



Vijfde meting (2024)

Ambulantisering en Regionalisering van MO en BW in de regio Den Haag

Rapportage 2024

Annie Berendsen, MSc
Merel Otto, MSc
Dr. Nienke Boesveldt

Universiteit van Amsterdam



Colofon

Opdrachtgevers / Financiers

Gemeente Den Haag

Vertegenwoordiging vanuit de opdrachtgever

Maarten Bening

Auteurs

Annie Berendsen, MSc

Merel Otto, MSc

Dr. Nienke Boesveldt

Onze ervaringsdeskundige duo-onderzoekers

Thijs Kuiling

Peggy DeMilt

Stan Coldewijn

Met dank aan

De deelnemers aan de interviews op verschillende MO/BW-locaties en thuis in de regio Den Haag en betrokken professionals.

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 [Regio Den Haag – nienkeboesveldt.com](https://regio-den-haag-nienkeboesveldt.com)

© 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 Universiteit van Amsterdam.

Onderzoekscontext

Dit regionale onderzoek maakt onderdeel uit van een overkoepelend, landelijk onderzoek naar de ambulantisering en regionalisering van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen in Nederlandse gemeenten. Op het moment van deze rapportage, in 2024, zijn er zes regio's die deelnemen of deel hebben genomen aan dit onderzoek (zie Figuur 1). Dit overkoepelende onderzoek kent een looptijd van meerdere jaren (2018-2028).

Figuur 1. Regio's waar het onderzoek wordt of is uitgevoerd: Den Haag; Meierij en Bommelerwaard; Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer; Waterland en Flevoland. Ook doen we in Rotterdam onderzoek naar bankslapers, in Den Haag naar Dak- en Thuisloze Jongeren, in Utrecht onderzoek naar het voorkomen van herhaalde dakloosheid en Living Lab 'eerst een thuis' en voert de UvA i.s.m. Lysias onderzoek uit naar Cliëntparticipatie GGZ in de regio's Amsterdam, Drenthe en Meierij en Bommelerwaard. Een deel wordt vanaf 2023 uitgevoerd via Onderzoeksinstituut Nienke Boesveldt.



INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	4
1. TRAJECTEN.....	7
Trajecten en verblijfplek.....	7
Trajecten en participatie	8
Trajecten en financiën.....	10
Lang verblijf en weinig uitstroom	11
2. GEBREK AAN PERSPECTIEF EN UITDAGING.....	14
Stakeholderperspectief op gebrek aan perspectief en uitdaging	16
Noodzaak van netwerkversterking.....	17
De meerwaarde van ervaringsdeskundigheid.....	18
3. PASSEND AANBOD: SOMATISCHE EN GGZ-PROBLEMATIEK.....	19
Passend aanbod bij ggz-problematiek	19
Somatische problematiek en passend aanbod	22
4. LANDEN EN ZELFSTANDIG WONEN IN DE WIJK	27
Geïsoleerd in de wijk.....	27
Sociale basis en specialistisch aanbod	30
5. GEMENGDE EN COLLECTIEVE WOONVORMEN.....	37
6. ERVARINGSDESKUNDIGHEID: ‘JE NORMALISEERT IETS’	40
Ervaringsdeskundigheid of ervaringskennis.....	40
Ervaringsdeskundigheid in de uitvoering.....	41
Ervaringsdeskundigheid betrekken bij het vormgeven van beleid	46
CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	48

INLEIDING

Deze rapportage betreft het eindrapport van het vijfjarig onderzoek naar regionalisering en ambulantisering in de regio Den Haag. In dit onderzoek geven wij trajecten weer over meerdere jaren van 64 cliëntparticipanten. Voor de mate waarin trajecten zich richting zelfstandig wonen hebben ontwikkeld, leveren wij in de verschillende hoofdstukken verklaringen welke we relateren aan de context van het nationaal actieplan dakloosheid: Eerst een Thuis¹ en de landelijke bundeling van kennis op het gebied van Housing First.² Wij gaan daarnaast in op mogelijk andere opvallende zaken in deze trajecten en meer specifiek de thema's perspectief, passend aanbod en somatiek, woonvormen en ervaringsdeskundigheid. Deze inleiding hierop beschrijft nu eerst de achtergrond van dit onderzoek, de voor de laatste meting uitgevoerde onderzoeksactiviteiten en een leeswijzer.

Achtergrond onderzoek

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang en voor extramurale begeleiding (inclusief dagbesteding). Den Haag ontving als centrumgemeente het Wmo-budget voor BW en MO voor de regio. De planning is nu dat vanaf 2026 de middelen voor beschermd wonen direct naar de gemeenten in de regio zal gaan. Gezamenlijk geeft deze regio uitvoering aan deze transitie. De doelstelling van dit onderzoek is om gedurende vijf jaar, samen met (voormalig) cliënten, ervaringsdeskundig onderzoekers en andere relevante stakeholders de voorbereiding op deze decentralisatie en het verbeteren van randvoorwaarden³ in gemeenten te volgen.

In 2021 is door de Haagse regio de nieuwe regiovisie Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang "Samen bouwen aan maatschappelijk herstel" voor de periode 2022-2025 vastgesteld. In deze rapportage wordt wanneer dat relevant is verwezen naar deze regiovisie. Ook is in 2021 gestart met het nadrukkelijker bespreken met cliënten hoe er toegewerkt wordt naar uitstroom. Daarnaast zijn er op het gebied van woonbeleid het koepelconvenant Huisvesting Zorgdoelgroepen, maar ook de Meerjarige prestatieafspraken 2022-2025 en het Ontwerp woonvisie Den Haag 2040.

Het meest recente beleidsdocument waarnaar verwezen zal worden is het Beleidskader aanpak dakloosheid 'Den Haag geeft thuis', 2023-2030. Hierin sluit gemeente Den Haag zich volledig aan bij de koers, ambities en brede definitie van dakloosheid uit het Landelijke Actieplan 'Eerst een Thuis'. In lijn hiermee is het doel om de nadruk te verplaatsen van de Maatschappelijke Opvang naar preventie en zelfstandig wonen. Dit nieuwe beleidskader is de opvolger van het Tien Punten Plan Maatschappelijke opvang en het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren. Uit de eerste voortgangsrapportage (zie tekstvak hieronder) wordt duidelijk dat dakloosheid toeneemt en er zorgen zijn, die het belang van het plan benadrukken.⁴

¹ [Nationaal Actieplan Dakloosheid: Eerst een Thuis](#)

² [Housing First onderzoek modelgetrouwheid en effecten, Trimbos Instituut, Utrecht, 2023.](#)

³ Beschikbaarheid van betaalbare huurwoningen en variatie aan woonvormen; schuldhulpverlening, inkomen en participatie ter ondersteuning van herstel; herstelgerichte behandeling in de wijk; borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning; aanwezigheid van een systeem van (vroeg-)signalering en aanpak overlast; duurzame samenwerking tussen gemeente en verzekeraars en inzet op zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg.

⁴ Voor de gehele brief van het college van burgemeesters en wethouders aan de gemeenteraad, zie [hier](#).

Voortgangsrapportage Aanpak dakloosheid 2023-2030, 11 juni 2024

Helaas zien we dat het aantal mensen dat in Den Haag en de regio in de problemen komt en zich meldt bij het Daklozenloket stijgt. De druk op de opvang neemt toe en tegelijkertijd blijft het toevoegen van woonplekken een zeer lastige opgave. We zien steeds meer kwetsbare jongeren, gezinnen met kinderen en mensen die dakloos raken met hoofdzakelijk een huisvestingsprobleem. We zien ook mensen voor wie in de huidige opvang geen passende plek beschikbaar is. Ten slotte is de groep arbeidsmigranten, die buiten slaapt, aanzienlijk aan het toenemen. Dit is een zeer zorgelijke ontwikkeling die ook de andere G4 steden helaas constateren. Het recent verschenen hoofdlijnenakkoord brengt daarnaast nieuwe onzekerheden met zich mee als het gaat om de toename van dakloosheid.

Dit onderzoek integreert meerdere perspectieven, waarmee de relatie tussen beleid, management, structuur, output en outcome van ambulantisering en regionalisering duidelijk weergegeven kan worden. Wij baseren ons hierbij op het [Integraal model voor onderzoek, beleid en praktijk](#) van Boesveldt (2015) waar de relatie tussen bestuurlijke elementen en de uitkomsten van deze elementen centraal staat. Met andere woorden: hoe kunnen wij wat cliënten ons vertellen, verklaren vanuit de focusgroepen dan wel interviews met professionals en de analyse van beleidsdocumenten?

Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten

Voor de totstandkoming van deze vijfde rapportage hebben wij tussen februari en juni 2024 in totaal 34 interviews afgenomen met cliënten of voormalig cliënten van de maatschappelijke opvang of beschermd wonen.⁵ Er is één cliëntparticipant voor het eerst geïnterviewd. Aangezien cliënten regelmatig uitstromen uit MO/BW voorzieningen, blijven op deze manier de MO/BW voorzieningen binnen het blikveld van de onderzoekers. Ook zijn er ieder jaar cliëntparticipanten die niet meer mee willen doen of niet meer vindbaar zijn voor een volgend interview.

De meerderheid van de geïnterviewde cliënten is woonachtig in Den Haag (21) en verblijft in een zelfstandige woning (19) of in een beschermd wonen locatie (12). Vier van de door ons geïnterviewde cliënten verblijven in Zoetermeer, vier in Leidschendam-Voorburg, vier in Rijswijk en een in Wassenaar. Interviews met cliëntparticipanten worden uitgevoerd door duo's van universitair onderzoekers en getrainde ervaringsdeskundige co-onderzoekers.⁶

Daarnaast zijn de bevindingen uit onze interviews met cliëntparticipanten in deze vijfde onderzoeksmeting in zes focusgroepen besproken met aan de ene kant gemeentelijke beleidsmakers MO/BW en wonen en aan de andere kant met professionals vanuit organisaties voor maatschappelijke opvang, beschermd wonen, geestelijke gezondheidszorg en wonen. Een deel van de professionals droeg bij door middel van losse interviews. In totaal waren er 20 professionals uit de regio betrokken bij één of meerdere van de focusgroepen: het gaat om 10 gemeentelijke en 10 niet-gemeentelijke stakeholders. Tot slot hebben we, voor de cliëntparticipanten die hier toestemming voor hebben verleend, Wmo data verkregen. Hiermee hebben we casussen kunnen toetsen en het verloop en de kosten van trajecten duidelijk kunnen krijgen.

⁵ In totaal bestaat onze meerjarige sample uit 64 respondenten, waarvan dit jaar 30 respondenten om uiteenlopende redenen niet deel hebben genomen.

⁶ [Peer-to-peer onderzoeksmethode – nienkeboesveldt.com](#)

Opbouw van dit rapport

Samen met de opdrachtgever hebben we een focus bepaald voor deze vijfde meting. Dit zijn de volgende vier focuspunten:

- Terugblik op traject
- Landen in de wijk
- Sociaal netwerk en eenzaamheid
- Ervaringsdeskundigheid

In interviews met cliëntparticipanten en vervolgens in de focusgroepen en interviews met stakeholders hebben we deze thema's extra uitgediept.

Cliëntverhalen en ervaringen staan centraal in deze rapportage. De uitkomsten en analyses van deze interviews zijn in de focusgroepen besproken. Er heeft geen hoor en wederhoor plaatsgevonden op basis van de individuele cliëntverhalen. Dit perspectief is gekozen om, eveneens conform de visie vanuit de regio Den Haag, de cliënt centraal te stellen. Dit komt voort vanuit de visie dat juist vanuit dat perspectief getoetst kan worden in hoeverre de ambulantisering en regionalisering ook in de praktijk op gang komt en of dit de gewenste uitkomsten heeft.

Leeswijzer

In deze vijfde meting wordt zowel teruggekeken naar alle metingen als naar de nieuw verzamelde gegevens gekeken bij het verklaren van de trajecten. Wanneer we naar de eerste meting verwijzen dan is dat in het kort T0 (tijdstip '0', of nulmeting), de tweede meting is T1 (eerste meting vanaf de nulmeting), derde meting is T2, de vierde T3 en de vijfde T4.

Dit rapport begint onderwerpen vaak met quotes vanuit cliëntparticipanten. De voornaam is altijd een pseudoniem. Tussen haakjes staat hierbij vermeld uit welke leeftijdscategorie iemand komt (< 30 jaar; 30-45 jaar; 45-65 jaar; > 65 jaar). De resultaten zoals deze op basis van de achterliggende analyse in deze rapportage worden gepresenteerd, worden in sommige gevallen ondersteund met illustratieve citaten. Tenzij anders vermeld, zijn de bevindingen altijd gebaseerd op meerdere interviews.

In elk hoofdstuk wordt eerst het cliëntperspectief op het desbetreffende onderwerp uiteengezet, waarna het stakeholderperspectief aan bod komt. In de analyse wordt indien relevant ook teruggerepen op data uit de voorgaande metingen, waarbij het traject van cliëntparticipanten over meerdere jaren beschreven kan worden. Daarnaast wordt voor de duiding van resultaten gebruik gemaakt van relevante beleidsdocumenten uit de regio. In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies besproken, waarna de aanbevelingen worden uitgewerkt.

Verklarende begrippenlijst. Uitleg over afkortingen of concepten in deze onderzoeksrapportage zijn terug te vinden op onze website: [Verklarende-begrippenlijst \(nienkeboesveldt.com\)](https://nienkeboesveldt.com). Scan om deze pagina te openen de QR-code hiernaast met de camera van je mobiele telefoon.



1. TRAJECTEN

In deze vijfde meting en daarmee laatste rapportage over de regio Den Haag wordt een overzicht gecreëerd over alle vijf de metingen die in deze regio gedaan zijn. Om terug te kunnen blikken op de trajecten over de tijd heen, worden de cliënteninterviews van alle metingen meegenomen (2019-2024). Dit gaat in totaal om 193 interviews met 64 verschillende cliëntparticipanten. Een overzicht van het aantal interviews per jaar is te vinden in Tabel 1.

Tabel 1. Aantal cliëntparticipanten geïnterviewd per meting

<i>Meting</i>	T0	T1	T2	T3	T4	Totaal
<i>Aantal interviews</i>	44	35	35	45	34	193

Tijdens deze vijfde meting is één cliëntparticipant voor het eerst geïnterviewd, vijf voor de tweede, een voor de derde, negen voor de vierde keer en zijn achttien cliëntparticipanten elk van de vijf metingen geïnterviewd. In totaal betrof de vijfde meting dus 34 interviews, zoals terug te zien is in Tabel 1.

Er zijn ook andere redenen dat cliënt-participanten niet meer zijn geïnterviewd. Zo is er een cliëntparticipant van dit onderzoek overleden gedurende dit vijf jaar lopende onderzoek.⁷ Ook is het voorgekomen dat iemand opgenomen was voor de afkickafdeling van een verslavingszorgcentrum en we om die reden geen interview af konden nemen.

Trajecten en verblijfplek

De trajecten die de gevolgde cliëntparticipanten de afgelopen jaren hebben doorlopen, vallen in te delen in drie trajecttypen die gebaseerd zijn op de verblijfplek: uitstroom richting woning, langdurig verblijf MO/BW en trajecten die zich kenmerken door onderbroken trajecten en/of herhaalde dakloosheid. Onder 'uitstroom richting woning' vallen cliëntparticipanten die in een MO- of BW-voorziening hebben verbleven en vervolgens zijn uitgestroomd naar een woning op eigen naam. De stap van het uitstromen uit een voorziening naar een omklapwoning wordt gezien als een tussenstap in dit traject. Het trajecttype 'langdurig verblijf MO/BW' trajecten van participanten die langdurig verblijven in een MO of BW-voorziening. Voor MO gaat dit om langer dan een jaar, voor BW het gehele gevolgde traject. Tot slot is trajecttype 'onderbroken trajecten' van toepassing op cliëntparticipanten die in een MO- of BW-voorziening hebben verbleven, vervolgens een andere woon- of verblijfplaats hebben gehad, en daarna weer in een MO- of BW-voorziening verblijven. Voorbeelden van andere verblijfplaatsen zijn een eigen woning, verblijf in het netwerk, detentie, nachtopvang of verblijf in een andere instelling. Discontinuïteit is het meest kenmerkend voor deze trajecten.

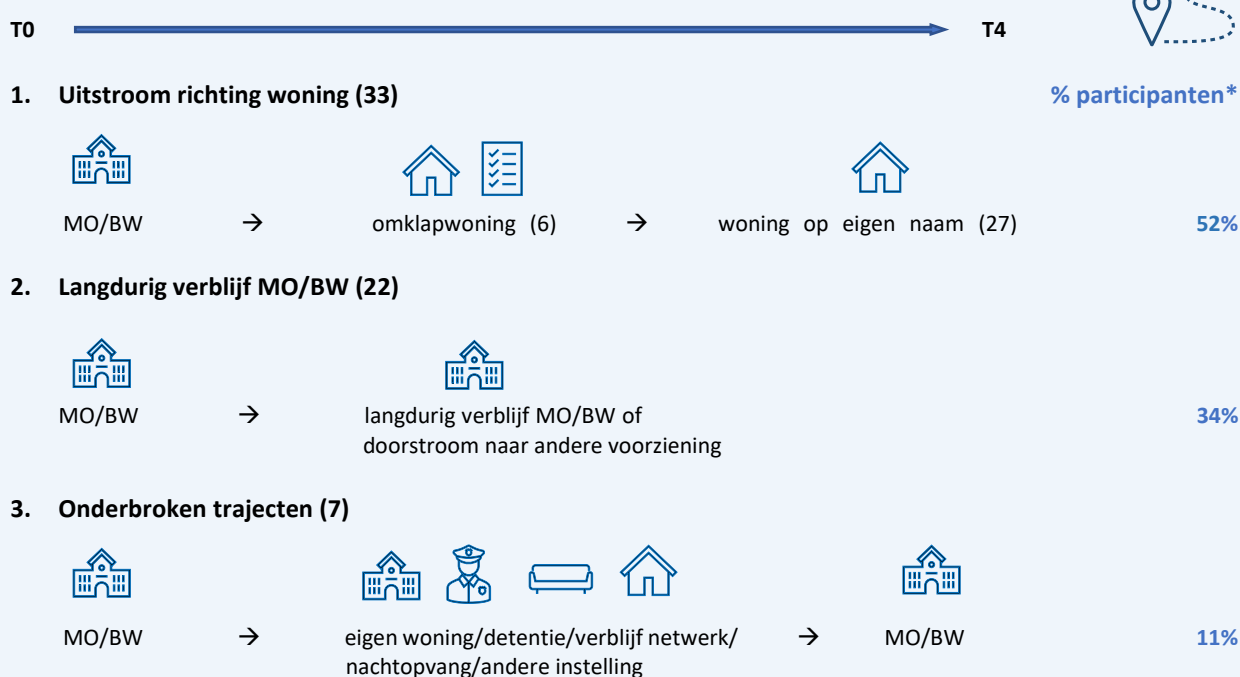
Wanneer meerdere trajecttypen van toepassing zijn, wordt gekeken naar de meest recente ontwikkeling. Bijvoorbeeld: een cliënt heeft meerdere jaren in een BW-voorziening verbleven, maar is daarna uitgestroomd naar een zelfstandige woning. Dan wordt dit traject ingedeeld in trajecttype 1.

⁷ Dit aantal is relatief laag vergeleken met het Utrechtse sample, waar van de 69 participanten er tijdens de vijfjarige studie vijf overleden. Deze vijf respondent uit Utrecht hadden allen een geschiedenis van langdurig buitenslapen. Zij overleden allen relatief jong aan somatische klachten. [Rapportage voorkomen herhaalde dakloosheid in Utrecht, meting 2022](#). Een vergelijking met alle aan dit onderzoek deelnemende regio's zal op dit punt nog worden uitgevoerd, maar valt buiten het bestek van deze rapportage.

Uitstroom richting woning. Of: een cliënt is uitgestroomd naar een woning, maar is na uithuiszetting opnieuw in een MO-voorziening beland. Dit traject wordt ingedeeld in trajecttype 3. *Onderbroken trajecten.*

Het is alleen mogelijk om te spreken van een traject wanneer iemand voor langere tijd in beeld is of al een langere geschiedenis met dakloosheid heeft. Voor twee van de cliëntparticipanten geldt dit niet en het was dan ook niet mogelijk hen in te delen in een in één van de categorieën. Deze twee cliëntparticipanten spraken wij slechts één keer. Zij verbleven destijds in de maatschappelijke opvang en gaven onvoldoende informatie over hun eerdere traject. In totaal zijn er dus 62 cliëntparticipanten ingedeeld in trajecten. Het overzicht van trajecttypen is te vinden in Figuur 1.

Figuur 1. Doorkijk trajecten cliëntparticipanten over 5 jaar onderzoek



* Van de overige 3% (2 personen) is er te weinig informatie over de verblijfplaats of traject om ze mee te nemen in bovenstaande categorieën.

Vergeleken met andere regio's waar dit onderzoek loopt of heeft gelopen, is de categorie langdurig verblijf MO/BW oververtegenwoordigd in de regio Den Haag. Hieronder gaan we in op de trajecten op het vlak van participatie en financiën, om vervolgens meer aandacht te besteden aan het lange verblijf en de lage uitstroom.

Trajecten en participatie

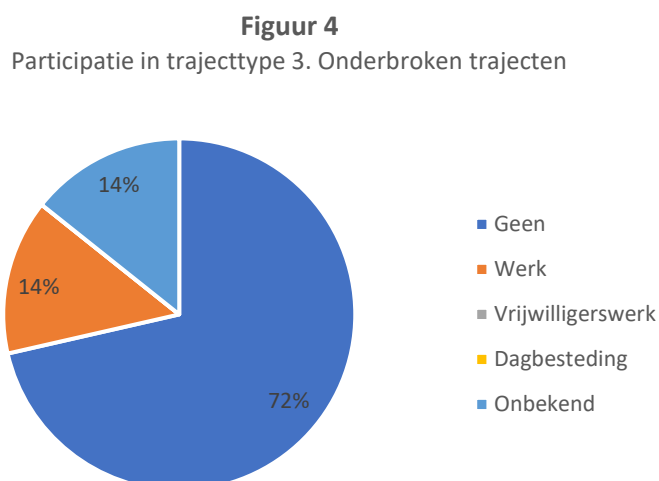
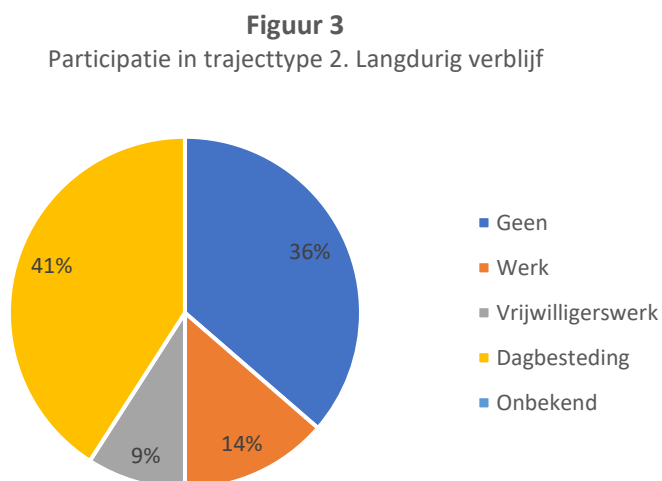
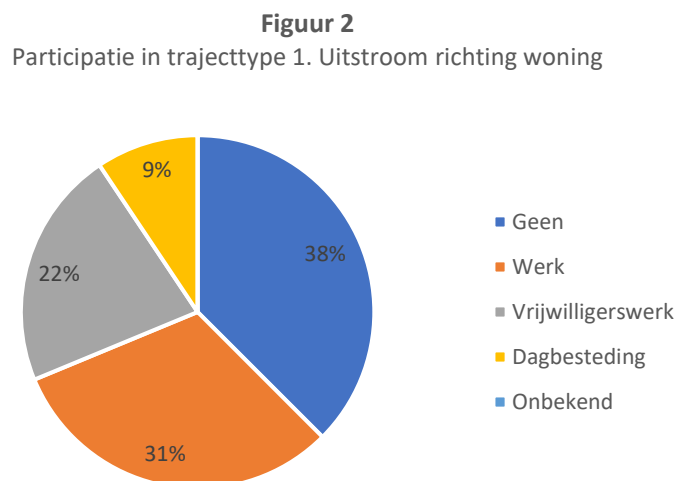
Naast de verblijfplek van mensen, hebben we ook een analyse gedaan van de participatie van de 64 cliëntrespondenten die over de tijd van het onderzoek in beeld zijn geweest. Op het laatste moment van interviewen heeft het merendeel van de respondenten (35 respondenten, 55%) een vorm van daginvulling. Dertien respondenten hebben dagbesteding en dertien respondenten werk. Onder werk valt ook een beschutte of beschermde werkplek hebben, dit is zo in twee van de gevallen. Daarnaast vallen in deze categorie drie mensen die nog bezig zijn met een opleiding of deze net hebben afgerond

en nu werkzoekend zijn. Dan zijn er negen cliëntrespondenten die vrijwilligerswerk doen. Een groot deel (28 respondenten) heeft echter geen daginvulling, dit is 44%. Tot slot is er één respondent waarvan de daginvulling onbekend is. Deze aantallen zijn te vinden in Tabel 2.

Tabel 2. Aantal cliëntparticipanten per categorie van participatie

Participatie	Wel	Geen	Onbekend
Clientrespondenten	35	28	1
Werk (betaald/beschut/zoekend/opleiding)	13		
Dagbesteding	13		
Vrijwilligerswerk	9		

Uit een analyse van de participatie, afgezet tegen het trajecttype waar de cliëntrespondent zich in bevindt blijkt dat de verdeling van soort participatie tussen de trajecttypen behoorlijk verschilt. Dit is te zien in Figuur 2, 3 en 4.



Allereerst is te zien dat in alle trajecttypes een groot deel van de cliëntrespondenten geen enige vorm van participatie heeft. Voor trajecttype 3. *Onderbroken trajecten* is dit het hoogst: 72%. Dit is goed te verklaren, aangezien het niet hebben van een vaste woon- of verblijfplek het zeer bemoeilijkt om te

(blijven) participeren. Bij respondent Willem is sprake van een onderbroken traject; hij heeft tijdens corona in hotels en in de winteropvang geslapen en slaapt nu op een bootje. Hij verwoordde in het interview van de vorige meting de lastigheid om te participeren als volgt:

Ik heb ook altijd gewerkt tot 2019. [...] Ik heb alleen geen dak boven mijn hoofd. Er zijn nog twee werkgevers op mij aan het wachten, maar ik kan niet vanaf de straat gaan werken. Dat gaat niet.

Ook bij de cliëntrespondenten uit andere trajecttypen is er een aanzienlijke groep zonder enige vorm van participatie. Dit is bij trajecttype 1. *Uitstroom richting woning* 38%, bij trajecttype 2. *Langdurig verblijf* is het 36%. Vanuit het cliëntperspectief komt naar voren, zoals in eerdere metingen en ook in andere regio's naar voren kwam, dat een aanzienlijk aantal participanten een gebrek aan uitdaging op het gebied van participatie ervaart. Dit kan voor cliëntrespondenten een reden zijn om de zoektocht naar een passende participatievorm te staken. Dit wordt ook dit jaar weer verteld, onder andere door Wesley (trajecttype uitstroom richting woning):

Ik was wel op zoek, maar er is niks. [...] Het is of vrijwilligerswerk met bejaarden of dagbesteding voor de debieltjes, noem ik dat dan. [...] Ik wil iets uitdagenders dan dat. Daar spring ik echt tegen de muur. Dan ben ik een half uur bezig en heb ik echt tien keer zoveel gedaan als de rest, want ik ben bezig. Ik wil bezig zijn. Dan denk ik bij mezelf: hoe laat is het? Pas een half uur? Dan word ik helemaal gek.

In de focusgroep Landen in de wijk wordt benadrukt dat enige vorm van participatie voor iedereen heel belangrijk is. Een niet-gemeentelijke stakeholder vertelt dat het soms zelf lukt, dat het vaak met begeleiding samen lukt, maar dat in andere gevallen het soms niet lukt. Wanneer de begeleiding dan afbouwt, lukt het iemand zelf vaak ook niet om participatie op te bouwen volgens een stakeholder:

Ondanks al die inzet lukt het niet. Om wat voor reden dan ook - vaak snappen we het en weten we dat - gaat diegene niet op eigen houtje op zoek naar een nieuwe hobby of iets nieuws om te doen.

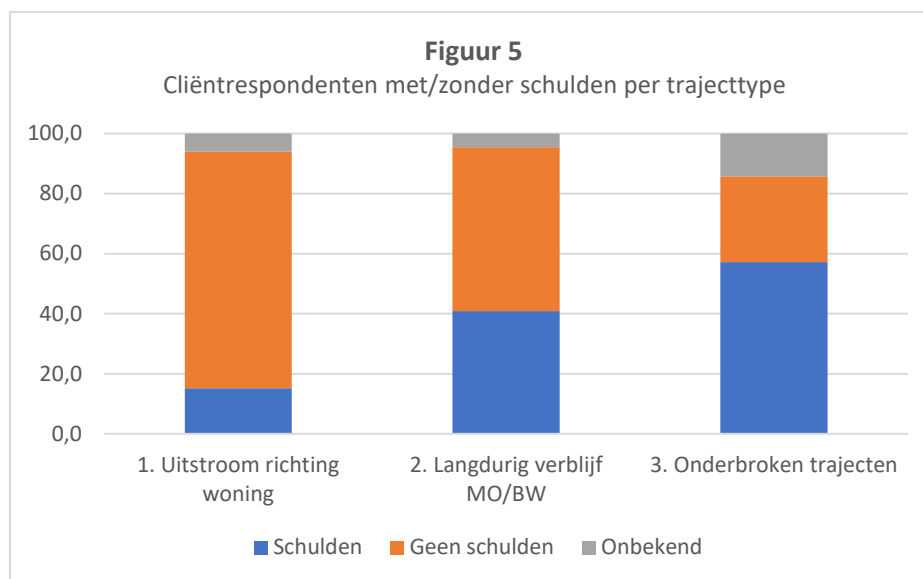
Een ander opvallend resultaat is het verschil tussen een grote groep die werkt of vrijwilligerswerk doet in trajecttype 1. *Uitstroom richting woning* en een grote groep die dagbesteding doet in trajecttype 2. *Langdurig verblijf*. Dit kan worden verklaard door het feit dat er binnen voorzieningen met name wordt ingezet op dagbesteding als participatievorm. Het traject dat we meerdere keren zien terugkomen is dat een respondent uitstroomt vanuit een MO/BW-voorziening richting een eigen woning, dat de respondent dan begint aan vrijwilligerswerk of een opleiding en dat daarna een betaalde baan volgt. Dit sluit aan bij de vorige meting, waar we constateerden dat de transitie naar betaald werk altijd voorafgegaan wordt door een opleiding of vrijwilligerswerk.

Trajecten en financiën

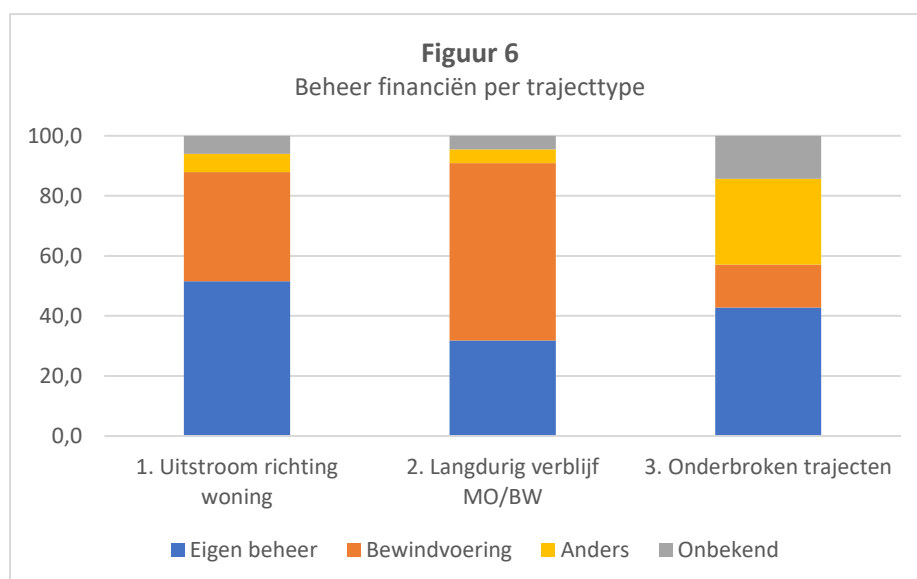
Tot slot bekijken we de financiële situatie van cliëntrespondenten. Dit gaat over de financiële situatie op het laatste moment van interviewen. De eerste analyse gaat over het wel/niet hebben van schulden, wat weer uitgesplitst wordt per trajecttype. Vervolgens bekijken we het beheer van financiën, ook uitgesplitst per trajecttype.

In Figuur 5 is te zien dat mensen in trajecttype 1. *Uitstroom richting woning* grotendeels schuldenvrij zijn. Dit geldt in mindere mate voor mensen in trajecttype 2. *Langdurig verblijf*. In trajecttype 3.

Onderbroken traject heeft meer dan de helft van de cliëntrespondenten bij het laatste moment van spreken nog schulden.



In Figuur 6 is te zien dat cliëntrespondenten in trajecttype 1. *Uitstroom richting woning*, het vaakst hun eigen financiën beheren. In trajecttype 2. *Langdurig verblijf MO/BW* heeft de overgrote meerderheid bewindvoering. Voor trajecttype 3. *Onderbroken traject* is het beheer vaker dan bij de andere trajecttypen op een andere manier geregeld. Het meest voorkomende voorbeeld is dat een familielid de financiën van de cliëntrespondent beheert.



Lang verblijf en weinig uitstroom

Er is in het laatste jaar van het onderzoek slechts één cliëntrespondent vanuit de MO of BW uitgestroomd naar een eigen woning. Deze uitstroom is op eigen initiatief geweest, door zelf contact op te nemen met een woningbouwvereniging, en niet via een convenantwoning. Dit is geen nieuwe ontwikkeling. Al sinds de tweede meting constateerden we dat er een gebrek was aan uitstroom, met name uit BW-voorzieningen. In de vorige meting was er ook slechts één cliëntrespondent zelfstandig gaan wonen en ook dit was zonder gebruik te maken van de route van een convenantwoning.

Samenhangend met de lage uitstroom, is een ander terugkerend thema het hoge aantal cliëntparticipanten met langdurig verblijf in voorzieningen. Dat betekent langer dan een jaar in de MO verblijven of langer dan drie jaar in BW. Hierbij valt ook al meerdere metingen op dat participanten die langdurig in voorzieningen verblijven een gebrek aan perspectief op uitstroom ervaren en weinig stimulans ervaren vanuit begeleiding om hier naartoe te werken.

In de vorige metingen is uitgebreid aandacht besteed aan de lage uitstroom en het langdurig verblijf in voorzieningen. De volgende zaken kwamen over de metingen naar voren als factoren die verband houden met het gebrek aan uitstroom en lange verblijf:

- Woningtekort
- Lage aantal convenantwoningen voor zorgdoelgroepen in regio Den Haag (ten opzichte van G4)
- Gebrek aan regionale samenwerking met betrekking tot spreiding uitstromers
- Onderbenutting beschikbaar gestelde convenantwoningen in regiogemeenten
- Cliënten en zorgaanbieders zijn ontmoedigd: idee dat er “toch geen woningen zijn”
- Angst van cliënten om uit te stromen: bang voor eenzaamheid, bang voor een terugval, gebrek aan financiële middelen
- Angst van zorgaanbieders voor overvraging terugval: voorkeur voor stabilisatie, ook als dit langdurig verblijf betekent (hospitalisatie)
- Zwaarder wordende doelgroep
- Korte duur indicaties; werkt contraproductief door stress die dit veroorzaakt bij cliënten
- Gebrek aan vaste contactmomenten met begeleiding (o.a. door personeelstekort) en (sturing op) kwaliteit van begeleiding

Belangrijkste punten hoofdstuk 1

- 52% van de cliëntrespondenten zit in het trajecttype *Uitstroom richting woning*, 34% in trajecttype *Langdurig verblijf MO/BW*, 11% in trajecttype *Onderbroken traject*. Vergeleken met andere regio's waar dit onderzoek loopt of heeft gelopen, is type *Langdurig verblijf MO/BW* oververtegenwoordigd in de regio Den Haag.
- 55% van de cliëntrespondenten heeft een vorm van daginvulling/participatie, waarvan 20,5% betaald werk, 20,5% dagbesteding en 14% vrijwilligerswerk. 45% van de cliëntrespondenten heeft geen participatie.
- In trajecttype *Uitstroom richting woning* is er een grote groep die werkt of vrijwilligerswerk doet en in trajecttype *Langdurig verblijf* een grote groep die dagbesteding doet.
- Een aanzienlijk aantal participanten ervaart een gebrek aan uitdaging op het gebied van participatie.
- We constateren dat de transitie naar betaald werk altijd voorafgegaan wordt door een opleiding of vrijwilligerswerk.
- In trajecttype *Onderbroken traject* heeft 57% van de cliëntrespondenten schulden. In trajecttype *Langdurig verblijf* heeft 41% schulden. Slechts 15% van de respondenten in trajecttype *Uitstroom richting woning* heeft schulden.
- Beheer van financiën doen cliëntrespondenten in trajecttype *Uitstroom richting woning* het vaakst zelf. In trajecttype *Langdurig verblijf MO/BW* heeft de overgrote meerderheid

bewindvoering. Voor trajecttype *Onderbroken traject* is het beheer vaker dan bij de andere trajecttypen op een andere manier geregeld, zoals beheer door een familielid.

- Al sinds de tweede meting constateren we dat er een gebrek is aan uitstroom, met name uit BW-voorzieningen. Dit hangt samen met het hoge aantal cliëntparticipanten met langdurig verblijf in voorzieningen.

2. GEBREK AAN PERSPECTIEF EN UITDAGING

Een constante bevinding de afgelopen vijf jaar was het gebrek aan perspectief en uitdaging wat door cliëntparticipanten beschreven werd. Met name participanten in voorzieningen en in het speciaal participanten die langdurig in beschermd wonen verbleven ervoeren dit. Zoals we ook in eerdere metingen beschreven, gaat het gebrek aan perspectief onder andere over het gebrek aan perspectief op uitstroom. Ook gaat het echter over een algeheel gevoel van stagnatie en doelloosheid zoals op het gebied van participatie of sociaal netwerk. De casussen van Michelle en Theo, die beiden al minimaal vijf jaar in BW verblijven, illustreren dit goed.

Casus Michelle (45 – 65)

Michelle verblijft ruim zeven jaar in BW voor mensen met een dubbele diagnose, waar middelengebruik gedoogd wordt. Volgens de website van de desbetreffende BW-locatie verblijven mensen hier maximaal vijf jaar. Michelle geeft aan dat ze eigenlijk nooit iemand ziet uitstromen; de enige keer dat dit wel gebeurde, ging dit mis en keerde deze persoon weer terug naar BW. Zelf denkt ze ook niet langer aan weer zelfstandig wonen, onder andere door haar angst voor eenzaamheid en haar krappe financiële situatie. Ze vertelt:

Het moet maar zo. Ik blijf anders dromen. Dat schiet niet op en is zinloos. Ik heb me berust in de gang van zaken. In het begin wilde ik nog van alles. Dat is als een kaarsje uitgegaan. Als dit en de begeleiding allemaal wegvalt, hoe kun je dat dan zelf allemaal weer oppakken? Ondertussen ben ik al langer dan tien jaar mijn huis kwijt. Zelfstandig wonen, hoe moet dat ook alweer? Daarom heb ik berusting gevonden in het hele gebeuren.

Casus Theo (45 – 65)

Theo verblijft vijf jaar op een BW-locatie. Hij geeft aan dat hij hier wordt ontzien van alle taken. Tijdens de eerste meting deed hij vrijwilligerswerk. Dit is hij echter verloren wegens zijn alcoholgebruik, wat hij erg jammer vindt. Hij zou graag weer soortgelijk vrijwilligerswerk doen. Theo heeft weinig contact met zijn medebewoners:

Het is zo doodsaai hier zonder alcohol. Ik ben altijd alleen. Dat biertje is mijn maatje. Dan ga ik lekker voor de tv zitten. Een biertje erbij. Leuke film. Dan heb ik het best wel naar mijn zin.

Theo vertelt dat hij soms probeert om ideeën voor activiteiten in te brengen op zijn locatie. Hij voelt zich hierin echter niet gehoord of gesteund:

Ik wilde een [feestelijke activiteit voor een medewerker] organiseren, maar daar hebben ze geen geld voor. Ik kan het niet in mijn eentje betalen. [...] Ik breng wel ideeën in, maar het wordt hier niet uitgevoerd. Dan ben ik echt op mijn pik getrapt. Je brengt iets naar voren en dan kan het weer niet, terwijl ze hier miljoenen hebben. Ik begrijp niet waarom een [feestelijke activiteit] niet kan.

Het perspectief ontbreekt voor sommige participanten op een of meerdere levensgebieden, met name op het gebied van groeiende zelfstandigheid, uitstroom, zinvolle daginvulling en het sociaal netwerk. Het gebrek aan perspectief en positieve stimulering van actie leiden tot een passieve

houding en een gebrek aan levenslust. Zoals Michelle beeldend het effect van het gebrek aan perspectief beschrijft, is op den duur haar 'kaarsje uitgegaan' en lijkt het haar beter om niet meer te dromen. Bij Theo leidt het gebrek aan perspectief en uitdaging en de eenzaamheid die hij ervaart tot middelengebruik. Initiatieven die hij neemt om iets te organiseren, zoals de feestelijke activiteit voor een medewerker, worden in zijn beleving niet gehoord. De verhalen van Michelle en Theo leggen een gebrek aan zingeving in hun levens bloot.

Hoewel zingeving een belangrijke component is in ervaren levenskwaliteit, worden onze bevindingen ondersteund door de 'Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming GGZ' van het Trimbos Instituut in 2019 waaruit bleek dat cliënten die langdurig gebruik maken van de ggz, ondersteuning vaak het minst goed vinden aansluit op het gebied van sociale contacten, daginvulling, en zingeving en perspectief: zo'n 40 procent van de cliënten in dit onderzoek ervoer geen of geen passende ondersteuning op deze levensgebieden.⁸ Belangrijk om hierbij te benoemen is dat daginvulling en sociale contacten, naast op zichzelf staande factoren, ook een belangrijke bron van zingeving kunnen zijn. Wanneer er dus vanuit de zorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan deze factoren, drukt dit verder op het gevoel van zingeving.

Het proces dat Michelle en Theo beschrijven wordt in wetenschappelijke literatuur ook wel 'hospitalisatie' of 'aangeleerde hulpeloosheid' genoemd. Beide concepten geven duiding aan de afhankelijkheidsrelatie die in (onder andere) de zorg ontstaat. Hospitalisatie is een concept van Erving Goffman uit 1961.⁹ Op basis van zijn werk in een groot psychiatrisch ziekenhuis, kaderde Goffman het leven van patiënten en medewerkers binnen het begrip totaal instituut. Dit is een woon- en werkplaats die van de buitenwereld is afgesloten en waar een groot aantal personen met een vergelijkbare sociale positie aan is onderworpen, zoals dus bijvoorbeeld een psychiatrische instelling, het leger of de gevangenis. Een individu dat onderdeel is van zo'n totaal instituut, gaat zich gedragen naar wat er binnen deze context verwacht wordt. Het individu wordt in het geval van een psychiatrisch instituut patiënt; deze hospitaliseert. Na een maand verblijf in een totaal instituut kan het gevolg hiervan al zijn dat er bij patiënten een soort afhankelijkheid ontstaat waarvan zij zich niet meer los durven te maken.

Langdurige blootstelling aan situaties waar iemand weinig controle of zeggenschap heeft over de uitkomst van deze situatie, zoals ook bij langdurig verblijf in voorzieningen waarbij vaak de regie (deels) uit handen wordt genomen, kan ook leiden tot aangeleerde hulpeloosheid. Dit concept werd voor het eerst geopperd rond dezelfde tijd, in 1967, door Martin Seligman.¹⁰ Aangeleerde hulpeloosheid is de overtuiging dat er geen controle uit te oefenen is op de uitkomst van bepaalde (soortgelijke) situaties. Hierdoor probeert men niet langer uit deze situaties te komen wanneer men zich hierin bevindt. Dit uit zich onder andere in passiviteit.¹¹

De verhalen van deze cliëntparticipanten laten zien hoe langdurig verblijf in voorzieningen in feite tot nieuwe, eerder nog niet bestaande problemen in de levens van cliënten kan leiden die terug te voeren

⁸ Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Van Erp, N., Hulsbosch, L., De Lange, A. & Boumans, J. (2019). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming GGZ 2019*.

⁹ Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates*.

¹⁰ Seligman, M.E.P., & Maier, S.F. (1967). Failure to escape Traumatic Shock. *Journal of Experimental Psychology*.

¹¹ Het concept van aangeleerde hulpeloosheid stond ook centraal in een van de workshops van de kennisdeling over de vierde ronde van ons onderzoek.

zijn naar de afhankelijkheid die ontstaat. We legden de casussen aan stakeholders voor met de vraag of zij dit herkennen en wat zij hieraan doen.

Stakeholderperspectief op gebrek aan perspectief en uitdaging

In dit vijf jaar lopende onderzoek geven stakeholders herhaaldelijk aan te (h)erkennen dat het gebrek aan perspectief en uitdaging een probleem vormt in voorzieningen, zeker wanneer men daar langere tijd verblijft.¹² Zo ook in deze laatste meting blijkt men zich bewust van hoe de zorgrelatie en de afhankelijkheid die daarin zit, op zichzelf een probleem gaat vormen en komen met oplossingen om tegenwicht te bieden aan deze afhankelijkheid. Zo is ook in deze meting volgens stakeholders zorg binnen hun organisaties de afgelopen tijd meer direct gefocust op het bieden van perspectief in het traject van cliënten, door met methodisch werken, het ondersteuningsplan en middels netwerkversterking en herstelcursussen aandacht te besteden aan het creëren van perspectief en het centraal zetten van de wensen en behoeftes - en dus de eigen regie - van de cliënten.

Er worden echter opnieuw een aantal factoren benoemd die dit in de weg staan, waarbij opvalt dat stakeholders dit jaar vooral voorbeelden van verslavingsproblematiek noemen. Zo noemen stakeholders dat er van dag tot dag vaak andere prioriteiten zijn op de werkvloer dan de toekomst. Een andere stakeholder geeft aan dat het in het geval van middelengebruik, en met name harddrugs, het soms lastig is om perspectief te bieden. Dit hangt samen met het geringe aantal plekken waar mensen kunnen verblijven of wonen als zij actief gebruiken, maar ook met het feit dat zorgverleners ervaren dat het een (zeer) lange adem vereist om perspectief te blijven bieden voor deze doelgroep. De stakeholder zegt hierover:

Op het moment dat iemand verslaafd is - en in dit geval verwacht ik harddrugs verslaafd - is er een 10e, 20e of 30e keer nodig voordat die stap gemaakt kan worden. Zelfs al iemand zeven jaar ergens blijft - en soms heeft iemand tien of vijftien jaar nodig - kan toch iemand die stap maken.

Andere stakeholders benoemen ook opnieuw het risico op hospitalisatie en van niet structureel kritisch blijven bekijken wat cliënten op dat moment kunnen, ook al konden ze dit eerder niet, en welke stappen er dus mogelijk gemaakt kunnen worden. Volgens een stakeholder wordt in steeds meer gremia gesproken over 'een doelgroep die het niet wil en niet kan'. Een stakeholder reflecteert:

We vergeten soms dat dat op een bepaald punt zo kan zijn, maar dat we constant, gedurende het hele traject - ook wanneer iemand er vijf, zes of zeven jaar verblijft - terug moeten grijpen naar: kan het nu wel? Is het nu een moment om daarover in gesprek te gaan? En past misschien iets anders nu beter? In plaats van te blijven hangen in een soort van status-quo. Daar zouden wij binnen de organisatie - en ik denk overal - elkaar kritisch op moeten blijven bevragen tijdens begeleiding en casuïstiek. Dan doen we misschien te weinig.

Het kritisch vragen stellen aan elkaar op de werkvloer wordt hierin opnieuw als belangrijk genoemd maar ook het kritisch bevragen vanuit de hogere lagen binnen organisaties of het bedachte beleid ook

¹² In de derde meting van dit onderzoek in de regio Den Haag "genoemd dat een verklaring voor het niet voldoende doorpakken vanuit de organisaties op wat men al weet ('dat dit gewoon heel veel goed doet') ligt in een zekere ervaren 'vrijblijvendheid' op het gebied van participatie door deze cliëntengroep" ([Boesveldt-ea-2023-Derde-Rapportage-Onderzoek-MO-BW-in-de-Regio-Den-Haag.pdf \(nienkeboesveldt.com\)](#), p.21)

daadwerkelijk wordt uitgevoerd.¹³ Een stakeholder geeft aan dat hier vanuit diens organisatie nu actief iets mee wordt gedaan:

Er is veel meer focus op gekomen en binnen onze afdeling participatie wordt er actief naar collega's toe gegaan. Daardoor heeft het veel meer aandacht gekregen en hebben we voor onszelf de lat wat hoger gelegd door regelmatig voor elke cliënt te kijken: wat zijn nog de mogelijkheden? Dat werkt alleen als die focus er komt. Daar heb je iets actiefs voor nodig om dat warm te houden. Die hospitalisatie - van cliënten, maar ook van medewerkers - sluipt er heel makkelijk in als je niet die prikkels van buitenaf ergens hebt.

Ook evaluatiemomenten worden genoemd als belangrijk instrument om met elkaar en de cliënt in gesprek te gaan en te kijken wat er nu mogelijk wél kan. Er wordt ook benoemd dat hier in de financiering rekening mee gehouden moet worden dat dit tijd en dus geld kost. Hieronder beschrijven wij twee onderwerpen die in relatie tot dit onderwerp de afgelopen jaren nog minder aan de orde zijn geweest, namelijk de noodzaak van netwerkversterking en de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid. Wat de inzet van ervaringsdeskundigheid kan helpen of in de weg kan staan, wordt verder toegelicht in Hoofdstuk 6.

Noodzaak van netwerkversterking

Ook netwerkversterking, waar een van de organisaties aanwezig bij de focusgroep zich expliciet mee bezighoudt, biedt tegenwicht tegen hospitalisatie en een situatie waarin de vooruitgang van een cliënt met name berust op individuele begeleiders. De stakeholder beschrijft hoe netwerkversterking deze verandering in gang zet:

Als je teruggaat naar tien jaar geleden begonnen mensen bij stap één: wat kan je zelf? En stap twee was: wat kan ik voor je doen? Daardoor werk je onbedoeld dat hospitaliseren in de hand en creëer je een afhankelijkheidsrelatie. [...] Die visie heeft zich doorontwikkeld dat we zeggen: nee, de relatie tussen de cliënt en zijn netwerk staat centraal en een goede werkrelatie met de begeleider is een voorwaarde om dat goed te kunnen managen. Die begeleider staat niet meer zo in dat centrum. In hoeverre ben je in staat om wat de cliënt zelf kan zelf te laten doen? Dat was een stap die er altijd al was. Stap twee is kijken: is er iemand in jouw netwerk of omgeving die je ergens bij kan helpen? Stap drie is: is er een voorliggende voorziening die anders ergens een rol kan spelen? Stap vier is: wat is mijn rol als professional of begeleider om dat een beetje voor elkaar te krijgen?

Volgens deze stakeholder leidt netwerkversterking ook tot wederkerigheid en het gevoel waarde te hebben voor de omgeving. Dit zijn belangrijke factoren in zingeving. Ook kan het weer centraal stellen van de wensen en krachten van de cliënt en het teruggeven van de regie over het leven tegenwicht bieden tegen ontwikkelde aangeleerde hulpeloosheid.

¹³ Uit de derde meting van het onderzoek in de regio Den Haag blijkt ook “verschillend wordt aangekeken tegen de rol vanuit de gemeente om sturend op te treden op het gebied van participatie. Terwijl in het eerste citaat wordt genoemd dat een stok achter de deur vanuit een gemeente helpend kan zijn, wordt autonoom handelen richting de cliënt niet als positief gezien. Deze bevinding is relevant, ook in relatie tot de vorige paragrafen, waarin eveneens vanuit een zorginstelling zelf is aangegeven dat een dagelijks begeleider mogelijk niet alle kansen op herstel voor een BW-cliënt ziet en een extern, stimulerend perspectief hier helpend bij is” (Rapportage Den Haag, derde meting (T2), p.21).

De meerwaarde van ervaringsdeskundigheid

Hoewel wij in hoofdstuk 6 uitvoerig aandacht besteden aan het thema ervaringsdeskundigheid, kunnen ervaringsdeskundigen een dermate grote tegenhanger zijn voor het ervaren gebrek aan perspectief zoals in dit hoofdstuk beschreven, dat wij dit hier expliciet willen benoemen. Dat ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen in het tegengaan van hospitalisatie en aangeleerde hulpeloosheid, blijkt ook uit een reflectie van Theo, wiens casus we ook eerder dit hoofdstuk toelichtten. Theo voelt zich vaak eenzaam en doet nog maar weinig. Een van de weinigen die hem nog weet te activeren is een ervaringsdeskundig activiteitenbegeleider:

Hij is zwaar verslaafd geweest aan weet ik veel wat allemaal. Ik neem mijn pet voor hem af. Dat is ook weer een beetje respect. Hij heeft een hele boel in de sloot gegooit. Helemaal een ander leven. Daar heb ik respect voor. Als ik boven ben en hij is er, komt hij me altijd halen. Kom op, we gaan tafeltennissen. We gaan even backgammon spelen. [...] Hij is een soort buitenstaander. Hij zit niet elke dag op je lip of corrigeert je. Dat maakt hem speciaal.

Naast de aangedragen oplossingen van stakeholders zoals elkaar als personeel kritisch blijven bevragen, evaluatiemomenten en inzetten op netwerkversterking, kan ook ervaringsdeskundigheid een deel van de oplossing vormen.

Belangrijkste punten hoofdstuk 2

- Een beeld dat door de metingen heen naar voren bleef komen, is dat langdurig verblijf in voorzieningen voor veel participanten leidt tot een ervaren gebrek aan perspectief en uitdaging op het gebied van onder andere groeiende zelfstandigheid, uitstroom, zinvolle daginvulling en het sociaal netwerk.
- Stakeholders erkennen dat het verliezen van perspectief op de loer ligt wanneer cliënten langdurig in voorzieningen verblijven. Stakeholders zeggen hier nu meer expliciet aandacht aan besteden door middel van methodisch werken, het ondersteuningsplan, netwerkversterking en herstelcursussen.
- Aandacht besteden aan het creëren van perspectief blijft in de dagelijkse praktijk echter vaak lastig, omdat andere zaken de prioriteit hebben, zoals bijvoorbeeld het aanpakken van een verslaving. Ook hospitalisatie en niet kritisch blijven kijken naar wat cliënten (nu) wél kunnen, ook wanneer iemand al lange tijd in een voorziening verblijft, staan dit in de weg.
- Netwerkversterking kan tegenwicht bieden aan hospitalisatie en afhankelijkheid van individuele begeleiding doordat dit sterk inzet op het teruggeven van de regie aan de cliënt door zoveel mogelijk gebruik te maken van het directe netwerk. Het draagt bij aan wederkerigheid en het gevoel van waarde hebben voor de omgeving, wat zingeving brengt.
- Ervaringsdeskundigen kunnen een centrale rol spelen in het tegengaan van hospitalisatie en aangeleerde hulpeloosheid.

3. PASSEND AANBOD: SOMATISCHE EN GGZ-PROBLEMATIEK

In een aantal cliëntinterviews kwam naar voren dat er geen passende vervolgplek (in een voorziening) voor de participant gevonden kan worden. In eerdere metingen werd vooral de krapte op de woningmarkt aangehaald als reden dat men niet uitstroomt. In dit hoofdstuk worden echter de somatische vragen van cliëntparticipanten in relatie tot het gebrek aan doorstroom naar passend woonaanbod besproken. Terwijl dit hoofdstuk met name de situatie binnen woonvoorzieningen bespreekt, zal waar relevant de relatie worden gelegd met gebrek aan beschikbare wijkverpleging of tijdig beschikbare woningaanpassingen. Naast somatiek bespreekt dit hoofdstuk de mate van aanbod voor personen met een vraag op ggz- en verslaving.

Passend aanbod bij ggz-problematiek

De thematiek van (onvoldoende) passend woonvoorzieningenaanbod wordt ingeleid met de casus van Ludwig die na behandeling niet op een passende plek terecht komt:

Casus Ludwig (leeftijd 45-65)

We spreken Ludwig voor het eerst tijdens de vierde meting. Hij heeft dan al op veel “natte plekken” gezeten. Hij is tevreden over de voorziening waar hij verblijft, maar wil graag naar een andere plek na zijn volgende poging tot afkicken middels een detoxtraject. Anders gaat hij direct weer gebruiken, net zoals de vorige keren.

Interviewer: *“Heb je eerder geprobeerd te stoppen?”*

Ludwig: *“Twee, drie keer. Maar het probleem is: ik word steeds naar een natte plek teruggebracht.”*

Dit jaar blijkt Ludwig weer verhuisd, opnieuw naar een “natte” voorziening.

Wij legden onze bevindingen en de casus van Ludwig voor in de focusgroepen met de centrumgemeente, de regiogemeenten en de intramurale zorgaanbieders. In reactie hierop zijn toelatingscriteria, gebrekkige doorstroom wegens woning gebrek, de behoefte aan semi-zelfstandig woonvoorzieningenaanbod, plaatsingscriteria en wachtlijstbeheer besproken.

Toelatingscriteria

In zowel de gemeentelijke als intramurale focusgroep geven stakeholders in reactie op de casus aan dat er criteria worden gesteld aan plaatsing in een droge voorziening, welke plaatsing hier bemoeilijkt. Volgens gemeentelijke stakeholders zijn er namelijk voldoende plekken in droge voorzieningen. Echter wordt door aanbieders de eis van minimaal zes maanden abstinentie gehanteerd.

Vanuit de stakeholders intramurale zorg wordt dit bevestigd en wordt aangegeven dat dit na negatieve ervaringen, met mensen die recent(er) abstant waren, is ingevoerd. Dit wordt ook gezien als verklaring voor waarom Ludwig terug wordt geplaatst in een natte voorziening, terwijl hij aangeeft graag in een droge voorziening terug te willen keren. Vanuit de stakeholders intramurale zorg wordt erkend dat er een gat is in voorzieningen om de zes maanden na een detoxtraject ‘droog’ te kunnen overbruggen. Momenteel werken zij eraan om dit gat te dichten door aanvullende verblijfsvoorzieningen te realiseren:

Er zit een beetje een gat tussen net afgekickt zijn en al op een droge voorziening kunnen wonen. [...] De mensen die net afgekickt zijn en nog een heel groot terugvalrisico hebben. We zijn ermee bezig om daar iets voor te in te richten. Een soort tussenvoorziening. Die gaat er komen, een paar plekjes. We hebben soms mensen die op een natte voorziening wonen die gaan afkicken en dan is er nog niet gelijk een droge plek beschikbaar. Dan kan het zijn dat ze toch op hun oude plek terugkomen, met alle verleidingen van dien.

Er wordt in alle focusgroepen herkend dat er voor sommige doelgroepen onvoldoende passend aanbod is en dat het dus lastig kan zijn om een passende plek voor iemand te vinden. Zo zijn er volgens veel stakeholders in het specifiek onvoldoende plekken voor jongeren (met specifieke en/of dubbele problematiek, zoals bijvoorbeeld LVB en softdrugsgebruik) en personen binnen de MO/BW-doelgroep die ouder (hierover later meer).

Onvoldoende doorstroom op passend aanbod

Ook brengen stakeholders de stagnerende in- en doorstroom in de beschikbare voorzieningen in verband met de stagnerende uitstroom. Een stakeholder intramurale zorg spreekt van een 'dubbel vraagstuk: de zorgvraag en de woonvraag'. Reagerend op de casus van Ludwig stelt een gemeentelijke stakeholder:

Ik heb toch het idee dat die dingen met elkaar samenhangen. Doordat we weinig uitstroom kunnen realiseren komen er weinig plekken vrij, waardoor er weinig passende plekken vrijkomen. Daardoor is er niet altijd de juiste match tussen cliënten die worden geplaatst en het aanbod waar een plek is. In dit geval is de plek niet goed, maar het alternatief was misschien niks. Dat is waarschijnlijk al lang zo, maar het wordt ingewikkelder om de juiste match te maken.

Aangegeven wordt dat het door het gebrek aan (passende) woningen moeilijker wordt om waar mogelijk intensieve begeleiding thuis te bieden. Het gebrek aan beschikbare woningen om de zorg in te leveren voert de druk op voorzieningen verder op, omdat ook personen die mogelijk zouden kunnen uitstromen en thuis zorg zouden kunnen ontvangen, nu in voorzieningen blijven.

Semi-zelfstandig aanbod

Een bijkomende lastigheid in het matchen van cliënten met passende woonvoorzieningen, is volgens een stakeholder intramurale zorg dat personen die eigenlijk 'groepsongeschikt' zijn nu wel in groepsvoorzieningen (met gezamenlijke ruimte waar bijvoorbeeld gezamenlijk wordt gegeten) worden geplaatst omdat dit dus de enige plekken zijn waar intensieve zorg geboden kan worden. De stakeholder pleit voor 'Housing First-achtige locaties'¹⁴ waar mensen intensieve zorg kunnen ontvangen zonder op een groep te wonen, maar geeft aan dat dit lastig te realiseren is. Het gebrek aan vastgoed om meer (passende) BW-plekken te realiseren wordt ook door gemeentelijke stakeholders in Den Haag evenals de regio aangehaald als knelpunt. Hierbij wordt ook benoemd dat het voor aanbieders vaak niet financieel aantrekkelijk is om BW-locaties voor minder dan dertig personen te openen. Het vinden van locaties voor een dergelijke hoeveelheid bewoners is vaak nog lastiger, waardoor de realisatie van plekken dus nog verder in het geding komt.

¹⁴ ['It's a miracle': Helsinki's radical solution to homelessness | Cities | The Guardian](#)

Desondanks is een aantal zorgaanbieders wel bezig met het uitbreiden van het aantal bij hen beschikbare plekken. Zoals verderop in dit hoofdstuk wordt beschreven, hebben drie aanbieders de handen ineengeslagen om te proberen een locatie voor ouderen met psychische problematiek te starten. Daarnaast maakt een grote ggz-en verslavingszorgaanbieder gebruik van het terrein wat reeds in diens bezit is om woningen te bouwen waar inwoners met psychische kwetsbaarheid kunnen wonen met nabijheid van zorg. Volgens een stakeholder is dit precies wat nodig is voor sommige mensen:

Ik heb best een paar jongeren gezien - maar dat geldt sowieso ook voor 27+ - die heel veel psychische zorg nodig hebben, maar wél zelfstandig kunnen wonen. Als je kijkt naar de afgelopen jaren, gaat het altijd een beetje zo. Ze hebben periodes waarin het heel goed gaat, maar het kan ook weer even een bepaalde periode misgaan of iemand raakt in een psychose. Ik heb gezien dat ze dat, als het misgaat, ze meteen op een crisisafdeling of in een gesloten zorg terechtkomen, wat misschien in de eerste week of twee weken absoluut nodig is, maar op het moment dat de medicatie begint te werken, zitten ze daar vaak nog steeds. Ze zouden ook weer naar een andere plek kunnen, in ieder geval meer een thuissituatie, maar waarin wél psychische zorg aan huis geleverd kan worden bijvoorbeeld. Die plekken komen nu bij [aanbieder] beschikbaar. Ze realiseren daar echt verschillende woonplekken naargelang de behoefte aan psychische zorg.

Naast onvoldoende fysieke plek, worden ook gehanteerde plaatsingscriteria en (wederom) wachtlijstbeheer genoemd als struikelblok in het vinden van passende plekken voor cliënten.

Plaatsingscriteria en wachtlijstbeheer

Er zijn twee verschillende wachtlijstsystemen. Aan de ene kant is er een centrale wachtlijst voor 'wonen intensief', van waaruit cliënten worden aangeboden aan zorgaanbieders en deze vervolgens wel of niet geaccepteerd worden. Aan de andere kant hanteren zorgaanbieders eigen wachtlijsten voor 'wonen plus' en 'wonen basis', waar de gemeente geen zicht op heeft. Stakeholders uit de centrumgemeente uiten hun onvrede over door hen ervaren strenge eisen van zorgaanbieders aan het profiel cliënten, zoals bijvoorbeeld de eerder besproken eis dat iemand zes maanden abtinent moet zijn voordat diegene in een droge voorziening geplaatst kan worden. De stakeholders geven aan "dat je soms tien, vijftien mensen moet aanbieden voordat ze er één accepteren op één open plek. Dat is niet alleen heel arbeidsintensief, maar ook heel vervelend voor cliënten." Volgens de gemeente doen deze zorgaanbieders aan 'cherrypicking', waardoor de lastigste cliënten het langst op de wachtlijst blijven staan. De plaatsing van Wmo-cliënten wordt verder bemoeilijkt doordat het grootste deel van de plekken in BW-voorzieningen wordt bezet door Wlz-cliënten.¹⁵ Deze cliënten stromen nauwelijks door, wat voor een verdere opstopping zorgt. Een gemeentelijke stakeholder vertelt:

Misschien is de wachtlijst is niet heel lang en staan er misschien vijf mensen op, maar komt er één keer in de twee jaar misschien een vrije plek die naar de Wmo gaat. Het kan heel lang duren. Wij weten niet hoe vaak ze vrije plekken hebben, want wij krijgen alleen de vrije plekken die ze voor de Wmo beschikbaar stellen.

¹⁵ In eerdere rapportages is daarnaast beschreven dat een relatief groot deel van de plekken gevuld is door cliënten met een Ifzo-indicatie.

Gebrek aan zicht en grip op de wachtlijst vanuit de gemeentes wordt dus wederom benoemd als obstakel. In andere rapportages gingen wij hier al dieper op in. Volgens een stakeholder uit een regiogemeente wordt nog steeds geprobeerd om hier verandering in te brengen. Tot slot wordt er door zowel de regiogemeentelijke als intramurale stakeholders aangegeven dat er onvoldoende zicht is op wat er precies nodig is qua aanbod en voor wie.

Somatische problematiek en passend aanbod

Hoewel wij niet specifiek vragen naar lichamelijke gezondheid, kwam in deze meting uit de interviews duidelijk naar voor dat een aanzienlijk aantal participanten kampt met (ernstige) somatische problematiek.

Uit Rotterdams onderzoek komt naar voren dat dak- en thuisloze personen een substantieel slechtere gezondheid hebben in vergelijking met de algemene bevolking.¹⁶ Zo leven dak- en thuisloze personen vele jaren korter dan mensen met een dak boven hun hoofd, en kan dit zestien jaar schelen. Vergeleken met de algemene bevolking is het sterftecijfer 3,5 keer hoger bij dak- en thuisloze mensen. Ander, Amerikaans onderzoek laat zien dat problemen met middelengebruik, psychische aandoeningen, infectieziekten, cardiovasculaire en metabole ziekten en cognitieve stoornissen hoog is onder dakloze personen.¹⁷ Deze onderzoekers wijzen ook het grotere risico om jonger te overlijden onder dakloze personen dan onder de algemene bevolking, waarbij niet-overdraagbare ziekten en oorzaken die verband houden met middelengebruik een van de meest voorkomende oorzaken zijn van de hoge sterftecijfers.¹⁸ Onderzoek naar de lichamelijke gezondheid van voormalig dak- en thuislozen ontbreekt.

Uit ons eigen onderzoek naar de lichamelijke gezondheid, somatiek en mortaliteit dat wij uitvoerden onder participanten in de regio Utrecht¹⁹ bleekt dat participanten uit verschillende leeftijdsgroepen evenveel klachten ervaren, wat duidt op veel klachten bij relatief jonge personen. Ook bleek met name de mortaliteit van participanten die eerder langdurig en herhaald feitelijk dakloos zijn geweest hoog. Risicofactoren voor het inzetten of accepteren van medische hulp of begeleiding zijn verloren vertrouwen, het missen van screening op ziektes, onvoldoende oog bij professionals voor somatiek bij in-, uitstroom en overdracht naar buurt- of wijkteam, voor professionals onduidelijke geldstromen, gebiedsverschillen en onvoldoende integraal aangeboden zorg. Op het niveau van participanten zien wij ook een risico in het geen aanspraak willen doen op eigen risico voor zorg.

Wachten in woonvoorzieningen

Onder participanten (in de regio Den Haag) die langdurig medicatie of middelen gebruiken lijkt de somatische problematiek het meest voorkomend. De impact van somatische problematiek is vaak verreikend: het beïnvloedt de mate waarin iemand in staat is tot participeren en het maken en

¹⁶ Nusselder, W.J., Sloekers, M.T., Krol, L., Sloekers, C.J.T., Looman, C.W.N. & Beeck, E.F. van. (2014). Sterfte en levensverwachting bij daklozen. *Ned Tijdschr van Geneeskde*, 158(A7654), 1-5.

¹⁷ Fazel, S., Geddes, J.R. & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. Geraadpleegd op 6 september 2024, van [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)

¹⁸ Alridge, R.W., Story, A., Hwang, S.W., Nordentoft, M., Luchenski, S.A., Hartwell, G., Tweed, E.J., Lewer, D., Katikireddi, S.V. & Hayward, A.C. (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 391(10117), 241-250. Geraadpleegd op 6 september 2024, van [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X)

¹⁹ [Vierde Rapportage Voorkomen Herhaalde Dakloosheid 2022.](#)

onderhouden van sociale contacten, kan zorgen voor (een verergering van) psychisch lijden en in sommige gevallen moeten participanten langer wachten op een passende vervolgplek of woning. Dit laatste was deze meting het geval bij drie door ons gevolgde respondenten. In twee situaties ging het om een participant in een MO-voorziening (doorstroom- of tussenvoorziening), in het andere geval om een participant in een ander soort instelling. Eén van de participanten in een MO-voorziening, is Daan:

Casus Daan (leeftijd 45-65)

Daan verblijft al langere tijd in MO-voorzieningen. Momenteel verblijft hij in een doorstroomvoorziening, waar hij een studio heeft op een hoger gelegen verdieping. Hij kampt met ernstige somatische problematiek, welke recent, na een longontsteking, nog verder is verslechterd. Inmiddels is hij al zeven weken zijn studio niet uit geweest omdat hier geen lift is. Hij vertelt:

Het gaat niet het beste met me. Ik kon elke dag vanaf hier naar de dagbesteding gaan, maar lichamelijk kan ik dat niet meer aan. Het is bijna twee, drie kilometer fietsen vanaf hier. Ze kunnen een taxi beschikbaar stellen, maar dan moet ik met de taxi gehaald en gebracht worden. Dat wil ik niet. Ik wil zelfstandig alles kunnen doen. Ik kan naar buiten. Ik kan lopen. Ik kan alles doen, maar ik kan de trap niet op.

Daans begeleider komt eens per week om boodschappen te doen. Verder ziet of spreekt hij weinig mensen. De mentale impact hiervan is voelbaar, vertelt Daan:

Mentaal doet dat een beetje rare dingen met je. Je praat met niemand zowat. De enige met wie je praat ben jezelf. Af en toe denk je: het is te veel om te doen. Wat heb je nog voor levensplezier? Het levensplezier is weg. Het is enkel maar wakker worden en weer slapen.

Daan wordt al een aantal weken beloofd dat hij kan verhuizen naar een andere studio binnen het complex, maar dit wordt steeds uitgesteld. Er is pas recent, nu zijn somatische problematiek dusdanig is verslechterd, urgentie voor hem aangevraagd waarmee hij nu hopelijk uitzicht heeft op een woning.

Ook Jon, die sinds voor de vierde meting in een andere instelling dan een MO of BW-voorziening verblijft, moet volgens hemzelf langer wachten op een vervolgplek door zijn somatische problematiek in combinatie met zijn leeftijd (en zijn geschiedenis met middelengebruik). Door zijn somatische problemen heeft hij extra praktische zorg nodig. Hij kan bijvoorbeeld weinig huishoudelijke taken zelf. Al tijdens het vierde interview geeft Jon aan dat hij eigenlijk alleen nog in deze voorziening zit omdat er geen passende plek voor hem gevonden kan worden. Deze vijfde meting verblijft hij nog steeds in dezelfde voorziening. Inmiddels staat hij bovenaan de wachtlijst voor een voorziening waar hem wel de zorg kan worden geboden die hij nodig heeft. Hij weet niet hoelang het gaat duren voordat hij hier terecht kan, maar zegt dat het mogelijk nog wel een jaar kan duren.

Ook Dania, die nu ook al ruim twee jaar binnen dezelfde MO-voorziening verblijft, geeft aan dat ze ondanks haar urgentie waarschijnlijk lang moet wachten op een passende woning omdat ze wegens haar somatische problemen een benedenhuis met een speciale opstap nodig heeft. Wel is ze tevreden over hoe de ondersteuning op verschillende vlakken nu is geregeld: vanuit een zorgaanbieder krijgt ze

persoonlijke begeleiding, ze heeft een psycholoog via de ggz en via de Wmo krijgt ze intensieve thuiszorg. Ook gaat de begeleiding mee naar belangrijke afspraken in het ziekenhuis en bij de huisarts.

Woningaanpassingen in voorzieningen

Met woningaanpassingen kan soms worden voorkomen dat cliënten moeten doorstromen naar een (volgende) voorziening. Daarmee vormt het deel van de oplossing van de druk op het creëren van passende voorzieningen voor somatische zorg. Het doen van woningaanpassingen als een traplift en handgrepen aan de muur in de badkamer²⁰ wordt volgens stakeholders op dit moment echter bemoeilijkt. Volgens gemeentelijke stakeholders is het grootste obstakel hierin momenteel dat de wachtlijst voor Wmo-aanvragen, waar woningaanpassingen onder vallen, momenteel erg lang is. Er zijn steeds meer aanvragen en onvoldoende consulenten om de aanvragen te beoordelen. Volgens een stakeholder komt het hoge aantal aanvragen onder andere doordat iedereen nu aanspraak kan maken op Wmo-gelden voor woningaanpassingen, ook wanneer men het zelf kan regelen of betalen. Bij woningaanpassingen krijgen MO/BW-locaties geen voorrang op andere Wmo-klanten, waardoor zij soms lang moeten wachten.

Grenzen aan ouder worden in een voorziening

Stakeholders in verschillende focusgroepen reageren wisselend op de vraag of zij het beeld herkennen dat er steeds meer mensen met somatische problematiek zijn in voorzieningen. Voor intramurale stakeholders is dit in elk geval wel herkenbaar. Waar ouder wordende BW-cliënten eerst konden doorstromen naar een verpleegtehuis, zijn deze hedendaags bijna volledig wegbezuinigd en is dit dus vaak geen optie meer, totdat somatiek zo op de voorgrond ligt dat verblijf in een verpleeghuis geïndiceerd is. Zorgaanbieders worstelen dan ook met hun ouder wordende doelgroep en moeten passen en meten om de juiste zorg binnen de muren van de woonvoorzieningen te kunnen organiseren. Een stakeholder geeft aan dat zolang het gaat over somatische of verpleegkundige zorg in relatie tot het stimuleren van gedrag, zoals bijvoorbeeld blijven douchen en mobiel blijven, de reguliere begeleiders nog in staat waren om dit uit te voeren. Zodra er echter taken zoals douchen overgenomen moeten worden, gaat dit buiten de expertise van de begeleiders.

Op dat moment moet de thuiszorg of wijkverpleging worden ingeschakeld. Hoewel dit als mogelijkheid wordt benoemd, wordt ook aangehaald dat in veel wijken de wijkverpleging ook overvraagd is. Daarnaast kan afhankelijkheid van de wijkverpleging grote impact hebben op de dagstructuur van cliënten. Zij zijn dan namelijk afhankelijk van de ronde van de wijkverpleging. Hierdoor kan men bijvoorbeeld soms niet mee naar dagbesteding. Het binnenshuis organiseren van somatische zorg geniet daarom wat deze aanbieders betreft de voorkeur. De mogelijkheid hiertoe kan tenslotte nog worden bemoeilijkt door verouderde panden.

Stakeholders uiten zich met name bezorgd over de ouder wordende groep van cliënten met een combinatie van psychiatrische problemen en middelengebruik. Er is namelijk onvoldoende doorstroomaanbod voor deze groep. De stakeholder vertelt:

Bij onze harddrugs locatie struikel je over de rollators en scootmobiels die overal en nergens geparkeerd staan. Ook daar zie je steeds meer dat de somatische zorg ingewikkeld wordt. Op een gegeven moment zijn ze zo oud en versleten dat ze naar een verzorgingshuis achtige

²⁰ [Woningaanpassingen | Woonvormen | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

omgeving zouden moeten. Dat aanbod is er nauwelijks. Dat gaat alleen maar erger worden. De vergrijzing slaat ook bij de gebruikers toe. Daarvoor zie ik nog dat we daar ook een slimme oplossing voor moeten verzinnen.

Andere stakeholders intramurale zorg reageren bevestigend op dit beeld.

Noodzaak tot afkicken

In reactie tot het voorgaande citaat vertelt een van de stakeholders dat op de natte locatie van deze aanbieder de grens wordt getrokken – en de cliënt dus moet verhuizen naar een andere locatie – wanneer men zelf niet meer diens middelen kan halen door somatische problematiek. Dit omdat de aanbieder ervoor kiest om geen drugs voor diens cliënten te halen: hier ligt volgens hen de grens van wat men als zorgaanbieder kan en mag doen. Hiermee komen deze cliënten in een situatie waarin zij geforceerd moeten afkicken.

Er zijn in de focusgroepen geen concrete plannen besproken om de ouder wordende groep met dubbele diagnostiek beter te kunnen bedienen. Wel is een drietal aanbieders momenteel gezamenlijk bezig met het oprichten van een locatie voor 55+ cliënten met enkelvoudige diagnose, psychische problematiek, waar ook makkelijk op- en afgeschaald kan worden qua somatische zorg. Eén van hen vertelt:

We proberen nu in dit project te verwezenlijken dat we zelfstandige wooneenheden hebben waar mensen kunnen wonen en waar je de mate van verpleging, verzorging en begeleiding makkelijk kan op- en afschalen zonder dat mensen daarvoor moeten verhuizen. En dat het allemaal gelijkvloers is en dat er een lift is. Dit is iets waar we proberen op in te zetten. Dit is vooral gericht op de ouder wordende psychiatrische patiënt, dus vanaf 55 plus. Omdat het vaak gaat om chronische psychiatrie, zijn het vaak Wlz-cliënten en niet zo snel Wmo-cliënten.

Al met al concluderen de verschillende stakeholders dat de zorg voor de MO/BW doelgroep momenteel onvoldoende is toegerust om de toename in somatische problematiek goed vorm te geven, met name wanneer er ook sprake is van middelengebruik.

Belangrijkste punten hoofdstuk 3

- Deze meting was het opvallend dat er voor sommige participanten geen passende plek in een (andere) voorziening of in de wijk gevonden kon worden, met vragen op het gebied van somatiek of ggz als reden.
- Strengere plaatsingscriteria voor bijvoorbeeld droge voorzieningen bemoeilijken volgens gemeentelijke stakeholders plaatsing van cliënten in passende voorzieningen. Intramurale zorgaanbieders erkennen het gat dat hierdoor ontstaat voor mensen die recent zijn afgekickt.
- Gemeentelijke stakeholders en intramurale zorgaanbieders blijven steggelen over de wachtlijst en het matchen van cliënten aan de juiste plek. Volgens de gemeente doen zorgaanbieders aan cherrypicking en worden er onredelijk strenge eisen gesteld aan plaatsing.
- Door stakeholders wordt zowel de stagnerende uitstroom i.r.t. voldoende passende plekken in voorzieningen als het gebrek aan (passend) vastgoed voor het uitbreiden van het aanbod in voorzieningen als een obstakel gezien.
- Het is opvallend dat een aanzienlijk aantal participanten (met name in voorzieningen) kampt met (ernstige) somatische problematiek. Dit heeft als gevolg dat zij langer moeten wachten op een passende vervolgplek.

- Voorrang bij woningaanpassingen kan ervoor zorgen dat zelfstandig wonende cliënten met somatische problematiek langer thuis kunnen blijven wonen. De lange wachtlijst voor deze Wmo-aanvragen vormt hier echter een obstakel.
- Stakeholders intramurale zorg worstelen inderdaad met het organiseren van somatische zorg voor hun ouder wordende cliënten. Er is een gat in het aanbod wat betreft de doelgroep die ook somatische zorg nodig heeft, met name wanneer het gaat over cliënten met een dubbele diagnose.

4. LANDEN EN ZELFSTANDIG WONEN IN DE WIJK

Van de 61 cliëntrespondenten die we over de jaren hebben geïnterviewd, wonen er inmiddels 30 (weer) zelfstandig in de wijk. Zeven van deze 30 respondenten hebben nog een vorm van intermediaire huur, via een omklapcontract of een driepartijenovereenkomst. 23 respondenten hebben een woning op eigen naam, doordat de woning inmiddels is omgeklapt of doordat er zelf een woning is gevonden buiten de reguliere route om. In dit hoofdstuk gaan we in op het thema Landen in de wijk. Eerst bespreken we de bevinding dat veel respondenten zich, ook na langere tijd nog, geïsoleerd voelen in de wijk. Daarna komt de sociale basis aan bod. Eerst behandelen we de ervaren drempel van buurthuizen, vervolgens gaan we in op de samenwerking tussen de sociale basis (door welzijnsorganisaties) en het specialistisch aanbod (door MO/BW-organisaties).

Geïsoleerd in de wijk

Veel participanten hebben een klein netwerk, maar zeker vanuit één of twee mensen ervaren zij goed contact en steun. Vaak zijn dit familieleden, soms goede vrienden. In een meerderheid van de gevallen zien we terug dat er nauwelijks (positief) contact is met de burens of anderen in de buurt. Twee voorbeelden hiervan worden gegeven door Carlo en Wesley:

Casus Carlo (leeftijd 45-65)

Carlo woont nu vijf jaar in zijn huurwoning, waarnaartoe hij is uitgestroomd na zeven jaar in BW te hebben verbleven in een andere buurt. Hij heeft een aantal goede contacten, drie goede vrienden en een familielid. Ook heeft hij dagbesteding en komt hij geregeld in een buurthuis, maar hij vertelt weinig contact te hebben met zijn directe burens:

Ja, maar eerlijk gezegd heb ik niet zo veel contact met de burens. (...) Ik heb niet zoveel met die mensen. En die mensen praten ook bijna niet met mij. We lijken wel een soort aliens van elkaar.

Op het moment van spreken heeft Carlo net zijn begeleiding weer opgestart, omdat hij last heeft van somberte. Hij zegt blij te zijn met de plek waar hij woont.

Casus Wesley (leeftijd 45 – 65)

Wesley woont al ruim tien jaar zelfstandig, inmiddels helemaal zonder begeleiding. Zijn broer woont nu een aantal jaar bij hem in huis, dat bevalt heel goed. Met de buurman is er voornamelijk sprake van onenigheid:

[Het contact met de buurman] is non-actief. Zoals hij het aangepakt heeft, dat vind ik zo aso. Om half twee 's middags al op de muren kloppen. Hij vindt het nog niet leuk want ik mag muziek draaien. Eén keer in het weekend moet die decoupeerzaag aan. Dan is hij twee, drie uur bezig. Iedereen moet hem horen, zeg ik dan tegen [mijn broer]. Dan bewerkt hij zo'n plaat die hij goed vast heeft. Dus hij doet het echt voor het lawaai. De rest van de burens mogen er ook van genieten, zeg ik tegen hem.

Met een andere buurman is er sprake van goed contact. Hij en de buurman groeten elkaar en kunnen elkaar om hulp vragen bij praktische zaken. Wesley vindt deze buurman een hele vriendelijke man.

In de focusgroepen waarin deze casussen besproken zijn, reageren stakeholders met weinig verbazing op deze casussen. In de focusgroep Landen in de wijk, spreekt een stakeholder vanuit een zorgorganisatie van herkenning bij de casus van Carlo:

Ik herken het verhaal van Carlo. Ik denk dat dat het verhaal is van de mensen die bij ons uitstromen na jaren in een klinische setting van beschermd wonen te zijn geweest en dan eindelijk die stap maken naar een convenant woning. Lekker in de wijk, op jezelf. Alles wordt gedaan om familiebanden weer op te bouwen. Vaak is er weinig en houden we altijd qua nazorg contact. Dan komt meestal dit verhaal naar voren: "Het is prachtig dat ik op mezelf woon, maar ik ben eenzaam en heb geen contact met mensen. Niemand komt bij mij langs. Ik mag niet bij hun langs." Het is een heel moeizaam, complex proces. [...] Ik moet meteen zeggen: we focussen meteen op waar het niet werkt. We hebben niet over de mensen bij wie het goed werkt. Dus om niet het idee te geven dat dat het beeld is, maar ik herken het verhaal van Carlo. Ondanks al die inzet lukt het niet. Er is geen goed contact met de burens.

Er wordt, terecht, ook gewezen op het feit dat het vaak ook wel werkt. Dit zien we al bij de casus van Wesley, die met een van zijn burens juist prettig contact heeft. De herkenning van deze twee casussen is er ook vanuit gemeentelijk perspectief. Het is een herkenbaar beeld en er wordt genoemd hoe dit ook kan leiden tot heraanmeldingen voor beschermd wonen:

Ik heb wel eens gehad dat er opnieuw een melding gedaan werd voor beschermd wonen door een cliënt die zelfstandig was gaan wonen vanuit een beschermd wonen voorziening. Die melding was gedaan omdat hij zo geïsoleerd is geraakt. [...] Dan zijn het niet per se de vaardigheden waar een melding voor wordt gemaakt, maar eerder de vereenzaming.

In de focusgroepen wordt ook de link gelegd met hospitalisering. Hospitalisering²¹, of aangeleerde hulpeloosheid zoals beschreven in Hoofdstuk 2, wordt als een oorzaak gezien voor eenzaamheid van mensen die uitstromen uit een voorziening. In een focusgroep wordt hierover het volgende gezegd door een gemeentelijke stakeholder:

Ik denk dat het gehospitaliseerd zijn wordt onderschat. Leuk dat je het in je instelling heel goed gedaan hebt en dat je al jaren klaar zou zijn voor uitstroom, maar ga het maar eens doen. Als je uit zo'n instelling komt waarbij alles voor je geregeld wordt en je op heel veel dingen niet op eigen benen gezet wordt. Ik denk dat het veel zou helpen als er vanuit organisaties ondersteuning meegaat.

Het is goed om ons te realiseren dat geïsoleerd wonen in de wijk niet voorbehouden is aan mensen die uitstromen uit voorzieningen, maar veel vaker voorkomt onder mensen met allerlei verschillende achtergronden. Daarover wordt in de focusgroep Landen in de wijk het volgende gezegd:

Het wordt niet per se bekend gemaakt dat er een nieuwe bewoner is. Het netwerk er omheen, de wijkagent en burens, wordt gestimuleerd om kennis te maken. Als je ergens komt wonen, is

²¹ Hospitalisering betekent letterlijk opname in een ziekenhuis. Het kan ook verwijzen naar het proces waarbij de patiënt door een (langdurig) verblijf in een zorginstelling apathisch en passief wordt (zie ook hoofdstuk 2). Vaak worden patiënten bang wanneer zij weer thuis zijn omdat regels en medische observatie weggefallen zijn. Niet alleen angst ook depressie kan een gevolg zijn van ontslag uit een voorziening. Wanneer patiënten met ontslag gaan, staken zij vaak hun medicatie omdat niemand deze hen meer aanbiedt. Ook allerlei dagelijkse activiteiten die individuen normaliter zelf ondernemen, zoals persoonlijke verzorging, huishouden, boodschappen en dergelijke worden door ontslagen patiënten op een lager pitje gezet. De intrinsieke drijfveren zijn hen in het instituut afgeleerd.

het gebruikelijk dat je je even voor gaat stellen. Er wordt geholpen om dat te gaan doen. Wat mij het oproept is: wat is normaal contact? Nu zeggen wij: er is weinig contact. Maar hoeveel contact is er überhaupt in zo'n wijk?

Aan de andere kant benadrukt een stakeholder dat de groep die is uitgestroomd uit voorzieningen vaker dan gemiddeld negatieve ervaringen heeft gehad in contact met anderen. Dit kan ervoor zorgen dat iemand op dit vlak 'aangeleerd hulpeloos' is (zie ook H2):

Ik hoor heel vaak als ik mensen vraag over contact met de burens dat mensen zeggen: ik heb daar helemaal geen behoefte aan. Als je daar soms een beetje over doorpraat twijfel ik daar toch aan. Dan vraag ik mezelf vooral af: heb je geen behoefte aan misschien überhaupt meer sociaal contact, omdat je dat echt niet wil? Dat kan en is helemaal goed zoals dat is. Of ben je door de jaren zo angstig geworden, of heb je zoveel negatieve ervaringen gehad met contact met anderen dat je niet durft? Je wil iemand niet dwingen, maar je wil iemand wel motiveren als er toch een soort wens onder zit die misschien helemaal ondergesneeuwd is.

Alle stakeholders voelen de urgentie om isolatie en eenzaamheid aan te pakken. Het feit dat dit thema's zijn die bij alle bewoners in de regio spelen, maakt dat er geleerd kan worden van andere aanpakken. Er wordt gesproken over belcirkels voor eenzame ouderen en van de rol van buurtcentra.

Isolatie en eenzaamheid aanpakken

Een stakeholder vanuit een welzijnsparitij ziet in buurt- en wijkcentra mogelijkheden tot het voorkomen van isolatie en eenzaamheid:

Ik hoorde net iemand zeggen: als deze mensen weer uit zo'n opvang of beschermde woonvorm komen en zelfstandig gaan wonen, hoe worden ze dan in zo'n wijk geïntroduceerd? Dat is misschien een link naar één van die andere thema's. Ik werk voor een welzijnsorganisatie en dat betekent dat wij buurt- en wijkcentra hebben op verschillende plekken in de stad. Daar komen heel vaak allerlei mensen terecht. Het maakt niet uit of je denk: ik ga eens kijken wat voor activiteit ze hebben, of mensen die binnenkomen omdat ze misschien te weinig contacten hebben, of om een praatje verlegen zitten, of denken: laat ik hier eens gaan kijken. Ik denk dat mijn organisatie daar een rol in kan spelen als daar een link wordt gelegd met mensen een zachte landing in zo'n wijk geven.

Hoewel er vaak gekeken wordt naar buurtcentra als instrument om isolatie tegen te gaan, benoemt een stakeholder ook hoe er meer plekken in de wijk zijn waar mensen naartoe kunnen wanneer zij aanspraak of steun zoeken. Zo lenen dagbestedingsplekken, vrijwilligerswerk of een sportverenigingen zich ook hiervoor. Een ander voorbeeld van een initiatief dat succesvol isolatie tegengaat is de Lief en Leedstraat, waarmee mensen elkaar in de gaten kunnen houden en er voor elkaar kunnen zijn:

Er zijn initiatieven in Den Haag die heten Lief en Leedstraat. Dat gaat erover dat mensen in zo'n straat een heel klein beetje geld krijgen om met elkaar een keer een bakje koffie te drinken. Of de buurvrouw een bloemetje te brengen als het hondje is overleden en die mevrouw heel eenzaam is daardoor of heel veel verdriet heeft. Veel meer die betrokkenheid van bewoners creëren. Dat is een heel laagdrempelige manier van mensen toch bij elkaar brengen.

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de verbinding tussen de sociale basis en het specialistisch aanbod de mogelijke rol van de buurtcentra.

Sociale basis en specialistisch aanbod

In de regio Den Haag wordt als volgt beschreven hoe de sociale basis en het specialistisch aanbod samen zo dicht mogelijk bij inwoners georganiseerd wordt:

Uit 'Samen bouwen aan maatschappelijk herstel': regiovisie beschermd wonen en maatschappelijke opvang 2022-2025:

“We organiseren de (toegang tot) zorg en ondersteuning voor onze inwoners zo dichtbij mogelijk: bij hen thuis, om de hoek in een wijkcentrum of bijvoorbeeld op het gemeentehuis. De wijken en buurten van onze regio zijn immers de omgevingen waar we een integraal en sluitend aanbod kunnen organiseren.” (blz. 12)

De trend van ambulantisering brengt met zich mee dat zorg en ondersteuning veelal in de wijk moeten worden georganiseerd. Partijen die gevestigd zijn in de wijk, ook wel de sociale basis, het voorliggend veld of welzijnswerk, krijgen hiermee een prominentere rol in het zorglandschap. De rol van het welzijnswerk is in de afgelopen decennia erg veranderd, zo reflecteert een stakeholder:

Dat heet tegenwoordig het welzijnswerk en dat is wat voorheen het oude buurthuiswerk was. Dat heeft in de loop van de jaren allerlei ontwikkelingen gekend. We waren vijftien jaar geleden heel erg gericht op activiteiten, dus mensen in activiteiten in groepen activeren. Met de komst van de Participatiewet is dat wat meer omgeslagen naar mensen meenemen en ze leren: hoe doe je dingen? Mensen proberen naar zelfredzaamheid en zelfstandigheid te helpen en meer in de eigen regie te zetten. Daar is een verandering in gekomen waardoor er minder vrijblijvend activiteiten aanbod is. Dat is een grote verandering geweest sinds de invoering van de Participatiewet. Dat heeft bij ons heel veel invloed op het werk gehad, omdat je als voorliggende voorziening gaat proberen om te zorgen dat die mensen daadwerkelijk zelfredzaam worden. Dan kun je het hebben over trainingen op taal of digiredzaamheid. Er komen zat mensen binnen die van alles moeten regelen en die toch net de weg niet weten. Mensen die niet taalvaardig genoeg zijn om te snappen wat er in alle formulieren staat. Daarin probeer je meestal heel praktisch te ondersteunen om te zorgen dat ze de juiste weg weten te vinden en de juiste regelingen hebben. Dat is het voorliggend veld van die Wmo. Dat als er andere dingen nodig zijn, we dan een Wmo-aanvraag doen met mensen.

Naast dat het takenpakket van het welzijnswerk is veranderd, blijkt het landschap van welzijnswerk in de regio ook erg versnipperd:

Wij zijn geen buurtteam. Ik heb teams in die wijken zitten, maar niet op dit gebied. Het stadsdeel heeft zijn eigen medewerkers die van alles in die wijken doen en van allerlei signalen meenemen en dingen doen. Dan heb je een soort onderaannemerschap. Een gedeelte is belegd bij de gemeente zelf. In het geval van welzijn wordt dat aan partijen in de stad uitgegeven.

De mogelijkheden van opschalen blijken ook breed te zijn: er zijn Wmo-teams en GGZ-wijkteams. Voorheen waren er nog wijkzorgteams, maar deze bestaan niet meer. Voor jeugd is er Jeugd Maatschappelijke Ondersteuning, voor gezinnen Centrum Jeugd en Gezin. En het welzijnswerk, het

voorliggend veld, is een voorziening met voornamelijk participatie-activiteiten. Daarnaast is de doorverwijsfunctie ook bij het voorliggend veld belegd.

De rol van buurtcentra

Buurtcentra vormen een belangrijk onderdeel van de sociale basis. In de interviews met onze cliëntrespondenten kwamen buurtcentra op verschillende manieren aan bod. Terugkerende thema's waren de bekendheid van buurtcentra en de ervaring dat het buurtcentrum een te hoge drempel had om zomaar naar binnen te lopen. Deze perspectieven vullen we aan met het perspectief van verschillende stakeholders.

Bekendheid van buurtcentra

Een deel, de minderheid, van onze participanten is actief bezoeker van buurtcentrum en hier zeer positief over. Dit wordt duidelijk in de casus van Carlo:

Casus Carlo (leeftijd 45-65)

Carlo – hierboven beschreven in het hoofdstuk 'geïsoleerd in de wijk' – heeft weinig contact met zijn directe burens, maar gaat wel 30 uur per week naar dagbesteding. Daar kan hij warm lunchen. Ook weet hij waar hij heen kan wanneer hij op zoek is naar nieuwe contacten; het buurthuis:

Interviewer: Ga je weleens naar dat buurthuis toe?

Carlo: Ja.

Interviewer: Wat voor soort activiteiten doen ze daar?

Carlo: Eten, cursussen. En gewoon gezelligheid.

Een ander deel van de cliëntrespondenten kent geen buurtcentra in de omgeving. Een voorbeeld hiervan is de casus van Peter:

Casus Peter (leeftijd >65)

Peter woont nu vier jaar zelfstandig, nadat hij vanuit de MO is uitgestroomd. Hij ontvangt helemaal geen begeleiding meer, hij vindt ook dat hij dit niet nodig heeft of nodig heeft gehad. Hij heeft goede vrienden om zich heen, maar niet veel contact met burens. Hij weet niet of er een buurthuis in zijn buurt te vinden is:

Interviewer: En een buurthuis, is dat hier in de buurt?

Peter: Al sla je me dood. Nee, buurthuis? Ik denk niet eens dat je dat hier in de buurt hebt.

Er zijn twee buurthuizen op loopafstand van Peter. Beiden zijn binnen zeven minuten te voet te bereiken.

Een stakeholder vanuit een organisatie voor buurtcentra herkent dit beeld:

Ik weet dat dit zo is. Ik weet dat er meer mensen zijn die het welzijnswerk niet kennen of de wijk- en buurtcentra niet kennen. Er zijn meerdere organisaties, met name in stadsdeel centrum waren en in Eskamp trouwens ook. Er zijn allerlei verschillende plekken, maar die zijn lang niet altijd bij mensen in beeld. Het kan zijn dat je het niet nodig hebt, dus er geen oog voor hebt. Dat kan. Het kan ook zijn dat daar veel meer bekendheid aan moet worden gegeven.

Een deel van de respondenten weet de buurtcentra wel te vinden, maar maakt hier geen gebruik van.

Toegankelijkheid en laagdrempeligheid

In veel gevallen weten de cliëntrespondenten wel dat er een buurtcentrum in de wijk is of dat er andere collectieve voorzieningen bestaan, maar toch gaan zij er niet naartoe. Dat buurtcentra een hoge drempel hebben, is hiervoor een vaak gehoorde reden. Dit geldt ook voor de casussen van Klaas en Simon:

Casus Klaas (leeftijd 45-65)

Klaas woont nu vier jaar zelfstandig. Hij voelt zich niet erg thuis in de wijk en vindt dat er veel overlast is. Hij vindt het moeilijk om aansluiting te vinden bij de burens en heeft ruzie met een buurman. Hij ontvangt ambulante begeleiding, al vier jaar van dezelfde begeleider. Een vaste daginvulling heeft hij niet en hij vindt het lastig om naar het buurthuis toe te gaan:

Klaas: Er is hier wel een buurthuis maar ook daar zit een soort drempel op.

Interviewer: Wat is de drempel voor jou?

Klaas: Het onbekende. Als je op internet kijkt, zie je ook tegenwoordig niks meer. Je ziet geen indeling meer. De informatievoorziening is ook heel slecht. Wat gebeurt nu waar?

Casus Simon (leeftijd 30-45)

Simon woont sinds anderhalve maand in zijn eigen sociale huurwoning, twee straten verwijderd van zijn moeder. Het is een net opgeleverde nieuwbouwwoning. Hij heeft eens per week begeleiding, dit is een nieuwe begeleider sinds hij ambulant woont. Momenteel is hij veel bezig met zijn huis inrichten. Hij ziet het nu nog niet zitten om naar een buurthuis toe te gaan:

Interviewer: Is er hier in de buurt iets van een buurthuis of een plek waar je zomaar binnen zou kunnen lopen?

Simon: Niet dat ik weet. Hier wel die binnentuin natuurlijk, maar het is nog niet heel erg actief met dat soort dingen. Voor mij is dat hoogdrempelig nog, om zoiets te gaan doen. Voor nu hou ik het even in mijn comfortzone bij mijn computer.

Stakeholder van een organisatie die ambulante begeleiding biedt aan mensen in de wijk bevestigt het cliëntperspectief dat buurtcentra hoogdrempelig kunnen zijn voor deze doelgroep:

Wij zien bij onze cliënten absoluut veel eenzaamheid en isolatie en een hoge drempel om in de buurt van voorzieningen gebruik te maken. De drempel om bijvoorbeeld naar een wijkcentrum of een buurthuis te gaan is heel hoog. Het zijn allemaal mensen met forse ggz-problematiek. Het zijn veel cliënten die in toch al de kwetsbare wijken wonen, dus waar het contact en de sociale verbanden al wat ingewikkelder liggen. Veel cliënten in Moerwijk, Laakkwartier en Bouwlust. Noem alle wijken maar op waar de corporatiewoningen zitten. Het zijn vaak wijken waar die sociale samenhang toch al onder druk staat. De stap naar wijkcentra en het gebruik maken van de voorzieningen zoals die er voor alle Hagenezen zijn is ingewikkeld voor onze cliënten.

Volgens deze stakeholder geldt dit met name in zogenoemde 'kwetsbare wijken', waar een groot deel van de mensen die uitstroomt uit voorzieningen terechtkomt. Uit ons onderzoek in Haarlem bleek echter het tegenovergestelde: daar gaven cliëntparticipanten namelijk aan juist liever in naar eigen woorden "volksere buurten" te wonen omdat zij hier makkelijker aansluiting zouden vinden.²²

Een buurtcentrum moet en wil in principe voor iedereen toegankelijk en daarom zo laagdrempelig mogelijk zijn, zo vertelt een stakeholder werkzaam binnen de sociale basis:

Wij pretenderen altijd laagdrempelig te zijn, dus iedereen die binnenkomt proberen we in ieder geval gedag te zeggen en te vragen van: kunnen we ergens meehelpen? Of komt u voor iets specifiek? Wij richten een plek in waar mensen even kunnen zitten, een krantje lezen en koffiedrinken of een keer een babbeltje maken. We zijn veel outreachend bezig om te kijken: kunnen we meer aan community building doen? Veel meer mensen bij elkaar brengen in een straatje en die sociale cohesie wat meer op gang brengen met ondersteuning van opbouwwerkers. Ik kan me voorstellen dat het lang niet altijd bij mensen past, of dat mensen niet weten wat ze daar precies komen doen of zoeken.

Het lukt dus niet om altijd bij de wensen en behoeftes van iedereen aan te sluiten. Dezelfde stakeholder zet vraagtekens bij de mate waarin buurtcentra nu voldoende passend zijn voor een zwaardere doelgroep waar er bijvoorbeeld sprake is van verslaving of ernstige psychische kwetsbaarheid, onder andere wegens de soms zware hulpvraag van deze doelgroep en de omgangsregels die in buurthuizen gelden:

Wij zijn niet altijd de beste partij als het gaat om zware ggz-problematiek. Dat is niet iets waar wij per se heel veel verstand van hebben. Daar zou je goed naar de samenwerking moeten kijken: op welke manier kan je zorgen dat je je professionals allemaal op vlieghoogte brengt om dit snel te kunnen herkennen en daar iets mee te doen? [...] Wij hebben bijvoorbeeld niet continu begeleiding op iemand. Als iemand urenlang achter elkaar wil babbelen met collega's hebben wij daar geen tijd voor. Het is ook een beetje zoeken naar: wat kan je dan doen? We zijn een hele laagdrempelige voorziening. [...] In feite is iedereen welkom, maar we hebben wel met elkaar gedrags- en omgangsregels. Daar zit, denk, ik bij deze doelgroep - in ieder geval die [stakeholder] nu benoemt - een uitdaging. Misschien lang niet altijd, maar misschien ook wel. Die hebben zich te verhouden tot: hoe loopt het in zo'n buurthuis?

Dit roept in de focusgroep de vraag op wat de juiste manier is om dit vraagstuk te benaderen. Een andere niet-gemeentelijke stakeholder reageert:

Het lijkt me dat je als buurthuis als eerste zegt: wat kunnen wij doen zodat mensen zich wat meer welkom voelen? In plaats van dat mensen over drempels moeten om er te komen. Het lijkt me eerder dat je het omdraait. Dat je zegt: ik ben als buurthuis zo laagdrempelig dat alle mensen kunnen komen en ook alle doelgroepen in Den Haag.

De vraag blijft dus hoe buurthuizen het best toegerust kunnen worden. Hieronder gaan we verder in op de verbinding en samenwerking tussen de sociale basis en het specialistisch aanbod.

²² [Rapportage derde meting onderzoek MO/BW: Regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer.](#)

Samenwerking sociale basis en specialistisch aanbod

Niet alleen in deze regio, maar in bijna alle regio's waar wij onderzoek hebben gedaan horen wij van cliënten dat zij weinig gebruik maken van partijen in de sociale basis, en van stakeholders in de zorg dat de samenwerking met de sociale basis er niet tot nauwelijks is. Tekenend voor dit gebrek aan samenwerking, is het feit dat in de focusgroep Landen in de wijk waarbij (voor het eerst) ook een stakeholder uit de sociale basis aanwezig is, de stakeholders van zorgaanbieders deze stakeholder niet kennen – en andersom. De onbekendheid met de ander tussen de sociale basis en het specialistisch aanbod, wordt ook door de gemeente gezien:

Ik denk dat het binnen de uitvoering belangrijk is dat de mensen die met deze mensen werken elkaar kennen. Daar zit volgens mij vaak het probleem. Ze raken elkaar kwijt en komen niet over elkaars grens. Welzijn komt niet binnen bij een beschermd wonen voorziening bijvoorbeeld. Als je dat zou weg kunnen halen en ze eerder binnenhaalt om het voorbereidingstraject te kunnen voorbereiden, zou je de banden met elkaar aanhalen. Het is heel fijn als je op bestuurlijk niveau dingen regelt, maar uiteindelijk gaat het lopen als ze elkaar op uitvoeringsniveau kunnen vinden.

De strubbelingen tussen de sociale basis en het specialistisch aanbod als het gaat om de doelgroep MO/BW, worden volgens een gemeentelijke stakeholder onder andere veroorzaakt door verschillende verwachtingen tussen de verschillende partijen. Zoals eerder benoemd, zien welzijnspartijen dat mensen zware ggz-problematiek niet altijd aansluiting vinden bij hen:

Ik denk dat veel welzijnspartijen nu nog vinden dat dat niet bij hen hoort. En ook die partijen worden veel overvraagd en zeggen hetzelfde: wij krijgen ingewikkeldere mensen binnen, ze hebben meer vragen, de ggz en BW worden afgebouwd en ze landen allemaal bij ons en dat is zwaar. Zij hebben ook een punt waarop ze zeggen: dit is nog bekend voor ons, maar dit niet meer. Het zou ergens anders moeten landen. Ik denk dat men zoekt naar een andere plek en wij vanuit BW vinden misschien wel dat dat de plek is. Ergens hebben we die afstemming niet goed georganiseerd. Nu vallen ze buiten de boot. Hele ingewikkelde cliënten bij welzijnswerk komen twee, drie keer en voelen zich niet thuis, worden slecht geaccepteerd en worden misschien vriendelijk verzocht om het ergens anders te doen. Er is geen alternatief.

Nu wordt er genoemd dat er binnen de sociale basis geen plek is voor de meer ingewikkelde cliënten. Toch zien we ook dat op andere plekken deze functie wel al goed vervuld wordt. Een stakeholder vanuit een dagbestedingsplek vertelt hierover het volgende:

Ik denk dat die andere groep vaker bij mij terechtkomt. We hebben bijvoorbeeld een herstelacademie - Moerwijk De Post - en daar is in principe iedereen welkom en zit alles door elkaar heen. Wij hebben heel vaak EPA: mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Het kan zijn dat dat soms heel veel aandacht vraagt. Het kan soms zijn dat daar ongelukjes gebeuren. Iemand kwam bijvoorbeeld niet naar een buurtcentrum omdat hij soms ongelukjes had met urine. Hij haalde de wc niet. Dat soort dingetjes komen wel eens bij ons binnen. Wij proberen daarin wel iedereen op te vangen. Wij krijgen dit soort casussen ook mee. We hebben een ambulant team als iemand dat wil. Laat ik dat vooropstellen: mensen moeten willen. In de zin van: Wil je contact met je burens? Het is helemaal niet verkeerd om dat niet te willen, maar als je dat wel graag wil gaan we zeker met je meekijken. Wat is er wat nu niet lukt? Of wat zou je graag veranderd willen zien? Dan kunnen we samen met mensen in gesprek gaan of de

vaardigheden trainen. Er is heel veel mogelijk. We krijgen wel eens burens binnen die aangeven: wij hebben heel erg last van onze buurman, kunnen jullie daar wat mee? Dat komt wel eens voor. We hebben een mental health first aid, dus eerste hulp bij mentale problemen. We geven mensen educatie daarover.

De rol die de dagbestedingsplek voor sommigen vervult, zou je algemener in willen kunnen zetten. De vraag is hoe dat het best vormgegeven wordt en welke partijen daarvoor bij elkaar gebracht moeten worden. Het is zoeken naar een combinatie van de toegankelijkheid van de sociale basis en de kennis van het specialistisch aanbod. De eerste voorbeelden hiervan zijn binnen en buiten regio Den Haag te vinden. Zo bestaat in Amsterdam het Huis van de Wijk De Meeuw, met een breed sociale basisaanbod en aansluitend specialistisch aanbod met professionals die GGZ-problematiek (her)kennen, kunnen handelen en waar nodig doorverwijzen.

Ook wordt er volgens stakeholders door ambulante hulpverlening onvoldoende ingezet op kennismaking met de sociale basis voordat en wanneer iemand eenmaal uitstroomt. Ambulante begeleiding zou een grotere rol kunnen spelen in het faciliteren van de stap naar de sociale basis, bijvoorbeeld door als ambulant begeleider een keer af te spreken met een cliënt in een buurthuis in plaats van bij diegene thuis. Ook wordt door meerdere stakeholders intramurale zorg en sociale basis aangedragen dat het behulpzaam zou zijn als cliënten al in voorzieningen kennismaken met partijen in de sociale basis van de plek waar zij komen te wonen. Ook kan er worden gedacht aan het stimuleren van cliënten om buiten de deur van een voorziening – bijvoorbeeld in een buurtcentrum - deel te nemen aan activiteiten. Tot slot worden door stakeholders de (vorm van) financiering en de (relatief) lage indicaties die worden afgegeven voor cliënten die uitstromen wederom aangedragen als heikel punt, dat ook impact heeft op de mate waarin er vanuit voorzieningen of juist ambulante begeleiding ingezet kan worden op het verbinden met de sociale basis.

In de focusgroep Landen in de wijk, waarbij zowel stakeholders zorg als stakeholders welzijn aanwezig zijn, tonen de partijen zich bereidwillig om de samenwerking te verbeteren. Zo komt vanuit de stakeholder sociale basis de vraag om contactgegevens uit te wisselen om deze punten samen op te pakken. De stakeholder oppert:

Als we die partijen meer aan elkaar verbinden op dit thema, kan je regelen dat de begeleiders van [aanbieders] weten: ik zit hier in Moerwijk en dat betekent dat ik daar naar dat buurtcentrum kan. Of dat ik naar deze persoon kan bellen en dat we kijken: ik kom een keertje langs om eens te kijken of dat überhaupt voor iemand iets is. Dat je dan kijkt: zijn er dingen die mensen kunnen doen? We hebben in elk stadsdeel collega's die gaan over het vrijwilligerswerk. Die doen een intake met mensen om te kijken: wat vind je leuk? Waar ben je goed in? Wat wil je? Er zijn mensen die zeggen: ik moet regelmatig de deur uit en dan vind ik het leuk om iets te doen. Sommige mensen staan al jaren bij ons op dinsdagochtend koffie te schenken. Die zijn daar helemaal gelukkig mee. Hartstikke goed, prima en niks meer aan doen. Die hebben een praatje. Dat zijn dingen, maar er zijn ook mensen die net wat anders nodig hebben. Dan kijken we: hebben we zo'n aanbod of weten we iets in de wijk? Dan kun je altijd op die manier weer met elkaar door.

Kortom, in de regio Den Haag is de wens om de sociale basis en het specialistisch aanbod zo dicht mogelijk bij elkaar te organiseren. Dit is echter nog niet structureel zo ingeregeld. Er zijn een aantal goede initiatieven, maar er is ook nog veel onbekendheid en weerstand.

Belangrijkste punten hoofdstuk 4

- Veel cliëntrespondenten wonen geïsoleerd in de wijk. Dit wordt in verband gebracht met negatieve ervaringen in contact met anderen en hospitalisering/aangeleerde hulpeloosheid.
- Door ambulantisering heeft de sociale basis een prominentere rol in het zorglandschap gekregen, zowel als laagdrempelige voorziening met (participatie-)activiteiten alsmede als doorverwijzer naar het specialistisch aanbod.
- Vaak kennen cliëntrespondenten een buurtcentrum in de wijk, maar toch gaan zij er niet naartoe vanwege een “hoge drempel”. Het lukt buurtcentra dus niet om altijd bij de wensen en behoeftes van onze doelgroep aan te sluiten.
- Het is de wens om de sociale basis en het specialistisch aanbod zo dicht mogelijk bij elkaar te organiseren. Dit is echter nog niet structureel zo ingeregeld. Er zijn een aantal goede initiatieven, maar er is ook nog veel onbekendheid en weerstand.

5. GEMENGDE EN COLLECTIEVE WOONVORMEN

Ambulantisering heeft als gevolg dat zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk (zelfstandig) in de wijk komen te wonen en blijven wonen. In de meeste gevallen betekent dit dat iemand in een losstaande woning in de wijk komt te wonen; dit wordt ook wel ‘gespikkeld wonen’ genoemd. Dit is ook de meest voorkomende route voor uitstroom uit MO/BW-voorziening: men stroomt uit naar een convenantwoning in de wijk. De roep om alternatieve woonvormen wordt echter steeds groter en er zijn door het hele land dan ook steeds meer initiatieven van collectieve of gemengde woonvormen.

In gemengd wonen gaat om het samenbrengen van mensen met verschillende achtergronden: zij wonen samen in hetzelfde gebouw, onderhouden contact met elkaar en ondernemen soms gezamenlijk activiteiten. In essentie gaat gemengd wonen over het zijn van een ‘goede buur’ voor elkaar, waarbij er een gevoel van saamhorigheid en wederkerigheid ontstaat.²³ Inzet op zogeheten ‘community building’ is dan ook een kernonderdeel van gemengd wonen. Een andere vorm is collectief wonen. De VNG beschrijft dit als volgt:

Onder collectieve woonvormen verstaan wij een cluster woningen tot één groot gebouw waar:

- *Meerdere zelfstandige huishoudens samenwonen;*
- *Zeggenschap hebben over (beheer van) de woning en de kavel;*
- *In meer of mindere mate voorzieningen met elkaar deelt, variërend van een gemeenschappelijke tuin tot een gezamenlijk huishouden.²⁴*

Hieronder bespreken wij twee bekende voorbeelden van dergelijke woonvormen.

Gemengd wonen in Utrecht

In Utrecht werden in 2020 twee grote gemengd wonen projecten opgeleverd: Livin en Mixit. In beide woonprojecten is zo’n 30% van de woningen naar personen die uitstromen uit de MO gegaan; de overige 70% was bestemd voor reguliere huurders. Beide projecten hebben een gemeenschappelijke ruimte waar bewoners elkaar kunnen ontmoeten. Ook is er in de gebouwen een community manager aanwezig, die zich bezighoudt met het opbouwen van een ‘community’. Zorgaanbieder De Tussenvoorziening is de eerste drie jaar betrokken bij de begeleiding van de uitgestroomde bewoners. Inmiddels zijn de contracten van alle begeleide bewoners omgeklapt: zij zijn nu ook reguliere huurders zijn en de zorgaanbieder is niet langer betrokken is.

Collectief wonen in Nijmegen

In Weurt, bij Nijmegen, staat de Bloemenheuvel van RIBW Nijmegen en Rivierenland. Dit is een woning bedoeld voor bezoekers die voorheen sliepen in de Nachtopvang uit Noodzaak Nijmegen (NuNN), maar nu ouder worden en baat hebben bij een vaste plek. Net zoals de NuNN is de Bloemenheuvel gebaseerd op principes van zelfbeheer. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de woning en hebben ook zelf zeggenschap over wie erbij komt wonen wanneer er een plek vrij komt. Wel is er een ondersteuner betrokken, die ambulante ondersteuning biedt aan de bewoners.

²³ Wewerinke, D., Davelaar, M., Gruppen, A. & Van Doorn, L. (2024). ‘Eerst een Thuis’ in regio Utrecht: Ervaringen met een nieuwe aanpak van dakloosheid. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

²⁴ [Collectief wonen | Bijeenkomst VGN – 6 juli 2021](#)

In de focusgroepen Landen in de wijk en Wonen hebben we deze voorbeelden besproken. Stakeholders gaven aan dat er in de regio Den Haag weinig ervaringen zijn met collectieve of gemengde woonvormen voor de MO/BW-doelgroep. Hoewel stakeholders enkele locaties kunnen benoemen, zoals het Dreeshuis en het Loosduinse Hof in Den Haag, een project in Segwaert, en flexwoningen aan de Ruimtebaan in Zoetermeer, zijn zij het eens dat er nog (te) weinig op deze vormen van wonen wordt ingezet in de regio Den Haag:

Ik zat ook te denken: waar in Den Haag is dit? Ik kwam niet op een locatie, dus het is voor mij in Den Haag niet bekend. Ik hoor het in andere steden eens voorbijkomen. Ik denk dat er al heel vaak geklaagd wordt in Den Haag over al die convenantwoningen. Dat hoor ik wel. Dat die bijvoorbeeld allemaal in dezelfde wijken zitten, dus dat mensen helemaal niet dan blij zijn dat onze doelgroep daar komt wonen. Ik heb nog niet het tegenovergestelde mogen meemaken en dat we dit bewust zo inzetten. Het zou een heel mooi initiatief zijn.

Een belangrijke kanttekening van bovengenoemde woonprojecten is dat in elk geval twee hiervan tijdelijk zijn. Met het oog op het doel van gemengd wonen, namelijk het bevorderen van sociale cohesie, is deze tijdelijkheid suboptimaal. Veel stakeholders vinden het een goed idee om meer in te zetten op gemengde en collectieve woonvormen:

Ik denk dat dat een waardevolle oplossing is om ervoor te zorgen dat er meer verbinding is tussen mensen die misschien afstand hebben tot de maatschappij en zeker in contact met de burens. Zeker als je het inzet op deze manier - vanaf het begin - zoals in Utrecht is gedaan. Dan ben je op zoek naar een huis. Zelfs als je er in principe niet gewillig voor was, weet je waar je aan begint. Je begint aan samenwonen met mensen die misschien een beroep op je doen linksom of rechtsom. Dan heb je een veel grotere kans van slagen.

Ook vanuit het veld noemt een stakeholder dat dit zeker voor bepaalde groepen, zoals jongeren, een hele gewenste optie zou zijn:

Als je kijkt naar de jongeren of de mensen die ik zie vanuit de verslavingszorg, denk ik: iedereen wil een eigen plek om te wonen. Zeker bij jongeren zie ik echt dat ze niet per se alleen hoeven te wonen. Ze vinden het ook prima om een plek te delen, vaak liever zelfs nog een plek delen, omdat ze dat fijner en gezelliger vinden, maar die plekken zijn er niet.

Naast het alom genoemde obstakel van het woningtekort, worden de hoge kosten van bouwen en grond als onderliggende obstakels genoemd. Hierbij lopen corporaties aan tegen het feit dat het bij gemengd wonen met name gaat om sociale huur. Dit maakt dat er een bovengrens is aan de huur die zij aan bewoners kunnen vragen. In combinatie met de hoge kosten maakt dit dergelijke projecten volgens de gesproken stakeholders momenteel nauwelijks haalbaar. Ook de financiering van bijvoorbeeld community managers of een gezamenlijke ruimte vormen een struikelblok. Zo vertelt een stakeholder wonen dat zorgaanbieders in hun zorgbudget bijvoorbeeld geen ruimte hebben om de huur van een gemeenschappelijke ruimte te dekken, terwijl de woningbouwcorporatie een dergelijke ruimte niet kan bouwen als zij “hier niks voor terugkrijgen”. Ook voor het regelen van deze community building of sociaal beheer kijken de verschillende partijen naar elkaar voor de financiering. Zo vertelt een stakeholder:

Ik was laatst bij een bijeenkomst van CZ. Daar kwam naar voren dat aanbieders zochten naar: wie gaat financieren wat overkoepelend is? Dit heb je ook als je een community builder wil

aanstellen om zo'n proces te begeleiden. Als dat een initiatief van de gemeente is, betaalt de gemeente dat stukje wellicht via een subsidie of de aanbieder moet meebetalen. Dan valt de Wlz-doelgroep en de forensische doelgroep weer buiten beeld. Wat het in de weg zou staan is dat je over de hele domeinen heen zou moeten kijken. En dat je specialisten ook laat aanhaken als psychologen in het steunen van wonen en zorg. Financier dat met elkaar, zodat je - ongeacht je label of doelgroep waar je bij zou horen - daar kan wonen en dat dat gedekt is.

Ook bij het opstarten van woonprojecten met meer gezamenlijkheid loopt het proces dus vaak vast door de schotten tussen verschillende partijen en financieringsstromen.²⁵

Belangrijkste punten hoofdstuk 5

- In de regio Den Haag zijn er weinig ervaringen met collectieve of gemengde woonvormen voor de MO/BW-doelgroep.
- Veel stakeholders vinden het een goed idee om meer in te zetten op gemengde en collectieve woonvormen.
- Financiering, onder andere de vraag wie de gezamenlijke ruimte of voorzieningen financiert, is het grote obstakel dat genoemd wordt voor collectieve of gemengde woonprojecten.

²⁵ Gemengd wonen in Utrecht is tijdelijk gefinancierd geweest vanuit incidenteel beschikbare blokhuismiddelen. Verantwoording en evaluaties van de door het Rijk aan deze projecten beschikte middelen zijn zover de onderzoekers bekend niet openbaar beschikbaar of gedeeld. Op de website van ons eigen onderzoek vindt u factsheets over het project en onze onderzoeksrapportage vanuit de UvA over het bewonersperspectief in deze gemengde woonvormen: [Onderzoek bewonerservaringen Living Lab Utrecht – nienkeboesveldt.com](https://nienkeboesveldt.com)

6. ERVARINGSDESKUNDIGHEID: ‘JE NORMALISEERT IETS’

Het inzetten van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid is steeds meer een bekende praktijk in Nederland. Tekenend is dat het Nationaal Actieplan Dakloosheid uit 2022 samen met mensen met ervaringskennis is gemaakt.²⁶ Daarnaast is “Herstelondersteuning en inzet ervaringsdeskundigheid” een van de zes leidende principes van het nationale plan. Dit is vertaald naar de volgende actielijn:



5. Ervaringskennis in de hele beleidscyclus, op lokaal en nationaal niveau

De inbreng van ervaringskennis is de sleutel naar effectiever beleid en betere dienstverlening. Het inzetten van ervaringskennis helpt de kloof die is ontstaan tussen de leef- en systeemwereld te verkleinen en het vertrouwen tussen overheid en burger te vergroten. Ervaringskennis wordt ingezet in de hele beleidscyclus, dat betekent zowel in de ontwikkeling van beleid als in het toetsen van beleid op lokaal en nationaal niveau. Ook wordt ervaringskennis ingezet in de uitvoering, in het contact met mensen die (dreigend) dakloos zijn. Doelstelling: Ervaringskennis wordt ingezet in de hele beleidscyclus, op lokaal en nationaal niveau.

Dit is terug te vinden in lokale plannen, zo ook in de gemeente Den Haag. Hier staat ook “Inzet Ervaringskennis” als één van de zes uitgangspunten in de aanpak:

“Juist mensen met ervaringskennis kunnen professionals en inwoners bewust maken van mogelijke aannames over de (on)mogelijkheden van herstel en op (zelf)stigmatisering. Voor effectief beleid en passende ondersteuning is inzet van ervaringskennis, professionele kennis en wetenschappelijke kennis essentieel. Het gaat hierbij om zowel de beleidscyclus als in de uitvoering. Ook met onafhankelijke belangenbehartigers blijven we in gesprek om zo zicht te houden op de effecten van het beleid en waar mogelijk bij te kunnen sturen. Op die manier zetten we in op betekenisvolle participatie.” (blz. 9)

- Den Haag geeft Thuis, Beleidskader aanpak dakloosheid, 2023-2030

Het nationale plan legt de nadruk op ervaringskennis in het beleid, lokaal wordt ook de nadruk gelegd op de uitvoering. Beide kanten worden in dit hoofdstuk belicht.

Ervaringsdeskundigheid of ervaringskennis

Met de wens om ervaringsdeskundigheid meer en beter in te bedden in de uitvoering en beleid, ontstaan er geregeld discussies over wat ervaringsdeskundigheid precies is en wat voor competenties en opleidingsachtergrond een ervaringsdeskundige precies moet hebben. Het onderscheid tussen ‘ervaringskennis’ en ‘ervaringsdeskundigheid’ wordt hierbij vaak gemaakt. Met ‘ervaringskennis’ doelt men op het hebben doorleefd van bepaalde (lastige) situaties en daarmee geleefde ervaring te hebben van deze situatie, welke aangeboord kan worden als bron van kennis en expertise in het helpen van anderen. Wanneer men het heeft over ‘ervaringsdeskundigheid’, wordt deze ervaringskennis aangevuld door het geleerd hebben de eigen ervaring te gebruiken om anderen te helpen. Dit betekent dat iemand hiervoor een opleiding en/of cursus heeft gevolgd. Een stakeholder intramurale zorg en een stakeholder uit een cliëntenorganisatie zeggen hierover:

Ervaringskennis is toch wat anders dan die ervaringsdeskundigheid. Althans, dat onderscheid proberen wij wel te maken. We hebben heel veel medewerkers met ervaringskennis, maar die ervaringskennis kunnen gebruiken in de ondersteuning van andere mensen - die deskundigheid - heeft niet iedereen die ervaring heeft. Die deskundigheid moet ontwikkeld worden.

²⁶ [Nationaal Actieplan Dakloosheid “Eerst een Thuis”, november 2022](#). Een gezamenlijke uitgave van BZK, SZW en VWS.

Binnen [organisatie] maken wij een onderscheid tussen ervaringskenner en ervaringsdeskundige. Bij ons zijn ervaringsdeskundigen echt mensen die een opleiding hebben gedaan daarin.

Deze scheiding wordt echter niet in elke organisatie aangehouden. Zo vertelt een stakeholder van een andere cliënt-ondersteunende organisatie dat bij de inzet van vrijwilligers doelbewust géén onderscheid wordt gemaakt tussen ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis:

Wij vinden het belangrijk dat iedereen zijn ervaring kan inzetten. Het is wel belangrijk dat mensen die bij ons werken altijd een zekere afstand kunnen nemen tot hun eigen ervaring en die ten goede inzetten voor iemand anders. Wij zeggen niet dat de ene ervaringsdeskundige is, en de ander ervaringskennis heeft. Wij hebben 'vrijwilligers met eigen ervaring'.

De scheiding tussen ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis is daarmee niet eenduidig en wordt in verschillende organisaties dus ook verschillend vormgegeven. Hieronder gaan we verder in op de mate waarin en hoe ervaringsdeskundigheid daadwerkelijk wordt ingebed in de praktijk.

Ervaringsdeskundigheid in de uitvoering

Wanneer wij vragen naar ervaringsdeskundigheid, weet het merendeel van de participanten wat dit is en zien zij meerwaarde in de inzet van ervaringsdeskundigen in begeleidingstrajecten. Weinig van de door ons geïnterviewde cliëntrespondenten zijn echter tijdens hun traject daadwerkelijk in aanraking gekomen met een ervaringsdeskundige.²⁷ Daarnaast geven participanten aan dat het hen niet altijd duidelijk is of zij te maken hebben met een ervaringsdeskundige op een reguliere begeleider. Het is daarmee ook niet altijd duidelijk wat de rol of functie van een ervaringsdeskundige binnen een organisatie is (wanneer deze wel aanwezig is). Uit de interviews komt naar voren dat participanten de volgende voor- en nadelen zien van ervaringsdeskundigheid:

Voordelen:

Makkelijker 'levelen', aansluiting met leefwereld
 Laagdrempeligheid
 Gelijkwaardigheid
 (Realistisch) perspectief
 Niets 'moeten'

Nadelen:

Eigen ervaring bij sommige ervaringsdeskundigen té leidend: wat voor de één geldt, hoeft niet voor de ander te gelden
 Onduidelijke functie

De reflecties van Simon en Dean op ervaringsdeskundigheid leggen deze voor- en nadelen ook bloot. In het verhaal van Simon zien we duidelijk de genoemde voordelen terug:

²⁷ Deze bevinding wordt bevestigd door onderzoek dat in opdracht van het Ministerie van VWS vanuit de UvA i.s.m. Lysias Advies is uitgevoerd naar [Pilot cliëntvertegenwoordiging GGZ – nienkeboesveldt.com](https://nienkeboesveldt.com)

Casus Simon (leeftijd 30-45)

Woont zelfstandig na 4 jaar BW. Blijkt terug op tijd en de ervaringsdeskundig begeleider die hij had:

Ze kunnen heel goed relateren. Ze kunnen dingen uit de hoek van de patiënt zien. Zeker bij dingen als autisme is het soms heel moeilijk om goed te communiceren wat jouw probleem is. Helemaal voor de andere partij om dat goed te begrijpen. Een ervaringsdeskundige kan daar heel goed tussen inzitten, die begrijpt wat de persoon met autisme zegt, die begrijpt hoe die moet communiceren naar andere begeleiders. Dat is een heel goed overbruggingspunt. Ik kon soms niet goed uitleggen wat mijn problemen waren. Bijvoorbeeld als ik met iemand aan de telefoon stond ergens voor, ik kon niet zeggen wat ik bedoelde. De persoon snapte het niet en de ervaringsdeskundige die stapte toen in en die legde wat ik wilde zeggen op een manier uit zodat ze andere persoon het begreep.

De nadelen vanuit het cliëntperspectief gaan onder andere over de onduidelijkheid van de rol van ervaringsdeskundigen. Waar deze onduidelijkheid toe kan leiden, wordt duidelijk uit het verhaal van Dean:

Casus Dean (leeftijd 30-45)

Woont ruim vijf jaar zelfstandig, na zes jaar BW. Hij heeft zelf geen ervaringsdeskundige begeleider gehad, maar weet dat het voorkomt. Vanuit zijn rol bij de cliëntenraad heeft hij er wel veel over meegekregen:

Het ding was dat er wel ervaringsdeskundigen werden ingezet als gewoon normale medewerker, maar met een rugzakje of een plusje. Weet ik veel hoe ze het noemden. Volgens mij gooi je dan een hele hoop weg van die functie. Als woonbegeleider ga je kijken: ga je helpen met koken of ga je helpen met de dagbesteding? Dat is allemaal prima, maar ik denk dat je als ervaringsdeskundige veel meer toegevoegde waarde hebt als jij ook jouw ervaring kunt inzetten in het leven van cliënt of patiënt of hoe je ze ook noemt. Dat je daarin ook vrijheid krijgt om die functie in te vullen. Nu was dat niet. Je moest gewoon meelopen met de rest van de collega's. Ik heb geen idee waar ze dan de functie van ervaringsdeskundige moesten gaan invullen.

Het punt dat Dean hier maakt lijkt op structureel niveau te zitten. Een andere manier van organiseren zou kunnen zorgen voor de onduidelijkheid in de functie. We vervolgen de analyse van ervaringsdeskundigen in de uitvoering met het perspectief van stakeholders.

Stakeholderperspectief op ervaringsdeskundigheid in de uitvoering

Een stakeholder die zich specifiek bezighoudt met ervaringsdeskundigheid, begint het interview met de uitspraak dat Den Haag als regio erg achter lijkt te lopen op andere grote regio's als het gaat over de implementatie van ervaringsdeskundigheid.

Hoewel stakeholders intramurale zorg allen aangeven dat er binnen hun organisatie ervaringsdeskundigen in dienst zijn, erkennen zij dat dit voor cliënten waarschijnlijk niet altijd even duidelijk is en ervaren zij lastigheden rondom de inzet van ervaringsdeskundigheid. Zoals een stakeholder intramurale zorg verwoordt, is de druk op aanbieders omtrent de inzet van de ervaringsdeskundigheid toegenomen maar is er nog onvoldoende coördinatie, samenwerking en uitwisseling van kennis en expertise tussen aanbieders:

Er kwam naar voren dat er een externe druk is om ervaringsdeskundigheid in te zetten. We zien allemaal het nut en weten dat het moet, maar we hebben nog niet goed - vanuit begeleiding en de zorgvraag - vanuit een intrinsieke motivatie opgebouwd hoe we dit nu precies juist moeten gaan inzetten om daadwerkelijk onze cliënten beter te kunnen bedienen. Daardoor komen we niet echt verder, behalve dat we denk ik - allemaal los van elkaar - een beetje los en vast dingen aan het organiseren zijn.

Aanbieders geven aan zelf ook vaak zoekende te zijn naar de rol die een ervaringsdeskundige vervult, waarbij het er, zoals ook Dean hierboven schetst, vaak op uitkomt dat iemand de rol van reguliere begeleider vervult, maar dan met iets extra's. Een stakeholder zorg vertelt:

Wij hebben een aantal ervaringsdeskundigen in dienst, maar in een reguliere functie. Die zijn herstelondersteuners en hebben de expertise ervaringsdeskundigheid. We zijn aan het zoeken naar de beste manier om die extra expertise die deze mensen met zich meebrengen, beter te benutten. Het verhaal wat uit jullie interview kwam, vond ik heel herkenbaar voor onze organisatie. Ze werden vooral als gewone medewerker ingezet. Die ervaringsdeskundigheid kwam te vaak niet goed genoeg uit de verf. We zijn aan het zoeken hoe we die expertfunctie beter kunnen inzetten en beter beschikbaar kunnen maken voor collega's en cliënten. Dat is - ik zal eerlijk zijn - een moeizaam proces tot nu toe.

Een andere stakeholder reageert hierop bevestigend en geeft aan door de tijd ervaringsdeskundigen te hebben zien vertrekken uit zijn organisatie door onder andere deze reden. Met het niet afbakenen van de rol van ervaringsdeskundigen of de inzet hiervan in reguliere begeleidingsfuncties ligt het verliezen van een deel van de kern van ervaringsdeskundigheid namelijk op de loer:

Wat we merkten is dat er op een gegeven moment ervaringsdeskundigen zijn vertrokken. Die ofwel last hadden van de beleidsonduidelijkheid. Die zeggen: "We hebben geleerd dat we als ervaringsdeskundigen een luis in de pels moeten zijn en tegen kaders moeten aanschoppen. Maar wat gebeurt er vervolgens mee? Waar kan ik wel tegen aanschoppen en waar niet?" Vrije ruimte laat zich moeilijk kaderen, want wat is dan nog vrije ruimte?

Naast deze lastigheden, wordt er door stakeholders uitvoerig gereflecteerd op de verhouding tussen reguliere begeleiders, ervaringsdeskundigen en ervaringskennis.

Ervaringsdeskundigheid en reguliere begeleiding

Dat cliënten vaak onduidelijkheid ervaren over de scheiding tussen reguliere begeleiding en ervaringsdeskundigen, is niet gek gezien het feit dat deze scheiding vaak niet één op één te maken is. Ook voor reguliere begeleiders is het soms onduidelijk wat de rol van een ervaringsdeskundige is en daarmee hoe zij zich tot hen moeten verhouden:

We hebben collega's die zeggen: "Maar hoezo dan? Ik heb toch ook dingen meegemaakt?" Die heb je. Een collega van mij zei het een keer heel treffend en ik denk dat dat ergens hout snijdt. Woonbegeleiding of begeleiding die wij bieden is heel erg allround. Je bent nergens specialist in, maar je bent specialist in herstel en je doet van alles een beetje. Je kan helpen met het ondersteunen van de administratie, helpen leren koken of sociale vaardigheden. Waar cliënten een begeleidingsvraag in hebben, ondersteun je in. Ervaringsdeskundige is in die zin een specialisatie of specialisme binnen het herstel. Die begeleiders zeggen dan: als dat een

specialist is en ik doe dat ook, wat ben ik dan nog? Wat mogen zij dan, wat ik niet kan? En andersom. Dat is soms een vraag die speelt en waar de angst, onvrede of aversie op neer komt.

De lijn tussen ervaringsdeskundigen en reguliere begeleiders vervaagt verder doordat volgens stakeholders intramurale zorg veel van hun 'reguliere begeleiders' ervaringskennis hebben. Ook vanuit gemeentelijke stakeholders bestaat het beeld dat er binnen zorgorganisaties al veel ervaringskennis aanwezig is. Stakeholders zeggen hierover:

Het eerste wat ik bedenk: zo goed als elke collega die ik heb is een ervaringsdeskundige - zeker op bepaalde locaties die ik heb - maar zetten dat niet in. Die zijn verpleegkundige. Dat is hun identiteit, dat is de rol en dat is waarvoor ze betaald worden. Ik denk dat we als organisatie meer kunnen inzetten op dat stukje ervaringsdeskundigheid die veel collega's toch al hebben, maar waarbij niet bewust wordt gemaakt dat het van waarde is binnen hun werk als verpleegkundige. Het is iets wat heel ver weg staat van het verleden met harddrugs bijvoorbeeld. Op het moment dat dat een groot onderdeel zou zijn van onze trainingen of inwerkplannen, zou het ook een taal krijgen. We praten er helemaal niet over. [...] Je kan het ook andersom insteken. Dat je naar je personeelsbestand kijkt en zegt: we willen veel meer ervaringskennis in gaan zetten. Zijn er mensen die daarop willen ontwikkelen? Er zijn in zorgverleningsland zoveel mensen die dat zijn gaan doen uit eigen ervaring. Het is niet dat je heel hard moet gaan zoeken naar iemand die ervaring heeft. Volgens mij zijn die er genoeg. Mensen die een hulpverlening rol hebben, hebben vast ergens een ervaring die je die je in die zin kan toevoegen aan je professionele rol.

De inzet van eigen ervaringen kan en hoeft vaak minder zwaar en complex te zijn dan sommige begeleiders denken, zo reflecteert een stakeholder:

Wat je wil is dat alle medewerkers gewoon herstelgericht werken en dus ook hun eigen ervaring inzetten. Dat hoeft helemaal niet te zijn dat je ooit een psychose hebt gehad. Het kan al gewoon zijn dat je zegt: vervelend dat je zo slecht hebt geslapen, ik slaap ook al een half jaar slecht. Dan heb je al herkenning. Je normaliseert iets. Dat is zo simpel. Dat snappen heel veel hulpverleners niet.

Het gebrek aan inzet van eigen ervaringen in de hulpverlening, valt deels te wijden aan het gebrek aan inbedding hiervan in opleidingen tot hulpverlener. Waar dit in bepaalde studies, zoals bijvoorbeeld de studie psychologie, al wordt gedaan, wordt dit volgens een stakeholder in bijvoorbeeld de opleidingen social work of (sociaal)psychiatrisch verpleegkundige nog niet gedaan:

Bij psychologie zit dat er echt in. Ze moeten hun eigen therapieën doen, reflectie en leren hoe ze zichzelf kwetsbaar opstellen om het te gebruiken. Binnen de begeleiding zit dat er volgens mij nog niet, omdat het veel meer gericht is op somatiek en levens problematiek en niet zozeer die ervaringsdeskundigheid. Als verpleegkundige is psychiatrie volgens mij één module of iets dergelijks in de hele opleiding. Er is helemaal geen tijd voor andere dingen.

Dat reguliere begeleiders huiverig zijn om hun eventuele ervaringskennis te laten zien en in te zetten, heeft volgens een stakeholder mogelijk ook te maken met de mate van ervaren veiligheid binnen bepaalde teams. Met het huidige hoge verloop, komt het gevoel van vertrouwen en daarmee veiligheid toch vaak in het geding. Ook de frictie die er soms ontstaat tussen ervaringsdeskundigen en

reguliere begeleiders helpt niet mee om meer openheid te creëren over eigen ervaringen. Er lijkt binnen teams niet altijd waardering voor het specialisme van ervaringsdeskundigheid:

Wat ik bij mij zie is allemaal wat genuanceerder, dus tussen de regels door spanningsvelden en problematiek. Ik denk dat de kern is dat de ervaringsdeskundigheid niet zozeer gewaardeerd wordt als prestatie of vaardigheid dat het iets is. "Fijn dat jij ook een psychiatrische aandoening hebt die je nu onder controle hebt waardoor je bij ons kan werken." Als het ingezet wordt, wordt dat niet gezien als daadwerkelijk een onderdeel van het werk. Een team is een grote puzzel en iedereen vult elkaar aan. Vaak wordt gezien dat die ervaringsdeskundige iets tekortkomt, want die is niet zo goed met computers en medicatie gaat niet zo lekker. Dan moet ik vaak het verhaal vertellen dat diegene juist het puzzelstukje is van die ervaring die andere collega's niet hebben.

Frictie ontstaat volgens een stakeholder ook doordat ervaringsdeskundigen anders zijn opgeleid dan reguliere begeleiders en daarom vaak verschillen in werkwijze. Een voorbeeld waarbij dit verschil vaak duidelijk blijkt, is het verschil in communicatiestijl en op het gebied van professionele afstand en nabijheid. Zoals deze stakeholder aangeeft, maakt het volgen van een opleiding ervaringsdeskundigheid – waarmee iemand leert de eigen ervaring in te zetten om anderen te ondersteunen – nog niet dat mensen ook goed functioneren op de werkvloer, wat ook spanningen creëert:

Soms heb je mensen die nog nooit hebben gewerkt, die wel Howie hebben gedaan, die heel goed in staat zijn om te reflecteren op hun eigen herstel. Daar kunnen ze ook echt wel mensen mee helpen. Alleen weten ze niet wat het is om als professional in een organisatie te werken. Hoe je nou op een beschaafde manier een gesprek aangaat met je collega's over: wat jij nu doet, is stigmatisering. Of: ik heb dezelfde ervaring en toen ik zo behandeld werd, werd ik agressief. Die gesprekken worden te agressief gebracht, waardoor heel veel begeleiding zoiets heeft van: ga weg. Jullie bemoeien je met zaken, je begrijpt niet wat wij doen. Er zit een heel plan achter een cliënt. Dus dat botst heel erg.

Naast het spanningsveld tussen reguliere begeleiding en ervaringsdeskundigen, vormt ook de financiering van ervaringsdeskundigheid een obstakel voor de inzet hiervan.

Financiering

De vergoeding van de inzet van ervaringsdeskundigen door de zorgverzekeraars wordt slechts in beperkte mate ondersteund door het Zorgprestatiemodel (ZPM). Momenteel kunnen namelijk alleen ervaringsdeskundigen met een bepaalde kwalificatieniveau (niveau 6) declarabele consulten registreren. De meerderheid van de ervaringsdeskundigen is echter MBO of HBO-AF geschoold en hebben daarmee kwalificatieniveau 4 of 5. Zij kunnen binnen het ZPM dus geen declarabele consulten registreren.²⁸

Het is dan ook geen verrassing dat het laatste obstakel dat de implementatie van ervaringsdeskundigheid volgens stakeholders bemoeilijkt, de financiering is. Een gemeentelijke stakeholder zegt hierover:

²⁸ [GGZ Standaarden, 2024.](#)

Vanuit de aanbieders horen we dat bijvoorbeeld de inzet van ervaringsdeskundigheid soms door hele systemische dingen moeilijker is, omdat er niet een code is waaronder je dat kan schrijven. Of dat je vanuit bepaalde financieringsstromen iemand in een functie van een begeleider moet zetten.

Een stakeholder zorg bevestigt dit. Met name kleine organisaties lopen hier tegenaan:

Financieel gezien is het niet te doen. Omdat kleine organisaties zoals wij geen ervaringsdeskundige kunnen betalen vanuit de overheid. Dus moet je een manier vinden waardoor je ervaringsdeskundigen vanuit je WLZ of je WMO gelden kunt betalen. Dat kan alleen op het moment dat je die ervaringsdeskundigen ook inzet in de begeleiding. Die moet dat verantwoorden en dat betekent dat iemand dus ook toch wel targets moet behalen, anders kun je het niet financieren.

Ervaringsdeskundigheid betrekken bij het vormgeven van beleid

Op nationaal en regionaal niveau is het doel gesteld om ervaringsdeskundigen structureel te betrekken in de ontwikkeling van beleid. Wij hebben in focusgroepen en interviews met stakeholders de vraag voorgelegd in hoeverre dit ook daadwerkelijk gebeurt. Er wordt meerdere keren gesproken over de cliëntklankbordgroep 'beschermd wonen', een structuur waarbij vertegenwoordigers van cliëntenraden 6 keer per jaar samenkomen onder voorzitterschap van de gemeente Den Haag. Zo wordt ervaringskennis ingezet ten behoeve van het vormen van beleid. Daarnaast geeft een stakeholder uit een regiogemeente het voorbeeld dat ervaringsdeskundigen momenteel betrokken wordt bij het inrichten van de toegang tot beschermd wonen:

We betrekken de cliëntenraden bij het stukje toegang. We hebben laatst een overleg gehad waarbij ze hebben meegekeken naar de formulieren voor beschermd wonen. Is dit allemaal logisch? Snappen jullie waarom dit wordt gevraagd? En is de volgorde van de vragen logisch?

Vanuit partijen uit het veld wordt aangegeven dat ervaringsdeskundigheid nog niet goed verweven zit in het vormen van beleid. Hoewel het belang van ervaringsdeskundigheid steeds meer lijkt te landen binnen de gemeente, zoals ook blijkt uit het opnemen van ervaringsdeskundigheid in het beleidskader, wordt hier volgens de door ons geïnterviewde partijen uit het veld nog weinig concreet handen en voeten gegeven hieraan. Een stakeholder werkzaam bij een organisatie die regelmatig samen met ervaringsdeskundigen input levert op beleid, uit onvrede over de manier waarop ervaringsdeskundigen worden betrokken. Zo zet deze stakeholder vraagtekens bij de gelijkwaardigheid van ervaringsdeskundigen aan andere medewerkers, wat bijvoorbeeld blijkt uit het lage aantal uren dat voor ervaringsdeskundigen beschikbaar wordt gesteld:

Er wordt gezegd dat ze iemand met ervaring gaan aannemen, maar dat is dan een heel mager aantal uur. Dan denk ik: wie heeft er binnen de gemeente Den Haag, binnen jullie team een contract van acht uur? Wat is dat voor functie? Dat is geen gelijkwaardige functie ten opzichte van de rest van het team, want iedereen werkt misschien 28 uur of 32 uur of 36 uur. Waarom zou je dan bij ervaringsdeskundigheid iemand van acht uur gaan aannemen? Dat komt op mij echt over als: we hebben dit in het beleidskader staan en dan maken we even acht uur per week vrij. Wat ga je dan doen? Acht uur kan je vullen met vergaderingen en dat is het dan. Wat voegt dat toe? Dat is geen gelijkwaardige of volwaardige inzet van ervaringsdeskundigheid, wat mij betreft. [...] Die functieomschrijving was ook: omdat je

ervaring hebt, kan je meepraten over beleid. Maar meepraten is wat anders dan dat je volwaardig medewerker bent die meeschrijft of de kennis in huis heeft en dat op een gelijkwaardige manier wordt ingezet. Ik zie dit nog niet echt.

De stakeholder ziet eveneens hoe ervaringsdeskundigen vaak pas op het allerlaatst ingeschakeld worden, waardoor er altijd haast is geboden bij het werk dat zij moeten aanleveren. Ook wordt er nadien niet altijd een terugkoppeling gegeven van wat er met de input van de ervaringsdeskundigen is gedaan. De stakeholder geeft aan dat diens organisatie voortaan enkel ervaringsdeskundigen levert onder bepaalde voorwaarden:

We hebben nu toch gezegd: alleen als het ook onder een aantal van onze voorwaarden is. Dat de input op een gelijkwaardige manier wordt geschat, dat ze ook ervoor betaald krijgen, - of in ieder geval iets van een vergoeding krijgen - dat ze een terugkoppeling krijgen van de punten die ze hebben aangedragen en dat het niet alleen maar zo is van: we hebben één sessietje gehad en daarin hebben we het veld gevraagd of de ervaringsdeskundige gevraagd en dan is het goed. Dat lees je nu soms terug in die rapporten. We hebben het veld gevraagd. Check. Zo voelt dat in ieder geval.

Op deze wijze probeert de stakeholder tokenisme²⁹ te voorkomen.

Belangrijkste punten hoofdstuk 6

- In landelijke en lokale plannen krijgt ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid een steeds grotere rol in beleid en praktijk.
- Het merendeel van de cliëntparticipanten weet wat ervaringsdeskundigheid is en ziet meerwaarde in de inzet hiervan in begeleidingstrajecten. Weinig van de door ons geïnterviewde cliëntrespondenten zijn echter tijdens hun traject daadwerkelijk in aanraking gekomen met een ervaringsdeskundige.
- Cliëntrespondenten ervaren onduidelijkheid in de rol van ervaringsdeskundigen in de uitvoering. Aanbieders geven aan zelf ook vaak zoekende te zijn naar de rol die een ervaringsdeskundige vervult.
- Er bestaat frictie tussen ervaringsdeskundige en reguliere begeleiders, mede doordat reguliere begeleiders vaak niet opgeleid zijn om hun eigen ervaringen in te zetten, of doordat het onduidelijk kan zijn wat de meerwaarde is van dit specialisme.
- De vergoeding van de inzet van ervaringsdeskundigen door de zorgverzekeraars wordt slechts in beperkte mate ondersteund door het Zorgprestatie-model (ZPM). De meerderheid van de ervaringsdeskundigen kunnen binnen het ZPM geen declarabele consulten registreren.
- Er zijn een aantal structuren ingericht waarmee ervaringsdeskundigheid wordt meegenomen in beleidsvorming, zoals de cliëntklankbordgroep.
- Vanuit partijen uit het veld wordt aangegeven dat ervaringsdeskundigheid nog niet goed verweven zit in het vormen van beleid. Zowel in gewicht van de functie van ervaringsdeskundige binnen de gemeente als in de timing waarmee om input wordt gevraagd, zien partijen nog ruimte voor verbetering.

²⁹ Het woordenboek omschrijft tokenisme als "iets doen (zoals het aannemen van een medewerker uit een minderheidsgroep) alleen om kritiek te voorkomen en de indruk te wekken dat mensen fair worden behandeld".

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Deze rapportage betreft het eindrapport van het vijfjarig onderzoek naar regionalisering en ambulantisering in de regio Den Haag. Hierin geven wij de trajecten over meerdere jaren van 64 cliëntparticipanten weer. Voor de mate waarin trajecten zich richting zelfstandig wonen hebben ontwikkeld, leveren wij in de verschillende hoofdstukken verklaringen waarin wij naast ambulantisering in zijn gegaan op de verschillende trajecten en variatie binnen levensgebieden die we zien binnen deze trajecten, passend woonvoorzieningenaanbod i.r.t. somatiek, landen in de wijk en de samenwerking tussen sociale basis en specialistisch aanbod, collectieve en gemengde woonvormen en de inzet van ervaringsdeskundigheid in hulpverlening en bij beleid. Wij bespreken hieronder de belangrijkste punten per hoofdstuk nogmaals, aangevuld met discussiepunten op basis van de literatuur of aanbevelingen op basis van ons onderzoek in andere regio's.

Belangrijkste punten hoofdstuk 1

- 52% van de cliëntrespondenten zit in het trajecttype *Uitstroom richting woning*, 34% in trajecttype *Langdurig verblijf MO/BW*, 11% in trajecttype *Onderbroken traject*. Vergeleken met andere regio's waar dit onderzoek loopt of heeft gelopen, is type *Langdurig verblijf MO/BW* oververtegenwoordigd in de regio Den Haag.
- 55% van de respondenten participeert, waarvan 20,5% betaald werk, 20,5% dagbesteding en 14% vrijwilligerswerk. 44% van de cliëntrespondenten heeft geen participatie.
- In trajecttype *Uitstroom richting woning* is er een grote groep die werkt of vrijwilligerswerk doet en in trajecttype *Langdurig verblijf* een grote groep die dagbesteding doet.
 - Zoek ook wanneer iemand in een voorziening zit de verbinding met participatiepartijen, waardoor de leefwereld van een cliënt vergroot wordt.
- Een aanzienlijk aantal participanten ervaart een gebrek aan uitdaging op het gebied van participatie.
 - Zet in op een diversificatie van het dagbestedingsaanbod. Denk hierbij aan sociale firma's of dagbesteding voor hoogopgeleiden. Een voorbeeld is SCIP in Amsterdam, waar werktrajecten van elk niveau worden aangeboden.³⁰
- We constateren dat de transitie naar betaald werk altijd voorafgegaan wordt door een opleiding of vrijwilligerswerk.
 - Zet als begeleiding in een traject in op het vinden van passend vrijwilligerswerk of een passende opleiding, als zinvolle participatie en mogelijke opmaat naar betaald werk.
- In trajecttype *Onderbroken traject* heeft 57% van de cliëntrespondenten schulden. In trajecttype *Langdurig verblijf* heeft 41% schulden. Slechts 15% van de respondenten in trajecttype *Uitstroom richting woning* heeft schulden.
- Beheer van financiën doen cliëntrespondenten in trajecttype *Uitstroom richting woning* het vaakst zelf. In trajecttype *Langdurig verblijf MO/BW* heeft de overgrote meerderheid bewindvoering. Voor trajecttype *Onderbroken traject* is het beheer vaker dan bij de andere trajecttypen op een andere manier geregeld, zoals beheer door een familielid.
- Al sinds de tweede meting constateren we dat er een gebrek is aan uitstroom, met name uit BW-voorzieningen. Dit hangt samen met het hoge aantal cliëntparticipanten met langdurig verblijf in voorzieningen.

³⁰ Scip: Cliëntgestuurde Initiatieven en Projecten in Amsterdam: <https://scipweb.nl/>

- Het zoeken van afstemming en samenwerking tussen BW- en huisvestingspartijen strekt blijvend tot de aanbeveling.

Belangrijkste punten hoofdstuk 2

- Een beeld dat door de metingen heen naar voren bleef komen, is dat langdurig verblijf in voorzieningen voor veel participanten leidt tot een ervaren gebrek aan perspectief en uitdaging op het gebied van onder andere groeiende zelfstandigheid, uitstroom, zinvolle daginvulling en het sociaal netwerk.
- Stakeholders erkennen ook opnieuw dat het verliezen van perspectief op de loer ligt wanneer cliënten langdurig in voorzieningen verblijven. Stakeholders zeggen hier nu meer expliciet aandacht aan besteden door middel van methodisch werken, het ondersteuningsplan, netwerkversterking en herstelcursussen.
 - Vergroot de kennis over aangeleerde hulpeloosheid en hospitalisatie en het “waarom” van herstelcursussen, eigen regie en inzet van ervaringsdeskundigheid.
- Aandacht besteden aan het creëren van perspectief blijft in de dagelijkse praktijk echter vaak lastig, omdat andere zaken de prioriteit hebben, zoals bijvoorbeeld het aanpakken van een verslaving. Ook hospitalisatie en niet kritisch blijven kijken naar wat cliënten (nu) wél kunnen, ook wanneer iemand al lange tijd in een voorziening verblijft, staan dit in de weg.
 - Blijf elkaar kritisch bevragen op de werkvloer en stuur vanuit hogere lagen van zorgaanbieders op daadwerkelijke uitvoering van het bedachte beleid. Evaluatiemomenten zijn hiervoor een belangrijk instrument.
 - Met name bij verslavingsproblematiek zijn belangrijke elementen van herstelprocessen³¹ o.a. meedoen in de samenleving en betekenisgeving: het toekennen van nieuwe betekenissen aan gebeurtenissen (uit het verleden) en aandacht voor zingeving.³²
- Netwerkversterking kan tegenwicht bieden aan hospitalisatie en afhankelijkheid van individuele begeleiding doordat dit sterk inzet op het teruggeven van de regie aan de cliënt door zoveel mogelijk gebruik te maken van het directe netwerk. Het draagt bij aan wederkerigheid en het gevoel van waarde hebben voor de omgeving, wat zingeving brengt.
 - Wissel kennis uit over netwerkversterking tussen uitvoeringspartijen en leer van de werkende elementen.
- Ervaringsdeskundigen kunnen een centrale rol spelen in het tegengaan van hospitalisatie en aangeleerde hulpeloosheid.

Belangrijkste punten hoofdstuk 3

- Deze meting was het opvallend dat er voor sommige participanten geen passende plek in een (andere) voorziening of in de wijk gevonden kon worden, met vragen op het gebied van somatiek of ggz als reden.
- Strenge plaatsingscriteria voor bijvoorbeeld droge voorzieningen bemoeilijken volgens gemeentelijke stakeholders de plaatsing van cliënten in passende voorzieningen. Intramurale zorgaanbieders erkennen dat hierdoor een gat ontstaat voor mensen die pas recent zijn afgekickt.

³¹ Leamy, M., V. Bird, C. le Boutillier, J. Williams, M. Slade (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

³² [EX017 Factsheet Herstel en Verslaving.pdf \(trimbos.nl\)](#)

- Ga als de gemeente en aanbieders met elkaar om tafel om te bepalen wat de beste plek is voor deze groep binnen het huidige woon- en zorgaanbod.
- Denk hierbij ook na over de voor- en nadelen van het scheiden van wonen en zorg op de lange termijn voor de betreffende groep. Bedenk hierbij dat de meest kwetsbare mensen voornamelijk vaak het minst stabiel gehuisvest zijn. Als aanbeveling zouden wij daarom aandacht willen besteden aan de optie om studio's binnen BW met een permanent huurcontract, naar Fins model, aan te bieden.
- Gemeentelijke stakeholders en intramurale zorgaanbieders blijven steggelen over de wachtlijst en het matchen van cliënten aan de juiste plek. Volgens de gemeente doen zorgaanbieders aan cherrypicking en worden er onredelijk strenge eisen gesteld aan plaatsing.
- Door stakeholders wordt zowel de stagnerende uitstroom i.r.t. voldoende passende plekken in voorzieningen als het gebrek aan (passend) vastgoed voor het uitbreiden van het aanbod in voorzieningen als een obstakel gezien.
- Het is opvallend dat een aanzienlijk aantal participanten (met name in voorzieningen) kampt met (ernstige) somatische problematiek. Dit heeft als gevolg dat zij langer moeten wachten op een passende vervolgplek.
- Voorrang bij woningaanpassingen kan ervoor zorgen dat zelfstandig wonende cliënten met somatische problematiek langer thuis kunnen blijven wonen. De lange wachtlijst voor deze Wmo-aanvragen vormt hier echter een obstakel.
- Stakeholders intramurale zorg worstelen inderdaad met het organiseren van somatische zorg voor hun ouder wordende cliënten. Er is een gat in het aanbod wat betreft de doelgroep die ook somatische zorg nodig heeft, met name wanneer het gaat over cliënten met een dubbele diagnose.

Belangrijkste punten hoofdstuk 4

- Veel cliëntrespondenten wonen geïsoleerd in de wijk. Dit wordt in verband gebracht met negatieve ervaringen in contact met anderen en hospitalisering/aangeleerde hulpeloosheid.
- Door ambulantisering heeft de sociale basis een prominentere rol in het zorglandschap gekregen, zowel als laagdrempelige voorziening met (participatie-)activiteiten alsmede als doorverwijzer naar het specialistisch aanbod.
- Vaak kennen cliëntrespondenten een buurtcentrum in de wijk, maar toch gaan zij er niet naartoe vanwege een "hoge drempel". Het lukt buurtcentra dus niet om altijd bij de wensen en behoeftes van onze doelgroep aan te sluiten.
 - Leer als sociale basis, bijvoorbeeld als buurtcentra, van het laagdrempelig karakter van dagbestedingsplekken.
- Het is de wens om de sociale basis en het specialistisch aanbod zo dicht mogelijk bij elkaar te organiseren. Dit is echter nog niet structureel zo ingeregeld. Er zijn een aantal goede initiatieven, maar er is ook nog veel onbekendheid en weerstand.
 - Versterk kennis en kunde over ggz-problematiek en het specialistisch aanbod in de sociale basis. Een voorbeeld van waar de sociale basis en het specialistisch aanbod gecombineerd worden is Huis van de Wijk de Meeuw in Amsterdam.³³

Belangrijkste punten hoofdstuk 5

- In de regio Den Haag zijn er weinig ervaringen met collectieve of gemengde woonvormen voor de MO/BW-doelgroep.

³³ Huis van de Wijk de Meeuw in Amsterdam: <https://huisvandewijknoord.nl/>

- Veel stakeholders vinden het een goed idee om meer in te zetten op gemengde en collectieve woonvormen.
 - Leer van voorbeelden uit andere regio's, zoals Living Lab Eerst een thuis in Utrecht en de Bloemenheuvel in Nijmegen.³⁴
- Financiering, onder andere de vraag wie de gezamenlijke ruimte of voorzieningen financiert, is het grote obstakel dat genoemd wordt voor collectieve of gemengde woonprojecten.

Belangrijkste punten hoofdstuk 6

- In landelijke en lokale plannen krijgt ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid een steeds grotere rol in beleid en praktijk.
- Het merendeel van de cliëntparticipanten weet wat ervaringsdeskundigheid is en ziet meerwaarde in de inzet hiervan in begeleidingstrajecten. Weinig van de door ons geïnterviewde cliëntrespondenten zijn echter tijdens hun traject daadwerkelijk in aanraking gekomen met een ervaringsdeskundige.
- Cliëntrespondenten ervaren onduidelijkheid in de rol van ervaringsdeskundigen in de uitvoering. Aanbieders geven aan zelf ook vaak zoekende te zijn naar de rol die een ervaringsdeskundige vervult.
 - Leer als aanbieders van de inzet van ervaringsdeskundigheid in de uitvoering tot nu toe. Ga met elkaar in gesprek over wat wel en niet werkt. Betrek partijen die al meer en langer hebben gewerkt met het inzetten van ervaringsdeskundigheid.
- Er bestaat frictie tussen ervaringsdeskundige en reguliere begeleiders, mede doordat reguliere begeleiders vaak niet opgeleid zijn om hun eigen ervaringen in te zetten, of doordat het onduidelijk kan zijn wat de meerwaarde is van dit specialisme.
 - Leer alle begeleiders een basis over het inzetten van ervaring, zonder dat dit zwaar of complex hoeft te zijn. Normaliseer hiermee de inzet van ervaringskennis.
 - Zorg als aanbieders dat kennismaken met ervaringsdeskundigheid en de inzet van eigen ervaringen in het werk als begeleider vast onderdeel worden van stagetrajecten.
- De vergoeding van de inzet van ervaringsdeskundigen door de zorgverzekeraars wordt slechts in beperkte mate ondersteund door het Zorgprestatie-model (ZPM). De meerderheid van de ervaringsdeskundigen kunnen binnen het ZPM geen declarabele consulten registreren.
 - Ga als gemeente het gesprek aan met de zorgverzekeraar om te verkennen hoe ervaringsdeskundigheid beter ingebed kan worden in het ZPM.
- Er zijn een aantal structuren ingericht waarmee ervaringsdeskundigheid wordt meegenomen in beleidsvorming, zoals de cliëntklankbordgroep.
- Vanuit partijen uit het veld wordt aangegeven dat ervaringsdeskundigheid nog niet goed verweven zit in het vormen van beleid. Zowel in gewicht van de functie van ervaringsdeskundige binnen de gemeente als in de timing waarmee om input wordt gevraagd, zien partijen nog ruimte voor verbetering.
 - Schat de inzet van ervaringsdeskundigheid, zowel in functie als in timing, op waarde. Denk hierbij aan het inzetten van ervaringskennis in reguliere beleidsfuncties.

³⁴ Living Lab Eerst een thuis in Utrecht: <https://www.eersteenthuisutrecht.nl/> en de Bloemenheuvel in Nijmegen: <https://www.ribw-nijmegenrivierenland.nl/professionals/gemeenten/beuningen/bloemenheuvel>

Onderzoeksteam Vijfde Meting Den Haag



Dr. Nienke Boesveldt is hoofdonderzoeker. Zij is werkzaam bij 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. Tenslotte is ze Directeur van haar eigen Onderzoeksinstituut



Merel Otto (MSc) is als onderzoeker aan de Universiteit van Amsterdam betrokken bij het project. Tijdens haar master Social and Cultural Anthropology aan de Vrije Universiteit van Amsterdam heeft ze onderzoek gedaan naar de ervaringen van jongvolwassenen met psychische problemen in Lagos, Nigeria. Haar interesse in het project wordt gedreven door haar passie voor het thema psychische gezondheid en haar doel om kennis en theorie in te zetten voor het praktisch aanpakken van maatschappelijke problemen.



Annie Berendsen (MSc) is als onderzoeker aan de Universiteit van Amsterdam betrokken bij het project. Ze rondde haar master af aan de Wageningen Universiteit en de TU Delft, bij het AMS Institute. Hierbij deed ze onderzoek met de living lab-methodiek naar de doelgroep economisch daklozen. Naast haar rol als onderzoeker is Annie werkzaam bij De Regenboog Groep, een zorgaanbieder in het sociale domein van Amsterdam. Met deze combinatie van activiteiten brengt ze de werelden van onderzoek, beleid en praktijk dichter bij elkaar.



Thijs Kuiling is een energieke bevlogen 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.



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."



Stan Coldewijn is vader van drie kinderen en woont samen met zijn lief Ellen. Stan heeft een technische achtergrond. Na een heel stevige burn-out is hij alcoholafhankelijk geworden. Dit had als resultaat: einde van zijn bedrijf, huwelijk en een pad van zo'n tien jaar binnen diverse instellingen. Inmiddels woont hij alweer drie jaar zelfstandig, abstinente, en is hij werkzaam binnen het psychosociale domein. Via een vriendin kwam hij in aanraking met de UvA en is Stan als enthousiaste duo-onderzoeker betrokken bij het onderzoek.



Ambulantisering en regionalisering van maatschappelijke opvang en beschermd wonen in de regio Den Haag- rapportage 2020

Dit onderzoek, uitgevoerd in opdracht van de gemeente Den Haag, heeft als doel vijf jaar in kaart te brengen hoe beleidsopgaven van ambulantisering en decentralisering van maatschappelijke opvang (MO) en beschermd wonen (BW) verlopen in Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer. Voor deze eerste rapportage zijn in 2019 en 2020 22 gemeentelijke stakeholders van de centrum- en regiogemeenten geïnterviewd, 11 niet-gemeentelijke stakeholders en 44 cliënten die gebruikmaken of recent hebben gemaakt van MO en/ of BW in deze regio. Deze interviews, gecombineerd met een documentenanalyse van het Wmo-, woon- en participatiebeleid hebben geleid tot de volgende resultaten en aanbevelingen.

1. Preventie: begin van de woon-zorgopgave

- Officiële uitzettingscijfers vertekenen het beeld: cliënten verlaten ook na uitgeoefende druk van een corporatie hun huis. Ook de toename van driepartijen/omklapcontracten vertekent het beeld.
- Vroegsignalering ter voorkoming van uitzetting bereikt bewoners vrije huur- en koopsector niet.
- Wens van corporaties dat uitgezette personen door een (sociaal wijk)team begeleid en gemonitord blijven worden. Het blijkt lastig dit, of een tijdelijke woonoplossing aan te bieden aan uitgezette personen.
- Preventie nog geen onderdeel van de gemeentelijke woon-zorgopgave, hoewel belang wordt onderkend.
- Samenwerking zorgt in regiogemeenten voor het delen van expertise, maar ook voor onduidelijkheid met betrekking tot het totale regio-aanbod en eindverantwoordelijkheid

2. Ambulantisering: start binnen de MO/BW-keten

Maatschappelijke Opvang

- Clienten geven aan dat het daklozenloket niet als toegankelijk wordt ervaren. Sommigen waren geheel onbekend met het bestaan, of worden ontmoedigd door ontoereikende hulp of het advies zaken eerst te laten escaleren. Zij zouden daar graag ook preventieve hulp ontvangen om dakloosheid te voorkomen.
- Afstand is met name in regiogemeenten een (financiële) barriere. Zoetermeer heeft een eerste stap gemaakt met een lokaal loket, hoewel Den Haag verantwoordelijk blijft voor opvang.
- Omstandigheden binnen de nachtopvang bemoeilijken mogelijkheden tot werken aan herstel.
- Ondanks uitbreiding 24-uurs locaties gebrek aan MO capaciteit.

Beschermd wonen

- Recente regierol van Den Haag t.o.v. de toegang en het wachtlijstbeheer van BW zorgt voor meer overzicht en transparantie. Tegelijkertijd ervaren cliënten momenteel onduidelijkheid en missen aanbieders de mogelijkheid tot voorbereiding.
- De lengte van de Haagse wachtlijst BW wordt zowel negatief beïnvloed door het gebrek aan uitstroom uit BW, als door instroom vanuit de afbouw van ggz en forensische zorg.
- Overbruggingszorg staat onder druk: door toegenomen gemeentelijke regie worden minder indicaties aangevraagd. Ook discussie tussen centrum en regiogemeenten over wie deze zorg levert en betaalt.

Cliënten over ambulantisering

- Vooral cliënten in de MO zijn positief over ambulantisering: zij kijken ernaar uit snel een eigen plekje te krijgen.
 - Sommige cliënten, vooral in BW, geven echter aan dat zij helemaal niet willen uitstromen. Hospitalisering en (angst voor) stigma in de buitenwereld spelen hierbij een rol.
 - De meeste cliënten formuleren voorwaarden voor ambulantisering, waaronder een goede voorbereiding, uitstromen op eigen tempo en continuïteit van ondersteuning.
-



Ambulantisering en regionalisering van maatschappelijke opvang en beschermd wonen in de regio Den Haag- rapportage 2020

6. Uitstroom in de woningmarkt: te weinig betaalbare woningen

- Cliënten noemen woningnood, lage inschrijftijd, te weinig inkomen voor vrije sector en weinig contingent -woningen als barrières voor uitstroom.
- Transformatie bestaand vastgoed en nieuwe sociale huurwoningen gepland, maar ligt gevoelig: streven 30% sociaal bij nieuwbouw niet altijd bereikt.
- Proces nieuwe (koepel)convenanten voor uitstroom legt verschillen in belangen bloot; cliënten vragen om maatwerk, dit is een mogelijke oplossing.
- Bij geclusterde woonvormen speelt een betaalbaarheidsdiscussie. Lagere indicaties, wel passend bij het herstel van de cliënt, kunnen het voortbestaan van geclusterde woonvormen bedreigen.
- Cliënten vinden het belangrijk terecht te kunnen in eigen gemeente.
- Door regionale aanpak regio beter op de hoogte. Regio signaleert echter dat ambulantisering en regionalisering (te veel) druk geeft op gemeentelijke budgetten, en dat tekorten oplopen. Maatschappelijk worden (hierdoor) ook grenzen gezien.
- Verschillend tempo uitvoering in de regio.

7. Ambulante keten van zorg en ondersteuning: het belang van continuïteit in de wijk

- Cliënten MO en BW vragen bij uitstroom om continuïteit (begeleider, uren, type ondersteuning etc).
- Gemeentelijke financiering tot 2020 bemoeilijkte mogelijk continuïteit
- Wijkinfrastructuur kent verschillende toeleidings- en signaleringsvormen. Ook vroegsignalering van overlast in de wijk en ggz-problematiek wordt hierin door gemeenten meegenomen.
- Bij acute ggz-crisis kunnen aanrijtijden, wachtlijsten en regionaal verschillende locaties de dienstverlening bemoeilijken.
- Voor continuïteit begeleiding klinische ggz (voorkom incidenten o.a. in MO) lijkt bevorderen uitstroom BW, grip op wachtlijst en versterken van relatie met ggz- en verslavingszorgfinanciers ('gezamenlijke inkoop') van groot belang.

8. Integratie in de wijk en participatie in de samenleving

- Groot deel cliënten geeft aan het contact in de buurt zo veel mogelijk te ontwijken.
- Deel ervaart stigma vanuit de buurt: gebrek aan sociale integratie veroorzaakt wrijving tussen cliënten en buurtbewoners, kan tot verheviging van psychische klachten leiden en terugval in dakloosheid.
- De inzet van gemeenten op participatie en integratie leidt mogelijk tot meer positief resultaat, aandacht voor leefbaarheid in wijken is belangrijk.
- Gemeente en woningbouw verkennen investeringen in publieke ruimte, het tegengaan van overlast door inzet van buurtbemiddeling, een wijkregisseur en inzet op de algemene sociale cohesie van een wijk.
- Sommige cliënten hebben de ervaring dat burens om het minste of geringste klagen, waardoor een huisuitzetting dreigt. Cliënten ervaren dit als onrechtvaardig en stressvol. Onderdeel van de (Housing First) methodiek kan zijn hoe kennis te maken met de galerij. Mogelijk kunnen burens signalen melden bij de begeleidende organisatie.
- Zinnige daginvulling is belangrijk voor integratie en participatie. Veel cliënten hebben flex-contracten voor werk, dit is kwetsbaar en financiën kunnen lastig liggen. Vaak ook keuze voor vrijwilligerswerk.
- Soms vooral actieve ingezet om mensen met een relatief kleine afstand tot de arbeidsmarkt aan het werk te helpen. Met name voor mensen met een grotere afstand kan het aanbod nog verder worden ontwikkeld

Ambulantisering en regionalisering van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen in de regio Den Haag in 2021, tweede meting



De focus van deze tweede meting lag de (voorbereiding op) uitstroom door cliënten MO/BW Tussen december 2020 en maart 2021 zijn 69 interviews afgenomen met met beleidsmakers, professionals en cliënten met ervaringen met MO/BW in deze regio. Hierin komen de volgende punten naar voren:

Voorbereiding op uitstroom binnen MO/BW- Clientenperspectief

- Merendeel geïnterviewde cliënten voorstander van ambulantisering onder bepaalde voorwaarden: o.a. goede voorbereiding op uitstroom en continuïteit en beschikbaarheid van begeleiding
- MO & BW groepen ervaren wisselingen in personeel en werkwijze en zien dit als negatief. Cliënten wensen een persoonsgerichte aanpak
- MO cliënten zij veelal kritisch over ontvangen begeleiding, kenmerken deze als grillig en weinig behulpzaam
- BW cliënten doorgaans stuk positiever over begeleiding
- MO-clients stromen uit, terwijl het merendeel van BW-clients nog in BW verblijft



Perspectief op Uitstroom vanuit MO/BW partijen

- MO/ BW-voorzieningen voorzichtig met uitstroom vanwege mogelijke overvraging en terugval cliënten
- Ook zien MO- en BW stakeholders een risico voor de financiering van groepslocaties in te lage indicaties (MWA) wanneer ingezet wordt op voorbereiding op uitstroom.
- Transitie MO/BW ook geraakt door verandering beheer wachtlijsten: beheer door centrumgemeente biedt helderheid over (gemis van) aanbod voor cliënten met specifieke hulpvragen en meer rechtvaardige verdeling, maar de wachtlijst groeit.



Beschikbare woningvoorraad

- Uitstroom naar corporatiewoningen, via eigen inschrijftijd, urgentie of convenant
- Relatief korte omklapcontracten: hierna variatie acceptatie/ zoeken begeleiding
- Gebrek aan woningen door weerstand jegens sociale huur, niet tijdige matching en twee regiogemeenten spreken over onderbenutting van beschikbaar gestelde woningvoorraad
- Veel voorzieningen in centrumgemeente Den Haag, bemoeilijkt uitstroom naar regiogemeenten (ook door beëindiging corporatie inschrijftijd bij gebruik voorziening in Den Haag)
- Verbetering nodig gemeentelijke samenwerking met corporaties om de uitstroom naar regiogemeenten te kunnen verhogen
- Ook optie particuliere oplossingen, of kleinere tijdelijke oplossingen in houtsouterrain van de woningmarkt genoemd door stakeholders



Aanbeveling voor Risico van inzet op voorbereiding uitstroom

Het tarief voor beschermd wonen intensief is, op basis van extern onderzoek door Cebeon, afgelopen jaar aangepast (opgehoogd). Dit komt tegemoet aan de wens van stabiele financiering van locaties. Onbekend is of dit ook het aangegeven 'risico' van inzet op voorbereiding op uitstroom ondervangt. Het verdient de aanbeveling in nauw overleg met elkaar te zijn over deze transitie, en hiermee gepaard gaande frictiekosten voor de gevraagde flexibilisering van intramurale teams, met het langere termijn perspectief van uitstroom.

Aanbeveling ondervangen hinder van complexiteit financieringsconstructies

- Behoeft vanuit de regio aan meer onderlinge samenwerking, deling van informatie over kosten en expertise ter voorbereiding op de doordecentralisatie en het passend inrichten van lokaal (nieuw) aanbod
- Ook voor financiering in de wijk meer afstemming tussen gemeente/ zorgverzekeraar (s) en zorg- en ondersteuningsaanbieders, evenals met ander aanpalend aanbod. Voor dit overleg kan meer financiële ruimte nodig zijn, zeker in een opstartfase

Begeleiding na uitstroom

- Helpt van recente uitgestroomde cliënten wordt niet meer begeleid. Behoeft aan meer inzet op continuïteit van begeleiding na uitstroom en, waar mogelijk, dezelfde begeleiders betrokken te houden bij het proces. Is dit niet mogelijk dan is warme overdracht van belang.
- Ervaringen van MO en BW-aanbieders met financiering MWA zijn niet positief voor ambulante begeleiding (te laag) en de financiering van lokale opbouw ambulante ondersteuning is complex. Dit heeft gevolgen voor het aanbod aan cliënten.
- Behoeft vanuit de regio aan meer onderlinge samenwerking, deling van informatie over kosten en expertise ter voorbereiding op de doordecentralisatie en het passend inrichten van lokaal (nieuw) aanbod.
- Variatie in ervaringen met Housing First, met name behoefte aan delen kennis welke mogelijk op gespannen voet zou staan met privacy cliënt.

Uitgelichte aanbevelingen ambulantisering

- Verhoogd risico op terugval in dakloosheid na uitstroom gedurende de eerste drie jaar na uitstroom: Om deze reden verdient het de aanbeveling vinger aan de pols te houden, bijvoorbeeld middels financiering van een 'waakvlam'-contact met een bekend begeleider
- Maak lokaal ook duidelijk convenant tussen corporaties en gemeenten
- Instroom mogelijk voorkomen, door taken van Haagse loketten in regiogemeenten te beleggen. Huidige doordecentralisatie en nieuwe wetgeving (o.a. t.a.v. briefadressen) biedt hier aanvullend kansen toe .

Ondersteuning bij financiën en participatie

- Financiële ondersteuning wordt door cliënten van belang gevonden, hier worden zij nog niet altijd tijdig op ondersteund, en hier zijn bij cliënten zorgen over
- Vroegsignalering schulden leidt tot zicht op andere problematiek, welke tijdig en passend dient te worden belegd. Dit gebeurt, maar nog niet altijd.
- Elke vorm van daginvulling zorgt voor MO/BW-clieñten voor de noodzakelijke structuur, de COVID pandemie heeft dit des te meer duidelijk gemaakt. Op cliënten die niet participeren dient meer te worden ingezet, ook vanuit P-wet

Aanbevelingen: kleinschalige BW capaciteit

- Door met name BW-stakeholders en GGZ professionals wordt, in aansluiting op enkele BW-clieñten, het belang benadrukt van het behoud van voldoende (kleinschalige) BW-capaciteit in de regio
- Spreiding in de regio van nieuw te realiseren, meer gespecialiseerde, kleinschalige BW-locaties momenteel onderwerp van gesprek in gemeenten. Nog geen consensus over het eindbeeld, hetgeen ook bemoeilijkt wordt door de uitgestelde transitie BW.





Ambulantisering en regionalisering van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen in de regio Den Haag

Derde onderzoeksmeting - 2022



Achtergrond

In 2022 volgde de Universiteit van Amsterdam voor het derde jaar trajecten van participanten uit de regio Den Haag met een achtergrond in de maatschappelijke opvang of beschermd wonen. Deze meting is onderdeel van een **vijfjarig onderzoek** naar de ambulantisering en de regionalisering van MO en BW.



Participanten

Voor dit onderzoek zijn in totaal 35 interviews afgenomen met cliënten of voormalig cliënten van de maatschappelijke opvang of beschermd wonen. Voor deze derde meting is extra ingezet op het werven van participanten uit regiogemeenten, ook onder personen die voormalig cliënt zijn van de maatschappelijke opvang of beschermd wonen en nu zelfstandig wonen met ambulante begeleiding.

Doel



De doelstelling van dit onderzoek is om gedurende vijf jaar, samen met cliënten, ervaringsdeskundigen en andere relevante stakeholders de decentralisatie, ambulantisering en het verbeteren van randvoorwaarden in gemeenten te volgen.

Belangrijkste randvoorwaarden voor rondkomen na overgang eigen woning

In onze verschillende onderzoeksprojecten naar ambulantisering en regionalisering in het land wordt rondkomen na uitstroom als moeilijkheid ervaren door participanten. Participanten noemen een aantal belangrijke randvoorwaarden om dit te vergemakkelijken:

- Tijdig uitzoeken en aanvragen van huurtoeslag en mogelijkheid om bijzondere bijstand aan te vragen voor de noodzakelijke kosten van de verhuizing.
- Het tijdig opbouwen van een **financiële buffer** voor het betalen van eerste maand huur, borg en eventuele onvoorziene kosten alvorens men de woning betreft.
- **Informatie/hulp** bij het aanvragen van kwijtschelding van gemeentelijke belastingen. Ook door bewindvoerders en hulpverleners wordt hier nog niet altijd proactief op gewezen.
- Onderlinge **afspraken met bewindvoerder/budgetbeheerder** over voor de participant belangrijke extra uitgaven zoals gezondheidsgerelateerde kosten of uitgaven voor kinderen, mobiliteit of middelengebruik.
- Tevens de mogelijkheid om met een duidelijke reden in overleg **eenmalig extra budget** te krijgen als rondkomen niet lukt.

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 twee jaar later: een cijfermatig overzicht

T0 (2020)			T2 (2022)
Gehele traject zelfstandig wonend			8%
			
1) Woning op eigen naam			8% (4)
Uitstroom richting woning			54%
2) MO	→	woning met omklapcontract → woning op eigen naam	4% (2)
3) MO	→	woning op eigen naam	8% (4)
4) BW	→	woning met omklapcontract → woning op eigen naam	10% (5)
5) BW	→	woning op eigen naam	26% (13)
6) Doorstroom voorziening	→	eigen oplossing (onderhuur)	2% (1)
7) Specialistische zorg	→	woning op eigen naam	4% (2)
Langdurig verblijf in MO/BW			32%
8) MO	→	doorstroomvoorziening	2% (1)
9) BW	→	doorstroomvoorziening	2% (1)
10) BW (>2 jaar, gem. 6,5 jaar)			18% (9)
11) MO (>3 maanden)			2% (1)
12) Doorstroomvoorziening			8% (4)
Andersoortige trajecten			6%
13) ZW (basis)	→	BW	2% (1)
14) Specialistische zorg.	→	MO/doorstroomvoorziening	4% (2)

Opvallendheden

- Er zijn geen gevallen van herhaalde dakloosheid.
- Veel langdurige BW-trajecten met weinig perspectief tot uitstroom.
- Het aantal verhuizingen van een MO/BW-voorziening naar een doorstroomvoorziening, hetgeen een risico vormt voor herhaalde dakloosheid omdat een verhuizing als life event wordt gezien.



Conclusies rapportage derde meting Den Haag

Vorbereiding op uitstroom binnen MO/BW- Clientenperspectief

- Verschillende BW-cliëntparticipanten in dit onderzoek ervaren een **gebrek aan motivatie en begeleiding** bij uitstroom.
- MO-cliënten stromen vaker uit. Wel geven zij aan **onduidelijkheid** te ervaren over de termijn waarop zij uitstromen, wat hiervoor nodig is en of zij in de gemeente van herkomst zullen uitstromen.
- **Onvoldoende afstemming** tussen betrokken professionals binnen en buiten de eigen organisaties kan een verklaring vormen voor een gebrek aan (zicht op) begeleiding op uitstroom, daginvulling of ondersteuning bij financiën.
- Er wordt **verschillend gedacht** over interne dan wel gemeentelijke sturing en de ervaren 'vrijblijvendheid' van het onderwerp (passende) participatie voor intramurale cliënten wordt benoemd.
- Het verschil in denken over sturing is relevant. Een dagelijks begeleider ziet mogelijk niet alle kansen op herstel voor een BW-cliënt. Belang van **extern, stimulerend perspectief** wordt hier dan ook benadrukt.



Uitstroom in de woningmarkt

- Cliënten en zorgaanbieders worden **ontmoedigd** door de kleine kans op uitstroom in een **overspannen woningmarkt** waardoor er momenteel een **jaarlijks tekort van ruim duizend woningen** bestaat. Tegelijkertijd lijken kansen te worden gemist op het gebied van samenwerking tussen zorgaanbieders en woningcorporaties in de regio en wordt 'nep-sociaal' bouwen als ongewenst gezien.
- MO- en BW-cliëntparticipanten **zoeken vaker zelfstandig** naar reguliere sociale huurwoningen, waardoor woningcorporaties geen zicht hebben waar uitstromers terecht komen, hetgeen door de corporaties als ongewenst wordt ervaren
- In dit onderzoek ziet de UvA hoe een cliënt **na een klinische opname** niet terug kan keren naar de eigen reguliere woning, en tijdens de opname de woning verloor.
- Er wordt wisselend gebruik gemaakt van driepartijencontracten en omklapcontracten waarbij wordt aangegeven **maatwerk** te leveren met inachtneming van het advies van de zorgaanbieder.
- Stakeholders geven aan goede ervaringen te hebben met **Housing First**.
- Het **cliënt/huurderperspectief** ontbreekt nog vaak in de uitspraken van deelnemers aan de focusgroep wonen. Echter worden er wel stappen gezet richting **destigmatisering van de doelgroep**, door hen als gewone huurders te zien.
- **Overleg tussen woningcorporaties** lijkt helpend voor de uitstroom van cliënten.

Aanbevelingen

- Meer intensieve begeleiding bij uitstroom, zoals Critical Time Intervention (CTI) kan juist passend zijn vanwege vanuit cliënten ervaren barrières bij voorbereiding op uitstroom.
- Het intern organiseren van een extern perspectief op het herstel en uitstroombmogelijkheden van een cliënt om zo een cliënt minder afhankelijk te laten zijn van de 'tunnelvisie' die één begeleider kan hebben.
- In verband met het verhoogde risico op herhaalde dakloosheid is de aanbeveling in te zetten op meer permanente i.p.v. doorstroomvoorzieningen.
- Wenselijk is de gemeente als financier meer betrokken te laten zijn bij de monitoring en besluitvorming rondom de begeleiding op uitstroom, passende daginvulling en ondersteuning bij financiën van de uitstromende cliënt.
- De samenwerking in de regio tussen gemeenten, zorgaanbieders en woningcorporaties dient te worden geformaliseerd.



Conclusies rapportage derde meting Den Haag

Ambulante begeleiding in de wijk



- Ongeveer de helft van de uitgestroomde cliëntparticipanten ontvangt begeleiding, hoewel de meesten van hen steeds verder **afschalen**. De ervaringen hiermee, evenals ervaringen met wisselingen in begeleiding, zijn uiteenlopend.
- Het waarborgen van **continuïteit** blijft vanuit de gemeente en zorgaanbieders het uitgangspunt, maar wordt bemoeilijkt door de krappe arbeidsmarkt en lastigheden in de uitvoering van de MWA's. Stakeholders blijven daarmee kritisch op de MWA's, ook met betrekking tot vroegtijdige signalering en de mogelijkheden tot integraal samenwerken.
- **Zorg- en ggz-partijen** hebben nog steeds **moeite om elkaar te vinden**, wat verder wordt versterkt door soms uiteenlopende opvattingen over de situatie van cliënten. Zorgmedewerkers voelen zich daarnaast niet altijd serieus genomen door de ggz.

Participatie en financiële ondersteuning in de wijk



- Voor de participatie van uitgestroomde MO/BW-cliënten is er **ruimte voor verbetering** van ervaren drempels, verkeerde financiële prikkels en taakopvatting op het snijvlak van Wmo en Werk en Inkomen. Er is behoefte aan het implementeren van een **meer integrale aanpak** in de bredere gemeentelijke organisatie
- Financiële zelfredzaamheid van participanten na uitstroom en/of schuldentraject blijft kwetsbaar waardoor veel participanten een **vrijwillige vorm van financiële ondersteuning** aanhouden na uitstroom.
- **Inflatie**, de **kostendelersnorm** en **onvoldoende zicht op minimaregelingen** leiden tot onvoldoende inkomen en/of moeilijkheden met rondkomen.
- Voor mensen die zelf een oplossing vinden voor hun dakloosheid, of de dakloosheid van anderen, kan de **kostendelersnorm een barrière** vormen om geen verdere ondersteuning te zoeken.

Aanbevelingen

- Wisselingen onder personeel zijn beter te vervangen door vaste staf, dan door tijdelijke staf.
- Het aanbieden van casusregie op alle casussen MO/BW bieden om continuïteit te waarborgen.
- Minder afhankelijkheid van begeleiding zou georganiseerd kunnen worden door meer inzet op lotgenotengroepen.
- De doordecentralisatie veroorzaakt toenemende spanning op de passendheid van participatiemogelijkheden. Om passende daginvulling aan te kunnen blijven bieden, dient een regiogemeente zelf alles aan te bieden, of mogelijk maken dat mensen (blijven) reizen.
- Aan bestaande regelingen (zoals de Haagse Ooievaarsregelingen) actief bekendheid te (blijven) geven.
- Het lijkt van belang dat de verschillende partijen zich meer gaan interesseren in het werk van elkaar. Zoals men in het Engels zegt, werk aan je meest 'frosty relations'.

De vierde onderzoeksmeting naar ambulantisering en regionalisering van de maatschappelijke opvang (MO) en beschermd wonen (BW) in de regio Den Haag

Op basis van 45 interviews met cliëntparticipanten en zes focusgroepen met stakeholders

Deze factsheet geeft een overzicht van de conclusies en aanbevelingen.



Analyse van trajecten van cliëntparticipanten over vier jaar tijd laat in grote lijnen drie typen zien: uitstroom richting een zelfstandige woning (49%); langdurig verblijf in MO of BW (34%) en onderbroken trajecten / herhaalde dakloosheid (10%).

Aanbeveling langdurig verblijf MO

Vanuit branchevereniging Valente is als doel voor de sector geformuleerd: 'Niemand hoeft langer dan drie maanden in de noodopvang te verblijven'. Ook is in Den Bosch per 2023 de locatie van de nachtopvang gesloten en gestart met een op 'Wonen Eerst' gestoelde werkwijze, waarin dakloze personen binnen drie weken zicht hebben op het zelfstandig huren van een corporatiewoning. Het verdient de aanbeveling om ook in de regio Den Haag deze landelijke beweging door te zetten.

Belangrijkste punten beschikbaarheid van woningen

- o Jaarlijks is er een groot tekort aan convenantwoningen voor zorgdoelgroepen. Opvallend hierin is dat Den Haag achterblijft op de aantallen die de andere grote steden (G5) aanbieden voor deze groep.
- o Er is in de centrumgemeente en minstens één regiogemeente sprake van een kwalitatieve mismatch. De beschikbare woningen zijn groter of duurder dan passend zou zijn voor de mensen die uitstromen uit MO/BW-voorzieningen.
- o Er wordt in beleid de keuze gemaakt voor de systeemaanpak van Housing First, met als benaming Wonen Eerst. Vanuit het cliëntperspectief wordt het de onderzoekers niet duidelijk wat de route is voor de mensen die dakloos zijn en een kleine of afwezige ondersteuningsvraag hebben, waarvoor Housing First als preventie ingezet kan worden.



Aanbevelingen voor de beschikbaarheid van woningen

- Volg de lijn van de andere grote steden en verhoog het percentage convenantwoningen voor zorgdoelgroepen.
- Woningsplitsen kan mogelijkheden bieden om de woningvoorraad aan te passen.
- Zet Housing First ook in als preventie bij de groep mensen die dakloos is met een kleine of afwezige zorgvraag, als onderdeel van de systeemaanpak Wonen Eerst.

Belangrijkste punten intramurale voorzieningen

- o Er is een lange wachtlijst voor voorzieningen. De veranderende doelgroep voor BW, met een meer gespecialiseerde hulpvraag, blijkt een struikelblok waardoor cliënten niet geplaatst kunnen worden.
- o De nadruk op een snelle uitstroom kan volgens zorgorganisaties contraproductief werken voor de zware doelgroep. Vanuit de gemeente is er weinig inzicht in de kwaliteit en kwantiteit van geleverde zorg.



Aanbevelingen voor intramurale voorzieningen

- Zet in op maatwerk en flexibiliteit bij alle betrokken partijen zodat de al schaarse voorzieningen gebruikt kunnen worden.
- Zorg voor goede communicatie en afstemming tussen alle betrokken partijen (gemeente, zorgorganisaties en woningbouwcorporaties). Maak duidelijke afspraken met het belang van de cliënt/burger voorop.
- In de regio Den Bosch vormt een vanuit het veld aangedragen aanbeveling een levensloop-begeleiding, welke dan instelling overstijgend aangeboden zou moeten worden. Dit komt overeen met zogenaamde trajectregie, zoals men die in Amsterdam kent.



Belangrijkste punten in de wijk en continuïteit van begeleiding

- o Het verkrijgen van een eigen woning is bij het merendeel van de cliëntparticipanten een positieve ervaring, maar het moment van verhuizen heeft een enorme impact.
- o Mensen die uitstromen naar een zelfstandige woning, komen nauwelijks aan bij partijen in het voorliggende veld.
- o Er is een hoog aantal wisselingen van begeleiding, zowel in voorzieningen als in de wijk. In voorzieningen kan het wisselen van cliënten voor begeleiders prettig zijn i.v.m. de zwaarte van zorg.

Aanbevelingen voor in de wijk en continuïteit van begeleiding

- Intensiveer de begeleiding op kritische momenten zoals een verhuizing en stem hierbij goed af tussen aanbieders en over gemeentegrenzen heen.
- Zet weer in op initiatieven zoals de Buurtcirkels en bied hiervoor de nodige professionele en financiële ondersteuning.
- Zet meer in op de mogelijkheid van een waakvlamcontact in de wijk. In voorzieningen kan teamgedragen zorg of duobegeleiding uitkomst bieden om de caseload te verlichten en daarmee continuïteit te waarborgen.

Belangrijkste punten participatie en financiën

- o Participanten met een zinvolle daginvulling zien we vaker en sneller uitstromen uit voorzieningen. Onder participanten zonder zinvolle daginvulling zien we vaker langdurig verblijf in voorzieningen.
- o Rondkomen blijft voor veel participanten lastig. Creatief nadenken en additionele ondersteuning of regelingen zijn vaak nodig. Ook blijkt opnieuw dat de armoedeval en de complexiteit van het Nederlandse toeslagen- en belastingstelsel demotiverend werken voor het maken van de stap naar betaald werk.

Aanbevelingen voor participatie en financiën

- Zet extra in op zinvolle daginvulling, juist voor cliënten die in een MO/BW-voorziening verblijven. Dit wekt zelfvertrouwen voor de cliënt, is een belangrijke bron van zingeving en kan houvast bieden wanneer de cliënt uitstroomt naar bijvoorbeeld een eigen woning.
- Maak miniregelingen zo toegankelijk mogelijk. Ondersteun cliënten als zorgorganisatie en gemeente extra op het gebied van financiën en regelingen wanneer zij de overstap naar betaald werk maken.

Interesse in deze of eerdere onderzoeksrapportages? Scan de QR of
bezoek onze website voor meer informatie: www.nienkeboesveldt.com

