



Rapportage Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

Rapportage vijfde meting van vijfjarig onderzoek naar
recidive dakloosheid in Utrecht, meting 2023

Dr. Nienke Boesveldt
Mette Palm
Universiteit van Amsterdam





Rapportage 2023

Voorkomen Herhaalde Dakloosheid

Vijfde en laatste meting van vijfjarig onderzoek naar recidive dakloosheid in Utrecht

Voor meer informatie:

Dr. Nienke Boesveldt
Universiteit van Amsterdam
N.f.boesveldt@uva.nl
nienkeboesveldt.com

Colofon

Opdrachtgevers/financiers

Gemeente Utrecht, Leger des Heils, de Tussenvoorziening, Lister, Kwintes & Buurtteams Utrecht

Projectleiding

Dr. Nienke Boesveldt en Josina Trompetter

Vertegenwoordiging vanuit de opdrachtgevers

Josina Trompetter (Leger des Heils), Carla Hugen (gemeente Utrecht), Eline van Tuijl (Lister), Angela van der Hoeven (Buurtteams), Astrid van Osenbruggen (Tussenvoorziening) en Manon ten Hoove/Mary van Termeij (Kwintes),

Auteurs

Dr. Nienke Boesveldt
Mette Palm, MSc, promovenda
Willemijn van Dungen, MSc
Prof. dr. Bram Orobio de Castro
Dr. Roy Gigengack

Onderzoekstagiaires

Mette Palm, MSc
Mila Brandsma, MSc

Ervaringsdeskundige interviewers

Robbert Brouwer
Thijs Kuiling
Peggy Demilt
Lisanne Krot

Met dank aan

De deelnemers aan de interviews in de regio Utrecht, Stadsteam herstel en betrokken begeleiders.

Omslagillustraties:

Linksboven: Frida Kole (1948-2015) / Illustratie voor Nienke Boesveldt (2015) *Planet Homeless. Governance Arrangements in Amsterdam, Copenhagen and Glasgow*. Den Haag: Eleven Publishing.

Rechtsonder: **ONZICHTBAARHEID** Dak- en thuisloze jongeren vertellen hun vrienden of familie niet vaak over hun situatie. Uit schaamte of uit angst voor afwijzing. Deze anonimisering is verbeeld door de slagschaduw die fotografisch ontstaan is. De personen zelf zijn via een softwareprogramma door een algoritme verborgen. Wie zien we hier? Ook een vriend of familie lid kan dak- of thuisloos worden. In de anonimiteit. © Rick van der Klooster/ [Het Beelddepot](#)

Deze uitgave is te downloaden via [Voorkomen Herhaaldelijke Dakloosheid](#)

© 2024, Nienke Boesveldt, Universiteit van Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de UvA.



Interesse in wat voorafging?

Voor u ligt de vijfde rapportage uit een reeks van vijf onderzoeksmetingen die plaatsvonden van 2019 tot 2023. Middels het meerjarig onderzoek waarbij 69 personen uit maatschappelijke opvang en beschermd wonen (MO/BW) worden gevolgd, verschaffen de onderzoekers inzicht in de beschermende en risicofactoren bij herhaalde dakloosheid.

Interesse in de voorgaande metingen en onderzoeksresultaten?

De eerste rapportage (Boesveldt, Kuijpers & Bochem, 2019) beschrijft de demografische kenmerken van de deelnemers bij eerste meting. De rapportage blikt terug op de aanleiding tot (herhaaldelijke) dakloosheid en beschrijft tevens door deelnemers geïdentificeerde beschermende factoren op verschillende levensgebieden om terugval te voorkomen.

In de tweede rapportage (Boesveldt, Kuijpers & Schokker, 2020) wordt de leefsituatie van de deelnemers een jaar na de 0-meting omschreven. Naast beschermende en risicofactoren voor herhaalde dakloosheid biedt de rapportage een verdieping op ervaringen met verslaving, psychiatrische kwetsbaarheid en het sociale netwerk van onze participanten.

De derde rapportage (Boesveldt, Kuijpers, Otto & Van der Veen, 2021) beschrijft de follow-up van de leefsituatie van onze participanten twee jaar na de start van het onderzoek. Naast de focus op beschermende en risicofactoren voor herhaalde dakloosheid biedt de rapportage een verdieping op de ervaringen van onze participanten omtrent schulden en financiële ondersteuning, binding met de wijk en ervaringen in detentie.

De vierde rapportage (Boesveldt, Kuijpers, Gercama & Van der Meer, 2022) beschrijft de follow-up van het cohort na drie jaar. Het verloop van de verschillende trajecten blijkt onder te verdelen in uitstroom richting woning (65%), onderbroken trajecten/herhaalde dakloosheid (13%) en langdurig verblijf MO/BW/specialistisch aanbod (10%). Verder gaat deze rapportage in op de (dis)continuïteit van ondersteuning in de wijk en lichamelijke gezondheid, somatiek en mortaliteit van de door de UvA gevolgde participanten.

Verklarende begrippenlijst

Uitleg over afkortingen of concepten in deze onderzoeksrapportage is terug te vinden op onze [website](#). Scan de QR-code hiernaast om deze pagina te openen.



Voorwoord van de wethouder

Terwijl we te kampen hebben met enorme krapte in de volkshuisvesting, is de daklozenproblematiek complexer dan ooit. We kennen diverse groepen met verschillende culturen, talen, hulpvragen en rechten. Dit maakt het voorkomen en verhelpen van dakloosheid tot een stevige uitdaging. Een uitdaging die onverminderd hoog op de agenda blijft staan, passend bij het Utrechtse principe 'ongelijk investeren voor gelijke kansen'.

Eerder onderzoek liet al zien dat het direct aanbieden van een permanente zelfstandige woning met passende, stabiele begeleiding in de meeste gevallen leidt tot het voorkomen van herhaalde dakloosheid. In Utrecht zien we dit ook in de pilot *Living Lab, Eerst een (t)huis*. Vanuit een eigen woning kan met de juiste ondersteuning gewerkt worden aan herstel en een zelfstandig bestaan.

Met dit onderzoek geeft Nienke Boesveldt helder inzicht in de risico- en beschermende factoren bij de begeleiding van (herhaalde) dak- en thuisloze mensen naar een permanente zelfstandige woonsituatie. Neem het feit dat de continuïteit van de vertrouwensband met de zorgverlener een belangrijke rol speelt in het voorkomen van een terugval. Of het feit dat ondersteuning bij het aannemen van een andere sociale rol dan die van dakloze persoon helpt bij herstel. Deze inzichten zijn erg waardevol. Hoewel dakloosheid in de kern een huisvestingsprobleem is, vind ik het sterk dat het onderzoek daarnaast inzicht biedt in hoe de relatie tot de zorg en het sociale netwerk een belangrijke rol spelen in het vinden van een weg uit de dakloze situatie en het voorkomen ervan. Dit rapport geeft ons dan ook weer aanknopingspunten voor het verbeteren van de aanpak van dakloosheid in Utrecht.

Rachel Streefland

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1. Follow-up cohort na vier jaar: een cijfermatig overzicht	12
1.1 Woon-, verblijf- en trajectsituatie participanten	12
1.2 Trajectsituatie participanten	13
1.2.1 Uitstroom richting woning	13
1.2.1.1 Risico- en beschermende factoren traject uitstroom richting woning	15
1.2.2 Onderbroken trajecten, herhaalde dakloosheid	16
1.2.2.1 Risico- en beschermende factoren onderbroken trajecten, herhaalde dakloosheid	16
1.2.3 Trajecten gekenmerkt door een langdurig verblijf in een voorziening	18
1.3 Trajecten ingedeeld naar eenmalig en herhaald dakloos	18
2. Negatieve jeugdervaringen en de samenhang met andere risico's op herhaalde dakloosheid	19
2.1 Eerder onderzoek	19
2.2 Onderzoeksaanpak	19
2.3 Resultaten	20
2.3.1 'Er alleen voor staan'	22
2.3.2 Negatieve jeugdervaringen in combinatie met risicofactoren herhaalde dakloosheid	23
2.3.3 Jeugdervaringen en een verhoogd risico op verslaving	24
2.3.4 Negatieve jeugdervaringen en betrokkenheid bij het strafrechtstelsel	25
2.3.5 Negatieve jeugdervaringen en verhoogd risico op een zwak sociaal netwerk	26
2.3.6 Negatieve jeugdervaringen en ggz-problematiek	27
Conclusie	28
3. Nadere analyse trajecten overleden respondenten	29
3.1 Inleiding en eerder onderzoek	29
3.2 Analyse onderzoek voorkomen herhaalde dakloosheid	30
3.2.1 Portretten van de overleden deelnemers	30
3.3 Resultaten nadere analyse trajecten overleden respondenten	31
3.3.1 Voorgeschiedenis en dakloosheid	31
3.3.2 Doodsoorzaak, voorgeschiedenis ziekte en signalen	32
3.3.3 Betrokkenheid zorginstanties rond overlijden	33
3.3.4 Middelengebruik	34
3.3.5 Netwerk	34
3.3.6 Financiën	35

Conclusie	35
4. Identiteitsreconstructie van (voormalig) herhaald dakloze individuen	37
4.1.1 Inleiding	37
4.1.2 Aanleiding	37
4.1.3 Eerder onderzoek	37
4.1.4 Theoretisch kader	37
4.1.5 Onderzoeksmethode	38
4.2 Bevindingen	38
4.2.1 Identiteitswerk in het dagelijks leven	39
4.2.2 'Het begint bij jezelf' - Het besef dat je je identiteit kunt veranderen en ontwikkelen	39
4.2.3 'Ik ben niet zoals zij' - Ontkoppeling van (ex-)dakloze individuen als management van stigma	40
4.2.4 'De dakloosheid is nog steeds een deel van mij' - Het verleden verwerken door restanten van de vroegere rol op te nemen in de nieuwe identiteit	41
4.2.5 Het zelf profileren - Identiteit bevestigen en beschermen door middel van status-mobilisatie	42
4.2.6 Identiteitswerk in het contact met instituties	44
4.2.7 '[We] zijn financieel niet winstgevend' – Zich buitengesloten voelen van de samenleving	45
4.2.8 Dakloosheid is geen 'ziekte' – Hulp weigeren als een daad van verzet tegen symbolisch geweld	46
4.2.9 Zich verhouden tot zorgverleners als vrienden om instellingen te kunnen gebruiken met behoud van zelfrespect	47
4.2.10 De dakloze persona spelen om hulp te ontvangen	48
5. Conclusie, discussie, aanbevelingen	51
Referenties	62
Eerdere factsheets en het onderzoeksteam	

Inleiding

Deze rapportage betreft de vijfde en tevens laatste meting van onderzoek naar het vóórkomen van herhaalde dakloosheid in de regio Utrecht. In eerder internationaal wetenschappelijk onderzoek is herhaalde dakloosheid door McQuiston et al. (2014) gedefinieerd als: ‘Het hebben van een of meer nieuwe episodes van dakloosheid op een gegeven moment na het verkrijgen van huisvesting, gedurende een bepaalde periode, volgend op een eerdere episode van dakloosheid’ (p. 505-513). Crane et al. (2012) schrijven dat herhaalde dakloosheid zich voordoet binnen de eerste zes tot achttien maanden na het verkrijgen van een nieuw plek. Verschillende auteurs (Kuhn & Culhane, 1998; Aubry et al., 2013; Benjaminsen & Andrade, 2015) laten ook zien hoe in noordelijke verzorgingsstaten (zoals Nederland) niet-witte personen met complexere behoeften zoals geestelijke gezondheidsproblematiek, middelenmisbruik en medische problemen vaker risico hebben op herhaalde (episodische¹ en chronische²) dakloosheid.

Herhaalde dakloosheid staat in de regio Utrecht sinds 2019 hoog op de agenda. Aanleiding hiertoe vormen hoge heraanmeldingscijfers bij de opvang (Van Everdingen et al., 2021; gemeente Utrecht, 2017³) en geïdentificeerde risicofactoren in klantroute-onderzoek (Disgover, 2018). Hieruit blijkt dat het gaat om een weerbaarstig probleem dat vraagt om een integrale aanpak op meerdere levensgebieden; er zijn verschillende interventies gericht op het voorkomen van herhaalde dakloosheid ingezet (zie bijlage tien puntenplan). De hiertoe ingerichte Regiegroep heeft de Universiteit van Amsterdam middels een Projectgroep Onderzoek (van Leger des Heils, Tussenvoorziening, Lister, Kwintes, Buurtteam Utrecht en gemeente Utrecht) gevraagd als uitvoerende partij van een vijfjarig cliëntvolgend onderzoek. Voor u ligt de vijfde meting van dit onderzoek.

Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om gedurende vijf jaar vanuit het cliëntperspectief kennis te verzamelen om zo geïnformeerd beleidsplannen te ontwikkelen, zodat het percentage daklozen dat opnieuw dakloos wordt na verblijf in de maatschappelijke opvang of beschermd wonen wordt verminderd. Hiertoe stelt de onderzoeksgroep de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe verloopt het traject van personen die nieuw instromen in de keten maatschappelijke opvang en beschermd wonen (MO/BW) of eerder dakloos zijn geweest?
2. In hoeverre verklaren bekende en nog onbekende risicofactoren heraanmeldingen?
3. In hoeverre verklaren bekende en nog onbekende kenmerken van dakloze personen heraanmeldingen?

Op deze vragen hebben wij door het herhaaldelijk interviewen van cliënten een antwoord verkregen. Door deze cliënten vijf jaar lang te volgen en jaarlijks ervaringen terug te koppelen tijdens leerbijeenkomsten met het brede veld van relevante stakeholders – waaronder de Gemeente Utrecht, uitvoerende partijen en woningcorporaties uit Utrecht en de regio – is het mogelijk gebleken om beleidsinstrumenten en werkmethodes te verbeteren, alsmede de ervaringen van dakloze personen

¹ Meerdere malen dakloos, gebruik van opvang.

² Dakloosheid zonder de tussenkomst van huisvesting.

³ Op 4-10-2023 is navraag gedaan bij de gemeente Utrecht volksgezondheidsmonitor of er actuelere cijfers zijn.

in de opvang en beschermd wonen. Ook kunnen zo preventiestrategieën worden ontwikkeld om herhaaldelijke dakloosheid duurzaam aan te pakken.

Onderzoeksopzet

Gedurende vijf jaar (van 2019 tot en met 2023) volgt dit onderzoek de trajecten van 69 (ex-)dak- en thuisloze personen in de regio Utrecht. Deelnemers worden gedurende deze vijf jaar jaarlijks geïnterviewd: twintig van deze participanten zijn mensen die bij aanvang van het onderzoek verblijven in de nacht- of crisisopvang⁴ en te maken hebben gehad met meer dan één voormalig dakloze episode in het verleden. De andere 49 participanten van dit onderzoek zijn mensen die bij aanvang van het onderzoek verbleven in de maatschappelijke opvang of een instelling voor beschermd wonen, en die naar verwachting binnen acht maanden na het eerste interview zouden uitstromen⁵ naar een zelfstandige woning in de wijk of die reeds (niet langer dan drie maanden geleden) zijn uitgestroomd. Door ook deze participanten vijf jaar te volgen is inzichtelijk gemaakt welke aspecten bijdragen aan herhaalde dakloosheid, dan wel wat de beschermende factoren zijn bij het langdurig stabiel huisvesten van deze doelgroep.

Tijdens de eerste onderzoeksronde bleek dat elf van de 49 participanten, op dat moment verblijvend in een MO- of BW-voorziening, ook herhaald dakloos waren. Dit maakt dat de onderzoeksgroep uiteindelijk bestaat uit 38 eenmalig dakloze en 31 herhaald dakloze participanten. In deze rapportage bespreken wij onze bevindingen zowel in de eerdere vastgestelde subgroepen (afgekort tot MO, BW en HD⁶) als waar relevant in de indeling eenmalig en herhaald dakloos. Dit laatste is met name het geval bij de trajectindelingen uit hoofdstuk 1 en 3. Hoofdstuk 3 bespreekt het verschil in risicofactoren sinds de jeugd.

Deze vijfde rapportage geeft een overzicht van de leefsituaties van de participanten vier jaar na het eerste interview. Het biedt wederom een doorkijk door de trajecten van onze participanten in de afgelopen vijf jaar op de verschillende beschermende en risicofactoren, zoals deze de afgelopen metingen zijn besproken. In de vijfde rapportage loopt als een rode draad door de verschillende hoofdstukken heen hoe de identiteitsconstructie van verschillende personen verloopt (al vroeg leert een deel: 'Ik sta er alleen voor', H2), wat het later moeilijker maakt om hulp te vragen of te accepteren. Dit kan verklaren dat personen eerder overlijden (H3) of dat het maken van de stap naar herstel het nodige van hen vraagt (H4).

Benadering participanten vijfde meting (T4)

Het onderzoek richt zich op het traject van 69 mensen uit de omgeving Utrecht. Van vijf participanten is bekend dat zij de afgelopen vier jaar zijn overleden. Over deze vijf casussen hebben wij de betrokken

⁴ De eerste twee jaar van het onderzoek kende de regio Utrecht nog nachtopvang. Sinds drie jaar kent de regio alleen nog 24-uursopvang.

⁵ Definitie uitstroom rapportage meting 1: binnen acht maanden na het interview (voor eind 2019) of maximaal drie maanden voorafgaand aan het interview. Dit is met uitzondering van volledig pakket thuis (VPT) en Housing First. Hoewel personen in de meeste gevallen kunnen blijven wonen in de eigen woning is de definitie van uitstroom hierbij het 'omklapmoment'. Dit betekent vaak dat de intensiteit van de begeleiding wordt afgebouwd, en de woning op eigen naam komt te staan. Een alternatief vormt de driepartijenovereenkomst.

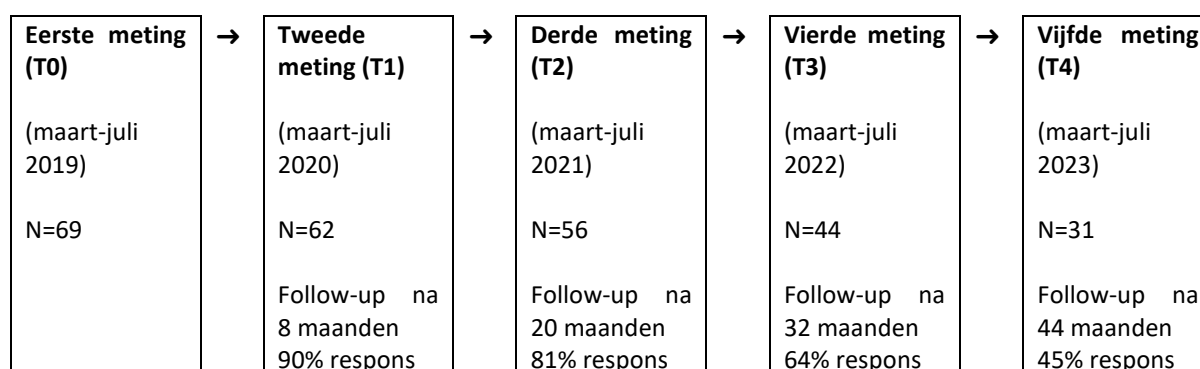
⁶ Participanten vanuit een MO-voorziening, participanten vanuit een BW-voorziening en herhaald dakloze participanten

professionals benaderd, waarvan de bevindingen en een nadere analyse op deze bevindingen worden beschreven in hoofdstuk 3. Er is veel inspanning gedaan om elk van de participanten van het oorspronkelijke cohort⁷ opnieuw te spreken of te achterhalen hoe het met hen gaat. Hierbij is gebruikgemaakt van tijdens eerdere interviews verkregen contactgegevens zoals telefoonnummers, e-mailadressen en socialmedia-accounts. Ook is bij elk interview gevraagd naar contactgegevens van betrokkenen uit het sociaal netwerk en begeleidende en hulpverlenende instanties om deelnemers via deze weg te benaderen indien zij niet persoonlijk getraceerd konden worden. Ten slotte is participanten tijdens interviews gevraagd om toestemming voor het vertrouwelijk raadplegen van gegevens over hun woonsituatie en participatie bij hun gemeente en/of begeleidende instelling.

In totaal zijn 30 participanten opnieuw geïnterviewd en heeft één participant een vragenlijst teruggestuurd⁸. Daarnaast hebben wij van 16 participanten met actuele registratiegegevens een actueel beeld kunnen krijgen van de status van hun traject na vijf jaar. Hierbij zaten participanten die meerdere metingen niet meer gesproken waren, en waardoor we nu beter weten hoe het traject van deze participanten is verlopen. Van slechts drie participanten hebben we helemaal geen actuele gegevens, de trajecten van de overige participanten, die dit jaar niet gesproken zijn, kunnen we baseren op informatie uit eerdere metingen.

Respons

Zoals te zien in figuur 1 heeft dit bij de follow-up na 44 maanden geleid tot een respons van 31 participanten (45%) van het oorspronkelijke cohort. Met 30 van de participanten heeft een volledig interview kunnen plaatsvinden, één participant stuurde een volledig ingevulde vragenlijst terug; 33 participanten geven aan (dit jaar) geen interesse te hebben in deelname, of met hen was geen contact.



Figuur 1. Follow-up bij vijfde meting

⁷ In de rapportage van de eerste meting (2019) wordt het selectieproces van het oorspronkelijke cohort uitgebreid omschreven.

⁸ Participanten voor wie een volledig interview gezien hun persoonlijke situatie of beperkte interesse om deel te nemen niet passend was, is een beperkte set vragen gesteld middels een opgestuurde vragenlijst. Daarbij is getracht een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de huidige woonsituatie, belangrijke life events, aansluiting op zorg en ondersteuning, persoonlijk welzijn en andere belangrijke veranderingen in het traject het afgelopen jaar. De mate waarin deze verschillende vragen zijn beantwoord, verschilt per participant. Antwoorden van participanten die deze vragen wel hebben beantwoord zijn meegenomen in zowel de kwalitatieve als kwantitatieve analyses in deze rapportage.

Tenzij participanten aan hebben gegeven niet meer benaderd te willen worden, is ervoor gekozen om elk van de uitgevallen participanten bij een nieuwe meting opnieuw te benaderen voor deelname. Uitval uit het onderzoek kan immers duiden op belangrijke aspecten of 'life events' in de trajecten van de onderzochte doelgroep, die dit onderzoek beoogt in beeld te brengen. Het komt tijdens de afgelopen metingen voor dat participanten niet langer deelnemen omdat het nu beter met hen gaat, en zij de periode ten tijde van het laatste interview achter zich willen laten. Uit de gemeentelijke registraties blijkt echter dat ook een deel van de participanten die we sinds de eerste meting niet meer hebben kunnen interviewen, de afgelopen vier jaar in bepaalde periodes vallen onder de categorieën 'tijdelijk gelogeed bij familie/vrienden zonder uitzicht op een slaapplek voor de volgende week' en/of 'minimaal één nacht in de nachtopvang geslapen'. Om zo goed mogelijk zicht te houden op de trajecten van de initiële 69 participanten uit de eerste meting, is destijds binnen het onderzoek gekozen gedurende de komende metingen te blijven investeren in contact met participanten uit eerdere rondes in plaats van vervangende participanten deel te laten nemen bij nieuwe rondes.

Meetinstrument: kwalitatieve interviews met ervaringsdeskundige duo-onderzoekers gecombineerd met gestandaardiseerde vragenlijst

Elk van de 30 interviews is afgenomen door een team van duo-onderzoekers, bestaande uit een onderzoeker van de Universiteit van Amsterdam en een getrainde ervaringsdeskundige met eigen ervaringen rondom dakloosheid of psychische kwetsbaarheden. Bij deze meting waren de betrokken ervaringsdeskundige interviewers Robbert Brouwer, Thijs Kuiling, Peggy Demilt en Lisanne Krot⁹. Deskundigheid vanuit eigen ervaring helpt bij het doorvragen op de juiste onderwerpen en momenten en draagt bij aan een gemoedelijke en vertrouwelijke sfeer waarin ruimte bestaat voor het bespreken van persoonlijke en soms emotionele ervaringen van kwetsbare personen (Baerveldt, 2003).

Evenals bij de eerdere metingen werd bij de interviews van de vijfde meting gebruikgemaakt van een herijkte semigestructureerde vragenlijst. Deze is gebaseerd op de door Van Everdingen (2015) en Disgover (2018) in Utrecht vastgestelde vijf levensdomeinen die een risico vormen voor herhaalde dakloosheid: aanwezigheid van sociaal netwerk en sociale contacten, daginvulling en zingeving, overdracht van zorg, financiële zelfredzaamheid en de mate van samenhang in een persoonsgericht traject. De vragenlijst is verrijkt met vragen die ingaan op ervaringen met het uitstroom- of verhuismoment, de continuïteit en eventuele overdracht van zorg, gerelateerd aan somatiek¹⁰, zelfgeïdentificeerde risico's (zowel voor dakloosheid als verslaving) en risicovolle en beschermende factoren, om zo te komen tot een beter begrip van herhaaldelijke dakloosheid.

Daarnaast is gebruikgemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst ter kwantificering van een aantal indicatoren. Vragen van de gestandaardiseerde vragenlijst gaan in op de bovengenoemde vijf levensdomeinen en zijn gebaseerd op het Lehman-'Quality of Life Interview' (Lehman, Kernan & Postrado, 1995) en de zorgbehoeftenlijst van het Trimbos Instituut (2003).¹¹

⁹ Kijk voor een beschrijving van de achtergrond van onze teamleden op [Onze onderzoekers – nienkeboesveldt.com](https://nienkeboesveldt.com).

¹⁰ Toegevoegd vanaf de vierde meting.

¹¹ Aangezien participanten de mogelijkheid is gegeven ook aan te geven vragen niet te willen beantwoorden, wisselt de respons van het cohort bij een aantal van de vragen. In de in de rapportage opgenomen tabellen wordt met (N=X) aangegeven hoeveel participanten een vraag hebben beantwoord.

Opbouw rapport

In deze rapportage bespreken wij allereerst de cijfermatige veranderingen van de verblijfplaats van de participanten in de vijfde meting en het daarbij gevolgde traject. Hoofdstuk 1 maakt ook een vergelijking met de eerdere indeling in trajecten en laat een indeling van de trajecten zien in twee groepen: personen die eenmaal dakloos zijn geweest en zij die dit herhaald zijn geweest. De verdere verdieping op de verschillende trajecten van onze participanten en de bijbehorende risico- en beschermende factoren en verschillen per traject zijn in de vorige rapportage reeds beschreven. De belangrijkste bevindingen hiervan zijn dit jaar nog wel in de bijlage opgenomen. Hoofdstuk 2 bespreekt een cijfermatige analyse van 69 respondenten en de mate waarin eenmalig en herhaald dakloze participanten verschillen op het gebied van risicofactoren als negatieve jeugdervaringen en verslaving (en de relatie hiertussen), ggz-problematiek, contact met politie en justitie en een zwak sociaal netwerk. Hoofdstuk 3 bespreekt naar aanleiding van aanvullende interviews die dit jaar zijn afgerond met begeleiders van de vijf vroegtijdig overleden participanten welke beschermende en risicofactoren te onderscheiden zijn tegen deze ultieme vorm van uitval. Aan bod komen de voorgeschiedenis van deze participanten, de achtergrond, het contact met begeleiders, middelengebruik, financiën en het sociaal netwerk ten tijde van het overlijden. Hoofdstuk 4 beschrijft het narratief over het identiteitswerk dat vier herhaald dakloze participanten hebben moeten doen om de afgelopen jaren een stap naar stabielere huisvesting voor zichzelf mogelijk te maken. De rapportage sluit af met een conclusie waarin de kernpunten worden herhaald, geplaatst in een bredere discussie met daarin een aantal aanbevelingen voor het betreffende beleid.

De resultaten worden in sommige gevallen ondersteund met illustratieve citaten. Tenzij anders vermeld, zijn de bevindingen altijd gebaseerd op meerdere interviews. Ook wordt bij sommige thema's een geanonimiseerde casus uitgelicht om resultaten te illustreren. Hierbij wordt gebruikgemaakt van pseudoniemen (dezelfde als bij eerdere metingen) en is getracht de casus zo anoniem mogelijk te beschrijven.

1. Follow-up cohort na vier jaar: een cijfermatig overzicht

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de trajecten van participanten over de afgelopen vier jaar. Twee derde van de participanten is ten tijde van deze vierde meting uitgestroomd naar een zelfstandige woning. Een derde van de participanten heeft alternatieve en minder stabiele routes bewandeld. In dit hoofdstuk kijken we naar de huidige woon-/verblijfplaatsen van participanten en leggen een relatie met de eerder en in de volgende hoofdstukken beschreven beschermende en risicofactoren per traject.

1.1 Woon-, verblijf- en trajectsituatie participanten

Tabel 1 omschrijft de woon- of verblijfplaats van participanten gedurende de afgelopen vier jaar. Van boven naar beneden staat de mate van stabiliteit van deze woonplek, van meer permanent naar meer tijdelijk.

Tabel 1. Woon-/verblijfplaats van participanten gedurende T0, T1, T2, T3 en T4

	2019 (meting T0)	2020 (meting T1)	2021 (meting T2)	2022 (meting T3)	2023 (meting T4)
Verblijfslocatie / woonlocatie	%	%	%	%	%
Zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam (omgeklapt, middels urgentie, inschrijftijd of zelf gevonden)	13%	30%	41% (28)	45% (31)	61% (42)
Zelfstandige woonruimte met omklapcontract/driepartijenovereenkomst*	16%	19%	22% (15)	15% (10)	6% (4)
Tijdelijke woning op naam van begeleidende instantie (zonder omklapmogelijkheid, trainingswoning)	1%	3%	4% (3)	4% (3)	3% (2)
Beschermd wonen (intramuraal)	22%	9%	6% (4)	9% (6)**	6% (4)
Maatschappelijke opvang 24-uurs	25%	22%	9% (6)	4% (3)	6% (4)
Nachtopvang****, geen vaste verblijfplaats, tijdelijk verblijf bij vrienden/partner	21%	6%	-	1% (1)	6% (4)
Verblijf in buitenland	-	1%	4% (3)	3% (2)	1% (1)
Verblijfplaats onbekend***	-	9%	12% (8)	13% (9)	4% (3)
Overleden	-	1%	3% (2)	6% (4)	7% (5)
Totaal	100% (69)	100% (69)	100% (69)	100% (69)	100% (69)

* Inclusief omklapcontract Housing First Leger des Heils en Tussenvoorziening (drie participanten, waarvan één vanaf T0).

** Inclusief twee personen in een kliniek en een kliniek voor SGLVG (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt).

*** Gegevens match gemeentelijke bestanden leverde veel informatie op over voorheen verblijfplaats onbekend.

**** In Utrecht is in 2020 de nachtopvang overgegaan naar 24-uurs maatschappelijke opvang. Dit betreft de locaties Sleep-Inn, Nachtopvang in Zelfbeheer (NoiZ) en De Biltstraat (vanaf 2022). De locaties Laagdrempelige 24-uursopvang (LDO), Parana Kort Verblijf (PKV) en Boka bieden al langer 24-uursopvang in plaats van nachtopvang.

Tabel 2 laat zien dat het aantal participanten met een zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam nog steeds toeneemt. Terwijl de groei hiervan tussen de derde en vierde meting ietwat leek af te vlakken (van 13, 30, 41 naar 45%), herstelt deze zich dit jaar naar 61%. De trend dat zelfstandige woonruimtes met omklapcontract of driepartijenovereenkomst minder vaak voorkomen in het cohort zet door (van 16, 19, 22, 15 naar 6%), deels omdat participanten nu tot de eerste categorie, zelfstandige woonruimte met contract op eigen naam, zijn gaan behoren. Het aantal participanten dat verblijft in een tijdelijke woning op naam van begeleidende instantie zonder omklapmogelijkheid blijft nog min of meer gelijk (van 3 naar 2 participanten). Deze participanten kunnen hier niet blijven na afloop van het traject, omdat het een doorstroomwoning betreft of deze te duur is om zelfstandig met een bijstandsuitkering te huren. Dit is onwenselijk, omdat het gepaard gaat met de risico's die een verhuizing behelst, zoals is gebleken uit de voorgaande metingen (niet alleen de plek van iemands bed verandert, maar vaak ook de persoonlijk begeleider, behandelaar, huisarts, daginvulling etc.).

Het trajectverloop van het afgelopen jaar van de participanten van elk van de drie onderzoeksgroepen wordt weergegeven in tabel 2.

1.2 Trajetsituatie participanten

Tabel 2 beschrijft de trajetsituatie van participanten van de eerste tot de vijfde meting. Vorig jaar zijn voor het eerst de verblijfswisselingen van de participanten in deze trajecten ingedeeld in verschillende categorieën. Deze indeling is gebaseerd op de trajecten van participanten die procentueel het duidelijkst naar voren komen. Zo kunnen participanten initieel de ene route doorlopen en uiteindelijk een andere. Een voorbeeld hiervan is initieel een kortere tijd verblijf in het eigen netwerk, om vervolgens via verblijf in de maatschappelijke opvang in een omklaptraject terecht te komen. Wij geven in deze rapportage zo goed mogelijk duiding aan deze trajecten. De onderscheiden trajecten zijn in grote lijnen: uitstroom richting woning (trajecten 1 en 2, van 65% naar 68%); onderbroken trajecten / herhaalde dakloosheid (trajecten 3 en 4, van 13% naar 20%). Deze toename is met name toe te schrijven aan het in T4 kleiner worden van de categorie 'te weinig info om te categoriseren'. De derde hoofdcategorie is langdurig verblijf in MO of BW, die dit jaar is gecombineerd met specialistisch zorgaanbod (trajecten 5 en 6, van samen 10% naar 7%). We zien ook verschillen in hoe de verschillende groepen participanten van het sample uit T0 (MO, BW, HD) over de afgelopen twee metingen vertegenwoordigd zijn in deze trajecten.

1.2.1 Uitstroom richting woning

Over **uitstroom richting woning** zagen we bij de tweede meting dat één jaar na het eerste interview de helft van de participanten (52%) een traject richting een zelfstandige woonruimte heeft. Bij de derde meting betrof dit twee derde (67%), bij de vierde meting (65%) en deze laatste meting 68%. Het traject richting zelfstandige woning met contract op eigen naam via omklapcontract of driepartijenovereenkomst komt het meest voor bij participanten die uitstromen vanuit een BW-voorziening (T3 78%, T4 74% van de participanten uit deze BW-groep). In T3 bevond 50% van de participanten uit de MO-groep zich in een traject richting zelfstandige woonruimte, in T4 is dit 55%. Voor de HD participanten was dit in T3 45% en in T4 30%. Deze laatste groep zit nog vaker (30%) in een situatie van intermediaire verhuur of een driepartijenovereenkomst (categorie 1B in tabel 2).

Trajectstatus per onderzoeksgroep

Tabel 2 toont de verdeling van de gevolgde participanten met verschillende achtergronden per traject, in T3 en T4

Tabel 2.

	Soorten trajecten	T3		T4		T3		T4		T3		T4		T3		T4	
		Aantal	%	Aantal	%**	MO	%	MO	%	HD	%	HD	%	BW	%	BW	%
1A	MO/BW omgeklapt	41	59%	38	55%	11	50%	12	55%	9	45%	6	30%	21	78%	20	74%
1B	MO/BW nog in omklap***			4	6%			0	0%			4	20%			0	0%
2	MO/BW eigen oplossing	4	6%	5	7%	3	14%	4	18%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%
3	MO buitenland	4	6%	1	1%	2	9%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%
4	Instabiel traject / herhaald dakloos	5	7%	13	19%	1	5%	4	18%	3	15%	7	35%	1	4%	2	7%
5 of 6	Langdurig verblijf BW / specialistisch zorgaanbod	7	10%	5	7%	2	10%	1	5%	3	15%	1	5%	2	7%	3	11%
x	Te weinig info om te categoriseren	8	12%	3	4%	3	14%	1	5%	2	10%	0	0%	3	11%	2	7%
		69*	100%	69*	100%	22	100%	22	100%	20	100%	20	100%	27	100%	27	100%

* In bovenstaande aantallen zijn ook de trajecten van de vijf inmiddels overleden participanten meegenomen.

** langer dan 2 jaar 1B --> 5/6

*** Participanten die met een driepartijen overeenkomst Beter Wonen uitstromen uit de MO/BW en bij wie de woning wel op naam van de participant staat (huurovereenkomst tussen huurder en woningcorporatie), maar daarnaast is er ook een begeleidingsovereenkomst waarin staat dat client nog 2 jaar wordt begeleid (door buurtteam of door andere partij in de regio) vallen hier onder de groep 'nog in omklap'. Een voorbeeld hiervan vormt de driepartijenovereenkomst die Living Lab-bewoners in de locatie Nijvelt hebben tussen de huurder, woningcorporatie en het Leger des Heils.

De zelfstandige woning (kamer) op eigen naam (6% van de totale groep bij T3, 7% in T4), die voorkomt uit een eigen oplossing ontwikkelt zich van 14% naar 18% van de maatschappelijke opvang participanten en blijft 5% van de herhaald dakloze groep participanten. Dit kan gepaard gaan met het stoppen met een begeleidingstraject. Voorbeelden van deze eigen oplossingen zijn: een kamer via WoningNet of Kamernet, een corporatiewoning via loting of een eenmalig aanbod dat is gedaan, een corporatiewoning via opgebouwde wachttijd of woningruil met de woning van de partner, waardoor bij een ruimere woning de participant bij de partner in kan trekken. Wat hierbij opvalt is dat allen zowel op het moment van uitstroom als later geen begeleiding ontvangen en ook niet zijn overgedragen naar het buurt- of wijkteam. Op de moeilijkheid van het vragen om en accepteren van hulp wordt in hoofdstuk 4 verder ingegaan.

1.2.1.1 Risico- en beschermende factoren traject uitstroom richting woning

In de fase van dit traject van **voorbereiding uitstroom** vormen risico's: vooraf weinig inzicht in risico's/ondersteuningsvragen na uitstroom, overheersing van vreugde en bureaucratie bij overgang naar andere gemeente. Beschermende factoren daarentegen worden gevormd door een tijdige voorbereiding op zelfstandigheid, tijdige stabilisatie schulden, zo vroeg mogelijk duidelijkheid over het verloop van het traject en bijbehorende begeleiding, tijdig aanvragen van regelingen en beschikken over een actueel preventieactieplan.

Op het daadwerkelijke **uitstroommoment**, het verhuizen uit de voorziening, gelden als risico's: veel veranderingen, regelzaken, nieuwe verantwoordelijkheden, 'Dip in the mood' na intrek woning, onduidelijkheid over levende en veranderende hulpvragen en wisseling in begeleiding en/of begeleider. Beschermende factoren op dit kritische moment vormen: intensieve begeleiding bij de start in de nieuwe woning, begeleiding die nabij en flexibel opschaalbaar is, minimaal drie maanden warme samenwerking en overdracht, blijvende reflectie op en actualisering van het preventieactieplan, aandacht voor de emotionele impact (eventueel inzet van ervaringsdeskundigheid op dit gebied) en aandacht voor de continuïteit van dagstructuur, daginvulling en/of zingeving.

Op het **omklapmoment** worden risico's gevormd door discontinuïteit van begeleiding, onvoldoende kennis bij participant of begeleider van het aanbod van buurt- of wijkteam en dat door de vreugde om de omklap de risico's minder worden gezien. Een belangrijke beschermende factor die participanten zelf graag ook willen doorzetten is continuïteit van financiële ondersteuning.

Op de **lange termijn** gelden als risico's het moeite hebben met het op afstand houden van risicovolle contacten gerelateerd aan middelen-/alcoholgebruik of het daklozencircuit (vaak ook geen wens tot ondersteuning hierbij). Daarnaast ligt vereenzaming op de loer. Afstand tot bekende voorzieningen/contacten kan zorgen voor isolatie, personen met verslavingsgevoeligheid worden hierdoor vaak getriggerd tot gebruik. Ook het ervaren van onvoldoende ondersteuning bij omgang met verslaving(sgevoeligheid) voor uitstroom (inclusief detox) komt hierbij aan de orde. Beschermende factoren op de langere termijn om zelfstandig te kunnen blijven wonen zijn continuïteit van het huurcontract en een proactieve en lange adem van welzijnswerk.

Acute risicofactoren, naar aanleiding van bijvoorbeeld een life event als het verbreken van een relatie, een overlijdensgeval, ziekte of terugval in verslaving of een snelle opeenstapeling van problemen, zijn actueel gedurende het gehele traject. Participanten zoeken pas in een erg laat stadium naar hulp van bijvoorbeeld het buurt- of wijkteam. Er is dan vaak te weinig tijd om nog effectief hulp in te schakelen. Ook hebben veel participanten het gevoel zelf verantwoordelijk te zijn voor hun situatie, hebben zij veel schaamte of kennen zij grote barrières om aan de bel te trekken bij professional of informeel netwerk. Op deze ervaren barrières wordt in hoofdstuk 2 en 4 nader ingegaan. Hierin wordt onder andere besproken hoe ongelijkwaardige bejegening vanuit hulpverlening het moeilijk maakt voor participanten om ondersteuning te accepteren. Het vinden van een woning (eigen oplossing) is opvallend vaak reden voor herhaalde dakloosheid bij herhaald dakloze participanten uit de eerste meting.

1.2.2 Onderbroken trajecten, herhaalde dakloosheid

De categorie **onderbroken trajecten / herhaalde dakloosheid (20%)** beschrijft trajecten die het minst worden gekenmerkt door stabiliteit in de verblijfssituatie. Zo zijn er trajecten met verblijf bij familie of vrienden of het buitenland, en trajecten met tussentijds verblijf in detentie of teruggang in een traject. Onder deze trajecten valt onder meer vertrek naar het buitenland; dit komt in T3 voor bij 6% van de participanten, in T4 neemt dit af naar 1%, 1 persoon. Over dit verblijf in het buitenland hebben wij doorgaans minder informatie. Met drie van de vier participanten zelf die na de eerste meting zijn vertrokken naar het buitenland is sinds het eerste interview geen contact geweest. Er is vaak wel contact geweest met begeleiding of familie in het buitenland. Desalniettemin is te zien dat participanten in het buitenland wel over een woonplek beschikken, maar vaak niet over stabiele huisvesting in de vorm van een eigen woning (op één participant na die in het buitenland wel over een eigen woning beschikt). De analogie met dit traject en traject vier is overigens duidelijk. Een deel van de trajectindelingen is verhuisd van categorie drie naar vier.

In de eerste rapportage wordt beschreven dat vertrek naar het buitenland onder participanten vaak onvoorbereid is.¹² Hierdoor kunnen participanten bij terugkomst aanzienlijke schulden hebben opgebouwd, vanwege onvoorbereid vertrek en doorlopende kosten. Participanten in deze trajecten zijn in dit onderzoek alleen afkomstig uit de herhaald dakloze groep (10% van de HD-groep) en de maatschappelijke opvang-groep (9% van de MO-groep).

De categorie van onderbroken trajecten met kenmerken van herhaalde dakloosheid betreft trajecten waarbij participanten afwisselend verblijven in opvang, MO 24-uurs- of BW-voorzieningen, detentie of het eigen netwerk. Het komt ook voor dat deze participanten afwisselend enige tijd in een eigen woning hebben verbleven, maar deze tijdens de looptijd van dit onderzoek ook weer zijn kwijtgeraakt. Participanten in dit traject zijn afkomstig uit de herhaald dakloze groep (T3 15%), de maatschappelijke opvanggroep (T3 5%) en de beschermd wonen-groep (T3, 4%). In T4 is dit alleen nog HD.

1.2.2.1 Risico- en beschermende factoren onderbroken trajecten, herhaalde dakloosheid

Tussentijds verblijf in detentie vormt een belangrijke risicofactor voor herhaalde dakloosheid. We zetten hier de specifieke risico's en beschermende factoren op een rij. Allereerst de **voorbereiding op detentie**. Risico's zijn dat inhechtenisname van tevoren niet altijd goed in beeld is bij de participant

¹² Zie de eerste rapportage voor uitgebreidere analyse van risicofactoren bij vertrek naar het buitenland (p. 47).

(niet openen brieven, onbetaalde geldboete, oude straf). Een ander risico wordt gevormd door moeizame afstemming met MO/BW-voorziening over terugkeer. Beschermende factoren in deze fase zijn: tijdige en duidelijke afspraken over continuïteit van de plek tijdens detentie tussen participant, verblijfsvoorziening en PI, contact bewindvoerder over doorbetalen van rekeningen.

Wanneer de **voorbereiding op uitstroom uit detentie** plaatsvindt, gelden als risico's: stoppen van uitkering – risico huur/financiering verblijfsplek, exacte datum vrijlating vaak onvoorspelbaar of laat bekend, vrijwillig ondersteuningskader wordt vaak afgewezen en participanten overzien periode na detentie niet altijd. Beschermende factoren zijn hier het proactief aanbieden van ondersteuning bij terugkeer (ook vanuit gemeente) en een levensloopbenadering: het beperken van discontinuïteit op verschillende levensgebieden tijdens hechtenis.

Bij de eigenlijke **terugkeer uit detentie** gelden als risico's: dakloosheid door het verliezen van de oude MO- of BW-plek en het opnieuw moeten starten met een traject. Beschermende factoren blijken te zijn: positief netwerk en de beschikbaarheid van MO of continuïteit van de plek in BW.

Het traject van Richard, dat zich de afgelopen metingen ontwikkelde van MO naar BW, is uiteindelijk twee keer onderbroken geweest door verblijf in detentie. De tweede keer raakte hij hierdoor een plek in een gespecialiseerde voorziening kwijt. Tijdens het laatste interview, weer in de MO, maakte hij op ons de indruk er slechter aan toe te zijn dan voorheen. Richard maakte een verwarde indruk.

Voor Tom geldt dat deze participant de afgelopen metingen verblijft in de maatschappelijke opvang, met tussentijds verblijf in detentie. Wat belangrijk lijkt te vermelden is dat volgens de gemeentelijke registraties deze participant een zelfstandige woning met een beschermd thuis-indicatie zou hebben, terwijl deze participant de afgelopen vijf jaar geen zelfstandige woning heeft gehad.

Tijdens zelfstandig wonen wordt het risico op herhaalde dakloosheid gevormd door vaak vroegkinderlijke ervaringen met trauma, misbruik en verwaarlozing en al eerder op jonge leeftijd dakloos zijn geweest (zie hoofdstuk 2). Ook het hebben van moeite met het overzien van consequenties van bepaalde acties/overschatting van eigen vermogen om bijvoorbeeld negatieve contacten te weren. Beschermende factoren daarentegen worden in deze fase gevormd door het aan de slag gaan met trauma/psychische klachten, het inzicht krijgen in gedrag en continuïteit van betaalde, professionele zorg.

In de **voorbereiding uitstroom uit een MO- of BW-voorziening** worden risico's op dakloosheid gecreëerd door schorsing uit MO/BW. Beschermende factoren vormen een goede band met de hulpverlener op basis van vertrouwen. Soms blijkt het ook te helpen wanneer participanten het vluchtige (straat)leven moe zijn en meer commitment voelen om een hulpverleningstraject te volgen.

Terugkeer naar opvang en opnieuw dakloos worden brengt de volgende risico's met zich mee: veel personen noemen een achtergrond van ADD/ADHD en daardoor vaak ook een grotere aantrekking tot gebruik van verslavende middelen om hoofd te kalmeren. Beschermende factoren: soms biedt een justitiële maatregel meer vastigheid.

Hoofdstuk 3 bespreekt de trajecten van participanten die vroegtijdig zijn overleden. Zij zijn allen eerder langdurig en herhaald feitelijk dakloos geweest.

1.2.3 Trajecten gekenmerkt door een langdurig verblijf in een voorziening

Een traject dat wordt gekenmerkt door **langdurig verblijf** zien we in T3 bij 10% en in T4 bij 7% van de participanten. Doorstroom naar een andere voorziening of specialistisch zorgaanbod kwam eerder het meest voor onder de herhaald dakloze groep, maar dat is nu het geval voor de groep die uiteindelijk niet vertrok uit beschermd wonen of hier weer terugkwam. We zien ook wel trajecten met doorstroom vanuit (voormalige) nachtopvang¹³ of 24-uursopvang naar beschermd wonen. In een enkel geval betreft het een traject van nachtopvang via maatschappelijke opvang naar een kliniek.

Bij Jan zien we een traject binnen de kliniek en uiteindelijk straatdakloosheid en de opvang. We zien echter in zijn traject ook een registratie van een zelfstandige woning met beschermd thuis. Hieruit blijkt mogelijk het beperkte zicht dat er vanuit de gemeente kan zijn op behandeling-gefinancierde trajecten. Dat deze informatiepositie ontbreekt heeft gevolgen voor het kunnen pakken van regie vanuit de gemeente op een dergelijk traject.

Omdat de volgende hoofdstukken deels nader ingaan op het herhaald dakloos-perspectief, toont de laatste paragraaf van dit hoofdstuk de indeling naar trajecten volgens de indeling van de participanten in eenmalig en herhaald dakloos.

1.3 Trajecten ingedeeld naar eenmalig en herhaald dakloos

Wanneer we tijdens de eerste meting tussen onze participanten (69 participanten) een verschil maken tussen participanten die eenmalig of herhaald dakloos zijn, dan blijkt dat 38 participanten eenmalig (ED) en 31 participanten herhaald dakloos (HD) zijn. Tabel 3 is ingedeeld naar deze twee groepen. Het verschil daartussen tekent zich hier nog duidelijker in af.

Tabel 3.

	Soorten trajecten (T4)	Aantal	%	Eenmalig Dakloos	%	Herhaald Dakloos	%
1A	MO/BW omgeklapt	38	55%	27	71%	11	35%
1B	MO/BW nog in omklap	4	6%	0	0%	4	13%
2	MO/BW eigen oplossing	5	7%	4	11%	1	3%
3	MO buitenland	1	1%	0	0%	1	3%
4	Instabiel traject / herhaald dakloos	13	19%	2	5%	11	35%
5 of 6	Langdurig verblijf BW / specialistisch zorgaanbod	5	7%	2	5%	3	10%
x	Te weinig info om te categoriseren	3	4%	3	8%	0	0%
		69	100%	38	100%	31	100%

In deze tabel valt te lezen dat eenmalig dakloze participanten vaker een eigen huurcontract hebben en minder vaak een instabiel traject. Hoofdstuk 3 gaat nader in op het verschil in jeugdervaringen en hiermee samenhangende risico's op dakloosheid tussen deze twee groepen.

¹³ Sinds drie jaar kent de regio alleen nog 24-uursopvang en niet langer nachtopvang.

2. Negatieve jeugdervaringen en de samenhang met andere risico's op herhaalde dakloosheid

Dit hoofdstuk betreft een bewerking van een artikel waaraan dr. Nienke Boesveldt, Willemijn van Dungen, MSc en prof. dr. Bram Orobio de Castro op dit moment werken.

De afgelopen metingen hebben wij voornamelijk op basis van een kwalitatieve analyse verschillende beschermende en risicofactoren beschreven. We hebben echter niet eerder cijfermatig de verschillende groepen – eenmalig (N=38) en herhaald dakloze personen (N=31) – op een rij gezet. Wanneer we dit wel doen, dan blijkt de herhaald dakloze groep participanten bepaalde negatieve jeugdervaringen vaker te hebben gehad dan eenmalig dakloze participanten. Ook blijkt vervolgens hoe bij herhaald dakloze participanten bepaalde risicofactoren op dakloosheid, zoals een zwak sociaal netwerk, middelengebruik, gebrek aan participatie en contact met justitie en of politie, vaker en ook in combinatie voorkomen.

2.1 Eerder onderzoek

Een van de opvallende kenmerken van herhaald dakloze participanten in ons kwalitatieve onderzoek is dat veel participanten vertelden over ingrijpende gebeurtenissen in hun vroege jeugd, die zij beschreven als traumatisch. Uit onderzoek blijkt ook dat negatieve jeugdervaringen, zoals een gebrek aan ouderlijke zorg tijdens de kindertijd, fysieke mishandeling en samenwonen met ouders die drugs en/of alcohol gebruiken, dakloosheid kan verklaren (Korkeila et al., 2010; McLeod & Almazan, 2003). Belangrijk is verder dat hierin wordt beschreven hoe combinaties van twee of meer factoren de kans op dakloosheid drastisch vergroten (Blankertz et al., 1993; Boesveldt et al., 2019; Herman et al., 1997; Koegel et al., 1995). Bij herhaalde dakloosheid ziet men ook in ander onderzoek vaker ervaringen met ernstig trauma uit de kindertijd (Morrell-Bellai et al., 2000), evenals vroege betrokkenheid bij criminele antecedenten (De Vet et al., 2017). McQuiston et al. (2014) stellen ook vast dat herhaalde dakloosheid vaker voorkomt bij mensen met alleen een middelbare-schoolopleiding en als ze in eerste instantie bij familie worden ondergebracht. Hoewel het duidelijk is dat een complexe behoefte verband houdt met dakloosheid, is het minder duidelijk welke (cumulatie van) jeugdgerelateerde factoren nu precies het verschil bepalen tussen eenmalige of herhaalde dakloosheid.

2.2 Onderzoeksaanpak

Terwijl jeugdervaringen geen onderdeel waren van onze vragenlijst, nodigden verschillende open vragen de deelnemers wel uit om over hun jeugd te vertellen, waaronder: 'Waar kom je vandaan?' 'Kunt u kort iets over uzelf vertellen?' 'Wat is je achtergrond en hoe ben je hier terechtgekomen?' Jeugdervaringen werden door sommige deelnemers ook spontaan genoemd in antwoord op open vragen over hun sociale netwerk en contact met familieleden. In deze gevallen hebben de interviewers vervolgens meer vragen gesteld over het onderwerp jeugdervaringen. Bij dertig participanten uit de eerste en tweede meting hebben we specifiek gekeken naar wat zij in de interviews over hun jeugdervaringen vertelden.

2.3 Resultaten

Van de geselecteerde deelnemers voor deze diepgaande analyse ($N=30$) rapporteerden 26 participanten over negatieve jeugdervaringen. Onder de herhaald daklozen was er één participant die geen negatieve jeugdervaringen rapporteerde, vergeleken met de eenmalig dakloze participanten, waarvan er vier geen negatieve jeugdervaringen rapporteerden.

Tabel 4. Aantal genoemde negatieve jeugdervaringen

Aantal genoemde negatieve jeugdervaringen	Eenmalig dakloos (N=15)	Herhaald dakloos (N=15)
0	4	1
1	7	5
2	3	2
3	0	4
4	1	2
5	0	1

Negatieve jeugdervaring worden door participanten in beide groepen meer dan eens genoemd, soms ook met elkaar verweven:

Nadat mijn vader stierf, raakte mijn moeder verslaafd aan cocaïne en gaf ze niets meer om ons. We konden dus niet in huis blijven en toen ging ik voor het eerst naar een opvangcentrum. (Steven, Herhaald dakloos)

Opvallend is dat herhaald dakloze participanten gemiddeld 2,27 negatieve jeugdervaringen rapporteerden, terwijl eenmalig dakloze participanten gemiddeld 1,13 negatieve jeugdervaringen rapporteerden. Tabel 5 (volgende pagina) laat zien over welke negatieve jeugdervaringen de 30 participanten rapporteerden.

Zeven factoren werden door beide groepen even vaak genoemd: woonde bij/opgevoed door anderen dan ouders (vijf keer genoemd), problemen tussen ouders, één of beide ouders overleden, verhuizing, psychische/lichamelijke ziekte van ouders of andere gezinsleden en niet nader gespecificeerde problemen. Voorbeelden van factoren die in beide groepen werden genoemd, zijn te vinden in de volgende citaten:

Tot mijn derde woonde ik bij mijn grootouders, daarna woonde ik bij mijn moeder tot mijn zesde, maar mijn moeder kon het niet meer aan. Dus ging ik bij mijn vader wonen. Ik verliet het huis toen ik 16 was en toen heb ik het heel erg verpest. Ik wil niet over mijn jeugd praten, want die was niet goed. (Wesley, herhaald dakloos)

Op een gegeven moment zijn we verhuisd, maar dat leidde tot de scheiding van mijn ouders. Dit had echt een negatieve invloed op mij. (Cornel, eenmalig dakloos)

Tabel 5. Negatieve jeugdervaringen gerapporteerd door eenmalig en herhaald dakloze participanten

Factor	Participanten (meerdere antwoorden mogelijk)	
	Eenmalig dakloos	Herhaald dakloos
Opgegroeid bij anderen dan ouders (grootouders, pleeggezin, straat, eigen huis, etc.)	5	5
Problemen tussen ouders (ruzies, vreemdgaan, echtscheiding)	3	3
Geestelijke/lichamelijke ziekte van ouders of andere familieleden	2	2
Eén of beide ouders zijn overleden	2	2
Niet verder gespecificeerd, vermeld als 'problemen'	1	1
Drugsgebruik van ouders	3	2
Veelvuldig verhuizen	1	2
Fysiek misbruik	0	3
Op 18-jarige leeftijd in oorlog gediend	0	2
Criminele activiteiten	0	2
Negatieve invloeden van contacten met familie/vrienden	0	2
Gebrek aan zorg van ouders	0	2
Eigen verslaving	0	1
Seksueel misbruik	0	1
Familiegeheimen	0	1
Geen contact met ouders vanaf jonge leeftijd	0	1
Ongewenst zijn	0	1
Ouders zijn erg controlerend	1	0

Herhaald dakloze participanten rapporteerden niet alleen meer factoren, maar ook een breder scala aan factoren dan eenmalig dakloze participanten. Door herhaald dakloze participanten werden tien factoren gerapporteerd die niet werden gerapporteerd door eenmalig dakloze participanten. Fysiek misbruik werd drie keer genoemd, wat in de literatuur (hieronder) wordt gekoppeld aan de risicofactor verslaving. Twee herhaald dakloze respondenten beschreven op 18-jarige leeftijd in een oorlog te hebben gediend, criminele activiteiten te hebben ontplooid, negatieve invloeden van contacten met familie/vrienden te hebben ervaren en een gebrek aan zorg vanuit ouders. Eenmalig dakloze respondenten noemden deze factoren niet.

Bovendien werden een eigen verslaving, seksueel misbruik, familiegeheimen, geen contact met ouders vanaf jonge leeftijd en ongewenst zijn door herhaald dakloze participanten één keer genoemd, en niet door eenmalig dakloze participanten.

Arno, herhaald dakloos, noemde zowel fysieke mishandeling als criminele activiteiten als jeugdervaringen:

Mijn vader sloeg mijn broer, er was overal bloed, dus ik stak mijn vader neer, en mijn broer en ik renden weg. Dat was de eerste keer dat ik op straat sliep, ik was 12. (Arno, herhaald dakloos)

Ten slotte werd de factor ouders die erg controlerend zijn alleen gerapporteerd door eenmalig dakloze personen en niet door herhaald dakloze personen.

In overeenstemming met de aanleiding voor dit onderzoek kwamen negatieve jeugdervaringen vaker voor bij herhaald dakloze participanten dan bij eenmalig dakloze participanten. Evenzo was de negatieve jeugdervaring van alcohol-/drugsgebruik van ouders geassocieerd met beide groepen. Daarentegen werd gebrek aan ouderlijke zorg en fysieke mishandeling naar verwachting geassocieerd met beide groepen, maar waren deze in de huidige steekproef alleen gerelateerd aan herhaalde dakloosheid.

2.3.1 'Er alleen voor staan'

Negatieve jeugdervaringen zijn in ons kwalitatieve onderzoek door herhaald dakloze participanten zelf ook in verband gebracht met op vroege leeftijd al verantwoordelijk voor zichzelf te zijn geweest. Hierdoor hebben deze participanten vaker een grote vrijheidsdrang. Zij willen niet afhankelijk zijn, geen hulpverlening en willen het liever zelf doen. Zij benoemen bovendien geen verantwoordelijkheid te willen hebben en ook geen verantwoording af te willen leggen. Erg vaak gehoord in de trajecten van deze herhaald dakloze participanten is het zelf weggaan uit een situatie die uit de hand loopt als oplossing, terwijl dit niet altijd de enige oplossing was, zoals zelf de huur opzeggen. Ook de neiging om ver weg te gaan, weg van de context, wordt genoemd, als het ware een soort vlucht. Vaak is dit nog voordat er daadwerkelijk wordt ontruimd of echt wordt gesproken met hulpverlening. Wat Deshawn ons vertelde over hoe hij uiteindelijk zijn woning kwijtraakte illustreert dit punt goed:

Nou, kijk, ik had een drugsproblematiek. En in mijn woning liet ik de dealers bolletjes maken en er gebeurde – er kwam wat overlast tussen de burens en mij. En toen heeft de woningbouw tegen mij gezegd van: of het stopt, je krijgt een laatste kans van ons, het stopt meteen of je moet eruit. En ik zei van: nou, weet je wat? Als jullie geen dossier van mij bijhouden, dan geef ik mijn woning gewoon zelfstandig op en dan vertrek ik zelfstandig, zeg maar, snap je? Uit vrije wil. Dan ga ik wel op zoek naar iets anders (Deshawn, herhaald dakloos)

Mogelijk is dit gedrag te beschrijven als een soort coping of als een soort trots of gevoel van eer, wat ook gezien kan worden als een belangrijk kenmerk van de herhaald dakloze groep.

Hieraan gerelateerd zien we bij herhaald dakloze participanten vaak het gevoel er alleen voor te staan (in combinatie met overtuiging dat dat ook moet en zo hoort). Verder zagen we bij deze groep meer wantrouwen richting de overheid en de zorg in uitspraken als: 'Ze verdienen alleen maar geld aan je, je bent maar een cijfertje'. Deze aanvullende bevindingen in relatie tot het vragen om of accepteren van ondersteuning zijn goed om in het achterhoofd te houden wanneer we nader ingaan op door participanten genoemde risicofactoren als verslaving, een zwak sociaal netwerk, ggz-problematiek en contact met politie en justitie.

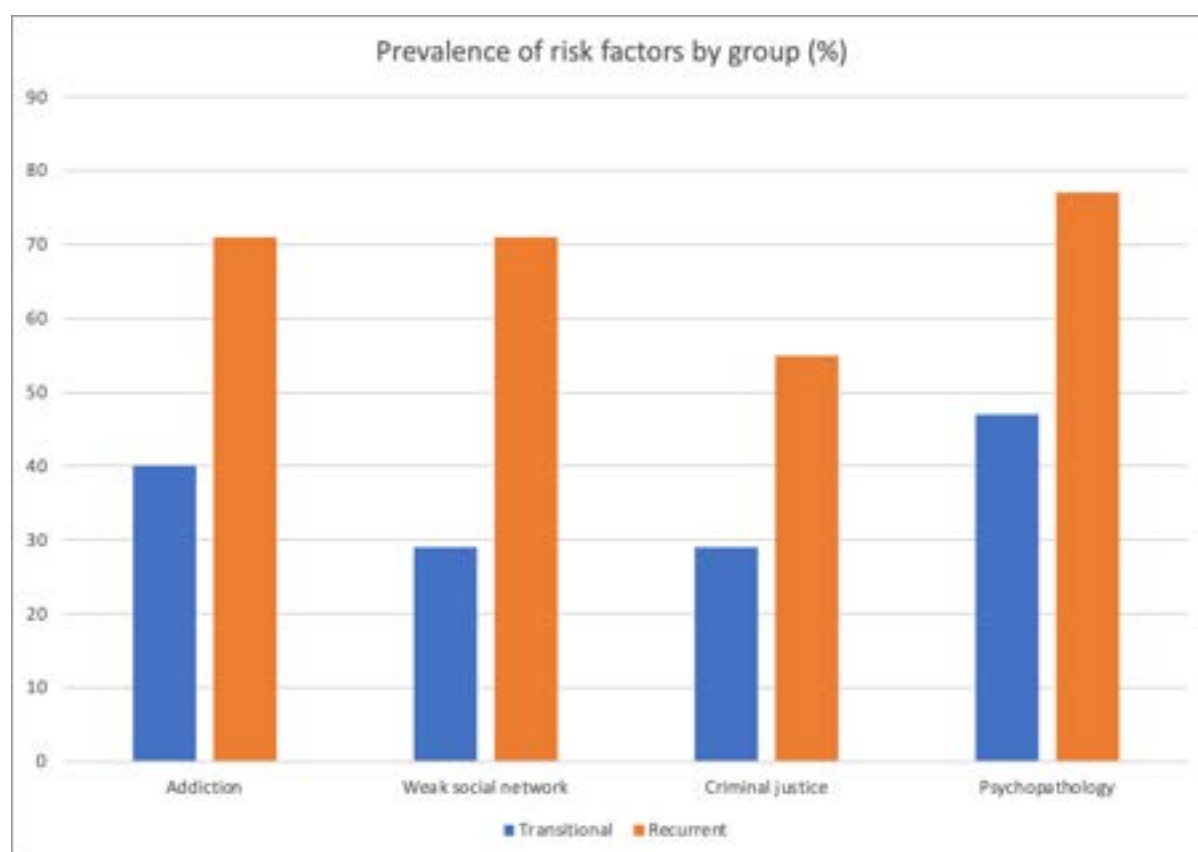
2.3.2 Negatieve jeugdervaringen in combinatie met risicofactoren herhaalde dakloosheid

Risicofactoren konden voor alle 69 participanten die bij de start van het onderzoek deelnamen in kaart worden gebracht. Tabel 6 en figuur 2 geven een overzicht van het door de participanten genoemd zijn van de verschillende risicofactoren.

Tabel 6. Risicofactoren genoemd door eenmalig en herhaald dakloze participanten

	Eenmalig dakloos (N=38)	Herhaald dakloos (N=31)	Sig (p).
Verslaving	15 (40%)	22 (71%)	.009
Zwak sociaal netwerk	11 (29%)	22 (71%)	.001
Justitieel contact	11 (29%)	17 (55%)	.029
Psychopathologie	18 (47%)	24 (77%)	.011

Een zwak sociaal netwerk en verslaving aan harddrugs (bijvoorbeeld heroïne) worden het meest gemeld door herhaald dakloze participanten, terwijl eenmalig dakloze participanten vaker vertellen over een verslaving aan softdrugs (bijv. marihuana).



Figuur 2. Prevalentie van risicofactoren per groep (in het Engels) (%)

Voor het onderzoek is de hypothese geformuleerd dat deze factoren vaker voorkomen bij deelnemers die herhaaldelijk dakloos zijn dan bij deelnemers die tijdelijk dakloos zijn. Om deze te testen hebben

we vier chi-kwadraattoetsen uitgevoerd. Hieruit blijkt dat alle vier de risicofactoren significant vaker worden vermeld door participanten die herhaald dakloos zijn. Dit wordt uitgedrukt door p .

Om onze hypothese te testen dat het cumulatieve risico hoger is in de groep die herhaaldelijk dakloos is, hebben we een onafhankelijke steekproeven-t-toets uitgevoerd op het cumulatieve risico voor deze vier factoren. Herhaaldelijk dakloze deelnemers hadden een significant hoger cumulatief risico dan eenmalig dakloze deelnemers, met respectieve gemiddelden van $M = 2,74$ risicofactoren ($SD = 0,86$) vergeleken met $M = 1,45$ ($SD = .1.17$), $T(1,67) = 5,11$, $p < .001$. Dit was een groot verschil, effectgrootte $d = 1,3$.

Interessant hierbij is dat de aard van deze cumulatie van risicofactoren sterk verschilde tussen deelnemers, aangezien alleen verslaving en crimineel gedrag significant gecorreleerd waren, $r = .30$, $p = .014$. Dit betekent dat toename in de ene variabele samenhangt met toename in de andere. Bovendien verwijst de risicofactor verslaving naar heel verschillende verslavingen bij verschillende deelnemers, variërend van softdrugs tot gokken tot harddrugs.

Om tegemoet te komen aan deze belangrijke individuele verschillen, hebben we meer in detail gekeken naar de aard van risicofactoren in de verhalen van deelnemers. We bespreken achtereenvolgens verslaving, het sociaal netwerk, betrokkenheid bij de strafrechtketen en ggz-problematiek.

2.3.3 Jeugdervaringen en een verhoogd risico op verslaving

Een opvallend kenmerk dat herhaald dakloze personen noemen tijdens interviews is dat veel participanten ADD/ADHD-achtige klachten en onrust in het hoofd rapporteren, wat vaak pas op latere leeftijd is gediagnostiseerd. Ggz-problematiek wordt in een volgende paragraaf besproken, maar we noemen het hier omdat wij dit vaak zagen in combinatie met drugs, alcoholgebruik, soms ook als verslaving. Participanten geven aan dat dit middelengebruik voor hen kalmerend werkt.

Gekeken naar de literatuur worden hier met name negatieve jeugdervaringen van fysiek misbruik (niet van seksueel misbruik) in verband gebracht met verslaving aan alcohol- of middelenmisbruik en hogere terugvalpercentages van verslaving (Garcia-Rea & LePage, 2010). Een tweede studie, die specifiek ingaat op vrouwen, toont aan dat vrouwen die in een vroeg stadium fysiek misbruik hebben meegemaakt een groter risico op middelenmisbruik in de vroege volwassenheid hebben (Lansford et al., 2010). McQuiston et al. (2014) wijzen op de complexiteit van de oorzaken van herhaalde dakloosheid door te stellen dat stoornissen in het gebruik van alcohol en andere middelen alleen in verband worden gebracht met herhaalde dakloosheid als ze verband houden met andere risicofactoren (zoals arrestatiegeschiedenis en gediagnosticeerde antisociale persoonlijkheidsstoornis) die wijzen op meer risicovol gedrag. Dat blijkt dus ook uit dit onderzoek.

Zoals weergegeven in tabel 7, rapporteerden veel deelnemers in beide groepen een verslaving te hebben (gehad) in hun volwassen leven (herhaald dakloos: 71%; eenmalig dakloos: 40%). Verschillen in specifieke zelf gerapporteerde verslavingen tussen de groepen zijn te vinden in tabel 7.

Tabel 7. Door eenmalig en herhaald dakloze participanten zelf-gerapporteerde verslaving

Soort verslaving	Eenmalig dakloos (N=38)	Herhaald dakloos (N=31)	Sig (p).
Harddrugs (excl. alcohol)	5 (13%)	12 (39%)	.014
Softdrugs	12 (32%)	13 (42%)	.373
Alcohol	6 (16%)	11 (36%)	.059
Gokken etc.	5 (13%)	8 (26%)	.181

De tabel laat de verslaving zien die aanwezig is in beide groepen en dat beide groepen dezelfde soorten verslaving rapporteerden, maar dat de prevalentie van verschillende soorten drugs aanzienlijk verschilde: een significant groter deel van de herhaald dakloze deelnemers is verslaafd aan harddrugs dan participanten die slechts een keer dakloos zijn geweest, $p = .014$. Daarentegen kwam softdrugsverslaving in beide groepen even vaak voor. Uit de eenmalig dakloze groep blijkt zelfs dat meer participanten verslaafd zijn aan softdrugs dan aan iets anders. Rachid vertelt hoe hij dit ziet

Mijn ouders hadden een slecht huwelijk en mijn moeder had het daar heel moeilijk mee. Als mijn vader thuis was, was dat absoluut niet fijn. Want van dat alles ben ik begonnen met het roken van wiet. (Rachid, eenmalig dakloos)

Zoals tabel 7 illustreert lijkt de herhaald dakloze groep, vergeleken met de eenmalig dakloze groep, bijna twee keer zoveel participanten te kennen met een verslaving in de categorieën alcohol en gamen. Die verschillen blijken in deze kleine groepen echter niet statistisch significant, met respectieve p 's van .059 en .181. Geert vertelt ons over zijn gevoeligheid voor verslaving.

Mijn vader was alcoholist, dus de gevoeligheid voor verslaving heb ik echt van hem gekregen. Ik begon met gokken toen ik 13 was. (Geert, herhaald dakloos)

We zagen eerder hoe verslaving samenhangt met criminele activiteiten.

2.3.4 Negatieve jeugdervaringen en betrokkenheid bij het strafrechtstelsel

De derde UvA-rapportage over het voorkomen van herhaalde dakloosheid beschrijft ervaringen van participanten met detentie en het hiermee samenhangende risico op herhaalde dakloosheid. Ander onderzoek laat zien hoe negatieve jeugdervaringen kunnen leiden tot crimineel gedrag. Delinquent en crimineel gedrag gecombineerd met de effecten van kindermishandeling en -verwaarlozing leidt volgens onderzoek tot meer middelengebruik onder volwassen vrouwen (White & Widom, 2008). Arrestatiegeschiedenis koppelt ook alcohol- en andere middelengebruiksstoornissen aan herhaalde dakloosheid (McQuiston et al., 2014). Nikulina et al. (2011) onthulden hoe negatieve jeugdervaringen zoals verwaarlozing in de kindertijd en armoede in het gezin in de kindertijd PTSS en arrestatie van volwassenen voorspelden. De Vet et al. (2017) laten zien hoe betrokkenheid bij criminele antecedenten significant gerelateerd is aan terugval in dakloosheid en dat het aantal dakloze personen dat zich bezighoudt met criminaliteit veel hoger is in vergelijking met degenen met een stabiele huisvesting.

Betrokkenheid bij het strafrechtstelsel wordt in ons kwantitatieve onderzoek meer gezien bij participanten die herhaald dakloos zijn (55%) dan bij eenmalig dakloze participanten (29%). Van de herhaald dakloze participanten hebben 11 deelnemers een of meerdere keren in de gevangenis gezeten. Zeven anderen hebben zich schuldig gemaakt aan criminele activiteiten, maar hebben nooit in de gevangenis gezeten, terwijl een van deze deelnemers ten tijde van het interview daadwerkelijk het risico liep door justitie te worden gegijzeld om een onbetaalde boete uit te zitten in de gevangenis. Een van deze deelnemers vertelt hoe het zich voor hem bezighouden met criminele activiteiten op jonge leeftijd begon:

Van mijn 11e tot mijn 17e deed ik allerlei dingen die niet mochten. Ik woonde op mijn 15e bij mijn vriendin, maar dat was niet zo. Het was niet erg leuk: er waren schietpartijen en er vielen veel doden. (Leon, herhaald dakloos)

Van de eenmalig dakloze groep (38 personen) zaten zes mensen ooit in de gevangenis en waren vier anderen betrokken bij criminele activiteiten, maar deze hebben niet in de gevangenis gezeten. De volgende gerelateerde risicofactor die hier wordt besproken is de relatie tussen negatieve jeugdervaringen en een verhoogd risico op een zwak sociaal netwerk, wat het risico op herhaalde dakloosheid kan verklaren.

2.3.5 Negatieve jeugdervaringen en verhoogd risico op een zwak sociaal netwerk

In ons kwalitatieve onderzoek viel reeds op hoe herhaald dakloze personen vaker spraken over weinig steunende netwerkcontacten of hoe zij zich beladen voelden deze te betrekken bij hun situatie en om hulp te vragen of weer hernieuwd contact te hebben. Ook kenmerkt deze groep zich door het 'rommelig wonen', wat vaak de aanleiding vormt tot herhaalde dakloosheid. Participanten wonen dan even bij een oom die een kamer overheeft of ze kraken ergens. Ze hebben veel verschillende verblijfplaatsen maar verblijven hier vaak meer permanent dan sommige bankslapers.¹⁴ Relevant is hier dat er vaak problemen spelen met de sociale contacten van wie ze onderhuren.

In ander onderzoek beschrijven ook Calsyn & Winter (2002) hoe sociale contacten en het bestaan van een ondersteunend sociaal netwerk sleutelfactoren kunnen zijn om herhaalde dakloosheid te voorkomen. Ze laten zien hoe een sterk sociaal netwerk het psychologisch welzijn en de stabiliteit in een zelfstandige woning vergroot, en May (2000) stelt vast hoe een ondersteunend netwerk middelengebruik kan verminderen en een actief dagritme kan stimuleren. De rol van een sociaal netwerk bij het ondersteunen van herhaald daklozen kan echter complex en dubbelzinnig zijn. Voor veel dakloze personen verminderde of verdween het sociale contact tijdens dakloze periodes sterk (Shier et al., 2010; Calsyn & Winter, 2002). Terwijl de meeste daklozen bij vrienden en familie op de bank slapen voordat ze een opvangcentrum binnengaan, kunnen de meeste netwerken geen blijvend onderdak bieden. Verslaving, schulden en schaamtegevoelens hebben deze relaties vaak onder druk gezet en netwerken worden steeds kleiner naarmate iemand langer dakloos is (bijv. Calsyn & Winter, 2002).

Cijfermatig zien we ook duidelijke verschillen tussen participanten uit beide groepen. Van de eenmalig dakloze participanten gaf 29% en van de herhaald dakloze participanten gaf 71% aan een zwak sociaal netwerk te hebben, wat betekent dat ze graag wat meer (goede) vrienden zouden willen hebben of

¹⁴ [Netwerkactivering bij bankslapers in Rotterdam – nienkeboesveldt.com](https://www.nienkeboesveldt.com)

dat ze weinig of geen contact hebben met hun ouders of familie. Een aantal deelnemers gaf aan beschadigd te zijn in hun jeugd en daardoor moeite te hebben met vertrouwen of gehechtheid of angst om gekwetst te worden. Hierdoor wordt het aangaan of aanhouden van sociaal contact soms als moeilijk of onprettig ervaren. Herhaald dakloze deelnemers illustreren hun worsteling met sociale contacten en relateren dit aan ervaringen uit het verleden, waarin ook negatieve jeugdervaringen verweven zijn:

Mijn ouders wilden me niet. Er was geen liefde. Uiteindelijk ben ik weggelopen om niemand lastig te vallen. Nu ben ik bang om nieuwe vrienden te maken. Ik probeer mijn jeugd deels te vergeten. (Maarten, herhaald dakloos)

Ik had een terugval en ik had de keuze om [drugs] te gebruiken of niet. Ik koos ervoor om te gebruiken en daarom gooide ik andere dingen weg. En als je nuchter bent, begin je te denken dat dit heel triest is. (Wesley, herhaald dakloos)

Ook voelen sommige eenmalig dakloze participanten zich vanwege negatieve jeugdervaringen ongemakkelijk of niet op hun plaats in sociale situaties. Anderen hebben geen contact meer met hun familie:

Toen ik vijf was werd ik uit huis geplaatst. Ik heb een paar jaar in opvanghuizen en internaten gewoond. Mijn broer en ik gingen uit elkaar toen ik twaalf was, het was echt moeilijk. Mijn ouders brachten me niet naar school en de kinderen op school begrepen het niet, dus ik werd veel gepest. Daarom maakte ik mijn school niet af en begon ik te werken toen ik 16 was. Het is moeilijk dat ik niet op mijn ouders kan rekenen. Met mijn vader heb ik sinds mijn twaalfde geen contact meer en met mijn moeder sinds mijn achttiende. Ook mijn broers en zussen heb ik sindsdien niet meer gezien.

Plus door mijn kostschoolleven, hoe zal ik dat zeggen? Het is gewoon een heel andere manier van leven en op de een of andere manier voel ik me onzeker, ik voel me ongemakkelijk. Ook als ik met een maatje op zijn verjaardag ben en er komt familie bij hem, al die mensen die ik niet ken enzo [...] dan ben ik gewoon heel stil. Ik voel me ongemakkelijk. Dat is erg vervelend. Dat beperkt me gewoon in veel dingen. (Danny, eenmalig dakloos)

2.3.6 Negatieve jeugdervaringen en ggz-problematiek

Zoals reeds aangegeven vertellen veel herhaald dakloze participanten in interviews over ADD/ADHD-achtige klachten en onrust in het hoofd. Talloze onderzoeken tonen ook aan dat negatieve jeugdervaringen kunnen bijdragen aan verschillende vormen van psychopathologie. Nikulina et al. (2011) bijvoorbeeld laten zien hoe armoede in het gezin bij kinderen een depressieve stoornis voorspelt. Newbury et al. (2018) laten zien hoe kindermishandeling psychopathologie bij jonge volwassenen voorspelt en dat jongvolwassenen die zich herinneren mishandeld te zijn, een bijzonder verhoogd risico lopen op psychopathologie. Read & Bentall (2012) schrijven over de recente vaststelling van een breed scala aan ongunstige gebeurtenissen in de kindertijd die significante risicofactoren zijn voor de meeste psychische problemen, waaronder psychose. Ze onderzoeken de biologische en psychologische mechanismen die hierbij betrokken zijn, om de ontwikkeling van een traumageen neurologisch ontwikkelingsmodel voor psychose te ondersteunen, en onderzoeken een reeks psychologische processen, waaronder gehechtheid en dissociatie, om licht te werpen op de specifieke kenmerken van discrete verschijnselen zoals hallucinaties en wanen. Susser et al. (1991)

laten zien hoe in een psychiatrisch ziekenhuis in drie steekproeven onder dakloze personen meer dan 15% een voorgeschiedenis van pleegzorg had, meer dan 10% een voorgeschiedenis van groepshuisplaatsing en meer dan 20% een voorgeschiedenis van weglopen. Ze vergelijken deze cijfers met respectievelijk 2%, 1% en 5% in een steekproef van personen die nooit dakloos zijn geweest. Ze ontdekten dat in het ziekenhuis de prevalentie van dakloosheid gedurende het hele leven bij patiënten met een van deze ervaringen uit de kindertijd ongeveer driemaal zo hoog was als bij andere patiënten en dat een voorgeschiedenis van dakloosheid werd gemeld door een meerderheid van de patiënten van het ziekenhuis die een van deze ervaringen uit de kindertijd hadden gehad.

In onze kwalitatieve analyse gaf van de herhaald dakloze groep 77% aan één of meer psychische stoornissen te hebben, terwijl van de eenmalig dakloze participanten 47% dit meldde. In beide groepen worden dezelfde psychische aandoeningen genoemd, afgezien van posttraumatische stressstoornis. Deze stoornis was kenmerkender voor respondenten die herhaald dakloos zijn: vijf van hen tegenover één eenmalig dakloze. Participanten aan ons onderzoek brengen psychopathologie ook in verband met hun jeugd:

Mijn ouders zijn net zozeer depressief als [ik]. (Mazen, herhaald dakloos)

Ik hoorde dat ik de diagnose borderline had en dat de reden hiervoor hoogstwaarschijnlijk de scheiding van mijn ouders was toen ik 9 jaar oud was. (Kevin, eenmalig dakloos)

Conclusie

In overeenstemming met de hypothese waren de vier factoren allemaal tot op zekere hoogte gerelateerd aan dakloosheid en kwamen deze vaker voor in de interviews met herhaald dakloze personen dan met die met eenmalig dakloze personen. Voor wat betreft verslaving was het gebruik van harddrugs veel meer aanwezig in de herhaald dakloze groep dan in de eenmalig dakloze groep. Ook zijn, zoals verwacht, zowel betrokkenheid bij criminele activiteiten als ggz-problematiek meer aanwezig bij deze groep.

Fysieke mishandeling wordt in de wetenschappelijke literatuur gekoppeld aan verslaving. Wij zien in dit onderzoek ook hoe eerdere fysieke mishandeling wordt genoemd door de groep die meer verslaving kent.

We zien ook hoe verslaving met criminaliteit samenhangt. Als verslaving toeneemt, neemt ook criminaliteit toe, en vice versa. Beide risicofactoren voor dakloosheid grijpen dus in elkaar en versterken elkaar. Zowel het gebruik van harddrugs, als een negatief sociaal netwerk, als PTSS komen vaker voor bij de herhaald dakloze groep.

3. Nadere analyse trajecten overleden respondenten

3.1 Inleiding en eerder onderzoek

Van vijf van de aanvankelijk 69 deelnemers is bekend dat zij gedurende de loop van deze vijfjarige studie zijn overleden. De huidige levensverwachting bij geboorte in Nederland is 80,1 jaar voor mannen¹⁵ (de overleden participanten betreffen allen mannen). In 1950 was dit 70,3 jaar. De leeftijden van de overleden deelnemers lagen tussen 51-69 jaar. Gezien deze relatief jonge leeftijd van overlijden is vanuit de onderzoeksgroep en de gemeente de vraag gekomen wat er bekend is over de oorzaak van het overlijden van deze personen, welke zorg betrokken was en of er eventueel een link is te leggen met een korter of langer verleden met dakloosheid en wat we hier nog uit kunnen leren.

Studies tonen aan dat de mortaliteit op jonge leeftijd onder mensen met een verleden van dakloosheid aanzienlijk is in hoge-inkomenslanden (Baggett et al., 2013; Fazel et al., 2014; Feodor Nilsson et al., 2018; Nusselder et al., 2013; Seastres et al., 2020). Dakloze individuen overlijden gemiddeld op jongere leeftijd dan personen die niet dakloos zijn (Fazel et al., 2014; Nusselder et al., 2013; Seastres et al., 2020). Onderzoek in Rotterdam toont aan dat de levensverwachting op 30-jarige leeftijd respectievelijk 11,0 en 15,9 jaar lager ligt voor dakloze mannen en vrouwen (Nusselder et al., 2013). Deze bevindingen komen daarmee overeen met onze studie waarin de leeftijden van de overleden respondenten tussen 51-69 jaar liggen, wat relatief jong is.

Het verhoogde risico op sterfte onder dakloze personen is te wijten aan verschillende oorzaken. Uit Rotterdams onderzoek komt naar voren dat dak- en thuisloze personen een substantieel slechtere gezondheid hebben in vergelijking met de algemene bevolking (Nusselder et al., 2013). Ook bleek uit onze vierde meting dat in alle leeftijden van onze respondenten sprake was van somatische klachten, in plaats van voornamelijk onder de oudere deelnemers (Boesveldt et al., 2022). Dakloze personen kampen vaker met psychische problemen dan personen die niet dakloos zijn (Beijer & Andreasson, 2010; Fazel et al., 2008). Geestelijke gezondheidsproblematiek (Fazel et al., 2014; Feodor Nilsson et al., 2018; Nielsen et al., 2011), middelengebruik (Fazel et al., 2014; Feodor Nilsson et al., 2018; Nielsen et al., 2011) en roken (Nielsen et al., 2011) zijn geïdentificeerd als risicofactoren voor het vroeger overlijden onder personen die dakloos zijn. Daarnaast hebben dakloze individuen een verhoogd risico op infectieziekten en wijst onderzoek op een hoog percentage van niet-overdraagbare ziekten met aanwijzingen voor versnelde veroudering (Fazel et al., 2014). Vanuit Volksgezondheid Utrecht is aangegeven dat bij mensen die intraveneus drugs gebruikt hebben, HIV en hepatitis mee kunnen spelen. Zo kunnen hepatitis B en C bijvoorbeeld de kans op leverkanker vergroten. Ook Deens onderzoek stelt dat het waarschijnlijk is dat dakloze personen sterven aan niet-gediagnosticeerde en onbehandelde lichamelijke aandoeningen (Feodor Nilsson et al., 2018), zoals we ook met dit onderzoek zullen laten zien in de casussen van Garry en Eddie.

Hoewel deze verhoogde morbiditeit gedeeltelijk de verhoogde sterfterisico's onder dakloze individuen verklaart, brengt dakloosheid zelf ook extra risico's met zich mee. Zo blijkt uit Schots onderzoek dat personen met aandoeningen aan de bloedsomloop en ademhalingsaandoeningen een

¹⁵ CBS (2022). *Overlijden. Hoe oud worden mensen in Nederland?* Geraadpleegd op 19 juni 2023 (<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/levensloop/verweduwen#:~:text=Hoe%20oud%20worden%20mensen%20in,de%20sterftetekansen%20op%20elke%20leeftijd>).

verhoogd risico lopen te overlijden wanneer zij dakloos zijn (Morrison, 2009). Vanuit Volksgezondheid Utrecht wordt naar aanleiding hiervan de vraag gesteld of dit verhoogd risico op overlijden dan ligt aan gebrekkige toegang tot zorg of aan de zware leefomstandigheden. Nalezing van het betreffende artikel laat zien dat dakloze personen die overleden een onderliggende aandoening hadden waarvoor zijn ook in het ziekenhuis werden behandeld, maar dat het gebrek aan nazorg in de situatie van dakloosheid ervoor zorgde dat de betreffende aandoening alsnog fataal werd. Dit gold zowel voor door drugsgebruik veroorzaakte aandoeningen als andere gezondheidsproblemen. Andere factoren die blijken uit Amerikaans onderzoek en die bijdragen aan een verhoogd sterfterisico zijn onder meer langer dan vijf jaar dakloos zijn en buiten slapen (Montgomery et al., 2016).

3.2 Analyse onderzoek voorkomen herhaalde dakloosheid

Zoals eerder aangehaald is van vijf van de deelnemers aan dit onderzoek bekend dat ze zijn overleden. Informatie over deze individuen staat hieronder kort weergegeven in portretten en is zichtbaar in tabel 8. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de thema's 'voorgeschiedenis en dakloosheid', 'doodsoorzaak, voorgeschiedenis ziekte en signalen', 'betrokkenheid zorginstanties rond overlijden', 'middelengebruik', 'netwerk' en 'financiën'.

Tabel 8. Informatie overleden respondenten

Naam	Groep	Leeftijd van overlijden	Laatste deelname onderzoeksmeting	(Vermoedelijke) doodsoorzaak
Garry	BW	58 jaar	T0	Maagbloedingen
Leon	HD	69 jaar	T0	Kanker
Harrie	HD	50 jaar	T1	Kanker
Eddie	HD	66 jaar	T1 ¹⁶	Hartaanval
Mees	BW/HD	57 jaar	T3	Kanker

3.2.1 Portretten van de overleden deelnemers

Garry (BW-groep) – is lang dakloos geweest, zijn ziekte werd pas in beschermd wonen duidelijk en achteraf wordt zijn voorgenomen overgang naar het buurt- of wijkteam niet gezien als een goede zet. Garry wenste deze overgang zelf wel sterk. Hij lag twee dagen dood in zijn eigen huis. De huisarts heeft bij het niet verschijnen van Garry op een afspraak contact opgenomen met de begeleidende instantie en zo is hij gevonden. De gemengd wonen-gemeenschap waarin hij woonde is op zijn begrafenis geweest.

Leon (HD-groep) – is lang dakloos geweest en heeft buiten geslapen. De onderzoekers hebben gesproken met zijn voormalige begeleider, die de indruk heeft het vertrek van Leon naar familie in

¹⁶ Bij T2 is er nog contact met meneer geweest via WhatsApp. Hij gaf toen te kennen niet te willen deelnemen aan een interview en dat het leven voor hem geen zin meer had.

het buitenland goed te hebben voorbereid. Mogelijk heeft Leon echter tijdens zijn dakloosheid een screening gemist op de ziekte waaraan hij is overleden, die standaard om de twee jaar plaatsvindt in de leeftijd van 55 tot 75 jaar. Zijn oude begeleider stelt dat Leon twee jaar voor zijn overlijden nog geen gezondheidsproblemen had. Hij had vernomen dat meneer na vertrek gezondheidsproblemen kreeg. Tussen diagnose en overlijden heeft meneer uiteindelijk drie weken geleefd.

Harrie (HD-groep) – heeft in het verleden lange tijd buiten geslapen. Harrie is het laatst door ons geïnterviewd tijdens de tweede meting. Hij vertelde ons toen al dat hij terminaal ziek was en verschillende operaties had gehad. Ten tijde van zijn overlijden verbleef Harrie in beschermd wonen. Aanvankelijk zou dit tijdelijk zijn maar toen duidelijk werd dat meneer spoedig zou overlijden en de wens uitsprak te blijven, is dit gerealiseerd. Zijn oude begeleider vertelt dat Harrie in zijn laatste periode goed contact had met zijn broer en het straatpastoraat. Ook zag hij zijn huisarts regelmatig en ontving hij thuiszorg in zijn laatste periode.

Eddie (HD-groep) – is voor het laatst met ons in contact geweest bij de derde meting. Hij heeft lange tijd problemen gehad met de toegankelijkheid van voorzieningen omdat hij uit een andere regio kwam en werd gezien als een lastig persoon. In 2021 is Eddie buiten de regio Utrecht overleden aan een hartstilstand en was hij niet meer in beeld bij hulpverlening. De onderzoekers hebben gesproken met oud-begeleiders die nog enigszins zicht op hem hadden en die vertelden dat een halfjaar voor zijn overlijden nog geen somatische problematiek bekend was.¹⁷

Mees (BW-groep) – is langdurig dakloos geweest en heeft deelgenomen aan vier interviewrondes. Meneer kampte al enkele jaren met gezondheidsproblemen en kwam hiervoor ieder halfjaar op controle in het ziekenhuis. Twee jaar voor overlijden is geconstateerd dat meneer terminaal ziek was. In zijn laatste periode ontving hij twee keer per dag zorg van wijkverpleging voor medicatie en wassen. Daarnaast had hij regelmatig contact met zijn huisarts en kwam zijn begeleider in de laatste maanden dagelijks langs. Meneer is overleden in de eigen woning in bijzijn van zijn partner en begeleider.

3.3 Resultaten nadere analyse trajecten overleden respondenten

3.3.1 Voorgeschiedenis en dakloosheid

Wat opvalt aan de voorgeschiedenis van de overleden respondenten is dat de meeste individuen langdurig dakloos zijn geweest of herhaaldelijk dakloos waren. Harrie, Leon, Garry en Mees zijn alle vier langdurig dakloos geweest, respectievelijk ongeveer vijf, tien, dertig en dertig jaar. Daarvan hebben ze het overgrote deel op straat doorgebracht. Eddie was bij aanvang van het eerste interview twee jaar dakloos. Ook hij heeft weken op straat geleefd voordat hij in een opvang terecht kwam. Deze bevindingen komen overeen met de studie van Montgomery en collega's (2016) die vonden dat individuen die langer dan vijf jaar dakloos zijn geweest en buiten slapen een verhoogd

¹⁷ Vanuit Volksgezondheid van de gemeente Utrecht is hierop aangegeven dat de kans groot is dat er al wel onderliggende oorzaken voor de hartaandoening bij Eddie aanwezig waren, zoals bijvoorbeeld hoge bloeddruk, hoog cholesterol of arterieel vaatlijden. Aangegeven wordt dat iemand daar geen klachten van hoeft te hebben en dat huisartsen dit soort dingen vaak checken bij mensen met een ongezonde leefstijl of andere risicofactoren. Opgemerkt wordt dat bij de groep die dakloos is (of is geweest) en/of bij zorgmijdende mensen dit soort dingen vaak pas laat worden opgemerkt.

sterfterisico hebben. Drie van de vijf overleden respondenten hebben een migratieachtergrond. Zij zijn geboren in Afrika, Scandinavië en de Caraïben. Van de andere twee respondenten is bekend dat zij ook enige tijd (één participant twintig jaar en één waarschijnlijk korter) in het buitenland hebben gewoond. Initieel waren er drie participanten ingedeeld in de herhaald dakloze groep en twee in de BW-groep (waarvan één eveneens herhaald dakloos bleek). Wij zien in ons onderzoek dat een deel van de herhaald daklozen de Nederlandse taal niet goed eigen is, ooit is gevlucht en dat deze participanten de Nederlandse regelgeving en communicatie als te lastig ervaren.

3.3.2 Doodsoorzaak, voorgeschiedenis ziekte en signalen

Van de vijf overleden respondenten zijn er drie overleden aan kanker, één vermoedelijk aan een maagbloeding en één aan een hartstilstand.

Bij Leon is de kanker geconstateerd toen hij in het buitenland was. Hij is na een kort ziekbed overleden. Voor zijn vertrek naar het buitenland waren er nog geen gezondheidsproblemen bekend. Mees en Harrie waren voor hun overlijden al langere tijd ziek en waren in beeld bij zorginstanties. Beiden hadden het idee benadeeld te worden in deze zorg omdat ze dak- en thuisloos waren. Zo vertelde Harrie in het eerste interview dat hij meerdere operaties had ondergaan en daarbij letsel had opgelopen maar geen recht had op verblijf in een revalidatie-kliniek vanwege zijn dakloosheid. Dit is door de bij dit onderzoek betrokken werkgroep ook bevestigd. Revalidatieklinieken nemen personen zonder vaste woon- of verblijfplaats liever niet op, omdat deze lastiger kunnen vertrekken.¹⁸ Mees uitte het idee dat zijn artsen te snel waren overgegaan op het operatief verwijderen van het orgaan waar kankercellen in waren aangetroffen in plaats van bestraling. Het is niet bekend of dit ook daadwerkelijk een mogelijk alternatief zou zijn geweest.

Eddie is overleden aan een hartstilstand. Hij was op dat moment niet meer in beeld bij zorginstanties en daardoor hebben wij geen gegevens over zijn gezondheid in de periode voor overlijden. Zijn begeleider kon ons wel vertellen dat er een halfjaar voor zijn overlijden geen hartproblemen bekend waren. Wel was bekend dat Eddie rondliep met suïcidale gedachten. In het verleden heeft hij een verkeerde diagnose gekregen en zijn begeleider stelt dat dit toen mogelijk veilige hulp in de weg heeft gestaan. De begeleider stelt dat het 'hokjesdenken' binnen de hulpverlening te centraal staat en passende hulp daarmee kan worden gehinderd.

Garry is vermoedelijk overleden aan maagbloedingen. Toen hij in beschermd wonen kwam bleek uit de medische controle dat hij diabetes had. Hij heeft toen medicatie gekregen en moest op zijn voedselinname letten.¹⁹ Hij nam dit echter niet altijd even nauw. Kort voor zijn overlijden gaf Garry

¹⁸ Daarnaast is vanuit de werkgroep het vermoeden geuit dat revalidatie klinieken geen actieve gebruikers (van alcohol, mogelijk ook van andere middelen) opnemen. Het onder invloed zijn zou dan worden gezien als contra-indicatie voor een goed revalidatieproces. Of dit klopt is niet nader gecheckt bij revalidatie centra. Het lijkt wel op het signaal dat ggz-instellingen middelengebruik ook als contra-indicatie kunnen zien voor het straten van een behandeling.

¹⁹ Vanuit Volksgezondheid Utrecht is aangegeven dat er geen verband is tussen diabetes en maagbloedingen. Je kunt wel last krijgen van maag- en darmklachten bij diabetes en je moet op je voeding letten om je bloedsuiker onder controle te krijgen, maar dat staat los van het hebben van maagklachten. Aangegeven wordt dat het erop lijkt dat Garry zijn diabetes niet goed behandelde, wat echter losstaat van de doodsoorzaak. Het feit dat hij een maagbloeding (of slokdarmbloeding; bij lijkschouwing is dat volgens Volksgezondheid Utrecht onmogelijk te onderscheiden) heeft gehad, toont aan dat er mogelijk andere onderliggende problemen gemist zijn. Maag-/slokdarmbloedingen houden namelijk vaak verband met

op zijn dagbesteding blijk van lichamelijke klachten.²⁰ Volgens zijn voormalig begeleider is hij daar nooit voor naar de huisarts geweest. Het is onduidelijk of deze klachten bekend waren bij het buurtteam. Ook kwam meneer in deze periode afspraken niet altijd na of vergat ze. Volgens zijn voormalig begeleider was dat een mogelijk teken dat het minder met hem ging of dat hij hypoglykemie had.²¹ Tevens was er een vermoeden van licht verstandelijke beperking, maar dit is nooit onderzocht. Dat zou niet mogelijk geweest zijn omdat zijn beheersing van de Nederlandse taal onvoldoende was. Hierdoor is Garry volgens de onderzoeker mogelijk een hogere, passendere zorgindicatie misgelopen. Wat opvalt is dat iedere deelnemer is overleden aan een somatische niet-onverdraaglijke aandoening. Deze bevinding komt overeen met de studie van Fazel en collega's (2014) die constateerden dat er een hoog percentage van niet-overdraagbare ziekten is, met aanwijzingen voor versnelde veroudering, onder dakloze populaties in hoge-inkomenslanden.

Daarnaast is het opmerkelijk dat ziekte en doodsoorzaken bij ieder van de respondenten (te) laat zijn vastgesteld; bij Garry en Eddie pas na hun overlijden. Als gevolg hiervan was de behandeling om de ziekte tegen te gaan mogelijk drastischer dan wanneer de ziekte eerder in beeld was geweest. In het geval van Mees had bijvoorbeeld niet hoeven te worden geopereerd, de kanker waar Leon, Harrie en Mees aan leden had mogelijk eerder kunnen worden gesignaleerd en succesvol kunnen worden behandeld. Deze bevinding sluit aan bij onderzoek van Feodor Nilsson en collega's (2018) die stelden dat het waarschijnlijk is dat dakloze personen sterven aan niet gediagnosticeerde en onbehandelde lichamelijke aandoeningen.

Tot slot valt op dat Eddie en Garry beiden mogelijk een passendere zorgindicatie zijn misgelopen doordat ze niet aan de juiste criteria voldeden.

3.3.3 Betrokkenheid zorginstanties rond overlijden

Zowel Mees als Harrie heeft volgens hun begeleider de laatste maanden van hun leven goed contact gehad met de huisarts en ontving thuiszorg. Beiden hadden ook goed contact met hun woonbegeleiders, met wie ook de interviews hebben plaatsgevonden. Rond het moment van overlijden is bij beiden pijnbestrijding toegediend.

Leon is in het buitenland overleden bij familie. Er is niet bekend of er zorg was in zijn laatste periode. Wel is bekend dat meneer voor vertrek naar het buitenland al contact had gelegd met een arts in verband met begeleiding voor zijn verslaving.

Voor zover bekend waren er op het moment van overlijden geen zorginstanties betrokken bij Eddie. Eerder had hij aangegeven klaar te zijn met hulpverlening door eerdere ervaringen en mensen niet te willen vertellen over zijn situatie. In Utrecht ondervond hij problemen met de toegankelijkheid van voorzieningen omdat hij uit een andere regio kwam. Meneer is toen zelf naar een andere stad gegaan. Zijn begeleider had hier geen weet van en kon hem niet bereiken. Omdat bekend was dat Eddie suïcidale gedachten had, heeft zijn begeleider hem toen als vermist opgegeven. Uiteindelijk

alcoholisme/levercirrose, maagzweren of maagkanker. Maar ze kunnen ook samenhangen met verkeerd gebruik van pijnstillers zoals ibuprofen/diclofenac.

²⁰ Vanuit de werkgroep wordt de vraag gesteld wat de dagbesteding dan met dit signaal heeft gedaan. De huisarts had bijvoorbeeld samen met Garry kunnen worden gebeld of een van zijn begeleiders had met hem mee kunnen gaan naar de huisarts.

²¹ Vanuit de werkgroep wordt de neiging bespeurd om hier alles toe te schrijven aan zijn diabetes, terwijl er meer redenen kunnen zijn waarom Garry dingen vergat. Zo zou hij korsakov kunnen hebben (past ook bij alcoholisme) en er was sowieso al een vermoeden van licht verstandelijke beperking. Als hij geen medicatie gebruikte en slecht at is de kans op een lage bloedsuiker (hypoglycemie) heel klein. Eerder een veel te hoge bloedsuiker.

bleek dat hij nog in leven was en is getracht opnieuw contact te krijgen. Zijn begeleider heeft uiteindelijk online in een systeem gezien dat Eddie overleden was in zijn geboorteplaats in Nederland.

Een halfjaar voor zijn overlijden is Garry naar eigen wens overgedragen aan het buurtteam. Het idee was dat het buurtteam wekelijks zou langskomen om te kijken hoe het met meneer ging. Observatie van zijn voormalig begeleider was dat de gemaakte afspraken tussen meneer en het buurtteam vanuit beide kanten niet altijd even goed werden nageleefd. Vermoedelijk werd het medicatiegebruik van meneer niet altijd even goed bijgehouden, terwijl er wel was afgesproken dit te doen.²² Meneer is uiteindelijk dood in zijn woning aangetroffen nadat hij niet verscheen op een afspraak met zijn POH-arts, die contact opnam met zijn begeleiding. Na overlijden bleek dat er nog medicatie van Garry bij de apotheek lag die hij nooit heeft opgehaald.

3.3.4 Middelengebruik

Van de drie respondenten die zijn overleden aan kanker is bekend dat ze langdurig verslaafd zijn geweest. Dit betreft verslavingen aan alcohol, speed, heroïne en cocaïne. Van Mees en Harrie weten we dat deze verslavingen ook bekend waren bij de zorginstanties. Medicatiegebruik is daar dus op afgestemd. Beiden zijn ook blijven gebruiken in de laatste periode voor overlijden. Een begeleider geeft aan dat dit in overleg met zorginstanties plaatsvond en hiervoor gekozen is om de kwaliteit van leven te waarborgen.

Van Leon is bekend dat hij bij vertrek naar het buitenland de hoop had daar minder te gebruiken. Hij wilde wel nog methadon blijven gebruiken. Hij heeft in samenspraak met verslavingszorg geregeld dat hij hiervan een voorraad had voor de eerste maanden in het buitenland. Tevens had hij contact gelegd met een arts zodat hij daar methadon verstrekt kon krijgen en kon worden begeleid.

De begeleider van Eddie kon ons vertellen dat zijn overlijden niet was gelinkt aan verslaving. Van Garry is niet bekend of hij een gebruiker was.

Hoewel eerder onderzoek toont dat middelengebruik een risicofactor is voor overlijden onder dakloze personen (Fazel et al., 2014; Feodor Nilsson et al., 2018; Nielsen et al., 2011), kan binnen deze studie geen direct verband worden gelegd tussen het gebruik en het overlijden.

3.3.5 Netwerk

De mate van contact met naasten verschilde erg tussen de overleden participanten. Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door de migratieachtergrond van sommige deelnemers en langdurig verblijf in het buitenland. Het contact met vrienden en familie was bij deze mensen veelal verloren gegaan. De meeste deelnemers zagen hun begeleiders als belangrijke sociale contacten.

De vriendin van Mees was het laatste jaar voor zijn overlijden altijd bij hem, in zijn eigen woning. Verder had Mees, naast het contact met zijn begeleider, geen behoefte aan contact.

Harrie had aangegeven graag te willen blijven in de beschermd wonen-voorziening waar hij aanvankelijk tijdelijk verbleef, en daar te sterven. In de laatste periode had hij intensief contact met zijn broer, waar hij heel lang geen contact mee heeft gehad. Ook vorige begeleiders en contacten uit eerdere verblijfsvoorzieningen zijn langsgelkomen. Tevens had hij goed contact met het straatpastoraat. Leon is overleden in het buitenland waar hij samenwoonde met familie. Eddie en

²² Vanuit de werkgroep wordt aangegeven dat een buurtteammedewerker hier wel een ondersteunende rol in kan spelen, maar dat bij diabetes die niet goed onder controle is het logischer is om thuiszorg in te schakelen of bijvoorbeeld de POH van de huisarts.

Garry hadden voor zover bekend geen contact met familie.

De deelnemers die wisten dat ze zouden sterven, gaven in gesprekken met hun begeleiders te kennen dat ze het lastig vonden hoe ze dit nieuws aan hun omgeving konden vertellen. Dit was in het bijzonder lastig wanneer er weinig tot geen contact was geweest in de voorgaande jaren. Deelnemers hebben dit ervaren als spannend en (te) kwetsbaar. Niet bij iedere deelnemer is de familie op de hoogte gebracht van de terminale ziekte voor het overlijden.

Verschillende begeleiders gaven aan het lastig te vinden hoe zij zich het best konden opstellen tussen hun cliënt en diens netwerk, in het bijzonder wanneer zij geen toestemming hadden van de cliënt om contact op te nemen. Daarnaast hadden begeleiders niet altijd even goed in beeld wie steunende contacten waren. Ook na overlijden vonden begeleiders het lastig hoe zij het best het netwerk op de hoogte konden brengen van het nieuws.

3.3.6 Financiën

Ook de staat van financiën verschilde tussen de deelnemers. De meeste deelnemers waren volledig schuldenvrij en enkele hadden zelfs spaargeld op de rekening op moment van overlijden. Eén deelnemer heeft waarschijnlijk zijn leven lang in de schulden gezeten. Allen ontvingen hulp bij hun financiën.

Van Mees en Harrie is bekend dat zij beiden schuldenvrij waren en zelfs spaargeld hadden opgebouwd. Voor Mees was dit spaargeld voldoende om ook de uitvaart te kunnen bekostigen. De uitvaart van Harrie is grotendeels betaald door zijn broer. Ook Garry gaf in zijn eerste interview aan schuldenvrij te zijn. Hoe dit op moment van overlijden was, is niet bekend. Wel gaf zijn begeleider aan dat meneer nooit zelfstandig zijn financiën zou kunnen doen. De begeleider van Leon kon ons vertellen dat hij bij vertrek naar het buitenland wat financiën op zijn rekening had. Toen Leon naar het buitenland ging heeft zijn zus de zorg voor zijn financiën op zich genomen.

Eddie vertelde in zijn eerste interview dat hij oplopende schulden had door onbetaalde rekeningen, volgens hemzelf ontstaan door overmacht. Ook in het tweede interview sprak hij nog over schulden. Voor zover bekend zijn deze schulden niet afgenomen in de tijd daarna.

Schulden kunnen een risicofactor zijn die uiteindelijk kan leiden tot vervroegd overlijden. Te denken valt aan het niet ophalen van medicijnen vanwege een eigen bijdrage. Daarnaast is bekend dat langdurige schulden langdurige stress met zich meebrengen. Nadja Jungman pleit bij schulden dan ook voor een stress sensitieve-aanpak.

Conclusie

Dit hoofdstuk bespreekt de jonge leeftijd van overlijden en de voorgeschiedenis van langdurige (herhaalde) dakloosheid, waarbij veelal buiten geslapen werd, wat onder de overleden respondenten opvallend was. Deze bevindingen komen overeen met de studie van Montgomery en collega's (2016) die vonden dat individuen die langer dan vijf jaar dakloos zijn en buiten slapen een verhoogd sterfterisico hebben.

Het is ook opmerkelijk dat drie van de vijf overleden respondenten een migratieachtergrond hadden en dat de andere twee ook enige tijd in het buitenland hebben gewoond alvorens zij dakloos werden in Nederland. Voor elke respondent werden ziekte en doodsoorzaak (te) laat vastgesteld. Eerdere signalering had mogelijk kunnen leiden tot meer succesvolle en/of minder ingrijpende behandelingen. Daarnaast valt op dat respondenten mogelijk passendere zorgindicaties zijn misgelopen doordat ze niet aan de juiste criteria voldeden. Dit onderzoek laat geen direct verband

zien tussen middelengebruik en overlijden.

Wat betreft hulpverlening wijst deze studie erop dat hulpverleners het lastig vinden waar zij zichzelf dienen te positioneren in het contact met cliënten en hun netwerk. Na overlijden vonden hulpverleners het ook moeilijk hen hierover te informeren. Voor de praktijk benadrukt deze studie het belang van regelmatige medische screening onder de daklozenpopulatie om (te) late constatering van (terminale) ziekte te voorkomen. Daarnaast moeten bij de overgang van ambulante begeleiding naar het wijkteam duidelijke afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden en mogelijke consequenties bij niet-naleving. Tot slot dient er binnen zorginstellingen rekening gehouden te worden met de mogelijke morele dilemma's waar zorgverleners mee te maken krijgen bij de zorg voor terminaal zieke cliënten en daar passende ondersteuning voor geboden te worden.

4. Identiteitsreconstructie van (voormalig) herhaald dakloze individuen

4.1.1 Inleiding

Op basis van de masterscriptie van Mette Palm, MSc Social Policy & Public Health, Onderzoeksstage 'Voorkomen herhaalde dakloosheid'²³, beschrijft dit hoofdstuk de aanleiding voor de identiteitsreconstructie van (voormalig) herhaald dakloze individuen, wat we hierover al weten uit eerder onderzoek en het theoretisch kader dat de basis heeft gevormd voor de gevolgde onderzoeksmethode. De beschrijving van de belangrijkste resultaten wordt gevolgd door aanbevelingen voor de praktijk.

4.1.2 Aanleiding

De aanleiding voor dit hoofdstuk is dat uit dakloosheid komen niet alleen te maken heeft met de overgang naar huisvesting, maar ook met het zich leren verhouden tot een (vorige) gestigmatiseerde sociale identiteit en het hervinden van persoonlijke betekenis en eigenwaarde. Dit probleem komt voort uit:

- 1) Het ontbreekt dakloze individuen aan rol gebaseerde bronnen van morele waarde.
- 2) Dakloosheid brengt een gestigmatiseerde geïndividualiseerde sociale identiteit met zich mee die iemands huisvestingsstatus weerspiegelt.
- 3) Dakloosheid wordt gepathologiseerd door de economisch lage status af te doen als een symptoom van geestesziekte en/of verslaving.

4.1.3 Eerder onderzoek

Uit eerder onderzoek blijkt dat dakloze individuen identiteitswerk en managementtechnieken gebruiken om stigmatisering te verminderen en identiteiten te creëren die hun zelfbeeld ondersteunen. Onder identiteitswerk verstaan we hier:

'de reeks activiteiten die individuen ondernemen om persoonlijke identiteiten te creëren, te presenteren en in stand te houden die overeenkomen met en ondersteunend zijn voor hun zelfbeeld' (Snow & Anderson, 1987, p. 1348)

Eerdere studies naar identiteitswerk bevatten echter nog geen focus op (ex-)herhaald dakloze mensen, kennen geen langdurig longitudinaal onderzoeksdesign, zijn niet eerder in Nederland uitgevoerd en ten slotte is het identiteitsproces dat individuen doormaken bij de overgang naar huisvesting nog onvoldoende onderzocht.

4.1.4 Theoretisch kader

De lens waar we in dit hoofdstuk door kijken is die van 'het performatieve zelf' (Goffman, 1959). Dit theoretisch kader gaat ervan uit dat de identiteit van een individu geen vaststaand gegeven is, maar wordt geconstrueerd door zijn gedrag, woorden en uiterlijk terwijl hij iets doet in de aanwezigheid

²³ Dit hoofdstuk betreft een bewerking van een artikel waaraan Mette Palm, promovenda, dr. Nienke Boesveldt en dr. Roy Gigengack op dit moment werken.

van anderen. Tegelijkertijd is voor dit onderzoek het werk van Ebaugh (1988) over 'role exit' relevant. Ebaugh beschrijft de processen die gepaard gaan met het vertrekken van de ene rol naar een nieuwe rol door het creëren van een ex-rol. Individuen die een roltransformatie ondergaan moeten wennen aan een identiteit die verankerd is in een rol en een status die ze niet langer innemen. In dit onderzoek wordt de overgang van de status 'dakloos' naar 'gehuisvest' opgevat als een rolverandering.

Wanneer we de inzichten over het performatieve zelf (Goffman, 1959), role exit (Ebaugh, 1988) en identiteitswerk (Snow & Anderson, 1987) combineren, dan maakt dit dat we in het bijzonder geïnteresseerd zijn geweest in twee soorten activiteiten van identiteitswerk:

- 1) selectieve associatie met andere individuen en groepen;
- 2) verbale constructie en bevestiging van persoonlijke identiteiten.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag: Hoe begrijpen (ex-)terugkerende dakloze individuen in Utrecht in de loop van vijf jaar hun identiteit en hoe gebruiken ze identiteitswerk gedurende het proces van role exit om hun identiteit te (re)construeren?

4.1.5 Onderzoeksmethode

Er is voor gekozen een verkennende secundaire analyse uit te voeren op de data van de 69 participanten in het langlopend onderzoek naar het voorkomen van herhaalde dakloosheid in Utrecht. Door middel van een casestudy-design is hierin gefocust op de interviews met vier participanten. De wijze van analyse verliep via inductief thematisch coderen (Riessman, 2008).

Tabel 9. Achtergrondinformatie van de onderzochte participanten

Pseudoniem	Jaren dakloos (T0)	Leeftijd (T0)	Aantallen dakloos	Huisvesting status T0	Huisvesting status T1	Huisvesting status T2	Huisvesting status T3	Huisvesting status T4
Wesley	10+	35	2	MO 24-uurs	Bij partner	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning
Tom	3	64	2	MO 24-uurs	Nachtopvang	Nachtopvang	Eigen kamer in beschermd wonen	Eigen kamer in beschermd wonen
John	13	56	2	Nachtopvang	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning
Richie	35	58	4	MO 24-uurs	MO 24-uurs	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning	Zelfstandige woning

4.2 Bevindingen

Deze gegevens die uit de analyse van de interviews met deze vier participanten over vijf jaar naar voren kwamen zijn onderverdeeld in vier thema's die de bevindingen over 'Identiteitswerk in het dagelijks leven' bespreken en vier thema's die nader ingaan op het 'Identiteitswerk in het contact met instituten' dat we in onze analyse zijn tegengekomen.

4.2.1 Identiteitswerk in het dagelijks leven

Wesley is een witte man van midden dertig. Tijdens het eerste interview verbleef hij in een nachtopvang en was hij al meer dan tien jaar dakloos. Destijds omschreef hij zichzelf als 'een hardcore alcoholist'. Lange tijd gebruikte hij 'drugs om [zijn] problemen te dempen'. In de jaren dat we Wesley spraken, verhuisde hij naar zijn eigen huis nam zijn middelengebruik toe. Ten tijde van het laatste interview gebruikte hij geen middelen meer en had hij een woning waar hij zelfstandig woonde. Het volgende verhaal wordt opnieuw verteld en geeft een overzicht van Wesley die tijdens het laatste interview door de jaren heen over zichzelf nadacht:

Vroeger was ik er heel slecht aan toe. Niemand kon of wilde mij toen helpen. Ik wilde mezelf ook niet helpen, want het begint allemaal bij jezelf. Op een gegeven moment lag ik in een crackhouse bij min 13 graden Celsius met een naald in mijn arm en was ik op weg naar de dood. Ik was mij daar zelf van bewust. Ik heb mijn probleem tenslotte nooit geaccepteerd, ik heb het getolereerd. Honderd mensen hebben tegen mij gezegd: 'Wesley, doe het niet, doe het niet, doe het niet'. Wesley wist het, maar Wesley ging het toch doen, omdat daarmee ook het onderliggende probleem wordt onderdrukt. Ik kom uit hardcore dakloosheid en hardcore verslaving. Dus hoe stop je? Mijn hele leven stond in het teken van overleven, hoe begin je dan met leven? Maar er komt een moment waarop je voor jezelf gaat kiezen: je stopt of je gaat door.

Ik begin mezelf langzaam weer serieus te nemen. Ik moet wennen aan hoe ik mezelf profileer. Als ik in de opvang een verhaal begon, volgde iemand anders met een 'overtreffend' verhaal. Dat is niet het niveau waarop ik graag gedij, daar doe ik mezelf tekort mee. Alleen dat is het niveau waar ik al heel lang op zit. Ik probeer mijn sociale netwerk nu een beetje te vergroten. Ik ben niet alleen, maar ik ben eenzaam. Ik ben leeg. Ik laat niemand in de buurt komen, want op straat kun je niemand vertrouwen. Alleen leef ik nu niet op straat. Dat is iets wat ik nog moet beseffen. Nog steeds reageer ik soms onverwacht op een bepaalde manier en zie ik mensen schrikken van de hardheid in mijn stem. Op andere momenten merk ik dat ik denk dat ik zacht klink, maar dan herinner ik mezelf er ook aan: 'Jij bent helemaal niet hard'. Ook ga ik nog regelmatig de dag in met het idee dat ik alert moet zijn. Daarmee beperk ik mijzelf. Dat is een emotioneel proces waar ik nu in zit. Om de wereld anders te zien dan hoe ik hem kende. Tegenwoordig merk ik dat mensen mij en mijn grenzen respecteren. Dat is nieuw voor mij. Dat is heel persoonlijk. Ik ben mijn gevoel van eigenwaarde weer een beetje aan het herstellen. Lange tijd zorgde het gevoel van verdriet ervoor dat ik wilde vechten of vluchten. Maar op straat ren je niet, dus begon ik te vechten. Onlangs had ik een incident waarbij iemand mij beledigde en toen besloot ik niets te zeggen. Dat vond ik heel lastig. De dakloosheid is nog steeds een deel van mij. Maar ik kan nu met een zekere rust terugkijken op mijn turbulente leven en denken: ik besta nog. Nu ben ik bezig mezelf weer te worden.

4.2.2 'Het begint bij jezelf' - Het besef dat je je identiteit kunt veranderen en ontwikkelen

Deze verhalende hervertelling illustreert het proces dat Wesley doormaakte totdat hij het punt bereikte waarop hij besloot zijn leven anders in te richten. Hij zei dat hij een actieve beslissing had genomen om te veranderen. In het laatste interview blikt hij terug: *'Die keuze begint natuurlijk bij jezelf. In mijn ervaring is dat het allerbelangrijkste.'*

Ebaugh (1988) ontdekte dat het proces van het verlaten van een rol begint wanneer individuen bewust en onbewust signalen uiten van ontevredenheid over hun huidige rol. Invloedrijke

factoren voor de transitie naar een rol-exit zijn onder meer de reacties van de omgeving en de mate van bewustzijn en controle over de exit. Zoals Wesley verwoordde was hij zich bewust van zijn probleem, maar hij koos ervoor het te ontkennen en *'het onderliggende probleem'* te negeren. Hij uitte zijn onzekerheden over de manier waarop hij *'zou kunnen stoppen en beginnen met leven'*. Dit duidt op een gebrek aan waargenomen controle over het verloop van het exitproces. Tegelijkertijd wist Wesley dat het sociaal wenselijk voor hem was om te stoppen met de manier waarop hij zijn leven leidde, zoals hij deelde: *'100 mensen hebben tegen mij gezegd: Wesley, doe het niet, doe het niet, doe het niet'*. Wesley wist het, maar ging het toch doen, omdat daarmee ook het onderliggende probleem werd gedempt. Zoals het citaat van Wesley laat zien, houdt terugtrekking in dat je het onderliggende probleem niet langer kunt negeren, maar onder ogen moet zien. Maar hij vertelde dat hij zich ervan bewust was dat zo doorgaan met leven de dood tot gevolg zou hebben. Door deze vergelijking te maken, heeft Wesley de alternatieven voor het verlaten van de rol evaluatief afgewogen (Ebaugh, 1988). Later uitte hij het besef dat hij een keuze had in de manier waarop hij zijn leven wilde leiden. Ebaugh (1988) noemt dit besef 'cognitieve bevrijding'. Door te beweren dat hij een 'keuze' heeft, geeft Wesley uitdrukking aan de menselijke keuzevrijheid²⁴ om zijn levensomstandigheden te bepalen. Daarom demonstreert hij het idee van het kunnen overstijgen van representaties die verband houden met het zelf en het toestaan dat iemands identiteit in de loop van de tijd verandert en zich ontwikkelt (Wray, 2003).

Deze actieve beslissing om te veranderen zie je ook bij de andere deelnemers. Richie zei bijvoorbeeld: *'Op een gegeven moment ben je er klaar voor, dan lukt het. Mensen kunnen naar een herstelcentrum gaan, maar dat is dan alleen maar om even tot rust te komen. Zodra ze weggaan [...] belanden ze meteen weer in hun oude leven.'*

4.2.3 'Ik ben niet zoals zij' - Ontkoppeling van (ex-)dakloze individuen als management van stigma

Ten tweede laat het navertellen zien dat Wesley afstand nam van gesprekken in het asiel. Door te zeggen: *'Dat is niet het niveau waarin ik graag gedij, daar doe ik mezelf tekort'*, onderscheidt hij zich van de andere dakloze personen die wel aan deze gesprekken deelnemen. Bovendien sprak hij in de eerste interviews over de andere (ex-)dakloze personen in termen van *'ons'* en *'wij'*, waarmee hij zichzelf in dezelfde sociale groep positioneerde. In latere interviews stopte hij hiermee en sprak hij alleen over *'dakloze personen'*.

Tom en Richie noemden zichzelf ook niet zoals de andere dakloze personen. Ze deden dit door zichzelf niet zo agressief, lui en smerig te noemen als de anderen.

Naast dat ze verbaal afstand namen, deden de deelnemers dat later ook fysiek. Dit kan het beste worden geïllustreerd aan de hand van het voorbeeld van Richie.

Richie is een oudere witte man. Hij werd op 23-jarige leeftijd dakloos. Tijdens de eerste twee interviews verbleef hij in een nachtopvang, later verhuisde naar zijn eigen huis. In de jaren dat we Richie spraken, nodigde hij aanvankelijk veel mensen bij hem thuis uit en wilde hij vooral mensen in kwetsbare situaties helpen. Hij nodigde zelfs een dakloze vrouw uit die buiten liep om bij hem in te trekken. Bij het laatste interview liet hij niemand meer langskomen die hij op straat of in het asiel had leren kennen. Toen Richie werd gevraagd waarom hij hiermee was

²⁴ In lijn met Wray (2003) vat dit onderzoek 'menselijke keuzevrijheid' op als het proces waarbij individuen onderhandelen met hun verleden en een visie op de toekomst creëren om hun beslissingen in het hier en nu te sturen.

gestopt, legde hij uit dat hij niet langer de behoefte voelde om anderen te helpen. Hij zei dat hij eens een paar jongens die hij in het asiel had leren kennen, had gevraagd om op oudejaarsavond bij hem thuis te komen, gewoon voor de lol. Naderhand begonnen mensen hem te vragen of ze langs konden blijven komen. 'Ik wil dat niet meer, dat is klaar.'

Richie's voorbeeld laat een patroon zien dat ook te zien is in de verhalen van andere deelnemers; Toen ze werden gehuisvest, begonnen ze zich te distantiëren van de andere (ex-)dakloze personen. Tom zei al dat hij zichzelf isoleerde toen hij in het asiel woonde. Hij legde uit dat hij er de voorkeur aan gaf tijd alleen op zijn kamer door te brengen, omdat de activiteiten van de anderen in de gemeenschappelijke ruimte hem niet interesseerden.

Sociale afstandelijkheid was minder duidelijk in het verhaal van John. Hij sprak echter de wens uit om nieuwe mensen van buiten het daklozennetwerk te ontmoeten, net als de andere deelnemers.

Volgens de sociale identiteitstheorie definiëren mensen zichzelf op basis van hun verbondenheid met in- en out-groepen (Tajfel et al., 1979). In-groups bieden een gevoel van collectieve identiteit op basis van gedeelde kenmerken, statussen of waarden. Out-groups worden gezien als verschillend van jezelf. Deze identificaties dienen om individuele identiteiten te beschermen en te versterken (ibid.). Deelnemers aan het onderzoek distantiëerden zich van andere dakloze personen en bestempelden hen als sociaal ondergeschikte 'anderen' (Johnson et al., 2004; Miller, 2008). Deze afstandelijkheid hielp de deelnemers het negatieve stigma dat gepaard gaat met dakloosheid te vermijden en zich beter aan te sluiten bij gewenste sociale groepen (Van Veelen et al., 2020). Daarom kan afstand nemen van andere (ex-)dakloze personen worden gezien als een vorm van stigmatisering. Ebaugh (1988) stelt dat dit deel uitmaakt van het proces van terugtrekking en een poging om zich los te maken van sociale verwachtingen.

Het is de vermelding waard dat Tom, die de kortste periode van dakloosheid had, zichzelf isoleerde van andere dakloze personen terwijl hij in het opvangcentrum woonde, in tegenstelling tot de anderen. Snow en Anderson (1987) geven aan dat individuen die langere tijd dakloos zijn geweest, zich meer identificeren met de status van 'dakloos'. Omgekeerd kan dit erop duiden dat Tom zich het minst identificeert met deze status, gezien zijn relatief korte periode van dakloosheid.

4.2.4 'De dakloosheid is nog steeds een deel van mij' - Het verleden verwerken door restanten van de vroegere rol op te nemen in de nieuwe identiteit

Ondanks dat hij de afgelopen jaren niet op straat of in een opvangcentrum heeft gewoond, had Wesley in het laatste interview het gevoel dat *'de dakloosheid nog steeds een deel van [hem] is'*. Hij legde uit dat het leven op straat zijn eigen *'regels'* heeft die je moet begrijpen om er goed mee om te kunnen gaan en dat een plek op straat en in opvangcentra *'verdiend moet worden'*. Later vertelde hij over een incident waarbij een manager van de locatie waar zijn vriendin woont hem in dronken toestand aansprak met *'hé [lapzwans]'*. Wesley koos er destijds voor om niet te reageren, hoewel hij het een uitdaging vond omdat het *'iets persoonlijks'* raakte, vooral gezien zijn verbeterde omstandigheden. Toen hem werd gevraagd naar de oorsprong van dit gevoel, gaf peer-interviewer Paul een verklaring:

'In het straatleven wil je, als je ruzie hebt, elkaar vernietigen. Of het nu met woorden is, je wilt een soort kracht tentoonspreiden. Je wilt iets vertegenwoordigen, terwijl je in feite niets bent. Dan kom je in een soort wereld waarin je bij jezelf denkt: 'Ik ben dakloos geweest en daarom

ben ik het laagste van het laagste'. Plotseling betreed je een wereld waarin je denkt dat alle anderen denken dat ze beter zijn dan jij. Van jezelf ben je nog niet zeker: daar kan ik bij horen, ik beteken ook iets. Alles wat iemand zegt, zie je niet als een compliment of als iets aardigs, maar: o wacht, bedoelt hij dat goed? Is dat een worsteling? Wat bedoel je daarmee? Dat is het, die vechtersmentaliteit. Dat gaat niet weg.'

Op een ander moment tijdens het interview verklaarde Paul dat je in de 'daklozencultuur' *'niet wegloopt* [van situaties waarin iemand je respect in twijfel trekt], *dus dan wordt het een gevecht'*.

Later beschreef Paul, die meerdere interviews met Wesley afnam en hem in het opvangcentrum observeerde, hem als een *'hoofdrolspeeler'* en *'populair'* onder medebewoners, wat duidde op een hoge statuspositie binnen de 'daklozencultuur'. Terwijl hij op straat en in opvangcentra leefde, moest Wesley voor zichzelf opkomen door anderen te vernietigen om het hoofd te bieden en gewaardeerd te worden. Nu Wesley echter de daklozencultuur achter zich laat, moet hij zich aanpassen aan nieuwe regels en normen die de status bepalen. Zijn eerdere manieren van omgaan met anderen zijn niet langer effectief of belemmerend. Dit proces komt overeen met het concept van 'disidentificatie' van Ebaugh (1998), waarbij individuen hun identiteit verschuiven en de verwachtingen van hun vroegere rol afleren, terwijl ze overblijfselen daarvan in hun nieuwe identiteit opnemen. Wesley's verklaring dat dakloosheid nog steeds een deel van hem is, weerspiegelt deze dynamiek. Goffman (2019) stelt dat interacties kunnen worden opgevat als rituele verbindingen die de manier weerspiegelen waarop mensen op bepaalde momenten gezien willen worden en waaruit zelfrespect voortkomt. Mening en attitudes van anderen beïnvloeden hoe individuen zichzelf waarnemen (Gergen, 2015). De respectloze aanspreekvorm van de locatiemanager was in strijd met Wesley's zelfbegrip en het niet reageren was in strijd met de manier waarop hij gewend was met een dergelijke situatie om te gaan.

Onder de andere deelnemers deelden Richie en John soortgelijke ervaringen. John vertelde bijvoorbeeld: *'Ik kwam van de straat. Het was hier nog steeds behoorlijk wild, vergeleken met nu. Dus bij het minste probleem werd ik onmiddellijk agressief. Ik ontplofte. Als iemand op straat "klootzak" tegen me zei, was het meteen "boem".'* Tom deelde niet dezelfde ervaring. Dit zou er opnieuw op kunnen wijzen dat de status van 'thuisloosheid' een centralere rol speelt in het zelfinzicht van individuen die gedurende langere periodes dakloos zijn geweest.

4.2.5 Het zelf profileren - Identiteit bevestigen en beschermen door middel van status-mobilisatie

In de hervertelling wordt geïllustreerd hoe Wesley *'het gevoel van eigenwaarde weer opbouwt'*. Ook verklaarde hij dat hij *'moet wennen aan hoe [hij zichzelf] profileert'*. Tijdens de analyse werd het duidelijk dat Wesley de neiging heeft zijn status te beschermen en te tonen in zijn interactie met de interviewers. Halverwege het eerste interview vroeg Sally, een jonge vrouwelijke universiteitsstudent, naar zijn vooruitzichten op alcoholrehabilitatie:

Wesley: *Je kunt niet zomaar stoppen, want dan krijg je... Dan bestaat de kans op een epileptische aanval, die ik al meerdere keren heb gehad.*

Sally: *Oké, dat komt omdat je al zo lang verslaafd bent aan alcohol dat je er ineens niet meer mee kunt stoppen?*

Wesley: *Nee, je moet stoppen met medicijnen, diazepam.*

Sally: *Maar je wilt toch wel stoppen, neem ik aan?*

Wesley: *Ja, anders had ik geen [detox] aangevraagd.*

Sally: *Nee, daarom...*

Wesley [met sarcastische intonatie]: *Heb je nog meer intelligente vragen?*

Sally [met sarcastische intonatie]: *Superintelligent.*

Wesley [met cynische intonatie]: *Goed gedaan. Ja, jij gaat ook naar de universiteit, dus... Ik zou mijn kinderen daar niet heen sturen.*

Verschillende aspecten van deze letterlijke tekst zijn van belang. Het commentaar van de interviewer: '[Ben je eigenlijk] *al zo lang verslaafd aan alcohol dat je er ineens niet meer mee kunt stoppen?*' en '*Maar je wilt toch wel stoppen, neem ik aan?*' zijn slotopmerkingen, geformuleerd als vragen, die haar onwetendheid aantonen en daarmee haar morele superioriteit als niet-drugsgebruiker. Wesley betwist deze superioriteit door de opmerking van de interviewer als een niet-intelligent voorstel te behandelen. Vervolgens betwist Wesley niet alleen haar superioriteit, maar verlaagt haar status verder door een opmerking te maken over het feit dat ze naar de universiteit gaat en te stellen dat hij zijn eigen kinderen daar niet heen zou laten gaan. Hij lijkt te doelen op de overtuiging dat zijn kinderen dan hetzelfde soort 'niet-intelligente' vragen zouden leren stellen. In wezen distantieert Wesley zich van de heersende orde in de samenleving om zijn respect te herwinnen en door de interviewer als 'niet intelligent' terzijde te schuiven. Hoewel Wesley er later op wijst dat hij een grapje maakte, verraadt zijn cynische toon op de opname dat het destijds geen grap was. Dezelfde tactiek, zij het in verschillende vormen, werd opgemerkt in de interviews met Richie, John en Tom.

Bovendien herinnerden de deelnemers zich opzettelijk elementen van zichzelf die verschillend waren van hun dakloosheidsstatus om hun identiteit te bevestigen en te beschermen. Door andere statussen te mobiliseren probeerden de deelnemers respect te verwerven en gezien te worden als anders dan (ex-)dakloos. Richie vermeldde bijvoorbeeld elk jaar de opleiding die hij in het verleden heeft gevolgd. John vertelde hoe hij mensen confronteert die een negatief beeld van hem hebben als ex-dakloze: '*Dan zeg ik: wacht even. Ik had ook een goede baan, tien dienstjaren, altijd hard gewerkt, twee kinderen, een eigen huis. Dan word je ziek en stort je wereld in, maar dat kan iedereen overkomen.*' Door te verklaren dat hij 'ziek' is geworden en '*dat kan iedereen overkomen*' stelt hij dat de oorzaak van dakloosheid buiten hemzelf ligt en benadrukt hij dat hij niet anders is dan anderen in de samenleving die niet de status dragen van '(ex-)dakloos'.

Op het gebied van de sociale psychologie is de zelfcategorisatietheorie (SCT) een uitbreiding van de sociale identiteitstheorie. Het legt uit hoe mensen worden gedefinieerd door en zichzelf begrijpen als behorend tot sociale categorieën zoals leeftijd (bijvoorbeeld jong of ouder) of economische status (Horsey, 2008). Deze categorisaties verschillen cultureel en veranderen in de loop van de tijd (Burr & Dick, 2017). Ze beïnvloeden hoe mensen handelen en zichzelf en anderen evalueren. Volgens de sociaalpsychologische zelfverbeteringstheorie proberen mensen de positieve status van hun zelfbeeld te vergroten en zichzelf te beschermen tegen negatieve evaluaties (Sedikides & Strube, 1997). Mensen presenteren zichzelf dus om de perceptie van anderen vorm te geven. Dakloze personen voelen zich vaak gedevalueerd vergeleken met andere leden van de samenleving (Snow & Anderson, 1987). Omdat we ons hiervan bewust waren en het zelf als een product van sociale interactie beschouwden, zouden de ervaringen kunnen hebben gevoeld als een bedreiging voor de identiteit van de deelnemers en aanleiding kunnen geven tot een behoefte om hun status te beschermen als een manier om om te gaan met de negatieve sociale identiteit die op hen werd

geprojecteerd (Goffman, 1959). Daarom kunnen hun beweringen worden opgevat als een vorm van ‘impressiemanagement’²⁵ (ibid.).

4.2.6 Identiteitswerk in het contact met instituties

Richie legt uit dat hij op 23-jarige leeftijd door huiselijk geweld dakloos werd. Toen we hem tijdens het eerste interview spraken, was hij, met enkele onderbrekingen, al ruim 35 jaar dakloos. Zoals hierboven beschreven verbleef hij tijdens de eerste twee interviews in een nachtopvang en verhuisde hij later naar zijn eigen huis. Richie heeft door de jaren heen zijn bezwaren geuit over de manier waarop hij door zorginstellingen wordt behandeld. Hij stelt dat zijn verzoek om hulp altijd minimaal is geweest, maar toch werd hij gedwongen ‘mee te gaan in de waanzin van het systeem om hulp te ontvangen’. De volgende tekst illustreert zijn houding ten opzichte van de instellingen die hem door de jaren heen hulp hebben verleend:

2019

In het eerste interview deelt Richie dat hij weinig vertrouwen heeft in de zorgaanbieders. Hij gelooft dat het belangrijkste bij de zorg de ‘gelijkheid’ tussen zorgverlener en cliënt is. Maatschappelijk werkers mogen niet het gevoel hebben dat ze ‘meer dan hem zijn’. In zijn ervaring denken ze vaak ‘dat ze de controle kunnen overnemen omdat ze er zoveel over hebben geleerd’. Hij deelt dat hij liever alles op zijn eigen manier doet – ‘Je hoeft mij niet te vertellen hoe of wat’ – en dat hij niet ‘afhankelijk’ wil zijn van de zorgverleners. Hij voelt zich vaak gedevalueerd door de verzorgers, vertelt hij: ‘Er zijn begeleiders die je als een klein kind behandelen, daar kan ik niet tegen. Ze zijn zelf nog heel jong, en dan vertellen ze mij – een volwassen man – wat ik moet doen’. Hij vindt daarom dat er ‘niet genoeg respect’ is voor dakloze personen. Hij deelt: ‘Ze zien ons als dakloos, als vies of ik weet niet wat.’

2020

Toen hem werd gevraagd van welke faciliteiten Richie momenteel hulp krijgt, vertelde hij dat hij ‘alles zelf doet’. Hij deelt dat hij liever niet om hulp vraagt: ‘Ik ben niet iemand die mensen om hulp vraagt. Ik probeer het altijd zelf op te lossen.’ Hij vertelt echter dat er momenten zijn dat hij iets niet alleen kan doen en dat hij eigenlijk wel wat hulp nodig heeft. Hij geeft toe: ‘Ik kan me daarvoor schamen, om om hulp te vragen’. Op de vraag waarom hij zich schaamt om hulp te krijgen, antwoordt hij: ‘Ik heb het altijd zelf moeten uitzoeken. Ik was altijd alleen’. Gevraagd naar de toekomst vertelt hij dat hij het idee van enige begeleiding hem wel bevalt. Hij zegt: ‘Ik heb wel iemand nodig om op terug te vallen. Dat als er iets gebeurt, dat ze er dan voor mij zijn’. Hij is van mening dat een van de huidige problemen met de zorg voor dakloze personen is dat van hen wordt gevraagd zich aan te passen aan de wensen van de zorgverleners in de instellingen. Hij stelt dat ‘de cliënt zich niet moet aanpassen aan wat jij [verzorger] wilt, dat zal toch niet werken’. Hij vindt dat ‘de meeste cliënten zelf weten wat ze willen; jij [zorgverlener] moet de zorg daarop aanpassen’.

2021

Richie is net naar zijn eigen huis verhuisd. Hij heeft sterk het gevoel dat hij geen hulp nodig heeft. Hij zegt: ‘Ze hoeven niets voor mij te doen – ik kan alles zelf doen’. Uit verder doorvragen blijkt dat hij nog

²⁵ Goffman (1959) gebruikt de term ‘impressiemanagement’ om te verwijzen naar de pogingen van individuen om bepaalde beelden van zichzelf naar anderen te projecteren en hen aan te moedigen deze op een wenselijkere manier te definiëren en ernaar te handelen.

steeds ambulante hulp krijgt, maar Richie stelt dat ze slechts af en toe ‘een kopje koffie komen drinken’ of ‘met hem gaan winkelen of wandelen’. Terugkijkend op het traject dat hij heeft afgelegd en de hulp die hij heeft gekregen, zegt hij: ‘Ik heb altijd al de leiding willen hebben. Je bent dakloos, maar je bent niet hulpeloos, dacht ik’. Hij stelt: ‘Instituties doen soms alsof mensen niets meer kunnen doen’.

2022

Een jaar later woont Richie nog steeds in zijn eigen huis. Gevraagd naar de zorg en ondersteuning die hij momenteel krijgt, deelt hij dat dit ‘eigenlijk helemaal niet nodig is’. Later brengt hij echter naar voren dat de ambulante hulp die hij nu krijgt waarschijnlijk zal worden verminderd. Hij zegt dat hij dit niet wil, omdat hij ‘iemand wil hebben waarop hij kan terugvallen’. Als hij terugdenkt aan zijn tijd in de opvang vertelt hij: ‘Alles is daar geregeld; er wordt een kopje thee ingeschonken; er wordt een sneetje brood bereid. Maar een opvangcentrum is geen hotel! Ze zien ons als mensen die niets voor zichzelf kunnen doen.’ Hij vertelt dat hij vaak het gevoel heeft dat zorgverleners dakloosheid als ‘een soort ziekte’ zien. Hij illustreert dit met een ervaring die hij in het verleden had toen hij aan een van zijn verzorgers vertelde dat hij graag ervaringsdeskundige wilde worden. Hij zegt dat hem werd gevraagd of hij ‘al zo ver genezen was’. Hij zei: ‘Fuck you met je herstel. Ik beschouw het gewoon als een ervaring.’

2023

Tijdens het laatste interview werd Richie opnieuw geïnterviewd terwijl hij in zijn eigen huis woonde. Net als voorgaande jaren krijgt hij nog steeds ambulante hulp, maar hij stelt: ‘Die hoeven helemaal niet van mij te komen’. Hij zegt de woonbegeleiding als ‘betuttelend’ te ervaren en vindt dat ze hem ‘als een kind’ behandelen. Richie legt uit hoe hij van zijn huis een thuis maakte door het zelf te versieren. Op de vraag of hij daarbij hulp heeft gekregen, stelt hij dat hij die had kunnen krijgen, maar dat hij dat niet wilde, aangezien ‘ik het op mijn manier wil. Op mijn manier, mijn ding, dan zouden ze mij dingen opdringen. Nee!’. Hij zegt echter ook dat mensen, om hun plek te vinden, ‘mee moeten gaan in de chaotische situatie. Als je dat niet doet, kom je er niet’. Ten slotte uit hij zijn ontevredenheid over de andere flatbewoners en de ligging van de locatie waar hij gehuisvest is.

4.2.7 ‘[We] zijn financieel niet winstgevend’ – Zich buitengesloten voelen van de samenleving

In zijn laatste interview vertelde Richie hoe hij vond dat (ex-)dakloze personen en asielzoekers niet goed geïntegreerd zijn met de rest van de Utrechtse bevolking. Het interview vond plaats in de woonkamer van zijn huis. Vanuit zijn raam kijkt Richie uit op een gracht met twee boten waarin asielzoekers verblijven.

Richie: Nu hebben ze het hier druk, ze hebben een heel gebouw en ze [de (ex-)dakloze personen] komen allemaal in één gebouw. Hier allemaal, alle woningen in één gebouw. Die komt daar wonen, die komt daar. Het is allemaal bij elkaar, elke keer weer! Dat is precies de fout, je moet het verspreiden. Zo gooien ze toch ook alles in deze hoek? [...] Aan de overkant van de straat is een [naam organisatie] opvangcentrum [voor dakloze personen].

Megan [peer-interviewer]: Het is hier een beetje een verdomhoekje, met asielzoekers en dakloze personen.

Richie: Ja, asielzoekers en dakloze personen. In het midden heb je ze ook.

Megan [peer-interviewer]: Wat is volgens jou het grote voordeel van het verspreiden van [mensen] in plaats van het samenbrengen van mensen?

Richie: *Dat het geen probleem is. Het is toch een probleem voor heel Utrecht?*

Megan [peer-interviewer]: *Heb je het gevoel dat mensen aan de kant worden gezet?*

Richie: *Ja, en dat is hier in de hoek lekker makkelijk, toch? Het is een probleem voor het hele land, niet alleen hier, toch?*

Dit verhaal demonstreert Richie's overtuiging dat de huisvestingsbenadering van dakloze personen en asielzoekers in zowel Utrecht in het bijzonder als in het land als geheel verkeerd wordt gehanteerd, wat onnodige problemen geeft.

Dit verhaal komt overeen met theorieën uit Bauman (2004, in Best, 2016), die gelooft dat de moderniteit is verschoven van een sociale welvaartsstaat die mensen in nood ondersteunt naar een staat van uitsluiting waarin de armen verantwoordelijk worden gehouden voor hun eigen toestand. Vanuit sociologisch perspectief wordt aangenomen dat deze individuen niet langer nodig zijn in de consumentencultuur van de kapitalistische samenleving, omdat ze niet in staat zijn de rol van klanten te vervullen en daarom worden gecategoriseerd als 'menselijk afval'. Ze zijn gegroepeerd in stedelijke getto's die fungeren als dumpplaatsen voor personen van wie de samenleving geen enkel sociaal, economisch of politiek voordeel haalt (Bauman, 2004, in Best, 2016). Deze opvatting komt overeen met Richie's ervaring toen hij het gevoel had dat hij verborgen werd in een hoek van de stad.

Bovendien komt de consumentencultuur van de kapitalistische samenleving duidelijk naar voren in de ervaringen van de andere deelnemers, die geloven dat de reden voor gezondheidszorgorganisaties om zorg te verlenen in de eerste plaats verband houdt met geldelijk gewin door het ontvangen van subsidies. John legt uit: *'Op het moment dat ze al die dingen niet kunnen leveren; u revalidatie of 24-uurs begeleid wonen bieden of uw financiën beheren. Ja, dan ben je financieel niet levensvatbaar. Dus dan doen ze niets.'*

Eerder werd al aangetoond dat deelnemers zich gaandeweg distantieerden van andere (ex-)dakloze personen. Sommigen zeiden dat ze verlangden naar nieuwe contacten buiten hun daklozenetwerk. Voor de identiteits(re)constructie van (ex-)dakloze personen heeft het dus geen voordeel om ze bij elkaar te plaatsen. Daarentegen lijkt het cruciaal dat ze nieuwe mensen buiten het daklozenetwerk kunnen ontmoeten, zodat ze hun vroegere roldentiteit kunnen afleggen (Bauman, 2004, in Gewirtz & Cribb, 2008). Het verhaal van Richie maakt duidelijk dat hun deze omgeving niet wordt aangeboden. In plaats daarvan heeft Richie het gevoel dat ze bij andere individuen zijn geplaatst, met wie ze de status van 'menselijk afval' delen, en dat hun probleem wordt gereduceerd tot een individuele kwestie. Hij wenst beter voor zichzelf.

4.2.8 Dakloosheid is geen 'ziekte' – Hulp weigeren als een daad van verzet tegen symbolisch geweld

Als reactie op het gevoel behandeld te worden als menselijk afval, uitten de deelnemers hun onwil om geholpen te worden, omdat dit hun zelfrespect bedreigde. Door de jaren heen uitte Richie weerstand tegen hulp en gaf er de voorkeur aan dingen zelf te doen. Hij vertelde dat het vragen om hulp ervoor zorgde dat hij zich *'voor zichzelf schaamde'*. Dezelfde terughoudendheid ten opzichte van hulp zien we bij de andere deelnemers. Tom verklaarde bijvoorbeeld dat hij hier *'een afkeer'* van heeft en dat het zijn *'zelfrespect'* aantast.

Deze terughoudendheid jegens hulporganisaties lijkt verband te houden met de wijze waarop de hulp wordt verleend. Met betrekking tot de zorg vindt Richie dat het belangrijkste *'gelijkheid'* is tussen zorgverlener en zorgontvanger. Zijn ervaring is echter dat zorgverleners vaak het gevoel hebben *'dat ze meer zijn'* dan de cliënten en dat er *'geen respect'* voor hen is. Hij vertelt dat hij de hulp die hij krijgt als *'betuttelend'* ervaart en dat ze tegen hem praten als *'een klein kind'*. Bovendien

heeft hij vaak het gevoel dat zorgverleners dakloosheid als *'een soort ziekte'* beschouwen. In zijn eerste interview gaf Richie aan hoe het voor hem voelde dat zorgdiensten [dakloze mensen] *zien als mensen die niets voor zichzelf kunnen doen'*. Hij legt uit: *'Alles wordt verzorgd; er wordt een kopje thee ingeschonken; er wordt een sneetje brood bereid. Maar een opvangcentrum is geen hotel!'*. In zijn derde interview deelde hij zijn overtuiging dat een van de huidige problemen met de zorg voor dakloze personen is dat instellingen willen dat individuen zich aanpassen aan wat zij denken dat het beste is, maar hij stelt: *'Dan zal het toch niet werken'*. Hij vindt dat *'de meeste cliënten zelf wel weten wat ze willen, daar moet je de zorg op afstemmen'*. Door zich uit te spreken tegen zorgverleners die dakloosheid als een ziekte beschouwen, verzet Richie zich tegen de pathologisering van dakloosheid.

Deze ervaringen lijken in lijn te zijn met die van andere deelnemers. Ze hebben het gevoel dat zorgverleners hen behandelen met een gevoel van afwijzing vanwege de sociale afwijking, de *'menselijke verspilling'* die ze vertegenwoordigen. In zijn eerste interview zei Wesley zelfs dat hij zich *'gehospitaliseerd'* voelde. Later, in zijn derde interview, stelde hij: *'Ze denken dat als je dit of dat doet, het een succesverhaal is, terwijl dat helemaal niet bij mij past. Er is weinig gelegenheid om je eigen inbreng te geven in je behandeling'*. Deelnemers hadden het gevoel dat zorgorganisaties hen nauwelijks hun eigen traject lieten vormgeven, maar in plaats daarvan een hulpvraag met een bijbehorend traject op hen projecteerden. De perceptie van de verzorgers van de hulpbehoeften van dakloze personen lijkt belangrijker te zijn dan hun werkelijke behoeften.

De handelingen en het taalgebruik van de zorgverleners worden door de deelnemers als vernederend ervaren en kunnen daarom worden opgevat als een uiting van wat sociologen Bourdieu en Wacquant (1992) *'symbolisch geweld'* noemen²⁶. Het weigeren van zorg kan gezien worden als een symbolische daad van ontsnapping en verzet tegen dit symbolische geweld en als een manier om het zelfrespect te behouden. Op deze manier verzetten ze zich tegen het internaliseren van het ervaren geïstitutionaliseerde discours dat instituties en zorgverleners over hen voeren en wat Goffman (1961) de *'versterving van het zelf'*²⁷ noemt.

4.2.9 Zich verhouden tot zorgverleners als vrienden om instellingen te kunnen gebruiken met behoud van zelfrespect

In tegenstelling tot het verzet tegen de hulp van zorgverleners en het stellen dat *ze niets voor hem hoeven te doen*, accepteert Richie tegelijkertijd hun hulp en geeft hij zelfs aan dat hij ze nodig heeft. In zijn laatste interview legt hij uit: *'Ik heb de bladzijde omgeslagen. Dat moet op een gegeven moment wel, want je moet meedraaien in die malle molen. Als je dat niet doet, kom je er niet. Dat moet als je je plek wilt vinden. Zo makkelijk gaat het niet.'* In het vierde interview gaf hij aan: *'Ik heb wel iemand nodig om op terug te vallen. Dat als er iets gebeurt, ze er voor mij zijn'*. Wanneer hem wordt gevraagd om dieper in te gaan op de hulp die hij krijgt, demonstrenen de verklaringen van Richie creatieve handelingen die hem in staat stellen gevoelens van ongelijkheid en schaamte te overwinnen:

²⁶ De term *'symbolisch geweld'* verwijst naar een vorm van niet-fysiek geweld die zich manifesteert in de machtsongelijkheid tussen sociale groepen. Het kan worden opgevat als een sociale kracht die zich manifesteert als een indruk van superioriteit over en segregatie van andere individuen, die zich daardoor machteloos kunnen voelen. Het ontstaat door een onbewuste daad van cognitie en verkeerde herkenning (Bourdieu & Wacquant, 1992).

²⁷ Met *'versterving van het zelf'* doelt Goffman op het proces waarin persoonlijke identiteit geleidelijk wordt vervangen door een organisatie-identiteit. Dit resulteert uiteindelijk in het transformeren van zichzelf naar een nieuwe rol, die van *'patiënt'*.

Thomas [student-interviewer]: *Hoeveel uur begeleiding krijg je?*

Richie: *Ik weet het niet.*

Thomas [student-interviewer]: *Komen ze wekelijks langs?*

Richie: *Ja.*

Thomas [student-interviewer]: *En dan blijven ze een uurtje of zo?*

Richie: *Soms wel, soms korter. Soms komen ze twee keer per week. Ze komen voor een kopje thee of zoiets. Dat willen ze nergens anders doen omdat het daar te vies is.*

Frank [peer-interviewer]: *O, ze vinden het gewoon gezellig.*

Richie: *Ze vinden het gewoon gezellig bij mij, dat is het punt.*

Als Richie over zijn verzorgers spreekt, noemt hij hen kennissen uit zijn eigen sociale kring. Door de zorgverleners als 'vrienden' te beschouwen en te vertellen dat ze naar zijn huis komen 'voor een kopje thee' en 'gewoon [omdat ze het] gezellig vinden', lijken de participanten de hiërarchische dynamiek en het machtsverschil tussen hen te bagatelliseren. Een andere manier waarop Richie de zorg die hij krijgt bagatelliseert, is door te stellen dat de organisatie hem 'op papier' helpt. 'Ik zit er gewoon mee vast. Ik denk niet dat het zo'n groot probleem is. Het staat meer op papier dan wat dan ook.' Een soortgelijke aanpak werd waargenomen in de verhalen van John en Wesley, die hun verzorgers ook 'vrienden' noemden.

Volgens de sociaalpsychologische zelfverbeteringstheorie zullen individuen handelen om een positief zelfbeeld te behouden (Sedikides & Strube, 1997). Hulp zoeken heeft echter een negatief effect op het zelfbeeld (bijvoorbeeld Lee, 1997), waardoor het zoeken naar hulp en het toegeven van afhankelijkheid van anderen in strijd zijn met de neiging om een positief zelfbeeld hoog te houden. De verschillende statussen van een hulpzoeker en een helper kunnen ook de machtsbalans tussen hen beïnvloeden. In relaties met ongelijke status is de wens om macht te behouden en te verwerven van groter belang (Fiske, 1993). Het aanvaarden van hulp kan daarom bedreigend zijn voor de gevoelens van competentie en respect van de deelnemers. Zoals gezien bij Richie en Tom, die uitdrukten dat ze zich 'beschaamd' voelden en dat dit hun 'zelfrespect' aantastte. Door hun hulpverleners echter te accepteren en te tonen als onderdeel van hun sociale kring, lijken de deelnemers de ongelijke statusrelatie tussen hen (gedeeltelijk) te overwinnen. Door zichzelf niet te verlagen tot de rol van 'cliënt' kunnen ze hulp aanvaarden zonder hun zelfrespect in gevaar te brengen.

4.2.10 De dakloze persona spelen om hulp te ontvangen

Naast het beschouwen van de verzorgers als vrienden die de hulp van verzorgers accepteren, liet Richie ook zien hoe de afhankelijke perceptie die zij van hem hebben soms kan worden gebruikt om te krijgen wat hij wil. Toen hem in het derde interview werd gevraagd naar de hulp die hij krijgt, gaf hij blijk van begrip voor het politieke toneel waarin hij zich bevindt en hoe hij daar creatief op inspeelt door een optreden op te voeren:

Richie: *Ik betaal negentien euro eigen bijdrage, dus laat ze dan maar iets doen. Ik betaal daar ook voor.*

Frank [peer-interviewer]: *Ja, natuurlijk.*

Richie: *Ik kan zelf behoorlijk wat doen, maar daar zijn ze voor.*

Frank [peer-interviewer]: *Ja, dat is waar.*

Richie: *Dan is het oké om af en toe dom te doen.*

Frank [peer-interviewer]: *Maar dat moet jij ook doen, toch?*

Richie: *Eigenlijk wel, toch? 'Ik weet niet hoe ik dat moet doen, hoe doe jij dat?'*

Thomas [student-interviewer]: *Dan gaan ze lekker aan de slag.*

Richie: *Het is allemaal politiek, nietwaar?*

Door zich soms 'van de domme te houden' speelt Richie in op de verwachtingen die zorgverleners van hem hebben door hun een vraag om hulp voor te leggen, waaraan ze vervolgens gehoor geven. Door te stellen dat hij '*negentien euro eigen bijdrage betaalt, dus laat ze dan iets doen*', beweert Richie dat hij gelooft dat het zijn recht is om deze zorg te ontvangen, aangezien hij ervoor betaalt. Hierdoor is het voor hem mogelijk zijn zelfrespect te behouden terwijl hij hulp ontvangt.

Terwijl Richie misbruik maakt van de perceptie die instituties en zorgverleners van hem hebben op een manier waarbij hij zelf niet lijkt te lijden, zijn er ook deelnemers die zich genoodzaakt voelen een act op te voeren omdat ze anders geen hulp kunnen krijgen of niet serieus worden genomen:

Paul [peer-interviewer]: *We hadden het de vorige keer natuurlijk over je woonsituatie en ik vroeg me ook af hoe je die steun daar ervaart?*

Tom: *Slecht.*

Paul [peer-interviewer]: *En kun je ook uitleggen wat het dan zo erg maakt?*

Tom: *Ze helpen mij gewoon niet omdat ik gewoon niet genoeg onderliggende problemen heb, ze hebben geen indicatie voor mij. En dan doen ze niets.*

Paul [peer-interviewer]: *Nee. En waar zou die indicatie op van toepassing zijn?*

Tom: *Dan moet ik iets bedenken. Ik zei dat ik eenzaam ben en geen huishouden kan runnen, dus nu gaan ze een indicatie aanvragen, maar dat is tegen mijn principe want dat is niet zo.*

Zoals letterlijk te lezen is, heeft Tom hulp nodig, maar krijgt hij die niet. Als gevolg hiervan wordt hij gedwongen zich anders voor te doen dan hij is, tegen zijn principes in. In zijn tweede interview vertelde hij dat hij in het verleden hulp had aanvaard, niet voor zichzelf, maar om aan de verhuurder van zijn voormalige appartement te laten zien dat hij aan verbeteringen werkte. Hij zei: '*Ik heb hulp aangenomen om te laten zien [aan de huisvestingscoöperatie]: ik doe er echt alles aan om het te laten werken. Ik had het zelf niet nodig omdat ik er gek van werd. Elke week een gesprek dat nergens over ging.*' Zoals uit de bovenstaande voorbeelden blijkt, vindt Tom dat hij zich moet aanpassen aan de maatschappelijke perceptie van dakloze personen om hulp te kunnen ontvangen en zijn goede wil te kunnen tonen.

Vanuit een sociologisch perspectief stelt Ebaugh (1988) dat de samenleving individuen in een sociale structuur plaatst die niet alleen gebaseerd is op hun huidige rol, maar ook op hun vroegere rol. Daarom moeten individuen die 'exen' worden omgaan met de reactie van de samenleving op het feit dat ze ooit een andere rol en status bekleedden. Om de rol van het vertrek van (voorheen) dakloze personen te ondersteunen, kan dus worden beargumenteerd dat aanpassing niet alleen nodig is van de kant van het individu die het vertrek maakt, maar ook van de kant van belangrijke anderen rondom het individu. Daarom zijn bij identiteitswerk niet alleen de dakloze personen betrokken, maar ook de hulpverleners en de instellingen die met hen samenwerken. Het is echter belangrijk om te benadrukken dat alle individuen binnen organisaties, in deze context de zorgverleners, ingebed zijn in institutioneel gedefinieerde contexten. Instituties kunnen worden opgevat als producten van menselijke actie en reactie, gemotiveerd door zowel persoonlijke belangen als agenda's voor

institutionele verandering of behoud (Lawrence et al., 2009). De beroepscultuur van deze instellingen begeleidt zorgverleners die met dakloze personen werken in de verschillende kaders en repertoires om hun werk te begrijpen, er betekenis aan toe te kennen en erop te reageren (Torelli & Puddephatt, 2021).

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende strategieën die herhaald dakloze personen de afgelopen jaren hebben gebruikt om met behoud van hun eigen identiteitsconstructie hulp te kunnen accepteren, die vaak voorwaardelijk is geweest voor het meer stabiel gehuisvest raken. Het laatste hoofdstuk bespreekt de belangrijkste conclusies en aanbevelingen voor de praktijk die we op basis van dit en voorgaande hoofdstukken kunnen trekken.

5. Conclusie, discussie, aanbevelingen

Dit hoofdstuk is door de werkgroep onderzoek in gezamenlijkheid tot stand gekomen. Het bevat de belangrijkste conclusies en antwoorden op de geformuleerde onderzoeksvragen. Daarnaast bevat het discussiepunten en aanbevelingen voor de beleids- en uitvoeringspraktijk.

1. Hoe verloopt het traject van personen die nieuw instromen in de keten MO/BW of eerder dakloos zijn geweest?

De in deze vijfde meting onderscheiden trajecten zijn in grote lijnen:

- Uitstroom richting woning (trajecten 1 en 2, van 65% in T3 naar 68% in T4);
- Onderbroken trajecten/herhaalde dakloosheid (trajecten 3 en 4, 13% in T3 en 20% in T4).
 - Deze toename met 7%-punt is met name toe te schrijven aan het in T4 kleiner worden van de categorie 'Te weinig info om te categoriseren' vanwege aanvullende kennis verkregen op basis van registraties in plaats van interviews in de laatste ronde.
- Langdurig verblijf in MO of BW, dat dit jaar is gecombineerd met specialistisch zorgaanbod (trajecten 5 en 6, van samen 10% in T3 naar samen 7% in T4).

We zien ook verschillen in hoe de groepen participanten van het sample uit T0 (MO, BW, HD) over de afgelopen twee metingen vertegenwoordigd zijn in deze trajecten. Wanneer een onderscheid wordt gemaakt tussen eenmalig en herhaald dakloze participanten, dan blijkt dat eenmalig dakloze participanten vaker een eigen huurcontract hebben en minder vaak een instabiel traject.

Uit onderzoek naar Housing First in Nederland en daarbuiten (Tsemberis & Eisenberg, 2000; Smit et al., 2023) blijkt dat direct aanbieden van een permanente zelfstandige woning met passende begeleiding leidt tot een slagingspercentage in het voorkomen van herhaalde dakloosheid van tussen de 80 en 95%

Uit de combinatie van interviews met gemeentelijke **monitoring** komt naar voren dat de gemeentelijke informatie (in ZorgNed of het dashboard daklozen) niet altijd klopt. Een voorbeeld hiervan vormt een traject binnen de kliniek en uiteindelijk straatdakloosheid en de opvang. Vanuit de UvA zien wij echter in dit traject ook een registratie van een zelfstandige woning met beschermd thuis. Hieruit blijkt mogelijk het beperkte zicht dat er vanuit de gemeente kan zijn op behandeling-gefinancierde trajecten. Dit heeft gevolgen voor het kunnen voeren van regie op deze trajecten vanuit de gemeente.

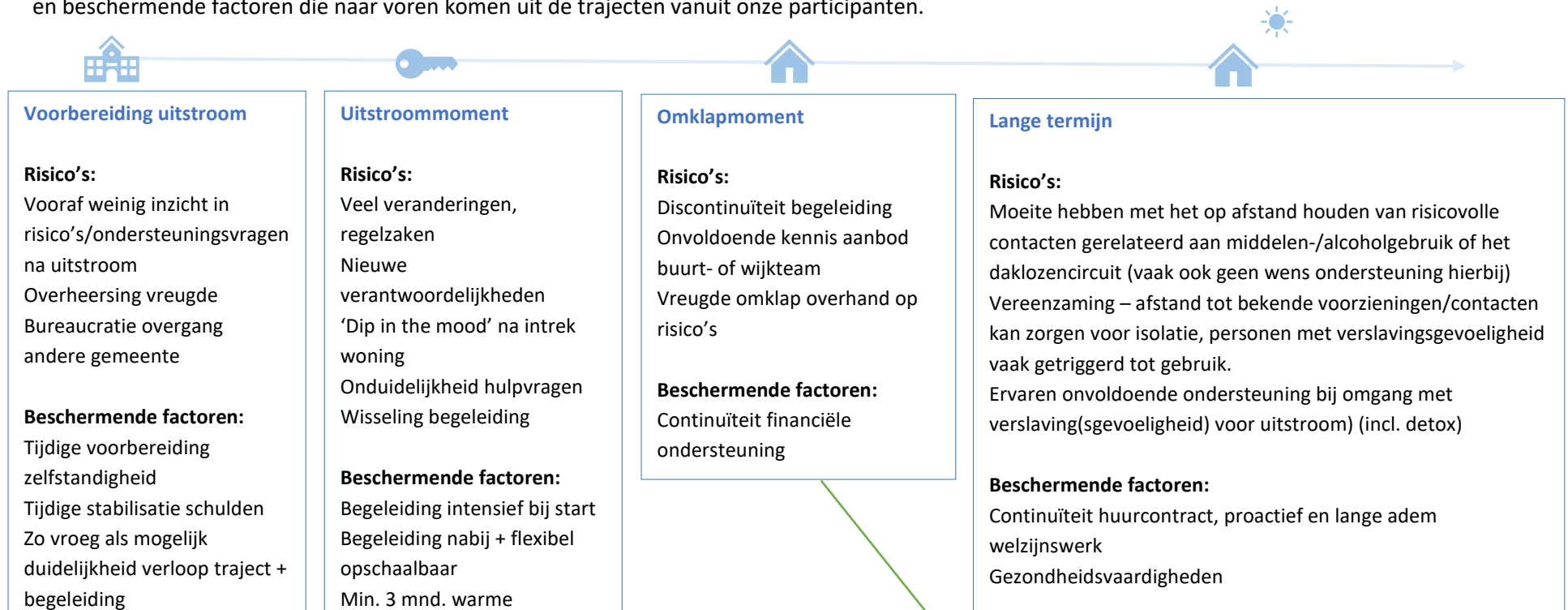
De hieruit voorkomende **aanbeveling** is dat er voor monitoring samenwerking met het zorgkantoor wordt gezocht. Als hier barrières op het gebied van AVG liggen, dan zijn toestemmingverklaringen door cliënten zelf in het kader van dit onderzoek mogelijk behulpzaam voor een completer beeld van de hier gevolgde groep.

2. In hoeverre verklaren bekende en nog onbekende risicofactoren heraanmeldingen?

De risico- en beschermende factoren bij herhaalde dakloosheid zoals deze in de afgelopen vijf metingen zijn vastgesteld, zijn per traject uiteengezet en terug te lezen in de onderstaande figuren 3, 4 en 5.

Figuur 3. Uitstroom naar woning op eigen naam via omklapconstructie (meest voorkomende route)

Overzicht van de *critical moments* (momenten waarop er veel verandert op meerdere levensgebieden, momenten met veel impact) en bijbehorende risico- en beschermende factoren die naar voren komen uit de trajecten vanuit onze participanten.



Acute risicofactoren naar aanleiding van bijvoorbeeld life event (verbreken relatie/overlijdensgeval/ziekte/terugval in verslaving) of snelle opeenstapeling van problemen actueel gedurende gehele traject:

Participanten zoeken pas in een erg laat stadium naar hulp van bijvoorbeeld het buurt- of wijkteam. Er is dan vaak te weinig tijd om nog effectief hulp in te schakelen.
 Veel participanten hebben het gevoel zelf verantwoordelijk te zijn voor hun situatie, hebben veel schaamte of kennen grote barrières om aan de bel te trekken bij een professional of informeel netwerk.

Continuïteit financiën

MO: 16 uitstroom (omklap)woning:

→ in T4 hebben 4 personen nog schulden, 8 personen hebben geen schulden meer
 → in T4 ontvangen 7 personen financiële ondersteuning en 3 beheren hun financiën zelfstandig

HD: 11 uitstroom (omklap)woning:

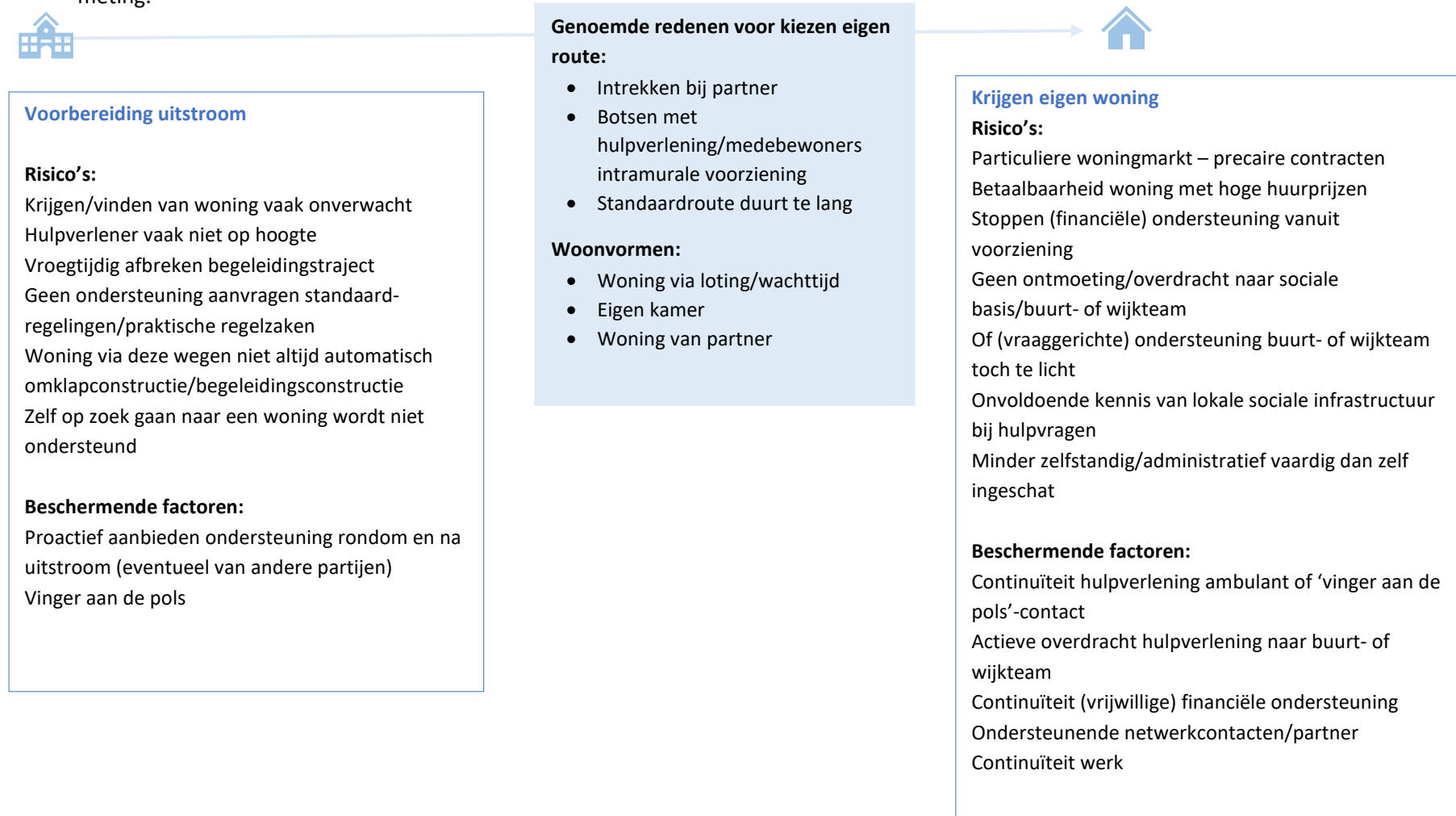
→ in T4 hebben 4 personen schulden
 → in T4 ontvangen 5 personen nog financiële ondersteuning

BW: 20 uitstroom (omklap)woning;

→ in T4 hebben 9 personen geen schulden meer, 1 nog wel
 → in T4 ontvangen 8 personen financiële ondersteuning en 3 beheren hun financiën zelfstandig

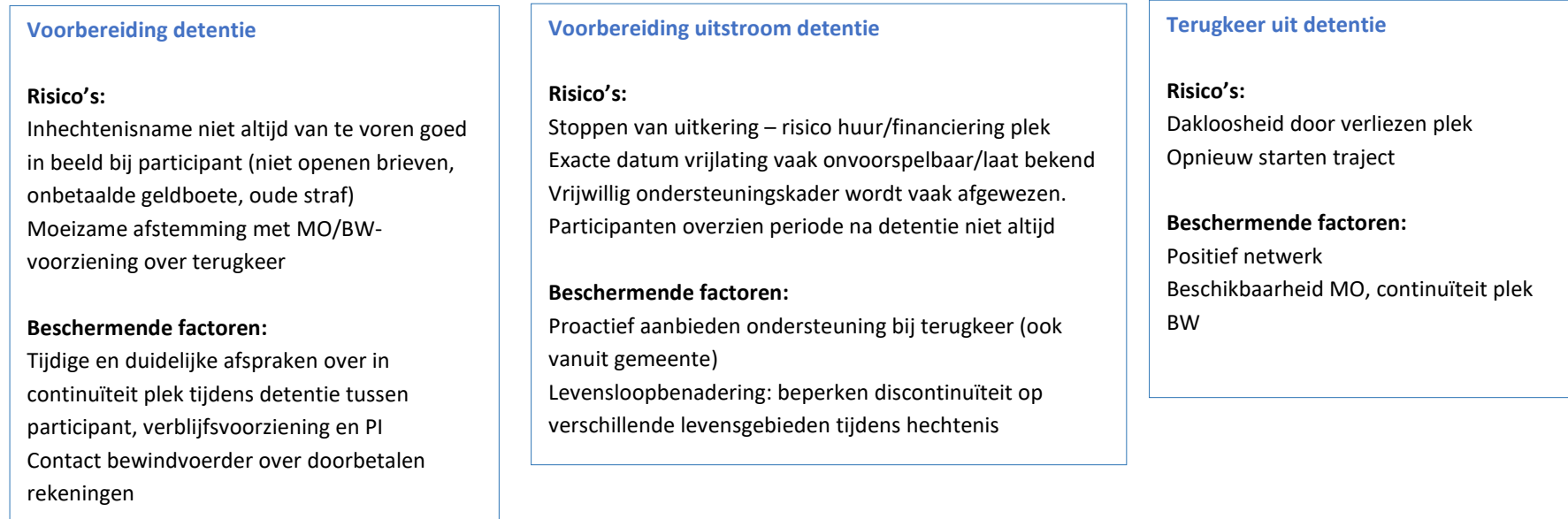
Opvallende beschermende en risicofactoren ten aanzien van de andere routes die meer gelden voor deze specifieke trajecten.

Figuur 4. Vinden van woning (eigen oplossing). Opvallend vaak reden voor herhaalde dakloosheid bij herhaald dakloze participanten uit eerste meting.



Figuur 5. Onderbroken trajecten

Tussentijds verblijf detentie



Verblijf netwerk of buitenland. Opvallend vaak reden voor herhaalde dakloosheid bij herhaald dakloze participanten uit eerste meting.



Herhaald dakloos



Vorbereitung uitstroom

Risico's:

Schorsing MO/BW

Beschermende factoren:

Goede band met hulpverlener op basis van vertrouwen

Soms het vluchtige/straatleven moe zijn en meer commitment om traject te volgen.

Tijdens zelfstandig wonen

Risico's:

Vaak vroegkinderlijk ervaringen met trauma, misbruik, verwaarlozing, al eerder op jonge leeftijd dakloos

Moeite met het overzien van consequenties van bepaalde acties/overschatting van vermogen om bijvoorbeeld negatieve contacten te weren.

Beschermende factoren:

Aan de slag met trauma/psychische klachten -> inzicht krijgen in gedrag.

Terugkeer opvang/opnieuw dakloos

Risico's:

Veel personen noemen achtergrond ADD/ADHD, daardoor vaak ook grotere aantrekking tot gebruik van verslavende middelen om hoofd te kalmeren.

Beschermende factoren:

Soms justitiële maatregel voor meer vastigheid.

Vanuit de werkgroep onderzoek is de vraag gesteld hoe met elkaar meer te investeren in de beschermende factoren. In de rapporten van eerdere metingen is in dit verband genoemd:

- Grotere focus op daginvulling, zoals (betaald of onbetaald) werk, arbeidsmatige en recreatieve activiteiten, in alle fasen van het traject: in de opvang, in hulpverlenerstraject en als iemand uitstroomt/weer zelfstandig woont. Zaak is dit goed met elkaar te organiseren. Hierbij gaat het niet alleen om motiveren naar zinvolle daginvulling, maar net zo goed (of zelfs meer) over het behouden van de activiteit.
- De (begeleiding bij) financiën op orde. Mensen die jaren ook in budgetbeheer hebben gezeten en het daarna zelf moeten doen als ze uitstromen: welke hulp/begeleiding hebben zij nodig? Dat moet goed georganiseerd worden.
- Tijdens trajecten is het zaak meer in te zetten op het opbouwen van een goed en stevig sociaal netwerk.
- Continuering van zorg is een belangrijk thema dat reeds vanaf de eerste meting naar voren kwam. Bijvoorbeeld vanwege de vertrouwensband met een begeleider die is opgebouwd en welke voor extra kwetsbare mensen extra belangrijk kan zijn.

Deze aandachtspunten komen ook aan de orde bij de bespreking van de conclusies en aanbevelingen van de kenmerken van de personen die dit onderzoek betreft.

3. In hoeverre verklaren bekende en nog onbekende kenmerken van dakloze personen heraanmeldingen?

De hoofdstukken 2, 3 en 4 leveren belangrijke inzichten in het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag. In enkele onderdelen betreft de zwarte punt een conclusie en de witte een hieraan gekoppelde aanbeveling:

Uit het onderzoek in hoofdstuk 2 blijkt dat negatieve jeugdervaringen, verslaving, een zwak sociaal netwerk, crimineel gedrag en psychopathologie vaker voorkomen bij herhaald dakloze participanten dan bij eenmalig dakloze participanten.

- Aandacht voor jongeren/jongvolwassenen strekt in algemene zin op basis van deze studie tot de aanbeveling. De vraag die deze deelstudie naar voren brengt is of er voldoende aandacht is voor de trauma's die jongeren hebben opgedaan (residentieel of ambulante) en het risico op dakloosheid als dit niet voldoende verwerkt is. Het lijkt erop dat dat niet zo is. Het is van belang dat hulpverleners meer gericht zijn op het signaleren van het risico op dakloosheid bij (een combinatie van) trauma's, een gebrekkig netwerk en/of verslaving bij jongeren.
 - Naast de praktische en sociale ondersteuning die wordt aangeboden, dient er meer aandacht te zijn voor persoonlijke verwerking van trauma.
- Vooral de hoge prevalentie van **zwakke sociale netwerken** bij herhaalde dakloosheid valt op, zelfs in vergelijking met eenmalig dakloze participanten, en dit werd tot op heden minder beschreven in de literatuur. Veel ervaren barrières in sociale netwerken blijken gebaseerd te zijn op gedachten en ervaringen over hoe mensen gezien worden en hoe mensen over dakloosheid denken. Dergelijke gedachten kunnen erg sterk zijn en omslaan in een vorm van zelfstigma, waarbij vooroordelen of afwijzingen worden geïnternaliseerd en sociaal gedrag

bepalen, waardoor deelnemers zich onzeker voelen en terughoudend zijn in het maken van sociaal contact. Dit komt ook terug in hoofdstuk 4.

- Gerelateerd hieraan is het belang van meer aandacht voor de invloed van sociale netwerken. Netwerken zijn zwak of niet helpend of ze zijn er niet. Meer aandacht hiervoor is nodig bij begeleiders om nieuwe netwerken op te bouwen (zoals met burens en belangrijke anderen). Denk hierbij ook aan de resourcegroepenmethodiek.
- **Harddrugsafhankelijkheid** was een andere belangrijke factor die onderscheid maakte tussen eenmalige en herhaalde dakloosheid. Opvallend was dat bijna de helft van de herhaald dakloze deelnemers verslaafd was aan harddrugs, vergeleken met minder dan een vijfde van de eenmalig dakloze participanten. Harddrugsgebruik kan dienen als copingmechanisme bij buitenslapen of blijven lopen en bij het omgaan met sociale problematiek die tot de dakloosheid heeft geleid, zoals trauma, conflict of bestaansonzekerheid. Verslaving die kan optreden bij harddrugsgebruik, kan herstel echter in de weg staan. Een woning of verblijfspark kan om deze reden niet worden aangeboden en men kan worden geschorst wegens drugsgebruik. Ook wanneer personen wel een woning hebben, kan het drugscircuit extreem vasthoudend zijn in het blijven aanbieden van drugs. Zo kennen wij een casus van een participant die vertelde ongevraagd envelopjes met cocaïne door de brievenbus te krijgen. Ook lopen personen, doordat harddrugs duur en verboden zijn, een hoger risico in aanraking te komen met het criminele circuit, waar lastig uit te komen is. Personen raken opnieuw dakloos door een wietplantage of door overlast van anderen die in hun huis drugs gebruiken of verhandelen.
 - Preventie van harddrugsgebruik kan dan ook uiteindelijk herhaalde dakloosheid voorkomen.
 - Wanneer personen chronisch (harddrugs)verslaafd zijn, biedt een benadering die de schade van het gebruik beperkt een mogelijkheid. Voorbeelden hiervan zijn goed en vitaminerijk eten zodat het lichaam de aangerichte schade beter kan verdragen. Andere voorbeelden van schadebeperkende maatregelen (harm reduction) zijn spuitenruil, een gebruikersruimte met medisch toezicht en een eigen huis. Met een eigen huis wordt de schade door buitenslapen beperkt. Onderzoek naar Housing First laat zien dat problematisch gebruik op termijn afneemt. Het verliest de overlevingsfunctie die het had ten tijde van buitenslapen en dakloosheid.
 - In casussen van de overleden participanten zagen we ook hoe de behoefte aan middelen (drugs, alcohol) een rol speelde in de palliatieve zorg die werd geboden. Hierdoor was de kans op een stabiel en comfortabel bestaan groter.
 - Een goed voorbeeld hiervan biedt ook de geclusterde vorm van Housing First die men in Finland heeft, waar personen met problematisch drugsgebruik een eigen woning en huurcontract hebben. Wanneer zij een terugval hebben in middelengebruik, verliezen zij hierdoor niet de woning.
- De inzichten die in dit onderzoek over PTSS en herhaalde dakloosheid zijn opgedaan, zijn extra relevant, omdat hier in de Nederlandse context de laatste tijd weinig tot niets over is gepubliceerd, in tegenstelling tot de Verenigde Staten waar meer onderzoek gaande is. Deze studie kon dit verband alleen in het algemeen onderbouwen.
 - Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de relatie tussen specifieke traumatische ervaringen die ten grondslag liggen aan PTSS in Nederland voor

herhaald dakloze personen, inclusief militaire dienst in het buitenland en ervaringen uit de kindertijd.

In hoofdstuk 3 zijn de jonge leeftijd van overlijden en de voorgeschiedenis van langdurige (herhaalde) dakloosheid, waarbij veelal buiten geslapen werd, van de overleden respondenten opvallend.

Conclusies en aanbevelingen

Deze bevindingen komen overeen met de studie van Montgomery en collega's (2016) die vonden dat individuen die langer dan vijf jaar dakloos zijn en buiten slapen een verhoogd sterfterisico hebben.

- Het is ook opmerkelijk dat drie van de vijf overleden respondenten een migratieachtergrond hadden en dat de andere twee ook enige tijd in het buitenland hebben gewoond alvorens zij dakloos werden in Nederland. Mogelijk wijst dit op een beperkter sociaal netwerk.
- Voor elke respondent werden ziekte en doodsoorzaak (te) laat vastgesteld. Eerdere signalering had mogelijk kunnen leiden tot succesvollere en/of minder ingrijpende behandelingen.
 - Voor de praktijk benadrukt deze studie het belang van regelmatige medische screening onder de daklozenpopulatie om (te) late constatering van (terminale) ziekte te voorkomen. De vraag is gesteld hoe gezorgd kan worden dat al in de opvang voldoende aandacht is voor gezondheidsproblemen.
 - Daarnaast moeten bij de overgang van ambulante begeleiding naar het wijkteam duidelijke afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden van onder meer de huisarts en mogelijke consequenties bij niet-naleving. Bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden dient begeleiding/hulp bij het ontvangen van zorg uit het medische domein hier ook onderdeel van te zijn.
 - Dit vraagt een gezamenlijke inschatting van deze gezondheidsvaardigheden in voorbereiding naar uitstroom.
 - Wanneer een persoon overlijdt kort na overdracht naar het wijkteam, lijkt dit voldoende aanleiding voor een grondige evaluatie van een dergelijke casus, om te zien wat hier voor betrokken en niet-betrokken partijen van te leren valt.
- Daarnaast valt op dat respondenten mogelijk passendere zorgindicaties zijn misgelopen doordat ze niet aan de juiste criteria voldeden. Concreet zagen we dat een participant de Nederlandse taal onvoldoende beheerste. Ook zagen we hoe werd aangegeven dat door cognitieve beperkingen een diagnose/indicatie voor zwaardere zorg niet kon worden gesteld. Dit maakte het volgens de betreffende hulpverlening lastig de problematiek goed in te schatten.
 - De aanbeveling hier is andere partijen met expertise of het gebied dat de barrière vormt in te schakelen. Gedacht kan worden aan een tolk of een professional met expertise op het gebied van verstandelijke beperkingen.
- Dit onderzoek laat geen direct verband zien tussen middelengebruik en overlijden.
- Wat betreft hulpverlening wijst deze studie erop dat hulpverleners het lastig vinden waar zij zichzelf dienen te positioneren in het contact met cliënten en hun netwerk. Na overlijden vonden hulpverleners het ook moeilijk hen hierover te informeren.
 - Er dient binnen zorginstellingen rekening gehouden te worden met de (mogelijke) morele dilemma's waar zorgverleners mee te maken krijgen bij de zorg voor terminaal zieke cliënten en daar passende ondersteuning voor geboden te worden.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat het nodig is om herhaald dakloze personen te ondersteunen bij het opnieuw aannemen van een andere sociale rol dan die van dakloos persoon. Dit maakt de weg vrij voor herstel. Zorg en beleid dienen voorwaarden te creëren die dit proces van 'role exit' mogelijk maken.

Aanbevelingen

Bied hiertoe de mogelijkheid voor het vormen van nieuwe sociale relaties buiten het dakloze netwerk. Bijvoorbeeld door hen te huisvesten bij mensen met andere achtergronden. Hierbij valt te denken aan een reguliere huurwoning in een regulier corporatieblok in een reguliere woonwijk. Gemengd wonen is dit geval alleen een goed idee wanneer de persoon er zelf voor kiest onderdeel uit te maken van een community die door zowel 'dragende' als 'vragende' bewoners wordt gevormd.²⁸

Draag er daarnaast zorg voor dat de status van 'dakloosheid' voor/tijdens het gebruikmaken van voorzieningen en in contact met professionals minder centraal komt te staan in het zelfbegrip van een individu. Hierdoor kost het vervolgens ook minder moeite om een identiteit te (her)construeren bij het verlaten van de dakloosheid. Deze deelstudie toont ook, hoewel niet numeriek representatief, het belang van het minimaliseren van de duur van de periode van dakloosheid aan door meer inzet op de preventie van dakloosheid en zonder voorafgaand gebruik van maatschappelijke opvang of beschermd wonen het aanbieden van Housing First.

Ten slotte kan de identiteit van (ex-)(terugkerende) dakloze personen worden begrepen als een sociale productie in relatie tot anderen. Daarom moeten mensen, in het bijzonder zorgverleners, zich bewust worden van hun vooroordelen over (ex-)dakloze individuen en hoe bestaand machtsonevenwicht het zelfrespect van (ex-)dakloze personen beïnvloedt. Bij begeleiders (maar ook wooncorporaties, eerstelijnszorg, huisartsen etc.) dient aandacht te zijn voor de vooroordelen in relatie tot de mensen die dakloos zijn (geweest). De hier besproken deelstudie benadrukt het belang van een gevoel van gelijkwaardigheid en het feit dat iedere mens die dakloos is (geweest) net als ieder ander mens zijn eigen achtergrond, verleden, vragen en behoeften heeft.

Rol professionals

Tijdens dit onderzoek is ook de vraag gesteld wat deze kenmerken nog aanvullend van professionals in dit veld vragen.

- De kennis dat deze mensen op enig moment het risico lopen om de grip op het leven weer kwijt te raken en te ontregelen, vraagt om proactief en preventief inzetten op continuïteit van contacten, zowel met andere professionals als met het sociale netwerk. Dit betekent warm samenwerken voordat er warm wordt overgedragen, ook op het gebied van budgetbeheer, ggz en activering. Dit geldt ook bij terugkeer uit detentie. Zorg dat de hulpverlener laagdrempelig bereikbaar is.
- Vanuit het sociaal wijk-, buurt- en welzijnswerk is het nodig om een lange adem te hebben, steeds weer een hand uit te steken en outreachend te werken. Mensen die het risico lopen om opnieuw dakloos te raken, hebben vaak moeite met het formuleren en stellen van een

²⁸ De UvA deed samen met de Hogeschool Utrecht onderzoek onder participanten van het Living Lab, Eerst een Thuis. Hierin kregen participanten onder andere woningen aangeboden in een zogenaamde gemengde woonvorm. De rapportage van dit onderzoek verschijnt naar verwachting rond dezelfde tijd als de publicaties van dit onderzoek naar herhaalde dakloosheid, zie [Onderzoek bewonerservaringen Living Lab Utrecht](https://niekeboesveldt.com) op niekeboesveldt.com.

hulpvraag en het onderhouden van steunende contacten. Zij komen zelf meestal niet over de brug omdat ze een drempel ervaren. Dat maakt hen kwetsbaar. En dat vraagt dus van alle betrokken hulpverleners steeds die stap te zetten om het contact te leggen en te behouden.

- Het is naast het meer outreachend werken door wijk-, buurt- en welzijnswerk ook van belang de andersoortige professionals als wooncorporaties en de huisarts te betrekken in het zetten van die extra stap, het contact leggen en de lange adem die, zeker de eerste drie jaar waarin het risico op herhaalde dakloosheid het grootst is, nodig is.
- Het blijven omkijken naar iemand is belangrijk. Hoe zorg je ervoor dat iemand zijn vraag kan en wil stellen? Hoe zorg je er met elkaar voor dat er een soort waakvlam wordt gecreëerd, niet alleen voor die eerste twee jaar (wat vaak geldt voor de huidige financiering) maar ook daarna? En welke behoefte heeft de client hierin zodat het ook bij zijn behoeften/vragen past? Het antwoord lijkt te liggen in aansluiten en gelijkwaardigheid.

- Caton, C.L.M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D.S., Shrout, P.E., Felix, A., ... Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753-7539.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, 23 augustus). *Aantal daklozen sinds 2009 meer dan verdubbeld*. Geraadpleegd via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/34/aantal-daklozen-sinds-2009-meer-dan-verdubbeld>
- De Vet, R., Beijersbergen, M., Jonker, I., Lako, D., Hemert, A., Herman, D., & Wolf, J. (2017). Critical Time Intervention for Homeless People Making the Transition to Community Living: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Community Psychology*, 60, 175. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12150>.
- Desjarlais-deKlerk, K. (2018). Identity in transition: How formerly homeless individuals negotiate identity as they move into housing. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 27(1), 9-18.
- Discover. (2018). Klantreis Terugval in Dakloosheid. Geraadpleegd via: [Klantreis Terugval dakloosheid. Discover - PDF Free Download \(docplayer.nl\)](#)
- Ebaugh, H.R.F. (1988). *Becoming an Ex: The Process of Role Exit*. University of Chicago Press.
- Elliott, E., Watson, A.J., & Harries, U. (2002). Harnessing expertise: Involving peer interviewers in qualitative research with hard-to-reach populations. *Health Expectations*, 5(2), 172-178.
- Erasmus, M.C. (z.d.). *Specialisme interne geneeskunde*. Geraadpleegd via: <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/specialismen/interne-geneeskunde>
- Fazel, S., Geddes, J.R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 5(12), e225.
- Feodor Nilsson, S., Laursen, T.M., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2018). Homelessness as a predictor of mortality: an 11-year register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 63-75.
- Fiske, S.T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 48(6), 621.
- Garcia-Rea, E.A., & LePage, J.P. (2010). Effects of childhood abuse on relapse in a recently homeless substance-dependent veteran population. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 201. <https://doi.org/10.1037/a0019186>
- Gergen, K.J. (2015). An invitation to social construction. *An Invitation to Social Construction*, 1-272.
- Gewirtz, S., & Cribb, A. (2008). Taking identity seriously: dilemmas for education policy and practice. *European Educational Research Journal*, 7(1), 39-49.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.

- Goffman, E. (2019). On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Oman For social sciences*, 30.
- Herman, D.B., Susser, E.S., Struening, E.L., & Link, B.L. (1997). Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87(2), 249-255. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.2.249>
- Ivert, A.K., & Magnusson, M.M. (2019). Drug use and criminality among unaccompanied refugee minors: a review of the literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 16 (1), 93-107. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-05-2019-0050>
- Johnson, J.L., Bottorff, J.L., Browne, A.J., Grewal, S., Hilton, B.A., & Clarke, H. (2004). Othering and being othered in the context of health care services. *Health communication*, 16(2), 255-271.
- Koegel, P., Melamid, E., & Burnam, M.A. (1995). Childhood risk factors for homelessness among homeless adults. *American Journal of Public Health*, 85(12), 1642-1649. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.12.1642>
- Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.031>
- Crane, M., Warnes, A.M., & Coward, S. (2012). Preparing Homeless People for Independent Living and its Influence on Resettlement Outcomes. *Europe*, 6, 17-45.
- Kuhn, R., & Culhane, D.P. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *American Journal of Community Psychology*, 26(2), 207-232.
- Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., & Bates, J.E. (2010). Does Physical Abuse in Early Childhood Predict Substance Use in Adolescence and Early Adulthood? *Child Maltreatment*, 15(2), 190–194. <https://doi.org/10.1177/1077559509352359>
- Lawrence, T.B., Suddaby, R., & Leca, B. (2009). Introduction: Theorizing and studying institutional work. In T.B. Lawrence, R. Suddaby & B. Leca (eds.), *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*, 1-27.
- Lee, F. (1997). When the going gets tough, do the tough ask for help? Help seeking and power motivation in organizations. *Organizational behavior and human decision processes*, 72(3), 336-363.
- Read, J., & Bentall, R.P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 89-91. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096727>
- Lehman, A.F., & Cordray, D.S. (1993). Prevalentie van alcohol, drugs en psychische stoornissen onder daklozen: nog een keer, *Contemporary Drug Problems* 20, 355-383.
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 521–549. [doi:10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307)
- McLeod, J. D., & Almazan, E. P. (2003). *Connections between childhood and adulthood*. Handbook of the life course (pp. 391–411). Boston, MA: Springer.

- McQuiston, H. L., Gorroochurn, P., Hsu, E., & Caton, C. L. (2014). Risk factors associated with recurrent homelessness after a first homeless episode. *Community Mental Health Journal, 50*(5), 505-513. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9608-4>
- May, J. (2000). Housing histories and homeless careers: A biographical approach. *Housing Studies, 15*, 613–638.
- Miller, W.R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction, 91*(12s1), 15-28.
- Miller, J. (2008). Otherness. In Given, L.M. (ed.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, 588–591. Sage publications.
- Montgomery, A.E., Szymkowiak, D., Marcus, J., Howard, P., & Culhane, D.P. (2016). Homelessness, unsheltered status, and risk factors for mortality: findings from the 100 000 homes campaign. *Public Health Reports, 131*(6), 765-772.
- Morrell-Bellai, T., Goering, P., & Katherine, B. (2000). Becoming and remaining homeless: A qualitative investigation. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(6), 581–604. <https://doi.org/10.1080/01612840050110290>
- Morrison, D.S. (2009). Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology, 38*(3), 877-883.
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., & Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research, 96*, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
- Nielsen, S.F., Hjorthøj, C.R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *The Lancet, 377*(9784), 2205-2214.
- Nikulina, V., Widom, C. S., & Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *American Journal of Community Psychology, 48*(3–4), 309–321. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9385-y>
- Nusselder, W.J., Sloekers, M.T., Krol, L., Sloekers, C.T., Looman, C.W., & van Beeck, E.F. (2013). Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001–2010. *PloS one, 8*(10), e73979.
- Padgett, D. K. (2017). *Qualitative methods in social work research (3rd ed.)*. Los Angeles: Sage.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- Seastres, R.J., Hutton, J., Zordan, R., Moore, G., Mackelprang, J., Kiburg, K.V., & Sundararajan, V. (2020). Long-term effects of homelessness on mortality: A 15-year Australian cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 44*(6), 476-481.
- Sedikides, C., & Strube, M.J. (1997). Self-evaluation: To thine own self be good, to thine own self be sure, to thine own self be true, and to thine own self be better. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 29, pp. 209-269). Academic Press.

- Shier, M. L., Graham, J. R., & Jones, M. E. (2010). Social capital for vulnerable groups: Insights from employed people experiencing homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 19, 129–153.
- Smit, M., Boesveldt, N., & Jansen, A. (2023). Housing First as a System Approach: What Does This Require from the Netherlands? *European Journal of Homelessness*, 17(2), 171-180.
- Snow, D.A., & Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1336-1371.
- Susser, E. S., Lin, S. P., Conover, S., & Struening, E. L. (1991). Childhood antecedents of homelessness in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1026–1030.
<https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.1026>
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W.Y., & Wyatt, R.J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a ‘critical time’ intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256-262.
- Tajfel, H., Turner, J.C., Austin, W.G., & Worchel, S. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *Organizational identity: A reader*, 56(65), 9780203505984-16.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246
- Torelli, J., & Puddephatt, A. (2021). Reframing ‘dirty work’: The case of homeless shelter workers. *Symbolic Interaction*, 44(2), 310-338.
- Tsemberis, S.J., & Eisenberg, R.F. (2000). Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 51 4, 487-93 .
- Urquhart, C. (2013). *Grounded theory for qualitative research: A practical guide*. Los Angeles: Sage.
- Van Everdingen, Coline & Peerenboom, Peter & Velden, Koos & Delespaul, Philippe. (2021). A Comprehensive Assessment to Enable Recovery of the Homeless: The HOP-TR Study. *Frontiers in Public Health*. 10.3389/fpubh.2021.661517
- Wagner, J., Lüdtke, O., Roberts, B. W., & Trautwein, U. (2014). Who belongs to me? Social relationship and personality characteristics in the transition to young adulthood. *European Journal of Personality*, 28(6), 586–603. <https://doi.org/10.1002/per.1974>
- Warr, D., Mann, R., & Tacticos, T. (2011). Using peer-interviewing methods to explore place-based disadvantage: Dissolving the distance between suits and civilians. *International Journal of Social Research Methodology*, 14(5), 337–352.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2010.537527>
- White, H. R., & Widom, C. S. (2008). Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 337–347.

Het 10-puntenplan ter aanpak van terugval in dakloosheid in Utrecht

1. De cliënt heeft de regie

De cliënt is eigenaar van zijn proces. De hulpverlener bouwt een vertrouwensband op met de cliënt en biedt coachende begeleiding. Dit gebeurt zoveel mogelijk door één vaste hulpverlener.

2. Op tijd voorbereiden

De hulpverlener bereidt de cliënt drie tot zes maanden vóór uitstroom al voor op de overgang naar zelfstandigheid.

3. Gesprek met een ervaringsdeskundige

Elke cliënt kan een bewustwordingsgesprek voeren met een ervaringsdeskundige. Door zo'n gesprek krijgt de cliënt meer zicht op wat hem kan helpen in deze kritieke fase.

4. Maken van een preventie actieplan

Cliënt en begeleider maken samen een preventie-actieplan als voorbereiding op de overgang naar zelfstandig wonen.

5. Stabiele financiën

Cliënten gaan pas zelfstandig wonen als de financiële situatie stabiel genoeg is.

6. Goede afspraken over overdracht

Bij de overgang naar een nieuwe hulpverlener maakt de cliënt met zijn begeleider en de nieuwe hulpverlener afspraken over de overdracht van zorg. Zij gebruiken hiervoor het overdrachtsdocument en het preventie-actieplan.

7. Direct aandacht voor activering

Iedere cliënt krijgt een passend en aansprekend aanbod voor activering (voor werk of voor de invulling van de vrije tijd). Direct vanaf de start van een traject is hier aandacht voor. Activering start al vóóordat iemand zelfstandig gaat wonen. Zo worden de activiteiten voor de cliënt een continue factor in een periode met veel verandering.

8. Activering die past bij de vraag van de cliënt

Hulpverleners maken gebruik van het brede aanbod aan activering in de stad. De vraag van de cliënt is leidend, niet het aanbod van de eigen organisatie. Partijen wisselen onderling kennis uit over hun aanbod en werkwijze.

9. Ruimte voor sociale activiteiten

We leiden alle cliënten toe naar sociale activiteiten in de stad en wijk. Partijen zorgen dat ze in de begeleiding van cliënten hiervoor tijd en ruimte maken.

10. Ontwikkelen van het Schakelpunt

Partijen ontwikkelen het Schakelpunt als een gezamenlijk kenniscentrum als het gaat om het vinden van sociale contacten en een ondersteunend netwerk.

Teamoverzicht

Factsheets eerdere rapportages

Onderzoeksteam UvA vijfde meting Voorkomen Herhaalde Dakloosheid



Dr. Nienke Boesveldt is hoofdonderzoeker. Zij is werkzaam bij de faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam, en voert onderzoek naar maatschappelijke opvang, beschermd wonen in verschillende Nederlandse regio's. Ook heeft ze zelf 15 jaar bij gemeenten meegewerkt aan processen voor maatschappelijke opvang, dagbesteding en beschermd en begeleid wonen en is ze Directeur van haar eigen Onderzoeksinstituut.



Mette Palm was als onderzoeksstagiair betrokken bij het project. Zij volgde de master Social Policy and Public Health aan de UU. Daarnaast heeft ze de master Zorgethiek en Beleid aan de UvH afgerond. Mette heeft voor verschillende organisaties gewerkt waar zij zich bezighield met de (geestelijke) gezondheid en het welzijn van mensen. Dit onderzoek naar herhaalde dakloosheid en in het bijzonder het gegeven dat kennis wordt opgedaan door te werken met mensen met ervaringskennis, sluiten daarmee goed aan bij haar interesses. Ze promoveert nu aan de Vu.



Mila Brandsma volgde de master Social Policy and Public Health aan de Universiteit Utrecht, en was stagiaire bij het project Voorkomen Herhaalde Dakloosheid in Utrecht. Ze werkte mee aan het interviewen van (ex-)daklozen en het analyseren van de resultaten die hieruit voortkomen. Met een afgeronde bachelor in Interdisciplinaire Sociale Wetenschap hoopte Mila die opgedane kennis toe te passen in dit project. Met deze stage hoopte ze meer te leren over het thema herhaalde dakloosheid en alles wat daarbij komt kijken, en meer ervaring in de praktijk op te doen.



Thijs Kuiling is een energieke bevoegen ervaringsdeskundige uit Arnhem. Hij heeft o.a. ervaringen met trauma's en verwarrend gedrag. Tijdens zijn ervaringen met de GGZ miste hij de verbinding van mens tot mens, los van de diagnoses. Luisteren naar iemands verhaal en beleving en iemand instaat stellen zelf keuzes te maken vindt hij heel belangrijk. Zelf heeft Thijs de wens dat het beleid veel meer groeit richting het individu, waarin deze meer in staat wordt gesteld zelf te bepalen wat goed voor hem/haar is en daarin eigen keuzes kan maken.



Robbert Brouwer is ervaringsdeskundige en in dienst van de UvA. Hij is daarnaast actief bij stichting Lumen in Leiden. Hij komt hiervoor bij verschillende mensen over de vloer die met ervaringen in beschermd wonen, de maatschappelijke opvang en bij de zogenoemde verwarde mensen (wat hij zelf een verkeerde omschrijving vindt). Daarnaast geeft Robbert ook voorlichtingen voor families over ADHD, OCD, autisme en verslavingsproblematiek. Hij is erg gedreven in zijn werk als ervaringsdeskundige.



Peggy Demilt is een gedreven ervaringsdeskundige vol nieuwsgierigheid en interesse in haar medemens. Vanuit grote leergierigheid. Ze is werkzaam bij een FACT-team binnen het GGzE. Daarnaast is ze werkzaam als duo-onderzoeker bij de UvA. "Ik vind dat ik het getroffen heb om op deze leuke manier overkoepelend mee te mogen werken aan het signaleren van problemen/obstakels en bevestigingen van wat wel al heel goed gaat. Om zo uiteindelijk een beter en veiliger leefklimaat te creëren voor iedereen in een (hopelijk) inclusieve samenleving."



Lisanne Krot is ervaringsdeskundige en vindt het belangrijk vanuit haar eigen ervaringen wat te betekenen voor anderen. Eerder werkte ze als voorzitter van de ambulante cliëntenraad van het RIBW en werkte ze voor de herstelacademie in Haarlem. Naast het zorgen voor haar kinderen en haar rol als mantelzorger zet ze zich momenteel in als ervaringsdeskundig interviewer voor ons onderzoeksproject. Ze hoopt middels deze interviews mensen een luisterend oor te bieden en zich in te kunnen zetten voor mensen die momenteel kampen met tegenslagen.



Onderzoek naar zelfstandig wonen na verblijf in de maatschappelijke opvang of beschermd wonen in Utrecht

We hebben 69 mensen uit de nachtopvang, maatschappelijke opvang en voorzieningen voor beschermd wonen gevraagd naar hun ervaringen met het uitstromen naar een eigen woning. Binnen deze groep deelnemers hebben wij ook mensen gesproken die al eerder dakloos zijn geraakt na het krijgen van een eigen woning. Deelnemers vertelden ons over hun ervaringen met de voorbereiding op de verhuizing naar een eigen woning, hun wensen en zaken die ze lastig of spannend vinden. De persoonlijke verhalen en ervaringen die zijn gedeeld hebben geleid tot een aantal belangrijke voorwaarden voor het (weer) zelfstandig wonen. Deze zijn samengevat in deze fact-sheet.



Voorwaarden voor uitstroom



Duidelijkheid over het uitstroomtraject

Het uitstromen naar een eigen woning is voor veel deelnemers een spannende gebeurtenis. Er is daarom veel behoefte aan duidelijkheid over het traject. Dit betekent **heldere communicatie** over het moment van uitstroom en afspraken die worden gemaakt met de begeleiding. Ook is het voor deelnemers belangrijk dat er **voldoende tijd** is om zich mentaal en praktisch voor te bereiden op de uitstroom.



Mogelijkheid om later de hulpvraag te verduidelijken

Omdat er veel komt kijken bij een verhuizing is het vaak lastig om te bedenken welke hulp er straks nodig is. Lastigheden die misschien nu geen rol spelen kunnen op een later tijdstip wel aan de orde zijn. Het is daarom belangrijk om eerst even **rustig te wennen** aan de situatie, en daarna met begeleiding af te spreken om **flexibel** meer of minder hulp te krijgen.



Op tijd kennis maken met nieuwe begeleider

Veel deelnemers hebben in de voorziening waar ze verblijven een vaste begeleider (PB'er) waar ze een goede klik of **vertrouwensband** mee hebben. Ze geven aan dat wanneer een nieuw persoon de begeleiding overneemt, het belangrijk is dat ze **op tijd kennismaken** met de nieuwe hulpverlener. Hierdoor kunnen zij alvast aan hem/haar wennen. **Gelijkwaardig** en **informeel contact** is ook erg belangrijk.



Bereikbaarheid van hulpverleners

Bij het krijgen van minder begeleiding is het fijn wanneer ook oude vertrouwde hulpverleners nog bereikbaar zijn voor hulp. Ook **bereikbaarheid na kantoortijden** kan bijdragen aan een veilig gevoel, zoals ook de volgende deelnemer aangeeft:

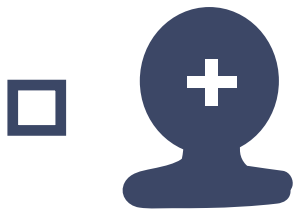
*'Ik vind het fijn als er iemand 24 uur bereikbaar is'
(Deelnemer woont zelfstandig in de wijk).*



Hulp bij financiën

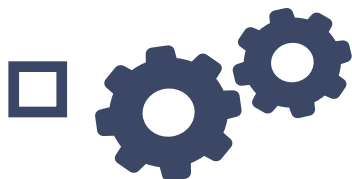
Veel deelnemers ontvangen ondersteuning bij hun financiën van een bewindvoerder of budgetbeheerder. Zij geven aan het belangrijk te vinden om **dezelfde ondersteuning** te behouden. Wanneer dit niet kan willen zij graag samen met de huidige ondersteuner zoeken naar een persoon die dit kan overnemen. Daarnaast is het belangrijk begeleiding te krijgen bij **het aanleren van nieuwe vaardigheden** en het opbouwen van **vertrouwen in het beheren van eigen financiën**.

Hulp bij psychische/psychiatrische problematiek



Ook voor de ondersteuning bij psychische/psychiatrische problematiek is het belangrijk dat **de hulpverlening hetzelfde blijft** wanneer iemand verhuist naar een eigen woning. Daarnaast is het fijn als deze hulp later ook **extra ingezet of afgebouwd** kan worden bij een veranderende situatie.

Samenwerking tussen hulpverleners



Vaak hebben de deelnemers te maken met meerdere hulpverleners of instanties zoals een persoonlijk begeleider, Werk en Inkomen vanuit de gemeente, verslavingszorg, ondersteuning van het FACT-team en het buurtteam. Hier worden veel verschillende afspraken mee gemaakt. Het is belangrijk dat deze **hulpverleners goed met elkaar samenwerken** en zij onderling ook contact hebben wanneer dit nodig is.

Passend (vrijwilligers) werk



Een groot deel van de deelnemers geeft aan dat daginvulling en (vrijwilligers) werk fijn is en helpt om een **ritme te krijgen of mensen te ontmoeten**. Door psychische of lichamelijke klachten lukt het vaak (nog) niet iedereen om een passende plek te vinden. Het is daarom belangrijk dat er **ondersteuning** aanwezig is die meekijkt naar de mogelijkheden in plaats van de belemmeringen. Een belangrijke voorwaarde is ook dat er vanuit de **werkgever begrip** is voor de situatie.

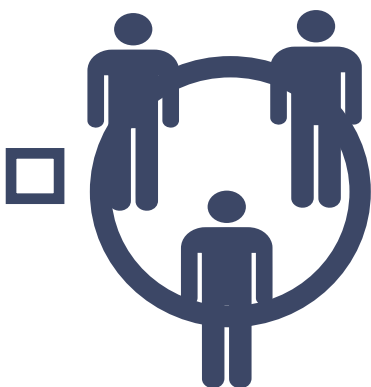
'Die dagbesteding, als ik hier niet had gezeten en als hier niet iemand mij echt een beetje aan mijn handje mee zou trekken en zeggen van: dit gaan we uitzoeken, dit gaan we doen, we gaan er samen naar toe, dan zou het gewoon niet gebeuren' (Deelnemer woont in een beschermde voorziening)

Hulp bij verslaving



In het geval van verslaving is een intensieve behandeling met **goede (ambulante) nazorg** een belangrijke voorwaarde voor uitstroom naar een eigen woning. Alleen een detox behandeling bleek bijvoorbeeld vaak niet voldoende om definitief te stoppen met het gebruik van middelen.

Rekening houden met het sociale netwerk



Er werd aangegeven dat het belangrijk is om rekening te houden met de sociale omgeving. Voor sommige deelnemers is het bijvoorbeeld belangrijk om **dichtbij hun sociale netwerk** te gaan wonen. Hier kunnen zij makkelijk contacten onderhouden en steun ontvangen. Anderen vertelden juist dat er plekken zijn met veel (oude) **'risicovolle contacten'**, waar het niet fijn of risicovol is om te wonen.

'Ik heb gezegd (...) absoluut niet in die en die wijk, want daar zitten al die dealers. Daar wil ik gewoon absoluut niet mee geconfronteerd worden' (Deelnemer verblijft momenteel in de MO 24- uurszorg).

Om contact te onderhouden met het bestaande netwerk is de toegang tot **sociale voorzieningen** belangrijk. Om niet te vereenzamen, blijkt het voor een aantal deelnemers belangrijk te zijn dat zij bijvoorbeeld nog op bezoek kunnen gaan bij de **bekende voorziening** waar ze voor langere tijd verbleven.

Vanuit het project 'voorkomen terugval' willen wij alle deelnemers hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek. Ondertussen zijn we bezig met de tweede ronde interviews waarin we dezelfde deelnemers volgen in het traject.

Voor meer informatie mail: n.f.boesveldt@uva.nl

www.onderzoekmobw.socsci.uva.nl

Onderzoek Voorkomen Terugval Utrecht 2020 (onderzoeksrunde 2)

Begin 2020 is voor de tweede meting van het 5-jarig onderzoek Voorkomen Terugval in Dakloosheid in de regio Utrecht opnieuw met 69 participanten uit drie verschillende achtergronden gesproken: één groep met een achtergrond van herhaaldelijke dakloosheid, één groep die vorig jaar op het punt stond om uit te stromen uit de maatschappelijke opvang en één groep die uit zou stromen uit beschermd wonen. Door te reflecteren op hun traject leren we over de voorwaarden en valkuilen voor stabiliteit tijdens en na het uitstroomtraject om zo toekomstige terugval in dakloosheid zo veel als mogelijk te beperken. Op basis van deze bevindingen formuleerden we vijf handvaten voor begeleiding tijdens het uitstroomtraject.

VIJF AANDACHTSPUNTEN RONDOM UITSTROOM DIE JE MORGEN KUNT TOEPASSEN IN JE WERK

1. Betrek je cliënt zo goed als mogelijk bij vorderingen aanvraagproces (urgentie-) woning



Participanten geven aan graag in grotere mate betrokken te worden bij het aanvraagproces van een urgentie of woning, om zo:

- meer invloed te kunnen uitoefenen op de snelheid en nauwkeurigheid van de aanvraag, vaker dan eens worden woonwensen verkeerd doorgegeven of blijven papieren liggen.
- tijdiger (mentaal) voorbereid te zijn op de transitie. Velen geven aan veel onduidelijkheid te ervaren over de duur waarop men een aanbod voor een woning krijgt. Velen wachten voor een lange tijd, anderen krijgen onverwachts snel een aanbod. Hierdoor was het voor velen moeilijk om zich voor te bereiden op de overgang.

Advies: Tijdens aanvraag van urgentie of een woning moet er met veel verschillende partijen worden afgestemd. Het meenemen van de client in deze ontwikkelingen is van groot belang om verwachtingen goed te managen.

2. Blijf betrokken bij personen die hun traject verlaten wegens eigen woonoplossing



Voor de participanten die zelf een woning vonden door middel van een loting, het particulier huren van een woning, of doordat zij in aanmerking kwamen voor een woning via eigen wachttijd is het ontvangen van begeleiding na uitstroom niet vanzelfsprekend. Tevens is er vaak geen preventie-actieplan opgesteld. Hoewel verschillende van deze participanten geen wens hadden om begeleiding te ontvangen, zorgt dit vaak voor kwetsbare situaties en blijkt het lastiger om naderhand hulp in te schakelen.

Advies: Probeer ook als iemand een eigen vervolg vindt een geen ondersteuningsvraag stelt in contact te blijven. Een vinger aan de pols of waakvlam, zodat de persoon de weg naar hulp weet te vinden indien nodig. Verleid tot acceptatie van ondersteuning (eventueel door inzet van een ervaringsdeskundige) of vraag iemand bijvoorbeeld na een maand een kopje koffie te drinken. En informeer bij je organisatie naar de mogelijkheden deze persoon te blijven begeleiden.



3. Maak duidelijke afspraken over continuïteit daginvulling of werk bij uitstroom

Wanneer er veel verandert is het fijn als er een aantal continue factoren zijn: een daginvulling en weekritme is daar heel belangrijke in. Het voorkomt in veel gevallen de mogelijkheid om veel te piekeren of vereenzaming. Omdat zinvolle daginvulling regelmatig gekoppeld is aan de verblijfsvoorziening is continuïteit van daginvulling niet altijd vanzelfsprekend wanneer men uitstroomt naar een eigen woning.

Advies: Bekijk de mogelijkheden om desondanks dezelfde zinvolle daginvulling door te zetten na uitstroom. Als daginvulling tijdelijk stilligt bij verhuizing, maak dan goede afspraken wanneer dit weer op wordt gepakt na uitstroom.



4. Besteed aandacht aan het opbouwen van (nieuwe) contacten

Eén derde van onze participanten geeft aan behoefte te hebben aan nieuwe contacten na uitstroom. Vaak bestaat er het idee dat dit spontaan moet gebeuren. Niet voor iedereen is het echter even makkelijk om deze nieuwe contacten op te bouwen. (Zelf)stigma, schaamte of negatieve ervaringen in het verleden vormen soms drempels om nieuwe contacten aan te gaan.

Advies: bij de overgang naar een nieuwe woning ligt er veel prioriteit bij praktische regelzaken. Creëer ruimte om (na verloop van tijd) te bespreken wat de wensen en mogelijke drempels zijn m.b.t. sociale contacten: het aangaan van nieuwe contacten of herpakken van contacten met bestaande contacten of eigen kinderen. Betrek eventueel een sociaal makelaar of buurtteammedewerker om zicht te krijgen op de sociale activiteiten en initiatieven in de wijk.



5. Actualiseer na uitstroom regelmatig het preventie-actieplan

Uit gesprekken met de participanten blijkt dat het inschatten van valkuilen voorafgaand aan uitstroom niet altijd even makkelijk is. Na verloop van tijd, bij ervaring in de nieuwe woning, lijkt er een voortschrijdend inzicht te zijn in deze valkuilen. Vraag je daarom (samen) af, wat zijn moeilijkheden? Hoe gemakkelijk worden er nieuwe vragen gesteld aan hulpverlening? Hoe hoog is de drempel om een hulpvraag te stellen?

Advies: Het regelmatig actualiseren van het preventie-actieplan kan zorgen voor een handzamere en praktischere werking van het preventie-actieplan. Tevens zorgt het ervoor dat valkuilen regelmatig met de nieuwe ambulante begeleiding worden besproken, begeleiders die in een aantal gevallen niet dezelfde persoon zijn als waarmee het plan van te voren is opgesteld.

Wij willen alle deelnemers hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek!

Kijk voor het onderzoeksrapport en meer informatie op:

<https://onderzoekmobw.socsci.uva.nl/index.php/onderzoeksregios-en-rapportages/onderzoek-terugval>



Onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

Derde onderzoeksmeting - 2021

Achtergrond

Begin 2021 volgde de Universiteit van Amsterdam voor het derde jaar de trajecten van 69 personen uit de regio Utrecht met een achtergrond in de maatschappelijke opvang of beschermd wonen. De meting is onderdeel van een **vijfjarig onderzoek** naar herhaalde dakloosheid in opdracht van de gemeente Utrecht, het Leger des Heils, de Tussenvoorziening, Lister, Kwintes en Buurteams Utrecht.

Participanten

Door middel van jaarlijkse interviews volgen we **69 participanten**: één groep met een achtergrond van herhaalde dakloosheid, één groep die in 2019 op het punt stond om uit te stromen uit de maatschappelijke opvang en één groep die uit zou stromen uit beschermd wonen.

Doel

Door hun traject te onderzoeken leren we over de **voorwaarden en valkuilen** voor stabiliteit tijdens en na het uitstroomtraject, met als doel toekomstige herhaalde dakloosheid te beperken. Dit jaar ligt de focus op drie thema's: (1) financiële zelfredzaamheid, (2) activatie en participatie in de wijk en (3) tussentijds verblijf in detentie. In deze factsheet belichten we de risico- en beschermende factoren in relatie tot deze drie thema's.

Opvallende kenmerken herhaaldelijk dakloze participanten



Achterliggende problematiek zoals verslaving, psychiatrische problematiek en LVB (of combinatie) vaak aanwezig



Door problemen snel overprikkeld, bij stress verliest men het overzicht waarna participanten bevroren of zorg vermijden



Sterke overtuiging zelf verantwoordelijk te zijn voor hun leven en hun problemen zelfstandig willen en moeten oplossen



Gebrek aan vertrouwen in of slechte eerdere ervaringen met instanties en hulpverlening vormen een drempel voor het vragen om hulp



Veelal lastige of onveilige jeugd en een omgeving die niet altijd in staat is te ondersteunen, hierdoor weinig vertrouwen

Interesse in deze of eerdere onderzoeksrapportages?

Bezoek onze website voor meer informatie: www.onderzoekmobw.socsci.uva.nl

of scan met de camera van je smartphone de QR-code hiernaast:





Financiële zelfredzaamheid

Risicofactoren

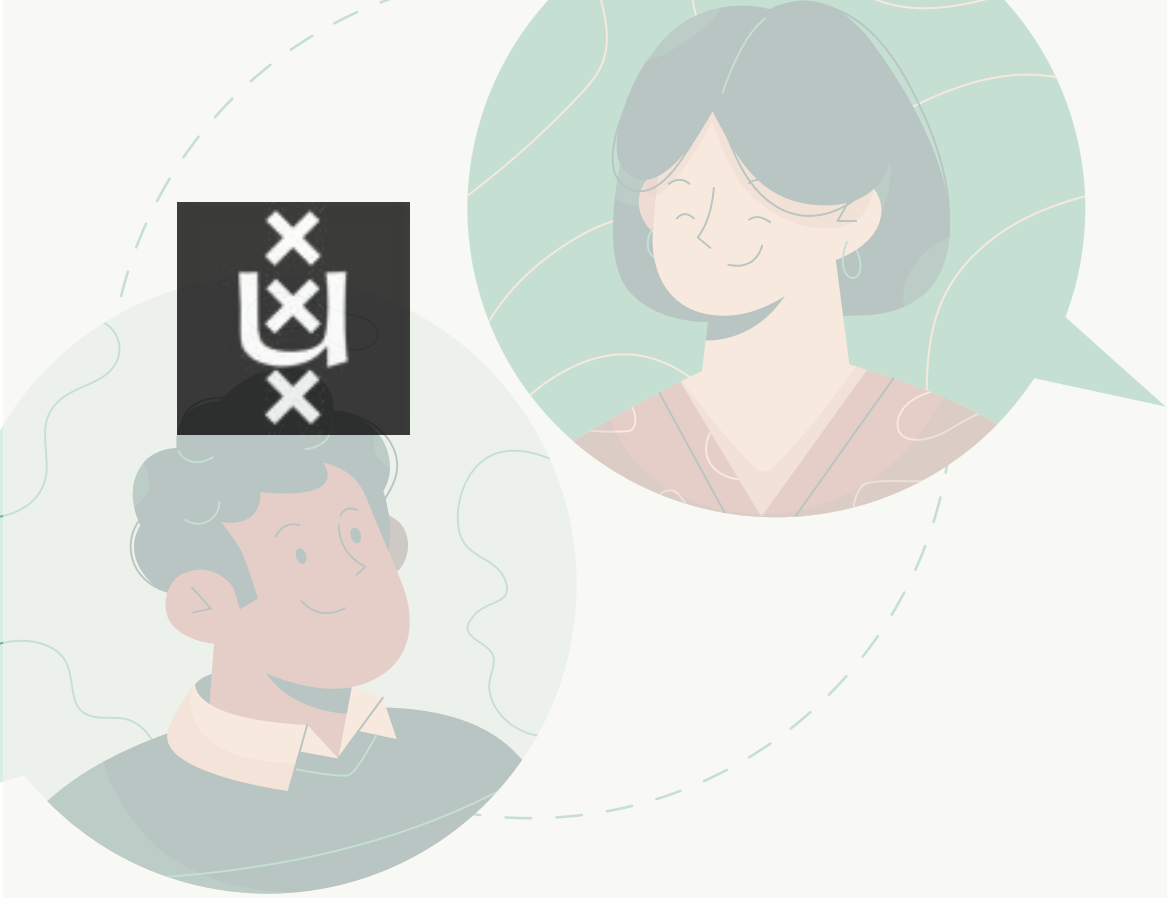
- ✘ **Minimaal inkomen** met geen of kleine buffer.
- ✘ **Complexiteit toeslagen- en belastingsysteem** zorgt voor problemen bij verandering van werk- en woonsituatie.
- ✘ **Moeite met overzien financiën** wegens stress, psychische problemen, verslaving of een licht verstandelijke beperking.
- ✘ **Gebruik van verslavende middelen** in combinatie met beperkt budget kan het moeilijk maken om weloverwogen financiële prioriteiten te stellen.
- ✘ **Moeite met lezen en schrijven** en/of gebrek aan digitale vaardigheden.
- ✘ **Niet (tijdig) vragen om hulp** bij opnieuw opgebouwde schulden; om hulp vragen blijft een drempel.

Beschermende factoren ✓

- ✓ **Continueren van bewind/budget-beheer na uitstroom** of nadrukkelijk aanbieden van vrijwillige financiële ondersteuning/coaching elders.
- ✓ **Aandacht voor financiële zelfredzaamheid** bij overgang naar zelfstandig beheer financiën. Blijvende mogelijkheid om vragen te stellen.
- ✓ **Proactieve informatie en ondersteuning bij overgang naar zelfstandig wonen:** tijdig aanvragen budgetten, uitkeringen en minimaregelingen.
- ✓ **Aandacht voor rondkomen van klein budget:** opbouwen van financiële buffer voor uitstroom, ondersteuning en flexibiliteit bij instellen automatische incasso's, inkomensbeheer dat aansluit bij prioriteiten/behoefte van cliënt.

Aanbevelingen

- Zet in op **continuering van budgetbeheer/bewindvoering** na uitstroom, ook bij uitstroom naar een zelfstandige woonruimte in de regio
- Zorg voor brede **ontwikkeling en verspreiding van begrijpelijke informatie over het Nederlandse toeslagen- en belastingsysteem** en de te regelen financiële zaken bij uitstroom
- **Train financiële professionals** in het aangaan van gesprekken over het incalculeren van budget voor verslaving, eventueel met inzet van ervaringsdeskundigen



Activatie en participatie in de wijk

✘ Risicofactoren

- ✘ **Een slechte match tussen bewoner en de buurt**, bijvoorbeeld op levensfase. Dit kan leiden tot wederzijdse overgevoeligheid en ervaren overlast.
- ✘ **Stigma** in de wijk jegens de doelgroep, bijvoorbeeld wanneer bekend wordt dat iemand is uitgestroomd uit MO/BW.
- ✘ **Aanname dat wijkaanbod voldoende zichtbaar en laagdrempelig is** en dat een bewoner het aanbod zelfstandig opzoekt of hier een vraag over stelt.
- ✘ **Discontinuïteit in het participatieaanbod** (ook als gevolg van COVID-19 maatregelen).

✓ Beschermende factoren ✓

- ✓ **Herkenning in de buurt** en/of bij medebewoners van het appartementencomplex.
- ✓ **Outreachend werk** door professionals en vrijwilligers in de wijk met betrekking tot zinvolle daginvulling. Herhaaldelijk uitnodigen voor deelname aan activiteiten in de wijk.
- ✓ **Het principe van 'halen en brengen'** bij aanbod in de wijk zorgt dat een wens voor participatie geen zorgvraag wordt.
- ✓ **Continuïteit en blijvend engagement** vanuit (vrijwilligers-)werk als motiverende factor, ook als het wat minder gaat.

Aanbevelingen

- Zorg dat **beheerders/vrijwilligers in appartementencomplexen en de wijk** een opdracht hebben op het gebied van sociale cohesie en het betrekken van kwetsbare bewoners
- Besteed als (betaalde) wijkprofessional **aandacht aan kwartiermaken**. Train en coach professionals om juist deze bewoners actief te betrekken bij bestaand aanbod
- **Zet ervaringsdeskundigen in** om de drempels in het aanbod te verlagen



Ervaringen met tussentijds verblijf detentie

Risicofactoren

- ✘ **Vrijwilligheid van ondersteuningskader bij terugkeer.** Participanten in dit onderzoek stellen vaak geen hulpvraag of wijzen ondersteuningsaanbod af. Veel mensen overzien de situatie na detentie niet.
- ✘ **Exacte datum hechtenis en vrijlating vaak onvoorspelbaar.** Dit maakt voorbereiding hierop lastig te organiseren voor gemeenten, ketenpartners en mensen zelf. Ook kan dit zorgen voor onaangename inhechtenisname in de woon-/werkomgeving.
- ✘ **Stoppen van uitkering tijdens detentie vormt belangrijke belemmering bij doorbetalen van huur/financieren van plek in voorziening, ook tijdens het opnieuw opstarten van de uitkering na detentie.**

Beschermende factoren ✓

- ✓ **Proactief aanbieden van ondersteuning bij terugkeer.** Van vraaggerichte ondersteuning wordt door (deel van de) doelgroep weinig gebruik gemaakt.
- ✓ **Vroegtijdige betrokkenheid van ondersteunende partijen** uit het reguliere traject en gemeente kunnen continuïteit tijdens en na een periode in detentie aanzienlijk bevorderen.
- ✓ **Duidelijke onderlinge afspraken** tussen verblijfsvoorziening, (ex)-gedetineerde en de PI over mogelijkheden tot terugkeer/behoud kamer/plek in voorziening.
- ✓ **Inzet op een 'levensloopbenadering':** zoveel mogelijk bevorderen van continuïteit op de verschillende levensgebieden tijdens detentie.

Aanbevelingen

- Onderzoek de mogelijkheid tot **inzetten van voorwaarden voor vrijlating** (zoals reeds gebeurt bij vroegtijdige vrijlating)
- Zorg in het geval van terugkeer naar BW voor het **behoud van recht op een BW-plek**, zodat men bovenaan de wachtlijst wordt geplaatst
- Zet in op **(voorlichting over) het treffen van financiële maatregelen** (zoals bijzondere bijstand, ook bij detentie wegens boetes) en **huisbewaring** tijdens verblijf in detentie
- Voer als **gemeente regie** op wat er in detentie met je burgers gebeurt, de doorontwikkeling van Zorg- en Veiligheidshuizen past hierbij



Onderzoek Voorkomen Herhaalde Dakloosheid Utrecht

Vierde onderzoeksmeting - 2022



Achtergrond

In 2022 volgde de Universiteit van Amsterdam voor het vierde jaar trajecten van participanten uit de regio Utrecht met een achtergrond in de maatschappelijke opvang of beschermd wonen. Deze meting is onderdeel van een **vijfjarig onderzoek** naar herhaalde dakloosheid.



Participanten

Door middel van jaarlijkse interviews volgden we **69 participanten**: één groep met een achtergrond van herhaalde dakloosheid (HD), één groep die in 2019 op het punt stond om uit te stromen uit de maatschappelijke opvang (MO) en één groep die uit zou stromen uit beschermd wonen (BW).



Doel

Door de trajecten te onderzoeken leren we over de **voorwaarden en valkuilen** voor stabiliteit tijdens en na het uitstroomproject, met als doel toekomstige herhaalde dakloosheid te beperken. Deze vierde meting ligt de focus op: (1) continuïteit van ondersteuning in de wijk en (2) lichamelijke gezondheid, somatiek en mortaliteit. In deze factsheet belichten we de risico- en beschermende factoren in relatie tot deze thema's.

Oorzaken onderbroken trajecten/ herhaalde dakloosheid



Participanten worden geconfronteerd met eerdere trauma's tijdens het zelfstandig wonen. Consequenties van acties kunnen moeilijk worden overzien.



Vertrek van participanten naar het buitenland leidt vaak tot contactverlies met hulpverlening, stop van het traject en/of een instabiel verblijf binnen het eigen netwerk.



Tussentijds verblijf van participanten in detentie. Dit kan leiden tot het verlies van de woonplek of de start van een nieuw traject i.p.v. continuïteit.

Interesse in deze of eerdere onderzoeksrapportages?


Bezoek onze website voor meer informatie: www.nienkeboesveldt.com
of scan met de camera van je smartphone de QR-code hiernaast:








Follow-up cohort na vier jaar: Verloop van Trajecten

Doorkijk trajecten 69 personen over 4 jaar onderzoek VHD

T0   % participanten*

Uitstroom richting woning (65%)

1)  MO/BW/
Tijdelijke woning
op naam van begeleidende
instantie (4% van 69) →  omklapwoning (15%) →  woning op eigen naam (45%) **59%**

2)  MO/BW →  eigen oplossing (evt. stop traject) →  woning op eigen naam **6%**

Onderbroken trajecten / herhaalde dakloosheid (13%)

3)  MO →  vertrek naar buitenland **6%**

4)  MO/BW →  detentie/instabiel verblijf netwerk/
woning/nachtopvang/ BW →  MO/BW/
nachtopvang **7%**

Langdurig verblijf MO/BW/ specialistisch aanbod (10%)

5)  MO/BW →  doorstroom naar andere voorziening/specialistische zorg **6%**

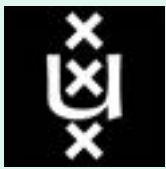
6)  MO/BW → langdurig verblijf MO/BW **4%**

* Van de overige 12% (8 personen) is te weinig recente informatie over de verblijfplaats of traject om ze mee te nemen in bovenstaande categorieën.

Aanbevelingen:

- Huurcontracten voor onbepaalde tijd zijn beter dan tijdelijke huurcontracten
- 'Befrienden': (voormalig) begeleiders met vertrouwensband begeleiden de zelfstandig wonende cliënt





Continuïteit van ondersteuning in de wijk

Risicofactoren

- ⚠️ Vaak **onduidelijk waar nog geholpen kan worden**, "je bent al zo zelfstandig" (MO)
- ⚠️ Vrolijkheid/luchtigheid in contact met wijkteam wordt door participanten soms als **incapabel** gezien (MO)
- ⚠️ Niet alle **problemen/zorgen** worden door participanten aangekaart (MO)
- ⚠️ Veel **wisselingen, instabiliteit en onzekerheid** betreffende verblijfsplaats (HD)

Beschermende factoren

- ✅ Participanten zijn over het algemeen **tevreden** over geboden ondersteuning (BW)
- ✅ Participanten zijn goed in staat **vragen** aan wijk- of buurtteam te stellen (BW)
- ✅ Continuïteit is **passend en tijdig opgeschaald** (BW)
- ✅ Fijn idee om **stok achter de deur** te hebben (MO)

Ik mis iemand in de wijk, bijvoorbeeld dat je welkom wordt geheten als je hier komt wonen. (...) en je kunnen helpen met subsidies aanvragen, dingen waar je recht op hebt.

Aanbevelingen:

- 'Warme' overdracht van drie maanden tussen twee begeleiders bij uitstroommoment
- Sociale buurt- of wijkteamprofessional kan de cliënt meenemen naar het buurthuis/welzijnswerk



Lichamelijke Gezondheid Participanten

Risicofactoren

- ⚠ **Verloren vertrouwen** (HD)
- ⚠ Het **missen van screening** op ziektes (HD)
- ⚠ **Onvoldoende oog voor somatiek** bij in-, uitstroom en overdracht naar buurt- of wijkteam (MO)
- ⚠ Voor professionals **onduidelijke geldstromen** (HD)
- ⚠ **Gebiedsverschillen** (HD)
- ⚠ Participanten willen geen aanspraak doen op **eigen risico** (MO)
- ⚠ **Onvoldoende integrale aanpak** van de zorg (MO)

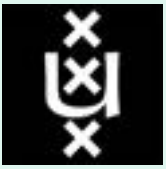
Beschermende factoren

- ✅ **Expertise** in ondersteuning (MO/BW)
- ✅ **Continuïteit** van begeleiding (MO)
- ✅ **Ondersteuning bij voorbereid vertrek naar het buitenland** (bijv, methadonverstrekking) (HD)

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

Opvallendheden:

- Participanten uit verschillende leeftijdsgroepen ervaren evenveel somatische klachten, wat duidt op veel klachten bij relatief jonge personen
- De mortaliteit van het onderzochte cohort relatief hoog op jonge leeftijd, de ultieme vorm van uitval



Lichamelijke Gezondheid Participanten

Knelpunten geregistreerd door de projectgroep:

- Voor revalidatie is verslaving/gebruik vaak contra-indicatie omdat dat de revalidatie in de weg zit.
- Het is van belang afspraken te maken voor ná het omklappen welke relateert aan de mate waarin iemand 'gezondheidsvaardig' is.
- Bij de projectgroep bestaat de indruk dat de sociale professionals vanuit de deelnemende organisaties minder gericht zijn op gezondheidsaspecten.
- De mate waarin samenwerking wordt gezocht voor de ondersteuning van kwetsbare mensen met gezondheidscentrum of huisarts is wijk afhankelijk. Deze zorg is ook in principe vraaggericht.
- Organisatie van medische intake in Herstart biedt nog ruimte voor verbetering, daar het soms druk kan zijn.

Aanbevelingen:

- Lichamelijke gezondheid bespreken/ toevoegen aan Preventie Actieplan
- Cliënt en hulpverlener kunnen samen langsgaan bij het gezondheidscentrum

