over (betaald) werk, het nadenken over sociale contacten en met hun strijd tegen middelengebruik. Zij vragen de woonbegeleiders ondersteuning op deze gebieden (conform MGI 20). Cliënten die behoefte uiten aan medische hulp, een psychiater of andere hulpverleners, worden hiernaartoe bemiddeld (conform MGI 22).

## **Sociale integratie**

Wij vonden in dit onderzoek al stappen richting sociale integratie (conform MGI 29). We zien dat het wegvallen van stress rondom het vinden van een slaappleaats, de cliënten meer ruimte geeft voor ambities om te werken aan familiecontact, nieuwe vrienden of een levenspartner. Meerdere cliënten willen werken aan het afkicken, een gezond sociaal netwerk en wat meer van het leven genieten. Sommigen maken hun ondersteuningsbehoefte m.b.t. hun (verdere) sociale integratie kenbaar. Ondersteuning kan door middel van het aanbieden van cursussen sociale basisvaardigheden, recreatieve/ontspannende groepsactiviteiten; persoonlijke

ondersteuning bij de ontwikkeling van sociale vaardigheden; diensten om de sociale functie van cliënten te helpen ondersteunen of vergroten; ondersteuning bij activiteiten die horen bij het burgerschap of het leven als burger.

## **Begeleidingsuren**

De HFR-projectgroep had aanvankelijk de verwachting dat de begeleiding in de eerste drie maanden intensiever zou zijn dan de daaropvolgende maanden. Deze verwachting blijkt op basis van de beschikbare urenrapportages niet uit te komen. We zien de eerste zes maanden gemiddeld tussen de 24,9 en 35,5 uur per maand aan woonbegeleiding, zonder een duidelijk verschil tussen de eerste of de tweede periode van drie maanden. Daarnaast zien we een grote variatie in gemiddelde woonbegeleidingsuren per cliënt met aan het ene uiterste gemiddeld 6,4 uur en aan het andere uiterste 65,2 uur per maand. Uit alles blijkt dat maat-werk vereist is voor de doelgroep van Housing First Rotterdam.



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1	Aanleiding	7
1.2	Housing First	7
1.3	Het onderzoek	7
1.4	Bronnen	8
1.5	Leeswijzer	9
<b>2</b>	<b>Begeleiding</b>	<b>10</b>
2.1	Zijn de begeleiders al bekend?	10
2.2	Bereikbaarheid van de begeleiders	10
2.3	Vertrouwen in de begeleiders	10
2.4	Hoe ziet de begeleiding eruit?	11
2.5	Aanvullende hulp of zorg	11
2.6	Beoordeling van de begeleiding	12
2.7	Gevoel van zelfregie	12
2.8	Actuele oorzaken voor stress	13
2.9	Actuele hulpbehoefte	13
<b>3</b>	<b>Uitdagingen voor begeleiders</b>	<b>14</b>
3.1	Uitdagingen rondom leefgebieden	14
3.2	Meerdere rollen als begeleider	14
3.3	Grenzen van de HF-aanpak	15
3.4	COVID-19-gerelateerde uitdagingen	15
<b>4</b>	<b>Uren woonbegeleiding</b>	<b>16</b>
4.1	Inleiding	16
4.2	Eerste indruk besteedde uren	16
	<b>Bijlage A Literatuur en afkortingen</b>	<b>19</b>
	<b>Bijlage B Modelgetrouwheidsindicatoren</b>	<b>20</b>





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Najaar 2018 verzocht de gemeenteraad het college om de methodiek Housing First (HF) in samenwerking met partners in de gemeente Rotterdam toe te passen en te evalueren. Na een periode van voorbereiding startten de gemeente Rotterdam, verschillende woningbouwcorporaties en zorgaanbieders in september 2019 met een pilot voor de huisvesting van 25 Rotterdamse daklozen volgens de methodiek van HF<sup>1</sup>.

Ook onderzoek maakt deel uit van de pilot. De stakeholders – te weten: de gemeente Rotterdam, de woningbouwcorporaties, de zorgaanbieders en de cliënten – hebben verschillende belangen als het gaat om het slagen van de pilot. Zo vinden de woningbouwcorporaties het onder andere belangrijk dat de cliënten – ofwel huurders – geen overlast veroorzaken in hun woonomgeving. De zorgaanbieders hechten belang aan autonomie van de cliënt in zijn of haar leven en maatwerk in de daginvulling. De gemeente wil een effectieve interventie ontwikkelen voor een groep daklozen die niet geholpen lijkt te kunnen worden met het huidige zorgaanbod. Onderzoek dient in beeld te brengen hoe de pilot verloopt en op welke manier de methodiek van HF effectief, efficiënt én zo modelgetrouw mogelijk kan worden geïmplementeerd binnen de Rotterdamse context.

## 1.2 Housing First

De traditionele aanpak van dakloosheid laat zich beschrijven als de ‘woonladderaanpak’, waarbinnen daklozen aan een aantal voorwaarden moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een volgende stap en ten slotte een zelfstandige woning (Van Loenen et al., 2018a; Pleace, 2008). De HF-methodiek heeft juist als vertrekpunt dat de basisbehoefte ‘huisvesting’ moet worden vervuld, voordat mensen andere problemen kunnen aanpakken (Van Loenen et al., 2018a; Pleace, 2008; Tsemberis, 2010; 1999). De HF-methode kent 35 modelgetrouwheidsindicatoren (zie bijlage 1). Doelstelling is dat langdurig daklozen herstellen van dakloosheid, zo zelfstandig mogelijk functioneren en participeren in de maatschappij.

Onderzoek in de Verenigde Staten toont aan dat tussen 66% en 88% van de HF-cliënten ook na langere tijd stabiel gehuisvest is (Pleace & Bretherton, 2013; Stefancic & Tsemberis, 2007; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004). In Europa is tussen 74% en 98% van de cliënten een jaar na het verkrijgen van een woning nog steeds stabiel gehuisvest (Van Loenen, 2018a; Busch-Geertsema, 2013; Stefancic & Tsemberis, 2007; Tsemberis et al., 2004). Ook in Nederland wint de HF-aanpak (na de start in Amsterdam in 2006) steeds meer terrein (Al Shamma et al., 2018; Busch-Geertsema, 2013; Pleace, 2018). Rotterdam start in 2019 met de pilot Housing First Rotterdam (HFR) in samenwerking met meerdere zorgaanbieders en woningbouwcorporaties.

## 1.3 Het onderzoek

Het doel van het onderzoek naar HFR is om in kaart te brengen wanneer en of de pilot HF geslaagd is vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders, zodat het concept in de toekomst duurzaam geïmplementeerd kan worden.

De centrale vraagstelling van het onderzoek naar HFR luidt:

“Hoe kunnen de gemeente Rotterdam, de woningbouwcorporaties en zorgaanbieders de methodiek van Housing First effectief, efficiënt en zo modelgetrouw mogelijk implementeren in de Rotterdamse context?”

Het onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen:

- Een procesevaluatie;
- Onderzoek naar de modelgetrouwheid van de werkwijze in Rotterdam;
- Een evaluatie van de opbrengst voor de cliënt;
- De kosteneffectiviteit van Housing First.

De verschillende onderdelen hebben veel overlap met elkaar. Zo is bijvoorbeeld een procesevaluatie niet los te zien van de modelgetrouwheid of van de opbrengst voor de

<sup>1</sup> In 2016 is reeds een pilot uitgevoerd door het Leger des Heils en Woonstad voor vijf daklozen, maar dit initiatief werd niet structureel opgevolgd.

klant. Daarom hebben we de rapportages binnen dit onderzoek opgeknipt in de volgende deelrapportages:

1. Een algemene rapportage met een basisbeschrijving van de methodiek HF, de start van HF in Rotterdam en de cliënten in Rotterdam. We beschrijven in deze rapportage ook of de cliënten conform modelgetrouwheidsindicatoren (MGI) aan een woning worden geholpen.
2. Een rapportage over de woonbegeleiding binnen HFR. We beantwoorden in deze rapportage de vraag of de begeleiding en zorg conform modelgetrouwheidsindicatoren is georganiseerd. Ook volgen we hoe de begeleiding zich ontwikkelt qua inhoud, intensiteit en beleving door de cliënten;
3. Een rapportage over de ontwikkeling van de cliënten. We beschrijven hoe de zelfredzaamheid van de cliënten zich volgens de woonbegeleiders ontwikkelt op verschillende leefgebieden. Daarnaast beschrijven we hoe de cliënten zelf hun kwaliteit van leven ervaren en de ontwikkeling hierin gedurende de onderzoeksperiode;
4. Een rapportage over de procesevaluatie, met onder andere de evaluatie van de samenwerking;
5. Een kostenevaluatie met een overzicht van de literatuur en een vergelijking met andere voorzieningen in Rotterdam.

De voor u liggende rapportage betreft de tweede deelrapportage: een rapportage over de woonbegeleiding binnen HFR en wel de stand van zaken per december 2020.

## 1.4 Bronnen

Voor deze deelrapportage gebruikten we verschillende bronnen: literatuur, vragenlijsten voor zorgaanbieders en interviews met de cliënten.

### Literatuuronderzoek

Zowel in Nederland als in het buitenland is veel geschreven over HF, de resultaten van de methodiek HF en de voorwaarden voor een succesvolle implementatie. Hierbij moet specifiek worden gekeken hoe de zorgaanbieders en gemeente concreet invulling kunnen geven aan de uitgangspunten van de methodiek van HF.

### Vragenlijsten voor zorgaanbieders

Voor de zorgaanbieders hebben wij een vragenlijst opgesteld waarin wij hen vragen om een aantal mijlpalen, waaronder bijvoorbeeld de aanmeldingsdatum, de matchingsdatum en datum van sleuteloverdracht. Ook vragen wij de zorgaanbieders om informatie over de cliënt rondom de woonbegeleiding. De zorgaanbieders leveren op meerdere momenten informatie aan: na de aanmelding en matching van de cliënt (T0), een half jaar na de sleuteloverdracht (T1) en een jaar na de sleuteloverdracht (T2).

Ook voor de woningbouwcorporaties hebben wij een vragenlijst opgesteld. De vragenlijst bevat vragen over het soort gebruik van de woning, de staat van de woning, huurbetalingen, eventuele overlastmeldingen en (mits bekend) informatie over het contact met burens. De woningbouwcorporaties vullen de vragenlijst in tijdens de T1 en de T2-meting. Voor de T0-meting hebben wij de woningbouwcorporaties geen vragen voorgelegd. Deze rapportage betreft de T0-meting en beperkt zich derhalve tot de verkregen informatie van de zorgaanbieders en de cliënten.

### Interviews met cliënten

Wij voerden zo kort mogelijk na de matching van de HFR-clieënten aan een woning een interview met hen met behulp van een interviewvragenlijst met onder andere algemene vragen (kenmerken zoals leeftijd, gender) en vragen over de woonbegeleiding. Circa zes maanden na sleuteloverdracht stelden wij nogmaals vragen over de woonbegeleiding. Wij interviewden de cliënten die met een interview instemden zo snel mogelijk na hun matching aan een woning (T0-meting) en een half jaar na de sleuteloverdracht (T1-meting).

### COVID-19

Matching van de 25 cliënten voor de HFR-pilot vond plaats tussen 29 augustus 2019 en 21 april 2020. De dataverzameling voor deze rapportage heeft derhalve plaatsgevonden vanaf september 2019. Sinds maart 2020 onderging de samenleving echter drastische veranderingen als gevolg van het COVID-19 virus<sup>2</sup>. In maart startten rap opeenvolgende landelijke maatregelen ter bestrijding van het virus, met onder andere de invoering van het nieuwe normaal: iedereen dient zoveel mogelijk thuis te blijven; bezoeken buitenshuis moeten doelgericht en noodzakelijk zijn; buitenshuis bewaren we 1,5 meter afstand van elkaar; thuiswerken is de norm; bezoek aan ouderen en kwetsbaren dient te worden vermeden en/of beperkt. Al-

<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/coronavirus-beeld-en-video/videos-persconferenties>



dus ontstond een nieuw situatie waarin we inventiever met de dataverzameling onder cliënten dienden om te gaan. Als alternatief voor de face-to-face dataverzameling hanterden wij een telefonisch gesprek met cliënten (waar mogelijk een video-call). Bij cliënten bij wie een telefonisch of videocall-gesprek niet mogelijk was, hebben de zorgaanbieders de vragenlijsten samen met de cliënt ingevuld.

### Respons

Ten tijde van het schrijven van deze rapportage is het nog niet gelukt om van alle cliënten alle beoogde data te verzamelen. Zo hebben vier cliënten (nog) geen toestemmingsverklaring getekend. Twee hiervan willen niet meewerken aan een onderzoek. De derde cliënt is na de sleuteloverdracht uitgevallen. De vierde cliënt was niet in staat om een telefonisch (video)interview te voeren. Deze rapportage beperkt zich daarom tot de beschikbare data van de 21 cliënten waarvan we wel een toestemmingsverklaring hebben ontvangen.

Daarnaast is de planning van het project (en daarmee ook de planning van het onderzoek) uitgelopen. Bij aanvang van het project was de verwachting dat de eerste 25 HF-clieñten nog in het laatste kwartaal van 2019 gehuisvest zouden zijn. Deze planning is echter uitgelopen, waardoor de 25e sleuteloverdracht medio mei 2020 plaatsvond. De dataverzameling in het kader van zowel de 0-meting (zo kort mogelijk na de matching) als de 1-meting (een half jaar na de sleuteloverdracht) liep hierdoor eveneens uit. Deze rapportage omvat daarom maar een beperkt aantal 1-metingen.

### Data-analyse

De dataverzameling levert zowel kwantificeerbare als kwalitatieve informatie op. De vragenlijsten voor de verschillende partijen zijn gestructureerde vragenlijsten, waarop de betreffende partijen verschillende keuze-opties voorgelegd krijgen, maar ook bij een aantal vragen de optie 'overige, n.l. ...'. De keuze-opties leveren kwantificeerbare informatie op, die wij in de rapportages optekenen. De open vragen leveren kwalitatieve informatie op die wij samenvattend verwerken in de rapportage en door de gehele rapportage verwerken in illustratieve citaten.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we in op de verkregen informatie over de begeleiding. In hoofdstuk 3 gaan we in op enkele uitdagingen die de woonbegeleiders in de praktijk tegenkomen. Hoofdstuk 4 bevat een weergave van de besteedde uren per afzonderlijke cliënt per maand.

Waar mogelijk houden we in dit rapport de bevindingen tegen het licht van de modelgetrouwheidsindicatoren van de HF-aanpak volgens het 'Pathways to Housing'-model (zie bijlage 1).



# 2 Begeleiding

## Inleiding

Modelgetrouwheidsindicatoren 14 t/m 27 en 29 (zie bijlage 1) geven richtlijnen voor de (woon)begeleiding. Samengevat omschrijven deze richtlijnen dat de cliënt regie dient te hebben/krijgen over het eigen leven mits gewenst wordt ondersteund in diens keuzes wat betreft diensten, hulpverlening, behandeltrajecten en interventies op de verschillende leefgebieden (geestelijke gezondheid & middelengebruik, huisvesting, fysieke gezondheid, werk & opleiding, financiën, participatie in de buurt/sociaal netwerk/spiritualiteit/vrije tijdsbesteding). In dit hoofdstuk behandelen wij de verkregen informatie rondom de (woon)begeleiding en vermelden wij per punt de modelgetrouwheidsindicatoren waar de informatie betrekking op heeft.

In december 2020 hebben wij van 18 cliënten de antwoorden op de vragen rondom de (woon)begeleiding ten tijde van de 0-meting en van 13 cliënten de antwoorden ten tijde van de 1-meting. De informatie in dit hoofdstuk baseren wij op de antwoorden van deze cliënten.

### 2.1 Zijn de begeleiders al bekend?

Vier cliënten krijgen woonbegeleiding van Pameijer, tien cliënten van het Leger des Heils en elf cliënten van Ontmoeting. Bij de 0-meting vroegen wij de cliënten of zij reeds een vaste woonbegeleider hadden. De 18 cliënten die wij spraken reageerden bevestigend. Vijftien cliënten spraken over twee woonbegeleiders. Drie cliënten spraken over één woonbegeleider. Bij de 1-meting noemen de cliënten van de Pameijer nog steeds twee begeleiders. De cliënten van Ontmoeting en het Leger des Heils noemen bij de 1-meting de naam van één begeleider. De woonbegeleiders zijn bij bijna alle cliënten nog steeds dezelfde als bij de start van hun HF-traject. Eén cliënt heeft een nieuwe woonbegeleider gekregen.

### 2.2 Bereikbaarheid van de begeleiders

Wij vroegen de cliënten of de woonbegeleiding van Pameijer, het Leger des Heils en Ontmoeting 24 uur per dag bereikbaar was. Hoewel de vaste woonbegeleiders, die in duo's werken, in principe alleen tijdens werktijden bereikbaar zijn, is er daarnaast een telefonische 24-uurs bereikbaarheidsdienst.

Uit het antwoord van de cliënten bij de 0-meting blijkt dat de meesten onder hen niet bekend zijn met de 24-uurs bereikbaarheidsdienst. Enkel een geven aan dat zij hun woonbegeleider dag en nacht kunnen bellen. Twee cliënten geven expliciet aan dat zij op de hoogte zijn van het bestaan van de 24-uurs dienst. Tijdens de 1-meting blijken de meeste cliënten wel op de hoogte van de 24-uurs bereikbaarheidsdienst.

*1-Meting: 'Nee, maar wel iemand anders. Aan het begin kreeg ik een kaartje met daarop een telefoonnummer.'*

Echter twee cliënten zijn nog steeds niet op de hoogte van de 24-uurs bereikbaarheidsdienst. Eén van hen zegt: *'Weet ik niet, is niet nodig geweest.'*

### 2.3 Vertrouwen in de begeleiders

Op de vraag of de cliënt vertrouwen heeft in de woonbegeleider(s) antwoordden bijna alle cliënten bevestigend. Dit zien we zowel tijdens de 0-meting als tijdens de 1-meting. De toelichting bij de 0-meting varieert van *'Ik weet niet waarom,'* en *'Het tegendeel is nog niet bewezen,'* tot *'Tot nu toe doen ze wat ze beloven,'* en:

*0-Meting: 'Ze zijn echt geïnteresseerd. Ze zijn zoals familie, zoals een vriendschap.'*

Eén cliënt onthoudt zich tijdens de 0-meting nog van een antwoord, maar is erover uit tijdens de 1-meting:

*0-meting: 'Hij is sympathiek, maar ik vind het moeilijk om te zeggen dat ik vertrouwen in hem heb, omdat wel elkaar maar één keer hebben ontmoet.'*

*1-Meting: 'Ja, ik heb haar de laatste tijd goed leren kennen. In het begin liep het contact wat stroef. Nu weten we hoe we met elkaar om moeten gaan. Zij begrijpt mij. Het zou leuk zijn om wat meer leuke dingen samen te doen om elkaar nog beter te leren kennen.'*

Een andere cliënt heeft tijdens de 0-meting geen vertrouwen in de woonbegeleider. Maar wel tijdens de 1-meting.

*0-Meting:* 'Ze stelt vragen die ik al heb beantwoord, ik vind haar drie keer niks. Bijvoorbeeld bij huisbezoek van Havensteder, toen ging zij zich ermee zitten bemoeien, Bijvoorbeeld over de verwarming, maar daar heb ik zelf heel veel verstand van. Ze komt twee keer per week en dan blijft ze te lang. De veldwerker, daar heb ik wel wat aan en die zegt ook nuttige dingen.'

*1-Meting:* 'Ja, want ze regelen alles.'

Een andere cliënt had bij het betrekken van de woning wel vertrouwen in de woonbegeleiders. Echter niet meer tijdens de 1-meting.

*1-Meting:* 'Nee, ik heb gevraagd om antibiotica en de arts en de begeleiders willen het niet geven. Ze geven me niet wat ik het meest nodig heb, daarom vertrouw ik ze niet meer.'

Dit citaat illustreert dat vertrouwen van de cliënten in de woonbegeleiders een ingewikkeld punt is, dat op basis van kleine situaties en interpretaties herhaaldelijk op een weegschaal geplaatst kan worden.

## 2.4 Hoe ziet de begeleiding eruit?

We vroegen de cliënten hoe hun woonbegeleiding eruitziet. Zij gaven aan dat de woonbegeleiders minimaal eens per week bij hen langskomen. Ook gedurende de COVID-19 crisis hebben de woonbegeleiders minimaal eens per week contact met hen en voeren zij een gesprek om te kijken hoe het met hen gaat. De cliënten geven aan dat hun woonbegeleiders een luisterend oor bieden en interesse tonen. Wanneer er problemen zijn, dan helpen ze ook werkelijk (MGI 19). Bijvoorbeeld door te bellen met instellingen. Maar ook door praktische hulp te bieden waar de cliënten om vragen. De cliënten noemen een scala aan werkzaamheden, waaronder het regelen van de financiën, bemiddelen bij schulden, helpen bij de post en het papierwerk, helpen met verhuizen, sjuwen van spullen, het brengen naar een ziekenhuis en het regelen van korting bij de kringloopwinkel. Een cliënt zegt het als volgt tijdens de 0-meting:

*0-Meting:* 'Ze letten op me, begeleiden me. Dat heb ik ook nodig, Ik kan het niet meer alleen, ik ben geen stoere kerel meer. Zonder hen zou ik vereenzamen en weer veel gaan gebruiken.'

Een andere cliënt drukt het als volgt uit tijdens de 1-meting:

*1-Meting:* 'Die regelen alles wat ik zelf niet kan. Zij kunnen ook dingen op de computer doen. Hij heeft ook geholpen bij het terugkrijgen van mijn rijbewijs. Ik was al tig keer bij CBS en gemeente geweest met formulieren en het ging elke keer niet goed en dan probeert ik netjes te blijven maar dan verlies ik mijn geduld.'

Uit de 1-meting blijkt dat de woonbegeleiders een belangrijke plek in het leven van de cliënten hebben ingenomen. Meerdere cliënten benadrukken dat de woonbegeleiders de zaken regelen die zij zelf niet aankunnen, bijvoorbeeld digitale zaken of het afstemmen met instanties. De cliënten durven op de woonbegeleiders te vertrouwen.

*1-Meting:* 'Zij doet van alles. Het is ook belangrijk dat ze soms streng voor me is. Dat heb ik nodig. Ze helpt me met het vinden van mijn eigen ik. Ik kan met haar praten, ze maakt me rustig. Ze is mijn stabiele factor die ik nodig heb. Ze is mijn medicatie. Ik houd een beetje van haar.'

De ondersteuning en diensten van de woonbegeleiders zijn afgestemd op de behoeften, voorkeuren en verzoeken van de cliënt en gericht op het behoud van de woning (conform MGI 14, 20, 21) en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Conform modelgetrouwheidsindicatoren 15 en 18 worden de klanten niet verplicht om medicatie te gebruiken of een behandeltraject te volgen, tenzij eventuele symptomen van een ernstige psychische aandoening niet zijn gestabiliseerd. Ook worden cliënten niet gedwongen zich te onthouden van alcohol, drugs of hiervoor een behandeling te volgen (conform MGI 16 en 17).

## 2.5 Aanvullende hulp of zorg

Tijdens de 1-meting vroegen wij de cliënten of er ook aanvullende hulp of zorgverlening is gestart naast de HF-woonbegeleiding. Zeven van de 13 cliënten hebben nog geen andere hulp. Enkel van hen geven aan dat zij daar nog niet aan toe zijn, maar er wel voor open staan in de toekomst. Zes andere cliënten zijn inmiddels gestart met schuldsanering of bewindvoering (3), hulp voor psychische/psychiatrische problematiek (2), hulp voor hun verslaving (2), aanvullende medische maatregelen (1) en/of een zoektocht naar passende dagbesteding (1). Eén cliënt



heeft tijdens de 1-meting zelfs al een geheel afkickprogramma achter de rug. De woonbegeleider van een andere cliënt regelde dat medicinale injecties niet door een ziekenhuis maar door de huisarts worden gegeven, om zo de kosten voor de cliënt te reduceren. De ingeschakelde aanvullende hulp/zorg is conform MGI 20 en 22 t/m 27 (zie bijlage1).

## 2.6 Beoordeling van de begeleiding

Al bij de 0-meting gaven sommige cliënten aan dat zij de woonbegeleiders zien als vrienden of als een soort familieleden, die voor hen klaarstaan wanneer zij hen nodig hebben. Meerdere cliënten hadden het gevoel altijd op hun woonbegeleiders terug te kunnen vallen. Eén van de cliënten vond het fijn dat:

*0-Meting: 'Ze mij een schop onder mijn kont geven. Want dat heb ik wel nodig.'*

Toen we tijdens de 0-meting vroegen naar een cijfer voor de woonbegeleiding, gaven de cliënten gemiddeld een 9,5. De meeste cliënten gaven hun woonbegeleiders een 10. Een cliënt gaf een 7, omdat:

*0-Meting: 'Ik ben eigenlijk heel tevreden, maar geef geen hoger cijfer, omdat ik daarvoor de begeleider beter moet kennen. Ik vind het door ervaringen uit het verleden lastig om mensen te vertrouwen. Met de tijd moet dit vertrouwen groeien.'*

Tijdens de 1-meting zien nog steeds hoge cijfers voor de woonbegeleiding, met een gemiddelde van 9. Nog steeds zijn de cliënten zeer tevreden over de woonbegeleiding.

*1-Meting: 'Hij doet het goed, ik zie dat hij dingen doet. Mijn vorige begeleiders bedreigden mij.'*

Hoewel de meeste cliënten een 10 geven voor de woonbegeleiding, onthoudt één cliënt zich van een cijfer. Een andere cliënt gaf een onvoldoende omdat hij door de woonbegeleiders (en huisarts) niet aan de antibiotica geholpen is die hij voor zichzelf nodig acht.

*1-Meting: 'Ik geef een 5, want ze doen hun best om te helpen. Dat doen ze goed, bijvoorbeeld met het huis of geldzaken. Maar dat zijn*

*randsymptomen. Mijn grootste probleem blijft bestaan omdat ik niet de juiste antibiotica krijg.'*

## 2.7 Gevoel van zelfregie

Wij vroegen de cliënten bij zowel de 0-meting als de 1-meting of zij het gevoel hadden dat zij zelf bepaalden wat er in hun leven gebeurt. Zij konden hun mate van zelfregie een cijfer geven van 0 tot 10 (zie figuur 1).

Tijdens de 0-meting gaf iets minder dan de helft van de cliënten de mate van zelfregie een 9 of 10. We zien aan de toelichting bij de hoge scores de invloed van het HF-project terug. De toelichting die de cliënten gaven varieert van 'De woonbegeleiders hebben mij sterker en positiever gemaakt,' tot:

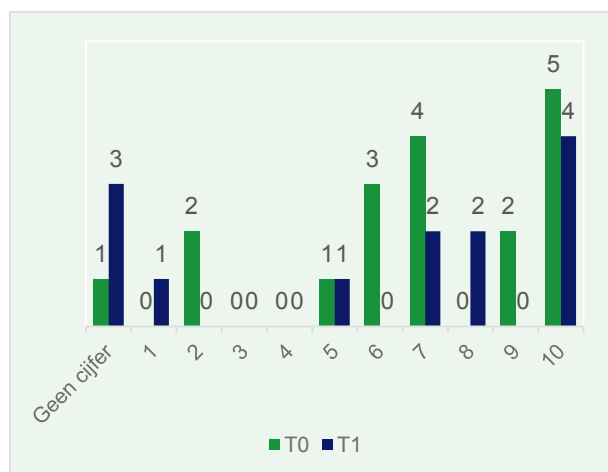
*0-Meting: 'Ik heb het gevoel dat ik voor mezelf alles beslis, dat ik bepaal wat er gebeurt. Ik kan snel aan de slag als loodgieter, maar ik ben nu druk met gesprekken enz.,'*

*0-Meting: 'Nu ik weer een huis heb en hulp krijg, bepaal ik weer zelf wat er in mijn leven gebeurt. Bij eerdere hulp kreeg ik het gevoel dat ik moest doen wat zij wilden. Nu vraag ik iets en dan doen zij dat voor mij. Ik kan goed voor mezelf zorgen, ik kookt zelf, maak schoon en veroorzaak geen overlast.'*

Nog eens 7 cliënten gaven tijdens de 0-meting een score van 6 of 7 voor hun mate van zelfregie. De toelichting hierbij luidde dat zij beperkingen ervoeren door gezondheidsproblemen of drugsverslaving, dat zij afhankelijk zijn van regels en instanties (bijvoorbeeld voor een uitkering) of dat zij in een opbouwfase zitten.

Eén cliënt geeft het gevoel van zelfregie tijdens de 0-meting een 5, omdat hij door gezondheidsproblemen niet meer kan werken en veel dingen niet meer zelf kan doen. Hij heeft wel het gevoel dat hij in de toekomst wat meer zelfregie zal opbouwen. De cliënt die zijn zelfregie een 2 gaf, benoemde dat hij voor het HF-project moeilijk een slaapplek kon vinden. Hij vond dat hij daar weinig in te zeggen had. Ten slotte vond één cliënt het moeilijk om een cijfer te noemen.

**Figuur 2.1. Rapportcijfer voor 'ervaren zelfregie' (T0 n=18; T1 n=13)**



Tijdens de 1-meting zien we relatief meer cliënten (vijf van de 13) die het ofwel moeilijk vinden om een cijfer te geven voor hun gevoel van zelfregie ofwel een negatief cijfer noemen. De genoemde redenen hebben niet te maken met de woonbegeleiding, maar veelal met de gezondheidsbeleving.

*1-Meting: 'Een 1, door mijn hoofdholtte ontsteking ben ik altijd moe, ziek en slap. Daardoor lukt heel veel niet.'*

Maar ook heeft een cliënt meer tijd nodig om: *'Te wennen aan het normale leven.'*

## 2.8 Actuele oorzaken voor stress

Op de vraag wat op dit moment de meeste stress, angst, verdriet of zorgen oplevert krijgen we tijdens de 0-meting een scala aan antwoorden, variërend van geen enkele zorg tot een reeks zorgen. Zo werden genoemd: de financiële situatie, verlies van familie en vrienden, ontbreken van contact met de eigen kinderen, gezondheidsklachten, ontbreken van onderdak of een eigen ruimte met een voordeur, het ontbreken van dagbesteding, het gevecht tegen een verslaving, trauma's of gebeurtenissen uit het verleden en eenzaamheidsgevoelens, de wijze waarop mensen met de aarde omgaan en zelfs het ontbreken van een douche-gordijn.

*0-Meting: 'Mijn verleden, wat ik heb meegeemaakt. Mijn zorg is, dat ik weer in de maatschappij mee wil doen. Ik wil het goed doen en van mijn verslaving af. Dat is heel moeilijk, maar ik geloof er wel in. Door het huis en alle hulp van familie enz. Als ik mocht kiezen tussen een miljoen euro en een pilletje waardoor ik*

*nooit meer drugs wil, zou ik kiezen voor het pilletje.'*

Tijdens de 1-meting geven meerdere cliënten aan dat zij geen stress ervaren, omdat zij nu een huis hebben. Sommige cliënten vertellen dat het wegvallen van de stress rondom een slaapplek plaats geeft voor andere zorgen. Zij noemen: gezondheidsproblemen, het verwerken van het verleden, een baan met meer salaris dan een uitkering, de confrontatie met schulden uit het verleden, het ontbreken van contact met eigen kinderen of andere sociale contacten, verslavingsproblemen.

*1-Meting: 'Werk krijgen gaat lastig omdat ik zo vaak naar het ziekenhuis moet. Eerst lukte het niet omdat ik geen rijbewijs had. Via een uitzendbureau vragen ze daar altijd om. Soms vragen ze ook om eigen gereedschap.'*

## 2.9 Actuele hulpbehoefte

Wij vroegen de cliënten waarmee zij volgens zichzelf op dat moment het meest geholpen zouden zijn. Tijdens de 0-meting werd naast een huis het regelen van de financiën het vaakst genoemd. Maar ook noemden de cliënten een vervoersmiddel voor de bewegingsvrijheid (motor, auto, Felix Scooter Sharing), een smartphone, rust, privacy, begeleiding, medische zorg, hulp bij gezondheidsproblemen, dagbesteding, contact met de kinderen en andere familieleden, (nieuwe) vrienden. Ook noemden enkelen de behoefte aan een partner.

Tijdens de 1-meting geven de cliënten aan dat zij hulp nodig hebben bij: het oprichten van een eigen bedrijfje, het vinden en krijgen van de juiste medicatie en behandelingen voor hun gezondheidsproblemen, het vinden van (betaald) werk en hulp bij het afkicken. Ook geven enkelen aan dat zij er klaar voor zijn om iets leuks te doen, nu eens echte vrienden willen leren kennen, graag een partner willen, maar ook behoefte hebben aan een computer en een TV.

# 3 Uitdagingen voor begeleiders

In dit hoofdstuk staan we kort stil bij de uitdagingen voor de zorgorganisaties bij de woonbegeleiding. Het is duidelijk dat de woonbegeleiders maatwerk leveren per cliënt. Volgens de methodiek van HF zijn de cliënten daarbij leidend in de geboden ondersteuning. De indruk is dat de begeleiders daar in de regel ook in slagen. Mede hierdoor zijn de deelnemers ook erg tevreden over de woonbegeleiding.

Toch zijn er ook uitdagingen en dilemma's waar begeleiders tegen aanlopen. Wij stippen ze in dit hoofdstuk kort aan.

## 3.1 Uitdagingen rondom leefgebieden

Er zijn grote verschillen tussen cliënten rondom **financiën**. Zo wil de ene cliënt bijvoorbeeld graag in bewindvoering, terwijl een ander er niet voor open staat om iets aan zijn schulden te doen. Sommige begeleiders vragen zich af hoeveel vrijheid ze cliënten moeten geven in het maken van hun eigen keuzes rondom de besteding van financiën. Ter illustratie:

'Een belangrijke voorwaarde is dat de huur wordt betaald voor Housing First. Maar bij energie, gas, water licht, sommige mensen willen dat niet afsluiten. Hoort dit bij vaste lasten of is dat een eigen keus? En als iemand dat niet wil betalen dan komt deze persoon zonder gas, water, licht. Hoe gaan we daar mee om? Accepteren we dat of vinden wij dat niet menswaardig.'

Het opzetten van een gezond sociaal **netwerk** bij cliënten kost tijd en is soms lastig vanwege niet-steunende contacten uit het verleden. Dit zien we bijvoorbeeld terug bij één cliënt die in zijn HF-woning een goede vriendin ontvangt. Deze vriendin (evenals de cliënt zelf) veroorzaakte echter veel geluidsoverlast voor de burens. Bij andere cliënten zien we dat tijd nodig is om beschadigde (positieve) relaties weer op te bouwen.

Soms is het wenselijk om meteen in te zetten op de **hulpbehoefte** van cliënten. Bijvoorbeeld wanneer iemand er aan toe is om aan zijn/haar verslaving te werken. Wanneer cliënten toe zijn aan behandeling, kunnen begeleiders niet altijd direct doorpakken vanwege wachtlijsten in de GGZ.

'Het zou heel mooi zijn als er meer snelheid in dat proces zit. Als iemand ervoor open staat. Eigenlijk zou het heel fijn zijn om dan heel snel te kunnen handelen. De wachtlijsten zijn groot. In het ergste geval kun je een time-out organiseren. Het zou de algemene wens zijn dat dingen snel lopen.'

## 3.2 Meerdere rollen als begeleider

Een aantal begeleiders vindt het lastig dat zij zowel verantwoordelijk zijn voor wonen als ondersteuning. Deze dubbele rol maakt het voor hen moeilijk om een goede vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen of in stand te houden.

'Als iemand geen huur betaalt, dat wij als begeleiders dat gesprek moeten voeren en tegelijkertijd begeleider zijn. Net zoals met overlast, dan is het prettig als je met een andere partij kunt schakelen. Jij kunt gewoon begeleider blijven. Anders heb je alle twee de rollen. Dat niet prettig, dat je dan tegenover iemand moet staan. En zo'n sociaal beheerder, dat is heel prettig omdat die het aanspreekpunt is. En dan kun je rollen scheiden, wat ervoor zorgt dat je bij de cliënt kunt blijven wat er ook gebeurt.'

In de praktijk doen zich continu situaties voor die maatwerk en verschillende rollen van de begeleiders vragen. Maar soms lopen de begeleiders tegen situaties aan waarbij zij niet meer weten hoe zij de begeleiding kunnen vormgeven. Bijvoorbeeld:

'X kan de komende acht jaar geen bankrekening openen door fraude. De bewindvoerder zegt dat hij er niets aan kan doen. En X is het vertrouwen kwijt in de begeleiding. Als we zeggen dat hij bij ons in budgetbeheer mag, dan betekent het dat wij de komende acht jaar in budgetbeheer zitten. Het is een situatie waarin we ons afvragen hoe we verder kunnen. Er zijn heel veel onmogelijkheden, wat zijn dan de mogelijkheden? Hoe kunnen we deze begeleiding houdbaar houden? Als er conflict blijft dan wordt het op een gegeven moment ook lastig in de begeleiding.'



### 3.3 Grenzen van de HF-aanpak

Voor zorgaanbieders is het soms lastig te bepalen hoeveel kansen zij een cliënt moeten geven. Een voorbeeld is een cliënt zich niet begeleidbaar opstelt door zijn verslaving. Hij accepteert wel hulp (en voldoet daarmee aan de basisvoorwaarde voor HF) maar laat niet zien dat hij er echt voor wil gaan.

‘Op een gegeven moment, als de situatie onhoudbaar is, dan proberen we te bespreken hoe de cliënt het voor zich ziet. Op een gegeven moment kunnen we niet meer verder, want een voorwaarde van Housing First is dat je je begeleidbaar opstelt.’

Ook was het voor begeleiders lastiger om een afspraak te maken bij andere instellingen om bijvoorbeeld daginvulling voor de cliënten te regelen. Inmiddels zijn er voor zorgorganisaties wel weer meer mogelijkheden om een daginvulling voor cliënten in gang te zetten.

Begeleiders lopen er verder tegenaan dat cliënten een stuk meer alleen thuis zijn (dan voor de COVID-19-gerelateerde maatregelen). Als begeleider worstelen zij soms met ‘de 1,5 meter richtlijnen’.

‘Het eerste wat cliënt doet bij het sleutelmoment is volledig mijn medewerker omhelzen. Zo ingewikkeld is het dus als het gaat om afstand houden in tijden van corona.’

### 3.4 COVID-19-gerelateerde uitdagingen

De COVID-19-gerelateerde maatregelen zorgen voor extra uitdagingen. Na de start van de maatregelen (in maart 2020) vonden er geen of minder huisbezoeken plaats. Inmiddels is dat (in het najaar van 2020) weer opgepakt. De maatregelen zorgen soms ook voor vertraging in allerlei administratieve processen.

‘Dat gevoel voor Housing First, hoe fijn is het dat je een arm om iemand heen kunt slaan. De begeleiding doe je ook op een andere manier.’



# 4 Uren woonbegeleiding

## 4.1 Inleiding

Wij vroegen de zorgorganisaties om de werkelijke woonbegeleidingsuren per cliënt bij te houden en deze over het eerste half jaar naar ons op te sturen. Hiermee kunnen we in kaart brengen hoeveel uur de woonbegeleiding in werkelijkheid kost ten behoeve van het WMO-arrangement voor de HF-cliënten.

Dit overzicht is nog onvolledig: Van drie cliënten hebben we geen urenoverzicht ontvangen en van negen cliënten ontbreken de gegevens van met name de eerste 1 tot 3 maanden (gerekend vanaf het moment van matching aan de woning)<sup>3</sup>. Dat betekent dus dat we van 13 cliënten een volledig overzicht hebben.

Tabel 1 en grafiek 1 zijn weergaven van de begeleidingsuren per maand per cliënt (voor zover aangeleverd). De uren in de eerste maand kunnen een vertekend beeld geven, aangezien wij de uren hebben berekend per kalendermaand. Bij de ene cliënt betreffen dit uren voor de gehele maand, bij de ander een deel van de maand.

Daarnaast kan er verschil zijn in de selectie van uren die zijn meegeteld. Verder geven zorgaanbieders aan dat deze uren niet de volledige inzet van woonbegeleiders en andere betrokkenen weergeeft, omdat alleen de directe uren zijn geteld en niet de indirecte uren voor die worden besteed aan zaken als intervisie en matching.

Dit alles maakt dat de analyse van de ureninzet indicatief is.

## 4.2 Eerste indruk besteedde uren

Wat we wel vast kunnen opmaken is dat er een grote variatie is in woonbegeleidingsuren per cliënt. Aan het ene uiterste zien we cliënt 25 met gemiddeld 6,4 uur begeleiding per maand. Aan het andere uiterste zien we cliënt 10 met gemiddeld 65,2 uur begeleiding per maand.

De projectgroep HFR had de verwachting dat de begeleiding in de eerste drie maanden intensiever zou zijn dan de daaropvolgende drie maanden (conform de opzet van het WMO-arrangement). Aan de gemiddelden per maand in tabel 1 zien we deze verwachting niet terug. Het gemiddelde schommelt tussen de 24,9 en 35,5 uur per maand, zonder duidelijk verschil tussen de eerste en de tweede periode van drie maanden.

Ook wanneer we ons beperken tot de 13 cliënten waarvan we een volledig beeld hebben, zien we weinig verschil in het eerste en tweede driemaandsgemiddelde namelijk 27,1 en 26,4 uur.

NB: Van de cliënten die voortijdig zijn uitgevallen, zijn geen of geen volledige urengegevens beschikbaar<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> NB: als er (nog) geen uren worden besteed, worden er ook nog geen WMO-kosten gedeclareerd.

<sup>4</sup> Dat zijn cliënt 12 en 24. Bij cliënt 25 is sprake van dreigende uitval, maar nog niet in de hier gerapporteerde periode van zes maanden.

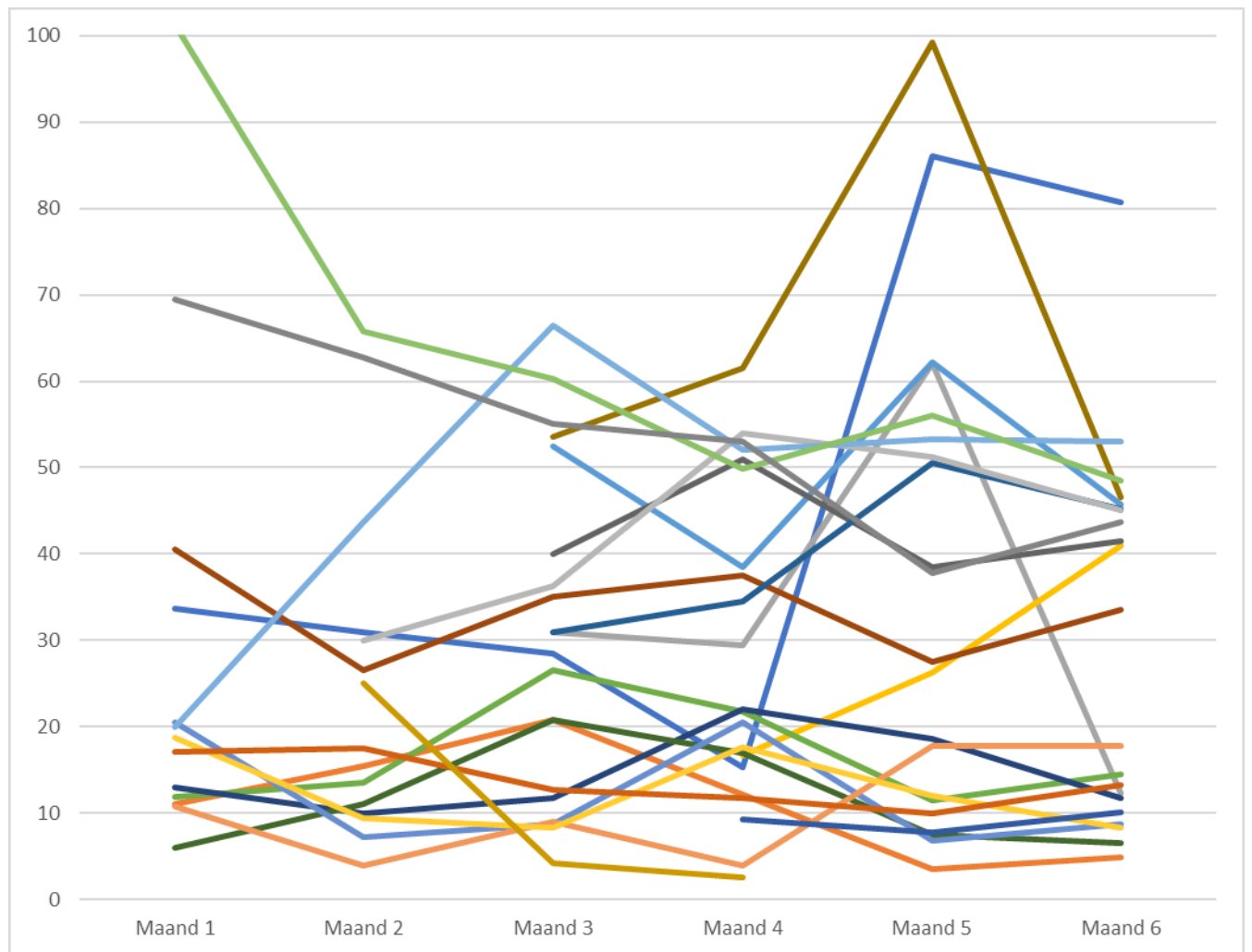
Tabel 4.1. Aantal uren woonbegeleiding per cliënt per maand\*

	Maand 1	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6	Gemiddeld
Cliënt 1	33,67	31,00	28,45	15,25	86,00	80,75	45,9
Cliënt 2	11,00	15,42	20,75	12,17	3,50	4,92	11,3
Cliënt 3	NB	NB	31,00	29,50	62,06	12,25	33,7
Cliënt 4	NB	NB	NB	16,75	26,25	41,00	28,0
Cliënt 5	NB	NB	52,50	38,50	62,25	45,75	49,8
Cliënt 6	11,92	13,50	26,50	21,75	11,50	14,50	16,6
Cliënt 7	13,00	10,00	11,75	22,00	18,67	11,75	14,5
Cliënt 8	40,50	26,50	35,00	37,50	27,50	33,50	33,4
Cliënt 9	NB	NB	40,00	51,02	38,50	41,50	42,8
Cliënt 10	NB	NB	53,50	61,50	99,25	46,50	65,2
Cliënt 11	NB	NB	31,00	34,50	50,50	45,17	40,3
Cliënt 12	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB
Cliënt 13	6,00	11,00	20,75	17,00	7,50	6,50	11,5
Cliënt 14	20,50	7,25	8,75	20,50	6,75	8,75	12,1
Cliënt 15	10,75	4,00	9,00	4,00	17,75	17,75	10,5
Cliënt 16	NB	30,00	36,25	53,92	51,25	45,00	43,3
Cliënt 17	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB
Cliënt 18	18,75	9,42	8,33	17,67	12,00	8,33	12,4
Cliënt 19	20,00	43,75	66,50	52,00	53,25	53,00	48,1
Cliënt 20	101,25	65,75	60,25	49,83	56,00	48,50	63,6
Cliënt 21	NB	NB	NB	9,33	7,83	10,17	9,1
Cliënt 22	17,08	17,50	12,75	11,75	10,00	13,25	13,7
Cliënt 23	69,50	62,75	55,00	53,00	37,75	43,75	53,6
Cliënt 24	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB
Cliënt 25	NB	25,08	4,25	2,58	NB	NB	6,4
Gemiddeld	28,7	24,9	30,6	28,7	35,5	30,1	29,7

\* NB = niet bekend. Door afronding van cijfers kan het voorkomen dat de gemiddelden bij herberekening iets afwijken.



**Figuur 4.1. Aantal uren woonbegeleiding per cliënt per maand**



# Bijlage A Literatuur en afkortingen

Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe. Final Report*. Bremen/Brussels: Housing First Europe.

Gilmer, T., Stefancic, A., Sklar, M. & Tsemberis, S. (2013). Development and validation of a Housing First Fidelity survey. *Psychiatric Services*, 64, pp. 911-914.

Loenen, T. van, Dries, L. van den, Jansen, N. & Wolf, J. (2018a). *Het Housing First model en de uitvoering van Housing First in Nederland*. Nijmegen: Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg.

Loenen, T. van, Dries, L. van den & Wolf, J. (2018b). *Housing First: beschikbare begeleiding voor HF-klanten en de mate waarin die als toereikend wordt ervaren*. Nijmegen: Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg.

Pleace, N. (2008). *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*. Edinburgh: Scottish Government Social Research.

Pleace, N. & Bretherton, J. (2013). The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. *European Journal of Homelessness*, 7(2), pp. 21-41.

Shamma, S. Al, Dries, L. van den & Wolf, J. (2018). *Het functioneren van Housing First klanten gevolgd in de tijd*. Nijmegen: UMC St Radboud.

Stefancic, A. & Tsemberis, S. (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in suburban county: a four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention*, 28, pp. 265-279.

Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27 (2), pp. 225-241.

Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The pathways model to end homelessness for people with mental illness*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.

Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94, pp. 651-656.

ACT	Assertive Community Treatment
EPA	Ernstige psychische aandoening.
HF	Housing First
HFR	Housing First Rotterdam
ICM	Intensive Care Management
MGI	Modelgetrouwheidsindicator
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

# Bijlage B Modelgetrouwheidsindicatoren

De volgende tabel bevat de 35 modelgetrouwheidsindicatoren volgens het 'Pathways to Housing' model, in het Nederlands opgesteld door Impuls (Van Loenen et al, 2018a), gebaseerd op de modelgetrouwheidsschaal van Gilmer et al. (2013). De MGI die in dit rapport aan bod komen zijn met een kleur geschreven. De HFR voldoet wel aan de MGI in groen schrift, maar niet aan de MGI in rood schrift

## WONEN EN HUREN

- 1 De cliënt heeft keuze in het type woning, of alle cliënten krijgen verspreide huisvesting aangeboden in zelfstandige appartementen, of de wooneenheid wordt toegewezen op basis van een objectieve evaluatie waarbij rekening gehouden wordt met de voorkeur van de cliënt.
- 2 De cliënt kiest de buurt waar hij wil gaan wonen, uitgaande van een huur die hij kan betalen, of de wooneenheid wordt toegewezen op basis van een objectieve evaluatie waarbij rekening gehouden wordt met de voorkeur van de cliënt.
- 3 De HF-praktijk laat de cliënt zelf meubilair kiezen en voorziet daarin indien nodig.
- 4 De HF-praktijk heeft directe toegang tot woonsubsidies en/of gesubsidieerde wooneenheden en stelt deze ter beschikking aan de cliënten (al dan niet via een wachtlijst).
- 5 Meer dan 60% van de cliënten betaalt niet meer dan 30% van zijn inkomen aan huisvesting.
- 6 De cliënt kan binnen 3 maanden na inschrijving bij HF verhuizen naar een woning.
- 7 Meer dan 60% van de cliënten verblijft in een zelfstandige woning van een woningcorporatie met ondersteunende diensten elders (niet ter plekke).
- 8 Meer dan 85% van de cliënten deelt geen slaapkamer met andere bewoners.
- 9 De cliënt krijgt toegang tot permanent en zelfstandig wonen, hiervoor dient hij enkel de verplichtingen van een standaard huurcontract na te komen en/of bereid te zijn deel te nemen aan persoonlijke ontmoetingen met begeleiders.
- 10 De cliënt mag gebruik blijven maken van permanent en zelfstandig wonen, hiervoor dient hij enkel de verplichtingen van een standaard huurcontract na te komen

en/of deel te nemen aan persoonlijke ontmoetingen met begeleiders.

- 11 De meerderheid van de cliënten heeft een huur- of wooncontract waarin zijn rechten en plichten als bewoner staan. Slechts bepalingen betreffende het bijwonen van persoonlijke ontmoetingen met begeleiders en/of bepalingen betreffende overlastgevend gedrag tegenover andere bewoners staan in het contract.
- 12 HF biedt de cliënt een nieuwe woning aan bij verlies van de woning. Hierbij mogen een aantal voorwaarden gesteld worden, namelijk: 1) een maximaal aantal keer dat een nieuwe woning aangeboden wordt, 2) de aanwezigheid van 'woonbereidheid' bij de cliënten, 3) een tijdelijk verblijf in een woonunit met intensiever toezicht voordat een nieuwe woning wordt aangeboden.
- 13 Bij verlies van de HF-woning blijft HF ondersteuning bieden aan de cliënt (evt. kan de cliënt diensten verliezen als hij niet aan bepaalde criteria voldoet).

## FILOSOFIE

- 14 De cliënt kiest zelf welke diensten en ondersteuning hij ontvangt of heeft inspraak in deze keuze, waarbij in de meerderheid van de keuzes gehoor wordt gegeven aan de voorkeuren van de cliënt. Eén persoonlijke ontmoeten met een begeleider per week is verplicht.
- 15 Medicatie en/of behandeling zijn niet verplicht voor cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) of enkel verplicht voor cliënten met een EPA bij wie de symptomen niet zijn gestabiliseerd.
- 16 Van cliënten die middelen gebruiken wordt niet geëist dat ze zich laten behandelen.
- 17 Cliënten hoeven zich niet te onthouden van alcohol en/of drugs, maar begeleiders streven samen met de cliënt naar ontwenning of proberen samen met de cliënt de negatieve gevolgen van hun gebruik te beperken en/of stemmen hun interventies af op het gebruik van de cliënt.



18 Geen drang of dwang voor het volgen van een behandeltraject (waaronder het verplichten van de cliënt tot dagelijkse afspraken met de begeleider).

19 Persoonsgerichte planning van begeleiding.

20 Systematische aanpak van minstens 2 van de volgende 6 leefgebieden d.m.v. het inzetten van specifieke interventies: geestelijke gezondheid & middelengebruik, huisvesting, fysieke gezondheid, werk & opleiding, financiën, participatie in de buurt/sociaal netwerk/spiritualiteit/vrije tijdsbesteding.

#### AANBOD VAN ONDERSTEUNING

21 Ondersteunende diensten voor behoud van de woning, zoals oriëntatie op de buurt, relatie met verhuurder, budgettering en winkelen.

22 Programma heeft een eigen psychiater/verpleegster of verwijst cliënt door naar psychiater/verpleegster binnen de gemeenschap en heeft (in)formele banden met die zorgverleners.

23 Toeleiding naar behandeling voor middelengebruik cliënt, indien nodig.

24 Toeleiding naar ondersteuning bij het vinden van betaald werk, indien gewenst.

25 Toeleiding naar ondersteuning bij het vinden van een opleiding, indien gewenst.

26 Toeleiding naar ondersteuning bij het vinden van vrijwilligerswerk, indien gewenst.

27 HF biedt minstens 2 van de volgende medische diensten aan voor cliënten met gezondheidsproblemen: screening op medische problemen of bijwerkingen van medicatie; beheer van medicatie voor lichamelijke gezondheid; samenwerking en coördinatie van diensten met medische partners van het reguliere zorgsysteem, gezondheidspromotie, preventie, voorlichting; diagnose en behandeling van lichamelijke aandoeningen binnen het programma.

28 Betaalde ervaringsdeskundige (van minimaal 0,5 FTE per 100 deelnemers) in het team.

29 Hulp bij sociale integratie d.m.v. het aanbieden van minstens 2 van de volgende diensten: Cursus voor sociale basisvaardigheden; recreatieve/ontspannende groepsactiviteiten; persoonlijke ondersteuning bij de ontwikkeling van sociale vaardigheden; diensten om de sociale functie van deelnemers te helpen

ondersteunen of vergroten; ondersteuning bij activiteiten die horen bij het burgerschap of het leven als burger.

#### STRUCTUUR HF-PRAKTIJK

30 Meer dan 50% van de cliënten heeft ervaring met minstens 2 van de volgende situaties: dakloos leven op straat, verblijf in opvangcentrum, EPA, opname in psychiatrisch ziekenhuis, middelengebruik/verslaving.

31 Intensive Case Management (ICM): caseload van niet meer dan 35 cliënten per FTE.

31 Assertive Community Treatment (ACT): caseload van niet meer van 15 cliënten per FTE.

32 ICM: cliënt heeft per maand minimaal 4 ontmoetingen met begeleider.

32 ACT: cliënt heeft per maand minimaal 2 ontmoetingen met begeleider.

33 ICM: begeleiders ontmoeten elkaar minimaal 1 keer per week i.v.m. plannen en evalueren van ondersteuning.

33 ACT: begeleiders ontmoeten elkaar minimaal 2 keer per week i.v.m. plannen en evalueren van ondersteuning.

34 In een teamvergadering worden minstens 2 van de volgende taken uitgevoerd: regelmatig bespreken van langetermijndoelen van alle cliënten, uitwerken planning voor medewerkers op basis van de behoeften en planning van de cliënten, bespreken van noodzaak van pro-actief contact om crisissen te voorkomen, bespreken van uitvoering eerdere taken van begeleiders.

35 Klanten hebben voldoende mogelijkheden voor inspraak bij activiteiten en beleid van HF. Minstens 2 van de volgende opties zijn aanwezig: formele klachtenprocedure, uitdrukkelijke kansen om feedback te geven (bijv. d.m.v. bijeenkomsten), deelname aan planning-, implementatie- en adviescomités, ervaringsdeskundigen zijn onderdeel van het team, deelname van cliënten aan bestuursoverleggen.

## Kennis voor een sterk Rotterdams beleid

Onderzoek en Business Intelligence is een afdeling binnen de gemeente Rotterdam. De afdeling verzamelt informatie en doet onderzoek voor het maken en uitvoeren van beleid door de gemeente Rotterdam. Het onderzoek gaat over onderwerpen als gezondheid, zorg, onderwijs, reïntegratie, demografie, ruimtelijke ordening en veiligheid. Soms is de gemeentelijke organisatie het onderwerp, vaker gaat het over de stad en haar bewoners. Het doel is steeds om met deze verzamelde kennis het beleid en de bedrijfsvoering van de gemeente te verbeteren.

### Auteurs



Dr. Anita Nanhoe is psycholoog, gepromoveerd in de sociale wetenschappen en doet onderzoek binnen het sociaal domein.



Drs. Eva Mandos is psycholoog en onderzoeker op het terrein van OGGZ en Maatschappelijke Opvang.



Susan Brand (MA) studeerde Humanistiek en Zorgethiek & Beleid en doet onderzoek naar kwetsbare groepen.

