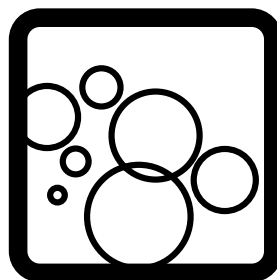


Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz

Verloop van zorggebruik en psychosociale problematiek
onder dak- en thuislozen in de Rotterdamse
maatschappelijke opvang in 2006



Tony van Rooij
Elske Wits
Dike van de Mheen
Niels Mulder



Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz. Verloop van zorggebruik en psychosociale problematiek onder dak- en thuislozen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang in 2006

Tony van Rooij (IVO), Elske Wits (IVO), Dike van de Mheen (IVO), Niels Mulder (O3/Erasmus MC)

Opdrachtgever: Onderzoekscentrum O3

Financier: Zorgkantoor

Februari 2008

IVO

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T 010 425 33 66

secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-76-4

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

Dankwoord

Voor u ligt de rapportage van een onderzoek naar zorgtoeleiding in de Rotterdamse maatschappelijke opvang. In 2006 is aan de hand van onderzoek onder Rotterdamse dak- en thuislozen een screenings-instrument ontwikkeld voor gebruik in de maatschappelijke opvang (MO). Het huidige onderzoek is hierop een vervolg. Een groep van 300 bezoekers van de maatschappelijke opvang is gezocht en, zoveel mogelijk, opnieuw geïnterviewd. Daarnaast is de toeleiding naar zorg gevolgd voor 21 dak- en thuisloze "aanmelders" bij het ontvangstloket voor de maatschappelijke opvang, Centraal Onthaal (CO). Longitudinaal onderzoek in de maatschappelijke opvang is zeldzaam maar waardevol: de resultaten leest u in dit rapport.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Onderzoekscentrum O3¹ en financieel mogelijk gemaakt door Zorgkantoor Rotterdam. Om de kwaliteit en inbedding van het onderzoek te bewaken is er een begeleidingscommissie samengesteld. Wij bedanken deze commissie voor haar deskundige advies:

- dr. Harry de Koning, Erasmus MC, Rotterdam
- Geertien Pols, CVD, Rotterdam
- drs. Christl van Gerven, dienst SoZaWe, Rotterdam
- prof. dr. Judith Wolf, Trimbos-instituut, Utrecht; Radboud Universiteit, Nijmegen

We bedanken ook onze twee betrokken interviewers, Anke Snoek en Enas Baraya-Puttriss, voor hun bijdrage en doorzettingsvermogen. Marion Leijtsens heeft als afstudeerstagiaire het opsporen en herinterviewen van de 21 respondenten mede voor haar rekening genomen, hierbij ondersteund door Werner Stolk, in het kader van zijn praktijkstage.

In de maatschappelijke opvang zelf zijn we steeds gastvrij ontvangen door de verschillende managers en medewerkers van het Leger des Heils, het CVD, de Pauluskerk (Nico Adriaans Stichting), en Stichting De Ontmoeting. Dit ondanks onze frequente bezoeken en soms lastige vragen. Bedankt!

Tot slot is het passend om de bezoekers van de maatschappelijke opvang te bedanken. Bedankt voor de tijd, maar in het bijzonder ook voor het vertrouwen dat ons werd geschonken.

De onderzoekers
Rotterdam, februari 2008

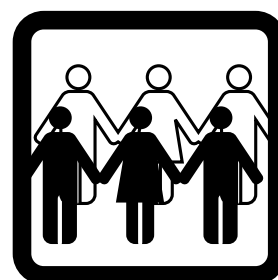
¹ Onderzoekscentrum O3 is verbonden aan het Erasmus Medisch Centrum, afdeling psychiatrie en betreft een samenwerkingsverband tussen het EMC, de GGD Rotterdam e.o. en de ggz-instellingen in de regio Rijnmond. Het Onderzoekscentrum O3 doet onderzoek op gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz), speciaal met betrekking tot risicogroepen die zelfstandig geen hulp zoeken en de toepassing van drang en dwang in de psychiatrie.

Inhoudsopgave

Dankwoord	3
Inhoudsopgave	4
1. Zorgtoeleiding in rotterdam	6
2. Methode	10
2.1 Eerste deelonderzoek: psychosociale problematiek en zorggebruik	10
2.1.1 Instrumenten	10
2.1.2 Uitvoering dataverzameling	11
2.1.3 Respondenten	12
2.1.4 Non-respons	13
2.1.5 Analyse	14
2.2 Tweede deelonderzoek: het proces van zorgtoeleiding	15
2.2.1 Eerste meting zorgtoeleiding	15
2.2.2 Tweede ronde van interviews	16
2.2.3 Analyse	17
3. Ontwikkeling psychosociale problematiek en zorggebruik	20
3.1 Psychosociale problematiek	20
3.2 Doorstroom in het wonen	24
3.3 Gebruik van de zorg	28
4. Verloop van de zorgtoeleiding na intake bij centraal onthaal	32
4.1 Uitgangspunten centraal onthaal	33
4.3 Bevorderende en belemmerende factoren	34
4.3.1 Organisatie van de zorgtoeleiding	34
4.3.2 Houding en kenmerken cliënten	34
4.3.3 Kennis en houding hulpverleners	37
5. Conclusies en aanbevelingen	40
5.1 Psychosociale problematiek, woonsituatie, en zorggebruik	41
5.2 Verloop van de zorgtoeleiding na intake bij centraal onthaal	43
5.3 Aanbevelingen	45
Samenvatting	47
Literatuur	48
Bijlage A - HONOS ondersteunende vragenlijst, 2006 / 2007	50
Bijlage B - Eerste interview Centraal Onthaal	74
Bijlage C - Tweede interview Centraal Onthaal	78

hoofdstuk 1

Zorgtoeleiding in Rotterdam



Hoofdstuk 1

Zorgtoeleiding in Rotterdam

Vanaf januari 2006 moeten dakloze mensen die een slaappleaats willen in de nachtopvang zich melden bij Centraal Onthaal. Dit loket wordt beheerd door Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam (SoZaWe), maar steunt op een nauwe samenwerking tussen gemeente, zorginstellingen, en de maatschappelijke opvang. Het ontvangstloket is onderdeel van een nieuwe ketengerichte totaalaanpak op het gebied van preventie, opvang en resocialisatie bij dakloosheid in Rotterdam.

Een centraal element binnen het Centraal Onthaal is de regionale binding. Men moet regiobinding met Rotterdam, of de verschillende randgemeenten¹, kunnen aantonen om in aanmerking te komen voor nachtopvang. Als aanmelders voldoen aan de criteria², dan krijgen zij een toegang tot de opvang. Toegang tot de maatschappelijke opvang wordt verstrekt in de vorm van een pasje, registratie, en een zogenaamde slaapbrief. Vervolgens wordt binnen de verblijfplekken in de maatschappelijke opvang voor iedere cliënt een individueel trajectplan wordt opgesteld. Op basis hiervan wordt de cliënt besproken in de Traject ToewijzingsCommissie (TTC). Zo wordt er een begin gemaakt met de hulpverlening. Deze aanpak bevordert de door- en uitstroom van de nachtopvang (IBO, 2003). De veranderingen die de introductie van Centraal Onthaal met zich meebracht zijn voor alle betrokken partijen ingrijpend.

In 2006 ontwikkelde het IVO samen met onderzoekscentrum O3 een screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie, voor gebruik in de maatschappelijke opvang (Van Rooij, Mulder, Wits, Van der Poel, & Van de Mheen, 2007). Deze "screener" bestaat uit een korte lijst met vragen en een bijbehorende handleiding heeft als doel om te screenen op depressie, psychotische symptomen, en verslavingsproblematiek. Aan de

¹ Albrandswaard, Barendrecht, Ridderkerk, Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel.

² Mensen met een binding met de regio waarvoor Rotterdam centrumgemeente is, die hun thuissituatie hebben (moeten) verlaten en die zich zonder opvang maatschappelijk niet kunnen handhaven. Uitgezonderd worden personen jonger dan 23 jaar en vrouwen die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld; zij vallen buiten de Maatschappelijke Opvang omdat er voor hen andere vangnetten zijn. (Gerven, 2007a)

hand van de uitkomst van de screener kunnen dak- en thuislozen verder worden gediagnosticeerd en van daaruit versneld worden doorgestuurd naar passende zorg.

De screener is ontwikkeld in het kader van een meerjarenproject (2005-2007) met als doelstellingen (1) de ontwikkeling en implementatie van een kort screeningsinstrument Psychiatrie & Verslaving voor de maatschappelijke opvang en (2) de evaluatie van de zorgtoeleiding van dak- en thuislozen in Rotterdam. Het screeningsinstrument is in 2006 ontwikkeld en is in de eerste helft van 2007 ingevoerd in de maatschappelijke opvang. In de maatschappelijke opvang werken verschillende organisaties samen in ketenverband om dak- en thuislozen te begeleiden naar een hoger niveau van zelfstandigheid. Het instrument werd dus niet in een vacuüm ingevoerd: het heeft een plek gekregen binnen de zorgketen in Rotterdam.

Het huidige onderzoek richt zich op de tweede doelstelling van het meerjarenproject: een evaluatie van de toeleiding van dak- en thuislozen met ernstige psychiatrische- en verslavingsproblematiek naar de (bemoei)zorg van ggz instellingen en naar de verslavingszorg in Rotterdam. In deze follow-up studie wordt gekeken naar de ontwikkeling in de psychosociale problematiek en het zorggebruik van deze groep. De informatie uit de eerste fase van het onderzoek wordt hierbij als startpunt gebruikt. Daarnaast wordt ook naar het proces van zorgtoeleiding gekeken: de zorgtoeleiding wordt gevolgd voor een klein aantal cliënten dat zich succesvol voor een slaappas aanmeldt bij het loket Centraal Onthaal. Om een evaluatie van de zorgtoeleiding in Rotterdam tot stand te brengen worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- Welke veranderingen in de psychische problematiek, sociale situatie en huisvestingssituatie hebben zich in 2006 voorgedaan in een cohort van 300 Rotterdamse dak- en thuislozen?
- Welke veranderingen in het gebruik van ggz en verslavingszorg hebben zich in dit cohort in 2006 voorgedaan, in het bijzonder bij degenen met een CIDI-diagnose voor middelengebruik, depressie, en/of psychotische symptomen?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de zorgtoeleiding van een cliënt in de maatschappelijke opvang in de eerste vier maanden na intake bij Centraal Onthaal?

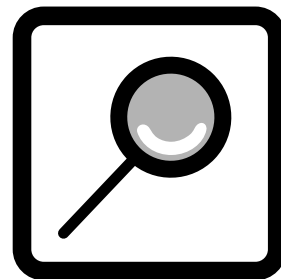
In onderliggende rapportage is te lezen hoe deze onderzoeksvragen door middel van twee deelonderzoeken zijn beantwoord. Het eerste deelonderzoek richt zich op de ontwikkeling in eventuele psychische problematiek (middelengebruik, depressie, en psychotische symptomen), sociale situatie (inkomsten, dagbesteding, en dagelijks functioneren), en de huisvesting (doorstroom naar een ander niveau van zelfredzaamheid) van de doelgroep over een periode van een jaar. Daarnaast wordt in het tweede deelonderzoek inzicht verkregen in het proces van zorgtoeleiding in Rotterdam door de toeleiding vanaf de start te volgen.

In hoofdstuk 2 wordt voor beide deelonderzoeken de methode beschreven. Vervolgens komen de resultaten in twee afzonderlijke hoofdstukken aan de orde: het eerste deelonderzoek wordt besproken in hoofdstuk 3 en het tweede deelonderzoek in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 sluit de rapportage af met een aantal conclusies waarin de resultaten geïntegreerd worden.

hoofdstuk 2

methode

Methode



Hoofdstuk 2

Methode

2.1 Eerste deelonderzoek: psychosociale problematiek en zorggebruik

In de eerste fase van dit project, de ontwikkeling van het screeningsinstrument, zijn in 2006 de eventuele psychiatrische diagnoses van ongeveer 300 Rotterdamse dak- en thuislozen vastgesteld via een standaard diagnostisch interview. In deze interviews werd ook gekeken naar eventuele overige psychosociale problematiek, zorgbehoefte en het zorggebruik. Om de eerste twee onderzoeksvragen van het huidige onderzoek te beantwoorden, zijn zoveel mogelijk van deze respondenten een jaar later getraceerd en opnieuw geïnterviewd.

2.1.1 Instrumenten

In het voorgaande onderzoek zijn verschillende standaardvragenlijsten afgenomen bij de respondenten. Daarnaast zijn enkele vragen gesteld over gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (Van Rooij et al., 2007). Twee van deze vragenlijsten, te weten de CIDI en de HoNOS, zijn direct relevant voor de tweede meting. Beiden worden nu nader toegelicht.

Het Composite International Diagnostic Interview (WHO, 1997) werd voor de interviews in het voorgaande onderzoek gekozen als instrument voor het diagnosticeren van depressie, psychotische stoornissen en verslaving. Met de CIDI-vragenlijst worden diagnoses gesteld op basis van de grondregels van het DSM IV-diagnosesysteem. DSM IV staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, het standaardwerk van de American Psychiatric Association (APA, 1994). De CIDI-vragenlijst wordt internationaal veel toegepast. De vragenlijst onderscheidt zich van andere diagnostische instrumenten doordat het ook kan worden afgenomen door getrainde interviewers die geen clinici zijn.

Daarnaast is een uitkomstmaat voor psychisch en sociaal functioneren in het onderzoek meegenomen, de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Deze schaal is in Engeland ontwikkeld in opdracht van

het Ministerie van Volksgezondheid (Wing et al., 1998) en naar het Nederlands vertaald door Mulder et al. (2004a; 2004b). De HoNOS heeft twaalf items en is verdeeld in vier subschalen: gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. Ook de drie aanvullende HoNOS-vragen zijn meegenomen in het onderzoek: maniforme ontremming³, motivatie voor behandeling en compliance met medicatie (therapietrouw). De HoNOS heeft een redelijke tot goede betrouwbaarheid (Mulder et al., 2004b).

De HoNOS is een momentopname en geeft dus een beeld van hoe het op een bepaald moment met iemand gaat. Daarmee wordt het ook zinvol om de HoNOS in de tweede meting te herhalen. Daarom is er voor gekozen om de HoNOS als onderdeel op te nemen in het gestructureerde interview bij de tweede meting. In tegenstelling tot de HoNOS stelt de CIDI psychiatrische diagnoses vast die voor langere tijd gelden. Zonder succesvolle behandeling zullen veel vastgestelde diagnoses een jaar later nog steeds aanwezig zijn. Dit is de reden om de CIDI bij de tweede meting niet opnieuw af te nemen.

Nadeel bij het gebruik van de HoNOS is dat deze is ontwikkeld om afgenomen te worden door iemand die langere tijd met een cliënt heeft samengewerkt of al veel kennis over de cliënt heeft (Mulder et al., 2004a, 2004b). Bij de eerste meting werd dit ondervangen doordat er al een uitgebreide vragenlijst (waaronder ook de CIDI) is afgenomen door de interviewers. Op basis van deze informatie konden de HoNOS items gescoord worden. Om de HoNOS toch opnieuw te kunnen scoren is er een nieuwe, ondersteunende vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst, welke in Bijlage A te vinden is, is specifiek ontwikkeld om het scoren van de HoNOS mogelijk te maken. Elk van de HoNOS items (12 items en 3 aanvullende items) heeft een aantal specifieke criteria op basis waarvan een score tussen 0 en 4 bepaald kan worden (zie eveneens bijlage A). De nieuw ontwikkelde vragenlijst is gebaseerd op deze criteria: elk HoNOS item kan via het stellen van een aantal vragen gescoord worden. De vragen zijn zoveel mogelijk uit bestaande vragenlijsten zoals CIDI, DSM-IV en de gebruikte vragenlijst bij de eerste meting overgenomen (APA, 1994; Shaw, Tomenson, & Creed, 2003; WHO, 1997).

Naast deze vragen gericht op het scoren van de HoNOS bevat de vragenlijst een aantal vragen over het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg of de verslavingszorg. Ook wordt er in de vragenlijst opnieuw gevraagd naar de woonsituatie, persoonskenmerken en de inkomsten.

2.1.2 Uitvoering dataverzameling

Bij de eerste meting van het voorgaande onderzoek, in 2006, zijn de interviews afgenomen door drie interviewers, die een training hebben gevolgd voor afname van de HoNOS en CIDI. Het gehele interview is vooraf getest. Van elk van de respondenten is schriftelijk toestemming verkregen om ze via hun naam en geboortedatum opnieuw op te mogen zoeken in de toekomst. Deze onderzoeksprocedure is goedgekeurd door de cliëntenraad van het CVD en de METC (medisch ethische commissie) van het Erasmus Medisch Centrum.

³ Maniforme ontremming: verschillende soorten controleverlies, uiteenlopend van versneld denken en verhoogd associatief denken, tot volledige ontremming in gedrag leidend tot ernstige problemen (onverantwoorde uitgaven, seksueel ontremd zijn, decorumverlies, expansief gedrag).

Dak- en thuislozen zijn moeilijk traceerbaar. Er is daarom gekozen voor een stapsgewijze opbouw van de zoektocht voor de tweede meting. De verwachting was dat een groot deel van de respondenten nog steeds in de opvang aanwezig is, aangezien doorstroom uit de maatschappelijke opvang niet groot is (IBO, 2003). Na het leggen van contact bij de diverse locaties zijn de volgende principes gevolgd:

- Vooraf posters ophangen met aankondiging van de herhaalinterviews;
- Bij aanvang van het interviewen op een specifieke locatie gedurende een aantal dagen veel op de locatie aanwezig zijn;
- Medewerkers is gevraagd om de lijst met namen door te lopen en aan te geven welke mensen bekend waren, om eventueel ook afspraken te maken. Deze informatie is per organisatie bijgehouden;
- Geïnterviewden is gevraagd om kennissen te informeren over het onderzoek;
- Na afloop van het grootste deel van de interviews de nog binnendruppelende respondenten interviewen door middel van nabellen of gebeld worden, en vervolgens langs gaan.

De interviews bij de tweede meting in 2007 (het huidige onderzoek), werden uitgevoerd door twee interviewers en de onderzoeker. Op basis van de officiële handleiding, casussen en schriftelijke instructie hebben de interviewers zich getraind in het afnemen van de HoNOS. De respondenten kregen weer een vergoeding van 10 euro voor hun deelname. Om fraude tegen te gaan, is in alle gevallen gevraagd naar legitimatie en ter controle naar de geboortedatum. Als de respondent zich niet kon legitimeren is zijn of haar identiteit bevestigd door de hulp in te roepen van medewerkers in de maatschappelijke opvang.

Ondanks de handleiding en de scoringscriteria blijven er altijd twijfelgevallen over bij het scoren op een schaal. Omdat er drie interviewers waren is daarom rekening gehouden met mogelijke verschillen in het scoren van de HoNOS. Bij het inwerken van beide interviewers zijn de eerste vijf interviews samen met de onderzoeker gedaan en zijn discrepanties in de scoring achteraf besproken. Er is tijdens het gehele onderzoek een logboek bijgehouden met gevallen waar het scoren van de HoNOS twijfel gaf. Discrepanties zijn direct besproken en gecorrigeerd, en na afsluiting van de dataverzameling is de aandacht nogmaals gericht op overgebleven verschillen in scoring tussen interviewers. Op deze wijze is een consistent gescoorde dataset tot stand gekomen voor de tweede meting.

2.1.3 Respondenten

De interviews bij de eerste meting zijn afgenomen op acht locaties: vier locaties van het Leger des Heils (LDH), twee locaties van het CVD, één locatie bij de Pauluskerk (Nico Adriaans Stichting) en één locatie bij Stichting De Ontmoeting. Na opschoning bleven er 293 interviews van de 320 gehouden interviews over. De non-respons lag bij de eerste meting op 21 procent.

Bij de tweede meting zijn de respondenten gevonden op de volgende locaties: Het Bakken (Leger Des Heils), De Hille (CVD), Stichting De Ontmoeting, Van Speyk (CVD), De Kajuit (LDH), De Sluis (LDH), Havenzicht (CVD), Het Dok (LDH), pension Mathenesserlaan (Bavo Europoort & Humanitas, Thuiszorg en Maatschappelijke Dienstverlening), en de Pauluskerk (Nico Adriaans Stichting). Er werd informatie gevonden over 257 van de 293 cliënten. Hiervan zijn er 104 opnieuw geïnterviewd (35%). De non-respons

was 1 procent van de aangesproken respondenten. Respondenten in woonprogramma's zijn niet geïnterviewd omdat de tijdsinvestering per cliënt buiten proportie zou zijn.

Na controle van de respondentenlijst met medewerkers in de maatschappelijke opvang kwam één fraudegeval uit de eerste meting aan het licht. De valse naam is verwijderd, waarmee het totale aantal respondenten uit de eerste meting naar 292 gaat. In tabel 1 wordt weergegeven hoeveel respondenten er op de verschillende locaties in de maatschappelijke opvang terug gevonden en opnieuw geïnterviewd zijn.

Tabel 1: Aantal geïnterviewde respondenten eerste en tweede meting per locatie

Locatie	Eerste meting	Tweede meting*
Het Baken, dagopvang	80	12
De Hille, dagopvang	56	21
De Ontmoeting, dagopvang	29	14
Van Speyk, dagopvang	-	10
De Kajuit, dagopvang	16	5
De Sluis, dagopvang	41	8
Havenzicht, nachtopvang	11	3
De Steiger, nachtopvang	7	-
Het Dok, dagopvang	-	2
Pension Mathenesselaan, nachtopvang	-	4
Pauluskerk, dagopvang	52	25
Totaal	292	104

* Het gaat hier om totale aantallen teruggevonden respondenten, dit hoeven niet per locatie dezelfde personen als vorig jaar te zijn

2.1.4 Non-respons

Bij bezoek aan de verschillende opvanglocaties is steeds via meerdere medewerkers informatie verzameld over alle respondenten van de eerste meting: de ervaring leert dat de medewerkers in de opvang veel weten over de cliënten. Deze informatie is per locatie bijgehouden, zodat informatie over bijvoorbeeld detentie of het overlijden van een respondent uit meerdere bronnen wordt bevestigd.

Daarnaast zijn de centrale administraties van alle betrokken organisaties benut om meer informatie te verzamelen over de niet geïnterviewde cliënten. Tijdens het onderzoek is de lijst met namen twee keer naast de overnachtinglijst van Centraal Onthaal gelegd. Ook bij Stichting De Ontmoeting, CVD, de Pauluskerk, en het Leger des Heils is de administratie (dagopvang, nachtopvang, en lopende begeleidings-trajecten) vergeleken met de lijst respondenten uit de eerste meting. Samenvattend is over de non-respondenten informatie verzameld uit vijf administratiesystemen, aangevuld met de persoonlijke kennis

van medewerkers van tien locaties in de maatschappelijke opvang. Deze informatie wordt bij de resultaten gebruikt om een meer volledige inschatting van doorstroom in het wonen te kunnen maken (zie 3.2).

De groep opnieuw geïnterviewde respondenten komt nog steeds in de maatschappelijke (dag)opvang. Dit levert per definitie een selectieve respons op. Zo zijn non-respondenten gemiddeld drie jaar jonger dan respondenten (gemiddelde leeftijd van de gehele groep is 44 jaar)⁴. Een ander mogelijk verschil tussen de respondenten en non-respondenten is het wel of niet hebben van één of meerdere psychiatrische diagnoses⁵. Het blijkt dat een kleiner deel van de respondenten een diagnose had: 36% van de respondenten had geen diagnose bij de eerste meting, tegenover 20% van de non-respondenten⁶.

Ook is de verwachting dat een kleiner deel van de respondenten die bij de eerste meting al in de zorg zitten opnieuw wordt geïnterviewd. Bij succesvolle behandeling verdwijnen ze immers uit de opvang. Om een mogelijk verschil te onderzoeken zijn het gebruik van verslavingszorg en/of geestelijke gezondheidszorg op het eerste meetmoment samengevoegd. Er blijkt inderdaad een verschil⁷ te bestaan: 45% van de respondenten ontving op het eerste meetmoment enige vorm van zorg, tegenover 54% van de non-respondenten.

Bij nader onderzoek blijken dus inderdaad op enkele relevante variabelen inderdaad verschillen te bestaan tussen de respondenten en non-respondenten bij de tweede meting. Hiermee moet bij de conclusies rekening gehouden worden.

2.1.5 Analyse

Analyse van de uitkomsten uit het eerste deelonderzoek gebeurt grotendeels aan de hand van kruistabellen. Om resultaten vergelijkbaar te houden wordt zoveel mogelijk met percentages gewerkt. Gezien de beperkte aantallen is het toetsen op significantie van de gevonden verschillen op beide meetmomenten niet in alle gevallen zinvol.

Tijdens de data-analyse bleek dat de vergelijkbaarheid van de HoNOS tussen de twee meetpunten tegen viel. Eén belangrijke reden hiervoor was dat de context bij het scoren van de HoNOS op beide meetmomenten niet identiek was: bij de eerste meting werd het scoren door een langdurig diagnostisch interview voorafgegaan, terwijl bij de tweede meting de kortere gestructureerde vragenlijst is afgenomen als basis voor het scoren van de HoNOS. Daarnaast werd de HoNOS bij de tweede meting nauwgezet aan de hand van de beschrijvende scoringscriteria uit de handleiding afgenomen, terwijl de HoNOS bij de eerste meting op basis van de algemene indruk na afname van de geselecteerde secties van de CIDI is gescoord. Het risico is

⁴ Leeftijd is standaardnormaal verdeeld (controle via histogram en Shapiro-Wilk test, $p = 0,74$). Via een t-test blijkt dat er inderdaad een significant verschil bestaat ($p < 0,05$) met middelgrote effect size ($r = 0,47$).

⁵ Om dit te onderzoeken zijn de diagnoses voor depressie, psychotische klachten, en de verschillende soorten middelengebruik samengenomen in 1 categorie. Deze somscore is niet normaal verdeeld (Shapiro-Wilk, $p = 0,00$)

⁶ McNemar, $p = 0,00$. Dit verschil wordt bevestigd vanuit een independent samples t-test ($p = 0,01$), bij aanname dat de t-test redelijk robuust omgaat met bijna normale verdelingen.

⁷ McNemar test, $p = 0,00$.

hiermee dat de (vaak kleine) verschillen in HoNOS scores tussen de eerste en tweede meting in meetfouten verloren raken. Het is heel moeilijk om te weten of de vaak kleine verschillen in de HoNOS scores tussen meting 1 en 2 nu een feitelijke verandering aangeven of dat ze een bijproduct van het meten zijn.

Als oplossing is gekozen voor een alternatieve benadering: het vergelijken van CIDI diagnoses op de eerste meting met de HoNOS score bij de tweede meting. De CIDI diagnoses geven de DSM-IV diagnoses op de eerste meting. De HoNOS score op de tweede meting geeft een snelle inschatting van de (psychische) klachten en problemen waar iemand bij de tweede meting nog mee rondloopt. Deze inschatting op de tweede meting wordt dan vergeleken met een "harde" standaard bij de eerste meting. Op deze manier ontstaat er een indicatie van de problemen waar respondenten met een eerder vastgestelde diagnose een jaar later nog mee rondlopen.

2.2 Tweede deelonderzoek: het proces van zorgtoeleiding

Toegang tot de slaapplekken in de maatschappelijke opvang (MO) loopt sinds januari 2006 via het loket van Centraal Onthaal (CO). Na een intakegesprek krijgt de dakloze wel of geen pasje⁸ voor toegang tot de maatschappelijke opvang. Om te onderzoeken hoe de zorgtoeleiding richting ggz en verslavingszorg praktisch verloopt - de derde onderzoeksvraag - zijn voor dit deelonderzoek een aantal cliënten enkele maanden na aanmelding bij CO gevolgd. Zij zijn direct na intake bij CO geïnterviewd en circa vier maanden later opnieuw. Indien bekend en traceerbaar, zijn ook de direct bij deze cliënten betrokken hulpverleners in de MO geïnterviewd over de zorgtoeleiding van deze cliënten.

Om de uitgangspunten van het nieuwe beleid voor de zorgtoeleiding van dak- en thuislozen te inventariseren zijn voor aanvang van de eerste interviews bovendien vier gesprekken gevoerd met sleutelinformanten. Dit waren twee betrokkenen van CO (manager en uitvoerende), een directielid van een MO-instelling, en een cliëntmanager van een MO-instelling. Ook zijn de beleidsnota's bestudeerd waarin de afspraken rond CO zijn beschreven. Hieronder wordt nader ingegaan op de aanpak en het verloop van de gegevensverzameling onder cliënten en hun hulpverleners.

2.2.1 Eerste meting zorgtoeleiding

De eerste meting voor de evaluatie van de zorgtoeleiding, in de vorm van interviews, vond plaats gedurende een periode van twee maanden in het najaar van 2006 bij Centraal Onthaal (CO) aan de Oostzeedijk te Rotterdam. Om deel te nemen aan het onderzoek moesten de cliënten een pasje hebben gekregen voor de maatschappelijke opvang conform de criteria⁹. Daarnaast moesten ze goed aanspreekbaar zijn, wat

⁸ Het gaat uiteraard niet alleen om het pasje, de persoon wordt opgenomen op een onder instellingen gedeelde lijst van dak- en thuislozen die toegang hebben tot de nachtopvang.

⁹ In herhaling: Mensen met een binding met de regio waarvoor Rotterdam centrumgemeente is, die hun thuissituatie hebben (moeten) verlaten en die zich zonder opvang maatschappelijk niet kunnen handhaven. Uitgezonderd worden personen jonger dan 23 jaar en vrouwen die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld. (Gerven, 2007a)

inhoudt dat ze niet teveel onder invloed mochten zijn van drugs, alcohol en/of medicijnen. Alle cliënten die aan deze eisen voldeden en een pasje kregen op de momenten dat de interviewer aanwezig was of langs kon komen, zijn geïnterviewd. Op deze wijze zijn uiteindelijk in totaal 21 cliënten geïnterviewd. De non-respons in de interviewperiode is niet bekend, omdat de interviewer regelmatig op oproepbasis langs kwam. Bekend is wel dat in 2006 via Centraal Onthaal 733 personen toegang kregen tot de nachtopvang. Er zijn daarnaast 315 personen afgewezen, waarvan 255 via het criterium regiobinding, 29 via het leeftijds-criterium, en 31 via de verblijfstatus.

De 21 respondenten waren op het moment van het interview tussen de 25 en 58 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. Er zijn geen vrouwen geïnterviewd. Van de 21 hebben 7 cliënten een niet-westerse culturele herkomst, namelijk: 1 half Nederlands/half Indisch, 1 Surinaams, 1 Kaapverdiaans, 4 Antilliaans. De overige respondenten hebben een Nederlandse culturele achtergrond. Van de 21 respondenten zijn 13 nieuwe cliënten van de maatschappelijke opvang, de resterende 8 cliënten zijn bestaande cliënten op het moment van intake bij Centraal Onthaal.

De cliënten zijn geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerd interview (zie bijlage B). Het protocol voor dit interview is mede gebaseerd op de algemene vragen uit het eerdere onderzoek onder de ruim 300 dak- en thuislozen (Van Rooij et al., 2007) en op het ontwikkelde screeningsinstrument. Alle gesprekken zijn opgenomen op een bandrecorder en per persoon uitgewerkt in een interviewverslag. Alle respondenten hebben een toestemmingsformulier ondertekend waarmee zij toestemming geven om informatie bij hulpverleners, instanties en rapporten over hun zorgtraject op te vragen, en om de cliënt na enkele maanden op te sporen voor een tweede interview.

2.2.2 Tweede ronde van interviews

Om na te gaan hoe de zorgtoeleiding van de 21 geïnterviewde cliënten in de maanden na intake bij CO is verlopen zijn dezelfde 21 cliënten vier maanden later opnieuw benaderd. Voor hetzelfde doel zijn ook de directe hulpverleners van de cliënten geïnterviewd. Voor het tweede interview is eveneens gekozen voor een semi-gestructureerd interview. Er zijn twee verschillende vragenlijsten ontwikkeld: één voor de cliënt, één voor de hulpverlener (zie bijlage C voor de cliëntversie).

De tweede ronde interviews is gemiddeld vier maanden na het eerste interview afgenomen, in 2007. Om het gros van de cliënten te achterhalen is als eerste Centraal Onthaal benaderd om door middel van de nachtlijst te achterhalen waar de cliënten als laatste verbleven. Voor cliënten die niet meer op de nachtlijst voorkwamen, zijn de instellingen benaderd die de cliënten tijdens het eerste interview als meest waarschijnlijke verblijfplaats hadden opgegeven. Indien deze methode niet leidde tot informatie over de cliënt, werden andere instellingen in de MO benaderd en om informatie gevraagd. Ook zijn sommige cliënten via hun eigen telefoon benaderd.

De interviews vonden plaats op locaties van het CVD, Leger des Heils, Bouman kliniek en de Ontmoeting. Daarnaast zijn twee cliënten in het ziekenhuis geïnterviewd. Ook is er telefonisch een interview afgenomen.

Uiteindelijk zijn 11 van de 21 cliënten uit de eerste ronde voor de tweede keer geïnterviewd. Tien cliënten zijn om de volgende redenen niet opnieuw geïnterviewd (tabel 2).

Tabel 2: Achtergrond van de non-respons bij de tweede interviewronde

Reden	Aantal
Onvindbaar	5
Niet mee willen werken	2
In detentie	1
Niet nakomen van (bel-)afpraak	2

Het lijkt er sterk op dat de cliënten die niet zijn geïnterviewd vaak de “moeilijkere” cliënten uit de eerste ronde interviews waren. De betrokken interviewer classificeert ze als volgt: vier van hen kwamen agressief over of waren recent in detentie geweest, twee van hen hadden de diagnose schizofrenie, één respondent had een hekel aan de opvang, en tot slot was er één “zorgshopper” die al had aangekondigd mogelijk naar een andere stad te gaan. Daarnaast waren er twee respondenten die niet de indruk maakten lang in de opvang te zullen gaan blijven: de ene was heel jong en functioneerde vrij goed en de andere, een oudere man, had altijd stabiel gewerkt ondanks een alcoholprobleem.

Naast de cliënten is met hulpverleners in voornamelijk de MO gesproken. Deze hulpverleners zijn bij de eerste interviewronde door de cliënt opgegeven als (‘vaste’) hulpverlener. Zij zijn eveneens begin 2007 telefonisch benaderd met de vraag of zij mee willen werken aan het onderzoek. De hulpverleners zijn na benadering geïnterviewd in de organisatie waar zij werkzaam zijn.

Er zijn in totaal 11 hulpverleners en medewerkers geïnterviewd. Bij 2 cliënten zijn 2 hulpverleners geïnterviewd. Van enkele cliënten die niet traceerbaar waren is wel de bijbehorende hulpverlener geïnterviewd; andersom is niet van iedere opgespoorde cliënt de hulpverlener geïnterviewd¹⁰. De geïnterviewde hulpverleners zijn werkzaam bij diverse instanties in Rotterdam: Leger des Heils (Maatschappelijk Centrum Rotterdam, MCR), CVD, Stichting de Ontmoeting, en Bouman GGZ. Daarnaast zijn enkele medewerkers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam geïnterviewd. Alle interviews zijn digitaal opgenomen en selectief op schrift uitgewerkt.

2.2.3 Analyse

De gegevens uit de 21 cliëntinterviews bij de eerste interviewronde (intake bij Centraal Onthaal) zijn gebruikt als startpunt. In deze interviews is relatief uitgebreid stilgestaan bij de achtergrond van de cliënten, vooral de hulpverleningsgeschiedenis. De gegevens uit de tweede ronde cliëntinterviews, vier maanden later, en de gelijktijdige gesprekken met hulpverleners zijn vervolgens gebruikt om het verloop van de zorgtoeleiding in de vier maanden daarvoor in kaart te brengen.

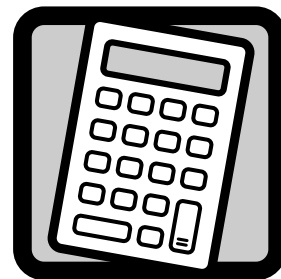
¹⁰ Sommige cliënten hadden geen hulpverlener opgegeven, of deze was niet te vinden.

Informatie van hulpverlener en cliënt vullen elkaar aan. Waar de informatie van hulpverlener en cliënt elkaar tegenspreekt wordt dit in de bespreking van de resultaten vermeld. Er wordt gekozen voor een verkennende, kwalitatieve analyse. Zoveel mogelijk is de informatie uit één bron (bijvoorbeeld een interview met een cliënt) gevalideerd door er informatie uit andere bronnen (een interview met zijn hulpverlener) bij te betrekken (zogenaamde datatriangulatie).

ontwikkeling

hoofdstuk 3

Ontwikkeling psychosociale problematiek en zorggebruik



Hoofdstuk 3

Ontwikkeling psychosociale problematiek en zorggebruik

Het eerste deelonderzoek richt zich op de ontwikkeling van psychosociale problematiek in 2006, de woon-situatie, en het zorggebruik onder dak- en thuislozen. De ontwikkeling van de psychosociale problematiek en het zorggebruik is onderzocht voor de 104 respondenten die opnieuw geïnterviewd zijn.

Het grootste deel van deze 104 respondenten is mannelijk (94 mannen, 10 vrouwen). Er zijn meer mannen dan vrouwen in de maatschappelijke opvang (IBO, 2003) en de vrouwenopvang is bij beide metingen niet expliciet meegenomen, dus dit is geen onverwachte uitkomst. Uit het eerste onderzoek weten we dat vrijwel alle respondenten alleenstaand waren: 71% ongehuwd en 23% gescheiden. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar bij de gehele groep van 292 respondenten in de eerste meting, en 45 jaar bij de respondenten in de tweede meting¹¹. Bij beide metingen zijn ongeveer de helft van de respondenten in Nederland geboren (48%-52%), waarbij de rest grotendeels geboren is in Suriname (15-16%), de Nederlandse Antillen (11%-9%), of Marokko (10-8%).

3.1 Psychosociale problematiek

Hoe heeft de psychosociale problematiek van de doelgroep zich in 2006 ontwikkeld? Er zijn meerdere bronnen beschikbaar om deze vraag te beantwoorden: de oorspronkelijke CIDI diagnoses uit de eerste meting, HoNOS scores van beide jaren, en de losse, ondersteunende interviewvragen vanuit de eerste en tweede meting. De psychische problematiek wordt nader onderverdeeld in alcohol- of drugsgebruik, depressie, en psychotische symptomen. Dit is dezelfde onderverdeling als in de ontwikkelde screener. Er is specifiek voor gekozen om depressie en psychotische symptomen mee te nemen. Deze klachten hebben grote gevolgen voor het dagelijks functioneren en zijn relatief goed behandelbaar.

¹¹ Respondenten zijn een jaar ouder geworden en er is een leeftijdsverschil tussen non-respondenten en respondenten.

Alcohol- of drugsgebruik

Er is bij beide metingen direct gevraagd naar dagelijks gebruik van drugs- en alcohol. In tabel 3 worden de antwoorden op deze vraag per middel samengevat. Bij het vergelijken van de somscore voor het dagelijkse gebruik van de verschillende middelen wordt geen verschil¹² gevonden tussen beide metingen bij deze directe vraag naar middelengebruik.

Tabel 3: Dagelijks middelengebruik respondenten bij de eerste en tweede meting (n=104)

Middel	Frequentie	Percentage	Frequentie	Percentage
Alcohol	15	14%	23	22%
Methadon	37	36%	45	43%
Heroïne	32	31%	32	31%
Cocaïne	34	33%	30	29%
Medicijnen (roes)	15	14%	15	14%
Amfetamine	0	0%	1	1%
Cannabis	35	34%	29	28%
Minstens één middel dagelijks	80	77%	80	77%

Voor de volledigheid wordt nu ook voor de gehele groep van de eerste meting de zelfrapportage wat betreft middelengebruik gepresenteerd (tabel 4). Er zijn hierbij geen grote verschillen te zien tussen de gehele groep van 292 respondenten bij de eerste meting en de 104 die opnieuw zijn geïnterviewd.

Tabel 4: Dagelijks middelengebruik alle respondenten eerste meting

Middel	1e meting (n=292)	
	Frequentie	Percentage
Alcohol	61	21%
Methadon	100	34%
Heroïne	86	20%
Cocaïne	84	29%
Medicijnen (roes)	34	12%
Amfetamine	1	0%
Cannabis	93	32%
Minstens één middel dagelijks	222	76%

¹² Wilcoxon, p = 0,74

Depressie

Het is bekend welke respondenten bij de eerste meting een diagnose voor een vorm van depressie hadden. Deze diagnoses zijn vergeleken met de HoNOS-scores voor depressieve stemming bij de tweede meting (n=103)¹³, onderwerp 7 op de HoNOS schaal.

Van de 20 respondenten die bij de eerste meting een diagnose voor depressie hadden, heeft 55% (11 respondenten) bij deze tweede meting een positieve score op het HoNOS-item voor depressieve symptomen. Van de 83 respondenten zonder de diagnose "depressie" op de eerste meting heeft 37% (31 respondenten) een positieve HoNOS score op depressie bij de tweede meting.

Tabel 5: Diagnose "depressie" uitgezet tegen HoNOS score op de tweede meting

HoNOS Score (T2)	Diagnose depressie (T1)		Geen diagnose depressie (T1)	
	Frequentie	Percentage	Frequentie	Percentage
0	9	45%	52	63%
1	5	25%	23	28%
2	6	30%	7	8%
3	0	0%	1	1%
4	0	0%	0	0%
Totaal	20	100%	83	100%

Psychotische symptomen¹⁴

Wat betreft psychotische symptomen is eveneens bekend welke respondenten een diagnose voor een psychotische stoornis hadden bij de eerste meting. Van de 104 respondenten hadden 7 bij de eerste meting een diagnose voor psychotische stoornissen¹⁵. Hiervan scoren er 3 (43%) nog steeds positief op de HoNOS schaal voor hallucinatie en waanvoorstellingen. Van de 97 respondenten zonder psychotische stoornis op de eerste meting scoren er 11 (11%) positief op de HoNOS schaal voor hallucinaties en waanvoorstellingen bij de tweede meting.

¹³ Bij de eerste meting had 62% van de respondenten met depressie een positieve HoNOS score (1 of hoger), tegenover 29% van de respondenten zonder depressie. Let op dat deze percentages niet één op één vergelijkbaar zijn met die bij de tweede meting (zie 2.1.5 Analyse)

¹⁴ Bij de eerste meting had 86% met een diagnose op psychotische stoornissen een positieve HoNOS score, naast 17% zonder diagnose op psychotische stoornissen. Let op dat het hier om kleine aantallen gaat, en dat deze percentages niet één op één vergelijkbaar zijn met die bij de tweede meting (zie 2.1.5 Analyse)

¹⁵ Zie 'Screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie voor de maatschappelijke opvang' een overzicht van de verschillende psychotische stoornissen (Van Rooij et al., 2007)

Tabel 6: Diagnose “psychotische stoornissen” uitgezet tegen HoNOS score op de tweede meting

HoNOS Score (T2)	Diagnose psychotische stoornissen (T1)		Geen diagnose psychotische stoornissen (T1)	
	Frequentie	Percentage	Frequentie	Percentage
0	4	57%	86	89%
1	0	0%	8	8%
2	1	14%	1	1%
3	0	0%	1	1%
4	2	29%	1	1%
Totaal	7	100%	97	100%

Inkomsten, dagbesteding en dagelijks functioneren

In de eerste meting bleek dat het opleidingsniveau laag is onder geïnterviewde dak- en thuislozen. Het lijkt er op dat een groot deel van de respondenten de basisschool heeft afgerond en vervolgens op het LBO is afgehaakt. Zeven van de tien respondenten hadden bij de eerste meting inkomsten uit een uitkering (58% bijstandsuitkering en 11% WAO-uitkering). Drie van de tien hadden inkomsten benoemd in de verzamelcategorie “anders”. Ze noemen hier: voorschotten op uitkeringen, klusjes bij vrienden of op de (nacht) opvang, en steun van familie. Deze verdeling van inkomsten lijkt grotendeels hetzelfde bij de tweede meting. Wel werkt bij de tweede meting een iets groter deel van de respondenten wit en een iets kleiner deel zwart. Een vergelijking tussen de gerapporteerde bronnen van inkomsten op de eerste meting en de tweede meting volgt hieronder in tabel 7.

Bij de overige aspecten van het dagelijks functioneren, valt op dat ongeveer de helft van de respondenten last heeft van lichamelijke problemen (52%). Een kleine groep van ongeveer 6% heeft bij de tweede meting last van problemen met samenhangend denken (HoNOS score van 2 of hoger op cognitie). Een meerderheid (77%) vindt bij de tweede meting dat ze een zinvolle dagbesteding hebben. Hieronder vallen voor hen onder andere: klusjes of vrijwilligerswerk doen bij de verschillende instellingen in Rotterdam, ontspannen, bibliotheek bezoeken, spelletjes doen, en schoonmaken. Tot slot is het opvallend dat er weinig problemen met sociale contacten gerapporteerd worden: de contacten zijn vaak oppervlakkig (“ik heb geen echte vrienden, alleen kennissen”), maar toch heeft 75% volgens de HoNOS geen problemen met relaties. Bijna de helft (46%) van de respondenten geeft aan 5 of meer vrienden te hebben.¹⁶

¹⁶ Er wordt in deze paragraaf bewust niet vergeleken met HoNOS uitkomsten vanuit de eerste meting, mede omdat juist deze onderdelen van de HoNOS lastig vergelijkbaar zijn (zie ook 2.1.5 Analyse).

Tabel 7: Gerapporteerde inkomsten** respondenten, eerste, en tweede meting (n=104)*

	1e meting		2e meting	
	Frequentie	Percentage	Frequentie	Percentage
Bijstandsuitkering	62	60%	79	76%
WAO-uitkering	15	14%	10	10%
Ander legaal werk, zwart	10	10%	1	1%
Via vermogensdelicten	9	9%	4	4%
Ander legaal werk, wit	6	6%	10	10%
Andere uitkering	4	4%	4	4%
Werken via Topscore	4	4%	1	1%
Verkopen van de straatkrant	4	4%	2	2%
Bedelen / vragen om geld	3	3%	1	1%
Dealen voor eigen rekening	2	2%	0	0%
Verkoop van pillen / methadon / speed	1	1%	0	0%
Studiebeurs	0	0%	1	1%
Werken voor dealer	0	0%	1	1%
Anders, namelijk***	25	24%	21	20%

* Percentages tellen op tot hoger dan 100%, er waren meerdere antwoorden mogelijk op deze vraag.

** Mogelijk zijn illegaal verkregen inkomsten in deze tabel ondervetegenwoordigd omdat men tijdens een eerste interview niet altijd volledig open over illegaal verkregen inkomsten zal zijn.

*** Onder de "anders" categorie valt een breed scala aan antwoorden. Onder andere: klusjes binnen de opvang,

3.2 Doorstroom in het wonen

Bij de eerste meting bleek dat het grootste deel van de 292 respondenten vier of meer nachten per week in een passantenverblijf sliep (67%). Een kleinere groep sliep op straat (15%), of bij familie, kennissen of vrienden (11%). Hoe is deze woonsituatie van deze dak- en thuislozen in 2006 veranderd?

SoZaWe Rotterdam (Gerven, 2007b) beschrijft drie soorten doorstroom in de maatschappelijke opvang. Om doorstroom van een klant inzichtelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van de zogeheten "keten van voorzieningen" in de MO: basale opvang - pensions en internaten - begeleid wonen en ambulante woonbegeleiding - zelfstandig wonen. Bij het bepalen van doorstroom wordt gekeken naar de toename of afname van zelfredzaamheid van de klant. Deze is gekoppeld aan de woonvorm. Doorstroom wordt aangemerkt als "positief", "neutraal", of "negatief". De oorspronkelijk beschrijving van deze categorieën is iets ingekort, wat leidt tot de onderstaande definities.

Positieve doorstroom: indien klanten vertrekken naar een meer zelfstandige vorm van wonen, dan wel geplaatst worden in een passende AWBZ- gefinancierde zorgvoorziening.

Neutrale doorstroom: indien klanten vertrekken naar een vorm van wonen met een vergelijkbaar niveau van zelfredzaamheid, dan wel gedurende de gehele rapportageperiode in dezelfde voorziening verblijven.

Negatieve doorstroom: indien klanten geschorst worden of klanten uitgeplaatst worden naar een voorziening met lagere zelfredzaamheidsgraad.

Restcategorie "anders": voor klanten die niet binnen bovenstaande categorieën vallen. Hieronder vallen onder meer klanten die in detentie gaan.

De gemaakte keuze wat betreft het type doorstroom is gebaseerd op de woonladder zoals die uit het Plan van Aanpak Maatschappelijke opvang voortkwamen (Rijk - vier grote steden, 2006). De praktisch gebruikte woonladder is gebaseerd op de invulling binnen de gemeente Rotterdam (SOZAWE Rotterdam - Beleid en Strategie, 2006). Deze ladder loopt als volgt op: buitenslapen, dagopvang, nachtopvang, doorstroompension, intensief begeleid wonen, woon-zorg-werk voorziening, sociaal pension, beschermd wonen, kleinschalige pensions, groepswonen, ambulante woonbegeleiding, zelfstandig wonen. Er waren nog enkele andere "onofficiële" woonsituaties binnen dit onderzoek: bijvoorbeeld het tijdelijk wonen bij familie of kennissen of een niet-permanente woonplek zoals een kraakpand. Beide woonsituaties zijn wat betreft doorstroom tussen de nachtopvang en pensions geplaatst.

Ten eerste is informatie over de huisvestingssituatie van 104 respondenten beschikbaar uit de interviews op de eerste en tweede meting (tabel 8). Bij de tweede meting verblijft een kleiner deel van de respondenten in een passantenverblijf en op straat, terwijl een groter deel over zelfstandige woonruimte beschikt of in een woonvoorziening voor dak- en thuislozen verblijft. In 2006 is de woonsituatie van de teruggevonden respondenten dus verbeterd.

Tabel 8: Gerapporteerde huisvesting respondenten, eerste en tweede meting (N = 104)

	1e meting		2e meting	
	Frequentie	Percentage*	Frequentie	Percentage
Passantenverblijf	71	68%	42	40%
Bij familie, vrienden of kennissen (tijdelijk)	13	13%	3	3%
Op straat	11	11%	3	3%
Eigen zelfstandige woonruimte	3	3%	27	26%
Kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand	3	3%	1	1%
Sterk wisselend	2	2%	0	0%
Woonvoorziening voor dak- en thuislozen	1	1%	21	20%
Bij familie, vrienden of kennissen (permanent)	0	0%	1	1%
Anders, namelijk	0	0%	6	6%
Totaal	104	101%	104	100%

* Door afronding tellen de percentages niet op tot 100%.

Als deze gerapporteerde huisvesting onderverdeeld wordt naar type doorstroom ontstaat het volgende overzicht (tabel 9). Let op dat het hier alleen gaat om de respondenten, die dus opnieuw zijn terug gevonden voor een interview. Deze komen per definitie nog in de dagopvang, want daar zijn ze geïnterviewd.

Tabel 9: Doorstroom respondenten tweede meting (n=104)

Status bij de tweede meting**	Aantal	Percentage*
Positieve doorstroom	57	55%
Neutrale doorstroom	35	34%
Negatieve doorstroom	9	9%
Anders	3	3%
Totaal	104	101%

* Door afronding tellen de percentages niet op tot 100%.

** Zie begin van de paragraaf voor de definiëring van typen doorstroom

Over de woonsituatie van de non-respondenten is uiteraard geen informatie verkregen via een tweede interview. Wel is uit andere bronnen informatie verzameld over hun verblijfplaats bij de tweede meting. In combinatie met de informatie over respondenten kan een totaaloverzicht worden gemaakt. Maar allereerst wordt de informatie over woonsituatie van de non-respondenten in tabel 10 gepresenteerd. Samenvattend blijkt dat 54% van de oorspronkelijke geïnterviewde groep nog in de maatschappelijke opvang te vinden is (35%+18%), terwijl over 27% helemaal geen informatie te vinden is (15%+12%). Het overige deel zit vooral in woonprogramma's, klinieken of detentie.

Tabel 10: Schatting van de status van non-respondenten bij de tweede meting

	Status	Aantal	Percentage***
Respondenten	Geïnterviewd (maatschappelijke opvang)	104	35%
Non-respondenten*	Maatschappelijke opvang (niet gesproken)**	53	18%
	Recentelijk weinig over bekend	43	15%
	Geen informatie gevonden	36	12%
	Woonprogramma	19	6%
	Eigen Huis	13	4%
	Detentie / Kliniek (SOV)	9	3%
	Onbekend (particulier) adres	5	2%
	Heeft een vaste baan	4	1%
	Migratie naar andere plek	3	1%
	Overleden	3	1%
	Fraude eerste meting	1	0%

* Informatie over non-respondenten is een inschatting, zo veel mogelijk op basis van meerdere bronnen.

** Deze categorie bevat incidentele bezoekers van de MO die ondanks veelvuldig bezoek en pogingen tot het maken van afspraken aan de locatie niet gevonden zijn, maar wel geregistreerd zijn bij de instelling in de eerste maanden van 2007.

*** Percentages tellen door afronding niet op tot 100%

In de volgende tabel 11 wordt een onderverdeling van doorstroom gegeven voor alle leden van de oorspronkelijke groep van 292 dak- en thuislozen waar informatie over bekend is. Er zijn 82 respondenten buiten beeld geraakt. Het is niet bekend of deze respondenten positief of negatief zijn doorgestroomd. Ze worden dan ook apart vermeld, onder de categorie onbekend.

Tabel 11: Status van de gehele groep dak- en thuislozen bij de tweede meting (N = 292)*

Status bij de tweede meting**	Aantal	Percentage
Positieve doorstroom	110	52%
Neutrale doorstroom	67	32%
Negatieve doorstroom	21	10%
Anders	12	6%
Subtotaal	210	100%
Onbekend / niet teruggevonden	82*	
Totaal	292	

* Informatie over non-respondenten is een inschatting, zo veel mogelijk op basis van meerdere bronnen. Bevestiging uit meerdere bronnen was niet in alle gevallen mogelijk.

** Zie begin van de paragraaf voor de definiëring van typen doorstroom

Voor de 210 dak- en thuislozen waar informatie over is teruggevonden wordt het type doorstroom uitgezet tegen het aantal CIDI diagnoses¹⁷ bij de eerste meting (zie tabel 12). Hier komt geen duidelijk verband tussen het type doorstroom en het wel of niet hebben van een diagnose uit naar voren.

Tabel 12: Doorstroom uitgezet tegen aantal diagnoses (n=195)**

Status bij de tweede meting*	Aantal CIDI diagnoses (inclusief verslaving)		
	Geen	1	2 of meer
Positieve doorstroom			
Percentage	25%	40%	36%
Aantal	27	44	36
Neutrale doorstroom			
Percentage	28%	33%	39%
Aantal	19	22	26
Negatieve doorstroom			
Percentage	38%	33%	29%
Aantal	8	7	6

* Zie begin van de paragraaf voor de definiëring van typen doorstroom

¹⁷ Het gaat hier om het totaal aantal diagnoses vallend onder: alcohol- of drugsgebruik, depressie, of psychotische symptomen

Naast de onderverdeling in typen doorstroom kan ook voor de gehele groep, dus respondenten en non-respondenten, een onderverdeling gegeven worden naar type woonvorm. Deze informatie is niet voor alle non-respondenten afleidbaar op basis van de beschikbare informatie, zodat er uiteindelijk een vergelijking gemaakt kan worden voor 193 van totale groep van 210 dak- en thuislozen waar bij de tweede meting informatie over is gevonden. Het resulterende patroon komt voor deze "gehele" groep overeen met het beeld dat eerder al naar voren kwam: bij de tweede meting verblijft een kleiner deel van de dak- en thuislozen in een passantenverblijf en op straat, terwijl een groter deel over zelfstandige woonruimte beschikt of in een woonvoorziening voor dak- en thuislozen verblijft.

Tabel 13: Gerapporteerde huisvesting gehele groep, eerste en tweede meting (N = 193)

	1e meting		2e meting	
	Frequentie	Percentage*	Frequentie	Percentage
Passantenverblijf	129	67%	95	49%
Op straat	25	13%	3	2%
Bij familie, vrienden of kennissen (tijdelijk)	23	12%	3	2%
Kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand	4	2%	1	0%
Sterk wisselend	4	2%	0	0%
Woonvoorziening voor dak- en thuislozen	3	2%	40	21%
Eigen zelfstandige woonruimte	3	2%	44	23%
Particulier pension, logement, hotel	2	1%	0	0%
Bij familie, vrienden of kennissen (permanent)	0	0%	1	1%
Anders, namelijk	0	0%	6	3%

* Door afronding tellen de percentages niet op tot 100%.

3.3 Gebruik van de zorg

Op beide meetmomenten is gevraagd naar het gebruik van de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg door de respondenten (zie bijlage A en Rooij et al., 2007). Bovendien zijn de psychiatrische diagnoses volgens de CIDI bekend uit de eerste meting. Op basis van deze informatie kan in beeld worden gebracht hoeveel van de dak- en thuislozen met een diagnose ook daadwerkelijk hulpverlening ontvangen. Allereerst wordt in tabel 14 weergegeven hoeveel respondenten op de eerste en tweede meting geestelijke hulpverlening (ggz) en/of hulp van de verslavingszorg (vz) ontvingen.

Tabel 14: Gebruik van de zorg, beide metingen (n=104)*

Vragen op 1e meting	1e meting			2e meting		
	Frequentie	%**	N	Frequentie	%	N
Geestelijke gezondheidszorg						
Nu in behandeling?	17	16%	104	5	5%	102
In het laatste jaar een behandeling afgerond?	-	-	-	12	12%	103
Verslavingszorg						
Nu in behandeling?	41	39%	104	43	43%	101
In het laatste jaar een behandeling afgerond?	-	-	-	18	18%	102

* Het gaat hier om totale aantallen respondenten, dit hoeven niet per categorie dezelfde personen te zijn

** Percentage ten opzichte van de gehele groep teruggevonden respondenten, n=104

De resultaten in tabel 14 tonen dat 12 respondenten een behandeling in de ggz hebben afgerond, naast 18 respondenten die een behandeling in de verslavingszorg hebben afgerond. Als uitbreiding op het voorgaande is het waardevol om te laten zien hoeveel van de 17 respondenten in de ggz en de 41 in de verslavingszorg in persoon een jaar later nog steeds in de zorg aanwezig zijn. In onderstaande tabel 15 wordt dit overzicht gegeven. Zowel bij de ggz (60%) als bij de vz (85%) is een meerderheid van de respondenten een jaar later nog steeds in de zorg aanwezig.

Tabel 15: Behandeling in de ggz of verslavingszorg bij beide metingen, een vergelijking

Type zorg eerste meting:	Nog steeds in zorg bij de tweede meting?	
	2e meting - ggz	2e meting - vz
T1 - Geestelijke gezondheidszorg (ggz, n=17)	4 (24%)	9 (60%)
T1- Verslavingszorg (vz, n=41)	1 (2%)	34 (85%)

Naast de feitelijke aanwezigheid in de zorg is het interessant om te kijken of respondenten met een geconstateerde CIDI diagnose zich op beide metingen in de zorg bevinden. Of anders gezegd, om te kijken of dak- en thuislozen met een diagnose inderdaad de benodigde zorg krijgen.

In de onderstaande tabel 16 wordt aangegeven hoeveel respondenten met een diagnose bij de tweede meting in enige vorm van zorg zitten. Zorg is in dit geval samengenomen voor ggz en verslavingszorg, mede omdat het tijdens de interviews bleek dat respondenten zelf geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg soms moeilijk uit elkaar konden houden. Uit tabel 16 blijkt dat het percentage respondenten in zorg met een diagnose weinig verschilt tussen de 1^e en 2^e meting.

Tabel 16: Gebruik van zorg op beide metingen door respondenten met een diagnose*

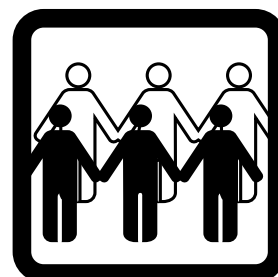
	Totaal aantal diagnoses (n=104)	Gebruik van de zorg inclusief verslavingszorg?***			
		Eerste meting (N = 104)		Tweede meting (N = 103)	
		N	%	N	%
Alcohol	20	7	35%	7	35%
Opiaten	32	22	69%	24	75%
Cocaïne	7	4	57%	2	29%
Medicijnen voor de roes	10	5	50%	5	50%
Amfetaminen	11	9	82%	9	82%
Cannabis	4	3	75%	2	50%
Middelengebruik totaal	59	31	53%	31	56%
Depressie (totaal)	21	9	43%	9	45%
Alle psychotische stoornissen	7	3	43%	4	67%
Depressie of psychotische stoornis	27	11	41%	12	48%

* De respondenten in zorg bij de tweede meting hoeven niet dezelfde te zijn als in de eerste meting.

*** Let op: methadonverstrekking is meegenomen in deze categorie (39 respondenten van het totaal, meer dan het aantal diagnoses op opiaten)

hoofdstuk 4

Verloop van de zorgtoeleiding na intake van Centraal Onthaal



Hoofdstuk 4

Verloop van de zorgtoeleiding na intake bij Centraal Onthaal

In dit hoofdstuk wordt het zorgtoeleidingsproces beschreven na intake bij Centraal Onthaal. De derde onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is: welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol bij de zorgtoeleiding van een cliënt in de maatschappelijke opvang in de vier maanden na de intake bij Centraal Onthaal? Onder zorgtoeleiding wordt hier het proces verstaan van:

- intake bij CO;
- doorverwijzen naar een nachtopvang (bij een instelling voor maatschappelijke opvang) waar een cliënt-manager wordt toegewezen en een zorgplan (advies van de instelling) wordt opgesteld;
- bespreking van het zorgplan in de TTC en vaststellen van een zorgtraject.

Via interviews met 21 cliënten direct na intake bij Centraal Onthaal (CO) en vier maanden na intake, en interviews met hun hulpverleners, is gekeken naar het verloop van de zorgtoeleiding. Hierbij is de aandacht vooral gericht op het cliëntniveau. Op beleids- en managementniveau zijn enkele gesprekken gevoerd met sleutelinformanten, om de uitgangspunten van het beleid op de werkvloer te verhelderen. In deze evaluatie is alleen gekeken naar het toeleidingsproces van cliënten die met succes een pasje bij CO hebben aangevraagd. Het effect van de strikte toelatingscriteria bij CO op de zorgtoeleiding van cliënten is niet onderzocht (cliënten die zich vanwege het nieuwe beleid niet aanmelden bij CO, of worden afgewezen bij CO).

In paragraaf 4.1 wordt het verloop van de zorgtoeleiding van de geïnterviewde cliënten besproken. Hierbij komen verschillende factoren aan bod die van invloed zijn op de zorgtoeleiding. Eén groep factoren heeft te maken met de organisatie van de zorgtoeleiding en de uitvoering van de gemaakte afspraken rondom de zorgtoeleiding. Een andere groep factoren heeft te maken met de kenmerken van de cliënten en kenmerken van de geïnterviewde hulpverleners. In paragraaf 4.2 worden alle factoren besproken. Allereerst wordt hieronder ingegaan op de werkafspraken die gemaakt zijn rondom CO en de zorgtoeleiding via de TTC.

4.1 Uitgangspunten Centraal Onthaal

Allereerst zijn de afspraken in kaart gebracht van de bij Centraal Onthaal betrokken instellingen over de zorgtoeleiding van cliënten vanaf intake bij Centraal Onthaal. Eind 2005 is een notitie verschenen waar de werkafspraken worden beschreven zoals die per 1 januari 2006 van toepassing zijn voor Centraal Onthaal ("Werkafspraken Centraal Onthaal per 1 januari 2006"). In december 2006 is een nieuwe notitie verschenen, met daarin aangepaste/uitgewerkte afspraken en verbeterpunten rondom de werkafspraken voor Centraal Onthaal. Omdat de verzamelde gegevens betrekking hebben op de laatste maanden van 2006, zijn de oorspronkelijke werkafspraken in het onderzoek gebruikt als uitgangspunt voor het onderzoeken van de zorgtoeleiding.

De volgende concrete werkafspraken worden in de notitie onder meer genoemd:

- Nadat een cliënt bij CO een pasje heeft ontvangen wordt deze geïnformeerd welke nachtopvangvoorzieningen er zijn; de klant kan zelf een keuze maken waar hij/zij zal verblijven.
- Door de betreffende instelling wordt bepaald welk (zorgvraagverduidelijkings-)traject de cliënt aangeboden krijgt. De instelling verzamelt in een beperkte tijd¹⁸ informatie over de cliënt, waardoor in overleg met de cliënt een gericht advies over een vervolgetraject kan worden opgesteld. In deze rapportage noemen we dit advies een zorgplan.
- Dit zorgplan wordt binnen maximaal vier weken na toewijzing van een bed besproken in de Traject ToewijzingsCommissie (TTC). Deze legt afspraken rondom het zorgtraject vast in een zogenoemde zorgovereenkomst.¹⁹

De gegevensverzameling voor het opstellen van een zorgplan gebeurt via het invullen van een formulierenset. Dit is een uitgebreide formulierenset (ADF-formulieren) waarmee ook een AWBZ-indicatie kan worden vastgesteld. Een vertegenwoordiger van het CIZ, de organisatie die de AWBZ indicaties goedkeurt, woont de vergaderingen van de TTC bij. Het voordeel hiervan is dat een cliënt mogelijk gelijk kan worden goedgekeurd voor een AWBZ aanvraag. Verder zitten in de commissie inhoudelijk deskundigen, alsmede een vertegenwoordiger van MOVERS voor het cliëntperspectief. Elke instelling levert in ieder geval één inhoudelijk deskundige (het RIAGG een psychiater, een instelling voor maatschappelijke opvang een maatschappelijk werker, enzovoorts). Bij de intake wordt ook een toestemmingsverklaring getekend door de cliënt, zodat informatie volgens de geldende afspraken en conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) tussen de instellingen kan worden uitgewisseld.

¹⁸ Een ingevuld inventarisatieformulier inclusief een pre-advies dient binnen ongeveer 4 tot 6 weken te worden aangeleverd bij Centraal Onthaal.

¹⁹ Sinds 2007 is het de afspraak dat de het dossier / de klant naast vaststelling van het trajectplan in de TTC wordt overgedragen aan de GGD voor de trajectregie (monitoren van de voortgang van de individuele trajecten) .

4.2 Verloop van de zorgtoeleiding

Is de zorgtoeleiding in de vier maanden na intake bij Centraal Onthaal (CO) bij de 21 respondenten inderdaad volgens afspraak verlopen? Van de 21 respondenten zijn, vier maanden na hun intake bij CO, 11 getraceerd en opnieuw geïnterviewd. Hiervan hebben er 6 een zorgplan gekregen. Daarvan is bekend dat er twee binnen de TTC zijn behandeld. Het is uit de interviews niet precies duidelijk geworden hoe snel de 2 besproken cliënten in de TTC daar - na intake bij CO - zijn besproken. Van de overige 5 respondenten hoefde er 1 na zijn intake bij Centraal Onthaal geen gebruik te maken van de opvang; hij raakte uiteindelijk niet dakloos. Van de non-respondenten (10 van de 21 cliënten) zijn er 5 helemaal niet bekend binnen de Rotterdamse MO-instellingen.

4.3 Bevorderende en belemmerende factoren

4.3.1 Organisatie van de zorgtoeleiding

TTC, centrale registratie

Bevorderende factor voor de afstemming en samenwerking tijdens de zorgtoeleiding is het feit dat de samenwerkende partijen wekelijks contact hebben in de bijeenkomsten van de TTC. De TTC komt wekelijks bijeen (medio 2006 nog tweewekelijks), waarbij de klant besproken wordt. Wanneer het cliëntvolgsysteem goed functioneert, zal ook dit gaan bijdragen aan een snelle zorgtoeleiding en het voorkomen van uitval (uit zicht raken) van cliënten. Verder werd opgemerkt dat het bewaken van de voortgang van de zorgtoeleiding meer aandacht behoeft. Dit is overigens in 2007 gebeurd: na bespreking in de TTC, het dossier/ de klant overgedragen aan de GGD voor de trajectregie (monitoren van de voortgang). De trajectregisseurs van de GGD bewaken de voortgang, samen met de instellingen die de zorgvraagverduidelijking uitvoeren.

Vasthouden van cliënten via intensieve outreachende zorg

Enkele respondenten hebben een zodanig zware problematiek dat zij intensieve outreachende zorg ontvangen van meerdere instellingen. Voor sommige cliënten lijkt zelfs dit niet voldoende om 'de zaak draaiende te houden'.

“Ik denk dat de cliënt in een aantal gevallen tevreden is, maar in een aantal gevallen dat hij ook liever een rechtstreekse lijn heeft (...) Dit is voor ons natuurlijk ook niet altijd mogelijk: omdat we natuurlijk meerdere mensen in behandeling hebben, en je hebt vergaderingen, bijeenkomsten, je bent in gesprek met andere mensen. (...) Bijvoorbeeld toen ik met hem bij de SOV ging kijken of dat wat voor hem was, dan ben ik bijna een dag met hem weg. Daarna heb je natuurlijk gewoon weer je werkzaamheden en zijn er toch een aantal dingen die hij ook zélf moet doen. (...) Dus ja ik hoop dat er ook een vervolgtraject is, dat is ook voor een heel groot gedeelte afhankelijk van hem. (...) Ik denk dat hij aanvankelijk nog op de kliniek zal zitten, maar hij zal daarna ook zelf een aantal dingen moeten regelen, en ik hoop dat hij daarbij ook eh.. (...) ik hoop dat er dan ook wat mogelijkheden zijn, ik denk voor hem dat begeleid wonen niet slecht is.” (hulpverlener 6)

Vooral outreachend werken is bij deze doelgroep nodig omdat de motivatie sterk wisselt. Een hulpverlener merkt op dat verslavingszorg- en ggz- instellingen nog meer buiten kantooruren om zouden moeten werken en meer in de opvang aanwezig moeten zijn. Als een cliënt gemotiveerd is voor bijvoorbeeld een opname, dan kan niet pas twee weken later een gesprek met de cliënt over opname worden gevoerd. Dan is de cliënt weer uit beeld, gaat weer gebruiken, en kan van voren af aan worden begonnen met motiveren. Een cliënt met ernstige problemen bij het lopen meldt direct na intake bij CO:

“Ik heb net die jongens van .. [instelling X] gesproken; ik dacht die wachten wel even maar nee hoor, ze komen morgenochtend langs. Ik moet eerst naar Van Speijk terug en dan naar de deelgemeente om mij aan te melden. Ik kan niet zoveel meer lopen met mijn poten.” (cliënt 6)

Continuïteit in begeleiding

Eén van de sleutelinformanten wijst op het belang van continuïteit in de begeleiding van cliënten. Bestaande cliënten die een goed contact hebben met een cliëntmanager zouden in geen geval een nieuwe cliëntmanager bij een andere instelling toegewezen moeten krijgen.

“Na zorgtoewijzing door de TTC krijgt de cliënt een nieuwe klantmanager bij de gekozen instelling toegewezen. Dit is een zwak punt in het geheel. Dak en thuislozen zijn sowieso een groep met heel veel breuken in relaties. Als ze nog niet gehecht zijn aan hun casemanager is het nog niet zo erg, maar als ze eenmaal een band hebben opgebouwd dan moet je dat vasthouden.” (sleutelinformant 1)

Volgens een sleutelinformant zou bij CO dus een voorlopige keuze gemaakt moeten worden voor overnachting bij één van de instellingen. Vervolgens wordt in die instelling een trajectplan samen met de klant opgesteld (per 2007 gebeurt dit ook inderdaad al). Dit wordt uiteraard wel vanuit het perspectief van deze instelling opgesteld, maar de toets bij de TTC moet inhoudelijke zijn, niet een toetsmoment voor de instellingen. De samenstelling van de TTC moet op het goed uitvoeren van deze inhoudelijke toets toegesneden zijn.

De continuïteit in de begeleiding blijkt verder in gevaar te kunnen komen na afloop van een behandeling, bijvoorbeeld ontslag uit een kliniek of uit detentie. Een cliënt zegt hierover het volgende:

“Het programma was succesvol in de zin dat ik afgekickt ben, maar de nazorg was niet zo goed. Na het afkicken ga je kijken hoe je in de maatschappij kan re-integreren, maar dat laten ze na hier in de zorg in Rotterdam. Daarom ben ik dakloos – ik heb dingen aangegrepen om niet dakloos te worden en dan pak je het soms verkeerd aan. Dan sta je ineens weer op straat.” (cliënt 9)

Bureaucratie, aanmeldingsbeleid van instellingen

Uit interviews met zowel cliënten als hulpverleners blijkt dat de bureaucratische procedures bij met name de sociale dienst een belemmerende factor zijn bij de zorgtoeleiding.

“En dan loop je natuurlijk ook aan tegen de sociale dienst waar je alleen maar tussen 9 en 11 terecht kan, bij je klantmanager, is je klantmanager er niet dan moet het wel heel erg goed in het systeem staan willen ze je nog verder helpen. Ja voor een gedeelte loop je ook wel tegen de bureaucratie aan.” (hulpverlener 6)

Een geïnterviewde veldwerker merkt op dat de aanmelding bij bijvoorbeeld klinieken rechtstreeks zou moeten kunnen plaatsvinden, en niet via bijvoorbeeld het veldwerk of de centrale intake van de betreffende instelling. Daarbij kan ook communicatie met instellingen over cliënten verbeterd worden.

Vasthouden van cliënten door de regel: 'nachten maken'

Van de geïnterviewde cliënten zou een groot deel de nachtopvang liefst vermijden. Maar, wanneer een cliënt zich heeft aangemeld bij CO en (los daarvan) bij SoZaWe een uitkering krijgt of aanvraagt, kan hij deze alleen krijgen of behouden wanneer hij of zij gebruik maakt van de nachtopvang. Op deze manier blijven cliënten in het zicht van de hulpverlening en kan daar samen met de klant de zorgvraagverduidelijking worden gemaakt.

“Op een gegeven moment was hij een tijdje bij zijn moeder dus toen was hij buiten beeld en hebben we hem wel besproken, maar dan heb je weinig contact met hem. Maar ja, qua uitkering zitten we natuurlijk altijd van: je moet je nachten maken, dus dan weet je automatisch die persoon komt wel weer naar boven.” (hulpverlener 6)

Het voorbeeld hierboven, van een cliënt met ernstige alcoholproblematiek, laat zien hoe dit beleid positief kan uitwerken. In deze specifieke situatie is de terugkomst van de cliënt naar de nachtopvang aangegrepen om een zorgplan op te stellen en een AWBZ-indicatie in gang te zetten. Nadeel van het verplicht aanwezig moeten zijn in de nachtopvang is dat die omgeving een terugval in, of een verheviging van de verslaving in de hand kan werken. Een citaat over dezelfde cliënt:

“Ik denk dat je nu een resultaat hebt bereikt – hij zit nu weer op de kliniek – en dan is het even afwachten wat het vervolgtraject gaat worden. Als hij daar een tijd zit en er komt geen vervolg aan, dan loopt hij weer op straat en kan je weer van voren af aan beginnen als veldwerker, want je blijft tegen de problemen aanlopen dat zijn schuld niet is afbetaald, dus komt hij hier op een gegeven moment weer, dan zit je toch weer met die schuld, en loop je op een gegeven moment weer in het maatschappelijke opvangcircuit, ja alles om je heen gebruikt en drinkt en weet ik veel wat - de motivatie is heel erg slecht – dus ja, je ziet ze allemaal weer terugvallen.” (hulpverlener 6)

Een voorbeeld hiervan betreft een cliënt die totaal niet bekend is met de opvang, en er na zijn intake bij CO tegenop ziet om er te overnachten vanwege zijn angst voor een terugval in zijn verslaving. Deze cliënt heeft voorlopig een slaapplek bij familie en lijkt de opvang in principe niet nodig te hebben. (cliënt 15)

Een ander voorbeeld is een man van tegen de vijftig die de scène al enige tijd heeft verlaten, en van zijn uitkering en wat klusjes zijn middelengebruik kan betalen. Door omstandigheden raakte hij zijn postadres kwijt en moest zich aanmelden bij CO voor een uitkering. Ook hij ziet er, na intake bij CO, tegenop om weer

naar de nachtopvang te moeten gaan, waar 'toch mensen lopen die het uitschot van de maatschappij zijn'. Hij heeft het gevoel daardoor 'zeven jaar kwijt te raken', de jaren waarin hij buiten de scène wat tot rust is gekomen. (cliënt 19)

4.3.2 Houding en kenmerken cliënten

Om de in 4.1 genoemde afspraken te realiseren is het van belang dat cliënten zoveel mogelijk worden geactiveerd (sleutelinformant 1), en weten wat er van hen wordt verwacht. Is het voor de doelgroep na intake bij CO duidelijk hoe het zorgtraject in gang wordt gezet en hoe de zorg voor hen wordt gerealiseerd? Uit de interviews direct na intake bij CO blijkt dat de afspraken die met de medewerkers van CO zijn gemaakt bijna allemaal neerkomen op een vervolgspraak bij de sociale dienst voor bijvoorbeeld het regelen van een uitkering of de aanpak van schulden. Niet voor alle cliënten is duidelijk wat de afspraken zijn. Op de vraag wat CO verder voor hen zou kunnen betekenen antwoorden de cliënten meestal dat ze hopen op een uitkering, een slaapbrief, een legitimatiebewijs of een zorgverzekering; sommigen willen uiteindelijk, via de maatschappelijke opvang, een eigen woning - eventueel in een begeleid wonen constructie. De verwachtingen zijn meestal niet al te hoog gespannen, al hebben de meeste cliënten die zojuist een pasje toegezegd hebben gekregen een positief oordeel over de manier van werken bij CO en de bejegening door het personeel.

Vier maanden na intake bij CO blijkt dat het voor de meeste respondenten niet duidelijk is hoe het zorgtraject voor hen werkt en hoe de zorg wordt gerealiseerd. Zij nemen een passieve houding aan. Van de 11 geïnterviewde respondenten, vier maanden na intake bij CO, hebben er 6 een zorgplan. Slechts één van hen weet dat er een zorgplan is uitgeschreven. Bij deze persoon wordt het zorgplan om de 6 weken bijgesteld en worden de doelen iedere week besproken met zijn begeleidster. De cliënten die denken dat er geen zorgplan is opgesteld weten niet hoe dit komt, of denken dat het aan een gebrekkige communicatie ligt of aan een gebrekkige samenwerking tussen instanties. Een respondent heeft te horen gekregen dat een zorgplan in zijn geval niet van toepassing is; hij heeft behalve zijn dakloosheid geen ernstige problemen.

Uit het eerder genoemde voorbeeld met betrekking tot het 'maken van voldoende nachten' blijkt dat lang niet alle cliënten zoveel nachten in de opvang willen maken als nodig is om samen met hen een zorgtraject te kunnen opstellen. Het onvoldoende aanwezig zijn in de nachtopvang zorgt voor grote vertragingen bij het opstellen van een zorgplan. Eén cliënt is regelmatig periodes in het ziekenhuis vanwege een chronische ziekte. Een aantal cliënten heeft een slaappleaats bij familie of vrienden/kennissen. Veel cliënten verkiezen deze alternatieve slaappleaatsen boven de nachtopvang, bijvoorbeeld omdat zij ex-verslaafd zijn en niet met verslaafden in aanraking willen komen. Hierdoor worden zij (vanuit het perspectief van de hulpverlener) 'ongrijpbaar'.

4.3.3 Kennis en houding hulpverleners

Voor de betrokken hulpverleners is het niet altijd duidelijk waardoor het opstellen van een zorgplan traag verloopt. Een cliëntmanager lijkt zich er niet van bewust dat de zorgvraagverduidelijking en het aanleveren van informatie aan de TTC een regel (en geen uitzondering) is. Hij geeft aan dat hij een cliënt pas gaat aandragen bij de TTC als hij zich geen raad meer weet met de problemen van de cliënt. Door een andere

hulpverlener wordt de samenwerking met de TTC juist gezien als een stok achter de deur om tijdig aan de slag te gaan met een cliënt.

Een geïnterviewde hulpverlener werkt regelmatig buiten de TTC om, omdat het sneller gaat. Wil iemand bijvoorbeeld naar de 's Gravenhof (programma voor begeleid wonen), dan wordt de cliënt rechtstreeks aangemeld. "Op het moment dat de cliënt in de TTC wordt besproken woont de cliënt al in de 's Gravenhof". Veel cliënten zijn al doorgestroomd voordat de intake gedaan is. De redenering van deze hulpverlener lijkt te zijn dat de formele procedure in zijn ogen vertraging met zich meebrengt.

Andere knelpunten die hulpverleners rondom de nieuwe intakeprocedure ervaren zijn:

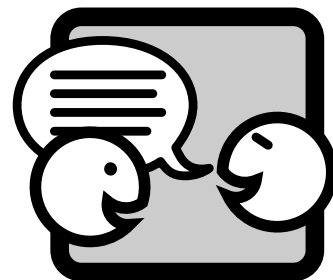
- de intake moest binnen instellingen in 2006 nog worden opgezet, er moest bijvoorbeeld nog personeel voor komen;
- tijdgebrek door onder meer de inhaalslag die gemaakt moest worden ('herintake' van bestaande cliënten van de nachtopvang);
- het grote aantal formulieren; als hulpverlener heb je al met veel andere formulieren te maken;
- er is nog geen goed functionerende centrale registratie. Het is daardoor bijvoorbeeld onduidelijk of iemand al bij een andere instelling intake heeft gehad.

Uit enkele interviews blijkt dat de communicatie met andere instellingen over cliënten nog niet vlekkeloos verloopt, waardoor vertraging ontstaat. Zo kan het bijvoorbeeld enige tijd duren voordat het voor de betrokken medewerkers duidelijk is welke MO-instelling een cliëntmanager moet aanstellen voor een bepaalde cliënt. Ook uit de interviews met cliënten komt naar voren dat het soms weken of maanden kan duren voordat zij een cliëntmanager toegewezen hebben gekregen.

Verder lijkt het in de praktijk soms moeilijk om als hulpverlener een evenwicht te vinden tussen het vasthouden aan regels enerzijds, en het vasthouden van het contact met cliënten anderzijds. Voorbeeld is de situatie waarin een intelligente, ondernemende cliënt verstrikt raakt in bureaucratische procedures bij de sociale dienst, waardoor het lang duurt voordat een uitkering rond is en de problemen van de cliënt zich in rap tempo opstapelen. De cliënt maakt door langdurige opnames in het ziekenhuis bovendien te weinig nachten in de opvang. Dit staat het krijgen van een uitkering en zorgplan in de weg. Tegelijkertijd wil deze cliënt niet meewerken aan bepaalde noodzakelijke trajecten zoals schuldsanering. Het is voor een buitenstaander onduidelijk hoe de vertraging in de hulpverlening precies is ontstaan.

hoofdstuk 5

Conclusies en aanbevelingen



Hoofdstuk 5

Conclusies en aanbevelingen

In Rotterdam is in 2006 een aantal maatregelen ingevoerd om de zorgtoeleiding van dak- en thuislozen te verbeteren. Op basis van vervolgonderzoek onder Rotterdamse dak- en thuislozen en een kwalitatief onderzoek onder nieuwe aanmelders bij het centrale loket voor de Maatschappelijke Opvang werden deze maatregelen geëvalueerd. De volgende vragen werden beantwoord:

- Welke veranderingen in de psychische problematiek, sociale situatie en huisvestingssituatie hebben zich in 2006 voorgedaan in een cohort van 300 Rotterdamse dak- en thuislozen?
- Welke veranderingen in het gebruik van ggz en verslavingszorg hebben zich in dit cohort in 2006 voorgedaan, in het bijzonder bij degenen met een CIDI-diagnose voor middelengebruik, depressie, en/of psychotische symptomen?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de zorgtoeleiding van een cliënt in de maatschappelijke opvang in de eerste vier maanden na intake bij Centraal Onthaal?

Om de eerste twee onderzoeksvragen te beantwoorden zijn 292 dak- en thuislozen opnieuw gezocht. Zij waren in 2006 al uitgebreid geïnterviewd. Uiteindelijk zijn 104 van hen weer geïnterviewd. Gecombineerd met dossieronderzoek werd uiteindelijk voor 210 van de oorspronkelijke 292 cliënten informatie over de verblijfplaats gevonden. Voorgaande vormt het eerste deelonderzoek van de studie. Om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden, is het proces van zorgtoeleiding gevolgd van 21 aanmelders bij de "poort" van de maatschappelijke opvang, het loket Centraal Onthaal. Dit is het tweede en meer kwalitatieve deelonderzoek.

Bij het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek dient rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen. In de eerste plaats richt het onderzoek zich op een beperkte selectie van psychiatrische diagnoses, namelijk enkele van de meest voorkomende en best behandelbare. Er komen binnen deze doelgroep vanzelfsprekend meer diagnoses en problemen voor dan diegenen die besproken zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de moeilijk meet- en behandelbare persoonlijkheidsstoornissen, maar ook angstklachten of mentale achterstanden.

Een tweede beperking is het feit dat het onderzoek voornamelijk is gebaseerd op zelfrapportage. Zeker bij gevoelige onderwerpen, zoals psychische problemen, kan dit er toe leiden dat respondenten zaken verzwijgen waar ze wel last van hebben. Culturele verschillen kunnen op dit punt tot extra vertekening leiden: de interviewers hadden soms het idee dat psychische klachten door Surinaams/Antilliaanse respondenten getrivialiseerd werden, vooral bij depressie. Onderrapportage kan ook ontstaan wanneer medicijnen of drugs worden gebruikt die symptomen van psychische problemen onderdrukken.

Wat betreft het tweede deelonderzoek naar het verloop van de zorgtoeleiding moet rekening worden gehouden met het beperkte aantal respondenten dat vier maanden na intake bij CO opnieuw is geïnterviewd (n=11, de helft van de initiële groep). Dit deelonderzoek schetst een voorlopig en verkennend beeld van een nieuw geïntroduceerd toelatings- en zorgtoeleidingstraject van de Rotterdamse maatschappelijke opvang, in samenwerking met onder andere de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Rotterdam, en de ggz- en verslavingszorginstellingen.

5.1 Psychosociale problematiek, woonsituatie, en zorggebruik

Het doel van het eerste deelonderzoek was het verschaffen van inzicht in de ontwikkelingen die de Rotterdamse dak- en thuislozen in 2006 hebben doorgemaakt. Het gaat hierbij om de psychosociale problematiek, de woonsituatie en het zorggebruik onder deze groep.

Bij de eerste meting in 2006 zijn 292 respondenten geïnterviewd. Bij de tweede meting in 2007 zijn hiervan na een zoektocht 104 opnieuw gevonden en geïnterviewd. Op basis van aanvullend dossieronderzoek en gesprekken met medewerkers in de MO is uiteindelijk over 210 respondenten informatie gevonden over hun verblijfsituatie. Het blijkt dat iets meer dan de helft (54%) van deze mensen nog steeds aantoonbaar aanwezig is in de maatschappelijke opvang in Rotterdam. Daarnaast is ongeveer een kwart van de respondenten (27%) volledig uit zicht verdwenen van de maatschappelijke opvang uit Rotterdam. Het overige deel zit vooral in woonprogramma's, klinieken of detentie.

Bij het interpreteren van resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat de 104 respondenten vrijwel uitsluitend opnieuw in de maatschappelijke opvang in Rotterdam zijn opgezocht en geïnterviewd. Er zijn aantoonbare verschillen tussen de respondenten en de non-respondenten. Vergeleken met de opnieuw geïnterviewde respondenten, ontving bijvoorbeeld een groter deel van de non-respondenten op het eerste meetmoment zorg. Daarnaast had een groter deel van de non-respondenten op het eerste meetmoment een psychiatrische diagnose. Tot slot waren non-respondenten gemiddeld drie jaar jonger.

Dit neemt niet weg dat de groep van 104 respondenten die bij de tweede meting opnieuw is geïnterviewd een relevante doelgroep voor de zorg is. Juist de respondenten die stabiel over een langere tijd in de maatschappelijke opvang aanwezig zijn met (onbehandelde) problemen vormen een doel voor mogelijke "bemoeizorg". Blijkbaar komen ze zelf niet uit de situatie waarin ze zich bevinden.

Op basis van de uitkomsten van deze 104 interviews wordt nu een beeld geschetst van de ontwikkelingen in woonsituatie, psychosociale problematiek, en het zorggebruik van deze groep dak- en thuislozen. Respondenten die na een jaar opnieuw in de maatschappelijke opvang zijn geïnterviewd zijn gemiddeld gezien laagopgeleid, man en 45 jaar oud. Het grootste deel van de respondenten was alleenstaand (94% was ongehuwd of gescheiden bij de eerste meting). Ongeveer de helft van de respondenten is in Nederland geboren, waarbij het overige deel vaak geboren is in Suriname (16%), de Nederlandse Antillen (9%), of Marokko (8%). Ze geven aan dat hun middelengebruik constant is gebleven. Het meest wordt heroïne/methadon gebruikt (51% gebruikt één of beide middelen), gevolgd door cocaïne (29%), cannabis (28%), alcohol (22%), en medicijnen zoals valium (14%). Samenvattend gaf iets meer dan driekwart (77%) van hen aan dagelijks minstens één middel te gebruiken.

Van de respondenten die bij de eerste meting een diagnose voor depressie hadden, heeft een jaar later 55% (11 van de 20 diagnoses) nog steeds depressieve symptomen. Van de 7 respondenten met een diagnose voor een psychotische stoornis vertoonden er 3 (43%) nog steeds psychotische symptomen bij de tweede meting. Het gaat hier om kleine aantallen waardoor geen harde conclusies zijn te trekken.

Gebaseerd op de HoNOS schaal bij de tweede meting, heeft slechts een kleine groep (6%) last van problemen met samenhangend denken. Ongeveer de helft van de respondenten heeft last van lichamelijke problemen (52%). Een opvallende uitkomst was dat een groot deel van de respondenten aangeeft dat ze genoeg vrienden en sociale contacten hebben (75%) en een zinvolle dagbesteding (77%). Let wel op dat het hier om zelfrapportage gaat. Over de bronnen van inkomsten is informatie beschikbaar over beide metingen. Er is hierin weinig veranderd in het jaar, het grootste deel van de inkomsten is afkomstig van uitkeringen (76% bijstand, 10% WAO).

Een opvallende verandering onder de groep van 104 respondenten is dat een kleiner deel van de respondenten in een passantenverblijf slaapt (67% in 2006 naar 49% in 2007). Ook slapen er minder respondenten "op straat" bij de tweede meting. Daarnaast is er een sterke toename in het aantal respondenten met een zelfstandige woonruimte of een plek in een woonvoorziening voor dak- en thuislozen. Kortom: de woonsituatie is verbeterd in het laatste jaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is de invoering van Centraal Onthaal: de regels voor de nachtopvang zijn aangescherpt en er is toegenomen aandacht voor het laten doorstromen van cliënten. Nogmaals, het gaat om een selectieve groep van 104 cliënten die in dagopvangvoorzieningen is teruggevonden. Gezien het feit dat non-respondenten gemiddeld zwaardere problematiek hadden bij de eerste meting, zou het hier geschetste beeld beter kunnen zijn dan de werkelijke situatie. Desondanks laten de volgende resultaten ook een gunstig beeld zien voor een iets bredere groep (aangevuld met dossieronderzoek).

Vanuit de eerste meting is bekend dat het grootste deel van de 292 geïnterviewden in 2006 (67%) vier of meer nachten per week in de nachtopvang slaapt. Een kleinere groep sliep op straat (15%), of bij familie, kennissen of vrienden (11%). Van de 210 geïnterviewden uit 2006 waar informatie over is terug gevonden is bijna de helft (52%) positief doorgestroomd (zie paragraaf 3.2 voor een definitie). Van de andere helft is 32% neutraal doorgestroomd - dus op hetzelfde niveau gebleven, 10% negatief doorgestroomd, en is 6% in de restcategorie "anders" terecht gekomen (bijvoorbeeld detentie of kliniek).

Het viel bij de eerste meting al op dat slechts een klein deel van de respondenten gebruik maakt van de zorg. Een jaar later is hier geen verandering in gekomen. Voor zover gebruik wordt gemaakt van de zorg gaat het vooral om methadon of heroïne verstrekking (39 van de 104 respondenten). Het blijkt dat ongeveer de helft (56%) van de respondenten met een diagnose voor middelengebruik enige vorm van zorg (ggz of verslavingszorg) ontvangt bij de tweede meting. Daarnaast ontvangt ongeveer de helft (48%) van de respondenten met een diagnose voor depressie of psychotische stoornissen enige vorm van zorg (waar- onder methadonbehandeling) bij de tweede meting.

Samenvattend:

Hoe heeft de psychosociale problematiek en de woonsituatie van Rotterdamse dak- en thuislozen zich in 2006 ontwikkeld? Als de uitkomsten naast elkaar gezet worden vormt zich het beeld van een groep respondenten die wel in beweging is, maar waar het "stabiel matig" mee gaat. Ze zijn van middelbare leeftijd en kennen vaak het "wereldje" van de opvang: ze geven aan voldoende contacten te hebben en zich niet te vervelen. Middelengebruik is min of meer stabiel gebleven, en regelmatig is de uitkering de bron van waaruit het middelengebruik wordt bekostigd. Bij ongeveer de helft van de respondenten met een psychiatrische diagnose (CIDI diagnose depressie of psychotische stoornis) zijn bij de tweede meting geen symptomen meer te zien op basis van de HoNOS-score. Wat betreft de woonsituatie is opvallend dat een kleiner deel van de respondenten gebruik maakt van de nachtopvang of passantenverblijven: ze lijken met name te zijn doorgestroomd naar een zelfstandige woonruimte of een woonvoorziening voor dak- en thuislozen.

Hoe heeft het gebruik van de ggz, inclusief de verslavingszorg, van Rotterdamse dak- en thuislozen zich in 2006 in ontwikkeld? De situatie is min of meer stabiel gebleven sinds de eerste meting: ongeveer de helft van de respondenten met een diagnose op middelengebruik of een depressie/psychotische stoornis krijgt enige vorm van zorg. Dit zorggebruik bestaat voor een belangrijk deel uit methadonprogramma's (onderhoud en afbouw).

5.2 Verloop van de zorgtoeleiding na intake bij Centraal Onthaal

Uit het deelonderzoek naar het verloop van de zorgtoeleiding van cliënten na de intake bij CO blijkt dat de helft van de cliënten na vier maanden is terug te vinden. Van de 21 respondenten zijn er 11 opnieuw geïnterviewd. Het is onduidelijk waar de overige cliënten verblijven. De cliënten die niet zijn geïnterviewd waren de cliënten met relatief veel problemen uit de eerste ronde interviews. In vergelijking met de twee keer geïnterviewde cliënten hadden ze vaker een criminele achtergrond of psychische problematiek.

Van de 11 opnieuw geïnterviewde respondenten hebben er 6 een zorgplan gekregen. Daarvan is bekend dat er 2 binnen de TTC zijn behandeld. De 2 cliënten die zijn besproken in de TTC zijn daar gemiddeld enkele maanden na intake bij CO besproken. Geen van de non-respondenten heeft een zorgplan (10 van de 21 cliënten). Ook zijn er 5 helemaal niet bekend binnen de Rotterdamse MO-instellingen.

Van de werkafspraken die gemaakt zijn rond de uitvoering van het nieuwe zorgtoeleidingsbeleid lijkt met name het toewijzen van een cliëntmanager en het opstellen van een zorgplan niet goed te verlopen. Dit heeft te maken met kenmerken van de organisatie, van de cliënten, en van de betrokken hulpverleners.

Wat betreft de organisatie kan worden geconcludeerd dat de communicatie tussen hulpverleners van verschillende instellingen nog onvoldoende is, al heeft de invoering van het TTC-overleg de lijnen al een stuk korter gemaakt. Daarnaast zijn niet alle medewerkers van MO-instellingen zich ervan bewust dat iedere cliënt binnen drie weken na intake bij CO een zorgplan moet hebben voor bespreking in de TTC. Zij maken alleen gebruik van de deskundigheid in de TTC wanneer ze zelf vastlopen in de hulpverlening aan een cliënt. Complicerende factor bij het opstellen van een zorgplan is het afnemende en kortdurende gebruik van de nachtopvang. In de nachtopvang zijn de medewerkers afhankelijk van wanneer iemand komt en of iemand komt om het plan verder af te maken. Steeds minder mensen maken gebruik van de nachtopvang, en doen dit onregelmatig en kort. Dat staat haaks op het aanleveren van een zorgplan dat met de cliënt besproken en geaccordeerd is binnen drie weken. Wanneer het cliëntvolgsysteem E-vita²⁰ eenmaal volgens plan functioneert, zal dit naar verwachting in grote mate bijdragen aan een betere samenwerking en daarmee een snellere zorgtoeleiding van cliënten.

Cliënten kunnen bijdragen aan een snel verloop van de zorgtoeleiding. Daarvoor is het van belang dat zij zoveel mogelijk worden geactiveerd, en weten wat er van hen wordt verwacht. Niet voor alle cliënten is direct na intake bij CO duidelijk wat de afspraken zijn; meestal is een vervolgspraak bij de sociale dienst het enige houvast voor een vervolg van het traject. Vier maanden na intake bij CO blijkt dat het voor de meeste respondenten niet duidelijk is hoe het zorgtraject voor hen werkt en hoe de zorg wordt gerealiseerd. Ze weten bijvoorbeeld niet dat er voor hen een zorgplan is uitgeschreven. Cliënten blijken bovendien moeite te hebben met de voorwaarde dat zij voldoende vaak aanwezig moeten zijn in de opvang om bereikbaar te zijn en de hulp te krijgen die ze nodig hebben (opstellen zorgtraject). Ook bestaat het - verkeerde - beeld dat klanten eerst "nachten moeten maken" in de opvang voordat zij in aanmerking komen voor een WWB-uitkering. Wanneer cliënten hier niet goed aan meewerken, stagneert het zorgtoeleidingsproces. Zij hebben vaak begrijpelijke argumenten om elders te overnachten (bijvoorbeeld niet steeds met de scène in aanraking willen komen), maar worden vanuit hulpverlenerperspectief 'ongrijpbaar' als zij niet regelmatig in de nachtopvang verblijven.

Voor de betrokken hulpverleners is het niet altijd duidelijk dat de zorgvraagverduidelijking en het aanleveren van informatie aan de TTC een regel (en geen uitzondering) is. Verder lijkt het in de praktijk soms moeilijk om als hulpverlener een evenwicht te vinden tussen het vasthouden aan regels enerzijds, en het belang van het vasthouden van het contact met cliënten anderzijds.

²⁰E-vita is een gezamenlijk informatiesysteem dat door de Rotterdamse GGD en SoZaWe is ontwikkeld is.

5.3 Aanbevelingen

In dit onderzoek is de zorgtoeleiding van dak- en thuislozen in Rotterdam geëvalueerd. Op basis van de conclusies is een aantal aanbevelingen te geven.

Opvallend weinig cliënten van de maatschappelijke opvang zijn in contact met de ggz (inclusief verslavingszorg). Gezien de beperkte mogelijkheden, motivatie en het gebrekkige zelfinzicht van deze cliënten is een grotere inspanning van de huidige bemoeizorg noodzakelijk om hen naar de benodigde zorg toe te leiden. Een brede en systematische toepassing van het ontwikkelde screeningsinstrument (Van Rooij et al., 2007) kan er mogelijk een bijdrage aan leveren dat een groter percentage cliënten op de (juiste) plaats in de zorg terecht komt.

Uit het onderzoek blijkt verder dat na een jaar (hoofdstuk 3), of zelfs al na vier maanden (hoofdstuk 4), juist de cliënten met een gemiddeld zwaardere problematiek buiten beeld zijn geraakt. Mede op basis van de resultaten van de evaluatie van de zorgtoeleiding (tweede deelonderzoek) kan worden geconcludeerd dat er binnen het toeleidingsproces nog teveel wordt verwacht van de zelfredzaamheid van de cliënten, ondanks een vaak intensieve en gedegen begeleiding. Veel cliënten hebben moeite met het houden van afspraken en leven bij de dag, maar moeten desondanks regelmatig een periode wachten binnen de zorgtoeleiding voordat enig resultaat zichtbaar wordt (een maand regelmatig in de opvang verschijnen, of over een bepaalde tijd terugkomen voor de uitkering). Een meer persoonsgerichte aanpak, met een grotere en meer langdurige inzet van de bemoeizorg, is hier op zijn plaats. Ook valt te denken aan projecten waarbij eerst de huisvesting in orde komt en daarna de andere trajecten in beeld komen (Housing First, Roads).

Een andere verklaring voor het feit dat respondenten na een jaar niet via de gangbare kanalen zijn terug te vinden, zou kunnen zijn dat veel cliënten met oneigenlijke motieven bij CO een pasje aanvragen voor de nachtopvang. Zij komen niet voor een slaapplek, maar voor een uitkering of bemiddeling bij het vinden van een woning. Sommigen mijden vervolgens (toch) de opvang en kiezen een alternatieve slaapplek (familie, vrienden, grijze circuit). Wellicht is dit een groep die op den duur uit zicht raakt. In andere gevallen leidt dit beleid tot een situatie waarin de cliënt enkel en alleen 'nachten maakt' om aan de eisen te voldoen (bereikbaarheid voor de hulpverlening), maar eigenlijk het bed niet nodig heeft. Voordeel voor de zorgtoeleiding is dat deze mensen in beeld blijven. Hoewel dit voor 'draaideurcliënten' positief kan uitpakken, ontstaat er in veel gevallen een ongewenste situatie voor de cliënt, zeker voor mensen die recentelijk dakloos geworden of niet met de scène in aanraking willen komen. Wellicht kan voor een deel van de doelgroep een alternatief worden gevonden voor dit beleid. Gedacht kan worden aan versoepeling van de voorwaarden op het gebied van wonen voor het krijgen van een uitkering.

Het toewijzen van cliëntmanagers en het opstellen van zorgplannen door MO-instellingen ter bespreking in de TTC komt nog niet overal goed van de grond. Problemen zijn onder andere gesignaleerd op het gebied van communicatie tussen instellingen, motivatie van het personeel en personele capaciteit. Dit is mede verklaarbaar uit de grote veranderingen binnen de maatschappelijke opvang. Sinds de start van Centraal Onthaal is er sprake van een grote cultuuromslag binnen de MO en ggz/vz instellingen. Ook de

introdactie van de screener betekent dat er aanpassingen gedaan moeten worden in de gebruikelijke manier van werken. Dergelijke veranderingsprocessen hebben tijd nodig en er moet aan zekere randvoorwaarden zijn voldaan, zoals tijd en geld voor ondersteuning van methodiekontwikkeling en bijscholing van MO-medewerkers.

Nader onderzoek moet uitwijzen hoe de zorgtoeleiding verder kan worden verbeterd, en of de MO-instellingen wellicht beter moeten worden toegerust om de nieuwe taken uit te voeren. Een ander punt dat nader onderzocht zou kunnen worden is de mate waarin laagbegaafdheid onder deze doelgroep voorkomt.

Samenvatting

In Rotterdam is in 2006 een aantal maatregelen ingevoerd om de zorgtoeleiding van dak- en thuislozen te verbeteren. Op basis van een longitudinale studie onder 223 Rotterdamse dak- en thuislozen (eerste deelonderzoek) en een kwalitatief onderzoek onder 21 nieuwe aanmelders bij het centrale loket voor de Maatschappelijke Opvang (tweede deelonderzoek) werden deze maatregelen geëvalueerd. Het doel van het eerste deelonderzoek was het verschaffen van inzicht in de ontwikkelingen die Rotterdamse dak- en thuislozen in 2006 hebben doorgemaakt. Het gaat hierbij om de psychosociale problematiek, de woonsituatie en het zorggebruik onder deze groep. Voor de cliënten vormt zich het beeld van een groep cliënten die wel in beweging is, maar waar het "stabiel matig" mee gaat. De woonsituatie is in 2006 verbeterd: een substantieel kleiner deel van de respondenten maakt gebruik van de nachtopvang of passantenverblijven en is doorgestroomd naar zelfstandige woonruimte of een woonvoorziening voor dak- en thuislozen. Het zorggebruik is in 2006 min of meer stabiel gebleven: ongeveer de helft van de respondenten met een diagnose op middelengebruik of een depressie/psychotische stoornis krijgt enige vorm van zorg (voor een belangrijk deel methadonbehandeling).

Uit het deelonderzoek naar het verloop van de zorgtoeleiding van cliënten na de intake bij Centraal Onthaal (CO) blijkt dat de helft van de cliënten na vier maanden is terug te vinden. Van de 11 opnieuw geïnterviewde respondenten hebben er 6 een zorgplan gekregen. Het toewijzen van cliëntmanagers en het opstellen van zorgplannen door MO-instellingen ter bespreking in de TTC komt nog niet overal goed van de grond. Problemen zijn onder andere gesignaleerd op het gebied van communicatie tussen instellingen, motivatie van het personeel en personele capaciteit.

De belangrijkste conclusies zijn dat opvallend weinig cliënten van de maatschappelijke opvang in contact met de ggz (inclusief verslavingszorg) staan. Uit het onderzoek blijkt verder dat juist de cliënten met een gemiddeld zwaardere problematiek buiten beeld raken. Mede op basis van de resultaten van de evaluatie van de zorgtoeleiding (tweede deelonderzoek) kan worden geconcludeerd dat er binnen het toeleidingsproces nog teveel wordt verwacht van de zelfredzaamheid van de cliënten, ondanks een vaak intensieve begeleiding. Een meer persoonsgerichte aanpak, met een grotere en meer langdurige inzet van de bemoeizorg, is hier op zijn plaats. Tenslotte blijkt dat veel cliënten zich met oneigenlijke motieven bij CO aanmelden. Zij komen eigenlijk niet voor een slaapplek, maar voor een uitkering en/of bemiddeling bij het vinden van een woning, en mijden de opvang waardoor geen traject voor hen kan worden ingezet. Aanpassing van het beleid kan bewerkstelligen dat een grote groep potentiële cliënten binnen het bereik van de hulpverlening komt.

Literatuur

APA. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Gerven, C. v. (2007a). Centraal Onthaal in 2006 (Persoonlijke communicatie ed.). Rotterdam.

Gerven, C. v. (2007b). Doorstroom volgens SoZaWe (Persoonlijke communicatie ed.). Rotterdam.

IBO. (2003). De opvang verstopt, Interdepartementaal Beleidsonderzoek Maatschappelijke Opvang 2002-2003. Den Haag: Rijksoverheid

Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., et al. (2004a). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. Tijdschrift voor psychiatrie, 46(5), 273-284.

Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., et al. (2004b). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in de Nederlandse bewerking. Rotterdam: GGZ Groep Europort.

Rijk - vier grote steden. (2006). Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang.

Shaw, J., Tomenson, B., & Creed, F. (2003). A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 14(1), 138-150.

SOZAWE Rotterdam - Beleid en Strategie. (2006). Woonladder Maatschappelijke Opvang. Memo SoZaWe, via Jaap Weltevrede.

Van Rooij, T., Mulder, N., Wits, E., Van der Poel, A., & Van de Mheen, v. d. D. (2007). Ontwikkeling en toetsing van een screeningsinstrument "Verslaving en psychiatrie" voor de maatschappelijke opvang. Rotterdam: IVO.

WHO. (1997). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Basisversie 2.1 - 12 maanden. Amsterdam: WHO-CIDI Training en Referentie Centrum, Psychiatrisch Centrum AMC.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. Br J Psychiatry, 172, 11-18.

Bijlagen

A, B en C



Bijlage A

HONOS ondersteunende vragenlijst, 2006 / 2007

I - Interviewgegevens

G1 Interviewer _____
G2 Datum _____
G3 Plaats interview _____
G4 Tijdstip begin interview _____

II - Algemene gegevens

Achternaam _____
Voornaam _____
Initialen _____
Wat is je geboortedatum? (dd-mm-jjjj) _____
Man of vrouw? man / vrouw

6. Heb je een legitimatiebewijs bij je?
 ja (toont geldig legitimatiebewijs)
 nee (probeer bevestiging van een medewerker te krijgen of controleer aan de hand van de geboortedatum van de persoon)
7. Heb je vorig jaar ook deelgenomen aan dit onderzoek?
 ja (controleer namenlijst voor bevestiging)
 nee (breek interview af): "Je kunt helaas niet meedoen aan dit onderzoek"
8. Wat is je burgerlijke staat?
 ongehuwd
 getrouwd
 gescheiden
 weduwe / weduwnaar
9. Wat is je huidige huisvestingssituatie? (4 of meer nachten per week)
 op straat; in open lucht, in overdekte openbare ruimten, als portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra, een auto, etc.

- passantenverblijf (geef voorbeelden van laagdrempelige opvang in Rotterdam - bijvoorbeeld nachtopvang)
- bij familie, vrienden of kennissen inwonend: tijdelijk, zonder uitzicht op langer verblijf
- bij klanten in geval van prostitutie
- woonvoorziening voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang (ook sociaal pension)
- eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract / hypotheek)
- bij familie, vrienden of kennissen inwonend: permanent, zonder huurcontract
- particulier pension, logement, hotel
- kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand
- woonvoorziening in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg
- sterk wisselend: geen van deze situaties 4 of meer dagen per week
- Anders, namelijk _____

10. Is je huisvestingssituatie in het laatste jaar veranderd?

- nee
- ja

Wat voor woonplek had je eerst? _____

Wat voor woonplek heb je nu? _____

Wie hebben hierbij geholpen? _____

11. Wat zijn je bronnen van inkomsten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- bijstandsuitkering
- WAO-uitkering
- andere uitkering (vb. Wajong- uitkering)
- werken via Topscore
- verkopen van de Straatkrant
- ander legaal werk, wit: loondienst of uitzendbureau
- ander legaal werk, zwart
- studiebeurs
- via vermogensdelicten: diefstal, inbraak, heling etc.
- via geweldsdelicten: beroving, overvallen, afpersing etc.
- prostitutie (zelf)
- prostitutie (ander)
- werken voor dealer als koerier, portier, klantzoeker, verkoper, weger etc.
- dealen voor eigen rekening: verkoop van heroïne en cocaïne
- verkoop van pillen / methadon / speed etc.
- uit (onder-)verhuur van woonruimte of postadres
- bedelen / vragen om geld
- Anders, namelijk _____

12. Zijn je bronnen van inkomsten in het laatste jaar veranderd? Zo ja, hoe zijn ze veranderd?

nee

ja, het volgende is veranderd: _____

III - Specifieke vragen gericht op het invullen van de HONOS

Bij elk van de aspecten van de HONOS geldt het volgende: Wanneer iemand "ja" antwoord op een vraag, probeer dan zicht te krijgen op hoe ernstig het is door te vragen hoeveel last iemand ervan heeft, of zo goed mogelijk na te gaan hoeveel overlast zijn/haar omgeving ervaart.

1. Gedrag

13. Heb je je in de laatste twee weken rusteloos gevoeld (vb. niet stil kunnen zitten)?

nee

ja

14. Heb je je in de laatste twee weken geïrriteerd gevoeld?

nee

ja

15. Ben je in de laatste twee weken wel eens erg boos geweest?

nee

ja

16. Heb je in de laatste twee weken iemand uitgescholden of heb je tegen iemand geschreeuwd?

nee

ja

17. Heb je in de laatste twee weken ruzie of ruzies gehad?

nee

ja

18. Heb je in de laatste twee weken wel eens dingen vernield of stuk gegooid?

nee

ja

19. Heb je in de laatste twee weken wel eens anderen of dieren geslagen, verwond of pijn gedaan?

nee

ja

Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz HONOS ondersteunende vragenlijst, 2006 / 2007

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
1	Hyperactief en agressief gedrag							

Inclusief: elk zulk gedrag ongeacht de oorzaak (drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie, etc.)
Exclusief: bizar gedrag dat gescoord wordt bij item 6 (hallucinaties en wanen).

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid etc, maar vereist geen actie.
- 2 Omvat agressieve gebaren, opdringerig of lastig vallen van anderen; bedreigingen of verbale agressie; kleinere schade aan eigendommen (zoals gebroken kopjes of raam); duidelijke hyperactiviteit of agitatie.
- 3 Fysiek agressief naar mens of dier; dreigende houding; meer ernstige hyperactiviteit of vernieling van eigendommen.
- 4 Minstens één ernstige fysieke aanval op mens of dier; vernielen van eigendommen (bijvoorbeeld brandstichting); ernstige intimidatie of aanstootgevend gedrag.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

2. Zelfverwonding

20. Heb je er in de laatste twee weken wel eens aan gedacht om jezelf te verwonden?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende 2 vragen:

21. Heb je je in de laatste twee weken voorbereid op het verwonden van jezelf?

- nee
- ja

22. Heb je jezelf in de laatste twee weken ook daadwerkelijk verwond?

- nee
- ja

23. Heb je er in de laatste twee weken wel eens aan gedacht om zelfmoord te plegen?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende 2 vragen:

24. Heb je je in de laatste twee weken voorbereid op het plegen van zelfmoord?

- nee
- ja

25. Heb je in de laatste twee weken ook daadwerkelijk een zelfmoordpoging gedaan?

- nee
 ja

HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
2 Zelfverwonding							

Exclusief: zelfverwonding per ongeluk ontstaan (bijvoorbeeld als gevolg van dementie of verstandelijke handicap); het cognitieve probleem hierbij wordt gescoord op schaal 4, de verwonding op schaal 5.
Exclusief: ziekte of verwonding als direct gevolg van alcohol- of druggebruik worden gescoord op schaal 3 (levercirrose of bijvoorbeeld verwondingen als gevolg van rijden onder invloed worden gescoord op schaal 5).

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
1 Voorbijgaande gedachten over zelfmoord maar gering risico de afgelopen periode; geen zelfverwonding.
2 Licht risico gedurende de afgelopen periode; omvat ongevaarlijke zelfverwonding (zoals krassen in de pols).
3 Matig tot ernstig risico voor opzettelijke zelfverwonding gedurende de afgelopen periode; omvat voorbereidende activiteiten (zoals verzamelen van tabletten).
4 Ernstige suïcidepoging en/of ernstige opzettelijke zelfverwonding de afgelopen periode.
9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

3. Alcohol- of druggebruik

Nu volgen een paar vragen over het gebruik van alcohol en drugs in de afgelopen twee weken. Welke van de volgende middelen gebruik je dagelijks of bijna dagelijks?

(bijna) dagelijks gebruik

26. Alcohol nee ja
27. Methadon nee ja
28. Heroïne nee ja
29. Cocaïne nee ja
30. Medicijnen voor de roes:
(‘pillen’, benzo’s, seresta, valium) nee ja
31. Amfetamine (speed) nee ja
32. Cannabis nee ja

De volgende vragen gaan over de middelen (inclusief alcohol) die hiervoor genoemd werden

33. Heb je in de laatste twee weken wel eens zo’n sterk verlangen of zo’n sterke drang gehad om te gebruiken / drinken dat je er geen weerstand aan kon bieden?

- nee
 ja, voor de volgende middelen _____

34. Heb je de laatste twee weken wel eens meer gedronken of gebruikt dan je van plan was?
- nee
- ja, voor de volgende middelen _____
35. Ben je in de laatste twee weken onder invloed van drug / alcohol in situaties geweest waar je mogelijk gewond kon raken (vb. zoals fietsen, het besturen van een auto, het bedienen van een machine, of iets dergelijks).
- nee
- ja, voor de volgende middelen _____
36. Had het drinken / gebruiken in de afgelopen twee weken tot gevolg dat je belangrijke activiteiten - zoals werken of zoeken naar (vrijwilligers) werk, programma's in de hulpverlening, of omgaan met vrienden of kennissen - opgaf of sterk verminderde?
- nee
- ja, voor de volgende middelen _____
37. Heeft het gebruik van de drug / alcohol geleid tot problemen of ruzie met vrienden of kennissen, op je werk, of in de opvang?
- nee
- ja, voor de volgende middelen _____

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
3	Alcohol, drugs of medicatie							

Exclusief: agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol of druggebruik. Dat wordt gescoord op schaal 1.
 Exclusief: lichamelijke ziekte of handicap als gevolg van alcohol- of druggebruik. Dat wordt gescoord op schaal 5.

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Enig overmatig gebruik, maar binnen de sociale norm.
- 2 Verlies van controle over alcohol- of druggebruik, maar niet ernstig verslaafd.
- 3 Duidelijke zucht naar of afhankelijkheid van alcohol of drugs met frequent controleverlies; risico's nemen onder invloed.
- 4 Incapabel door alcohol- of drugs problemen.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

4. Cognitie

Interviewer let op: bij twijfel kan je ook iemand van de begeleiding om informatie vragen.

38. Heb je in de laatste twee weken moeite gehad met het herinneren van namen van mensen die je kent?

- nee
- ja

Ik noem zo 3 woorden. Nadat ik ze genoemd heb moet je ze herhalen. Probeer ze ook te onthouden want over een paar minuten zal ik ze weer vragen.

"Appel",

"Tafel",

"Euro"

39. Welke dag van de week is het?

- fout antwoord
- goed antwoord

Indien een fout antwoord wordt gegeven, stel dan ook de volgende vragen.

40. Kun je me zeggen in welke provincie we op dit moment zijn?

- fout antwoord
- goed antwoord

41. Kun je me zeggen welk seizoen het nu is?

- fout antwoord
- goed antwoord

42. Laat een potlood / pen zien. Hoe heet dit?

- fout antwoord
- goed antwoord

43. Kun je van het getal 100 7 aftrekken en daarna van wat je overhoudt steeds weer 7 aftrekken, totdat ik zeg dat je kunt stoppen?

- lukt niet
- lukt wel

44. Weet je nog welke 3 dingen ik je vroeg te onthouden?

- nee
- ja, _____ aantal woorden herinnerd

Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz HONOS ondersteunende vragenlijst, 2006 / 2007

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
4	Cognitieve problemen							

Inclusief: problemen met geheugen, oriëntatie en begripsvermogen passend bij enige stoornis: leerstoornis, dementie, schizofrenie, etc.
Exclusief: tijdelijke problemen als gevolg van alcohol/druggebruik (bijvoorbeeld een kater) die gescoord worden op schaal 3 (problematisch alcohol- of druggebruik).

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Ondersgeschikte problemen met geheugen en begripsvermogen (bijvoorbeeld zo nu en dan vergeten van namen).
- 2 Licht, maar duidelijk aanwezige problemen (bijvoorbeeld verdwaald in een bekende omgeving, niet herkennen van een bekende); soms in verwarring bij het nemen van simpele beslissingen.
- 3 Duidelijke desoriëntatie in tijd, plaats of persoon; in de war gebracht door dagelijkse gebeurtenissen; zo nu en dan incoherente spraak; vertraagd denken.
- 4 Ernstige desoriëntatie (bijvoorbeeld niet herkennen van familie); gevaar voor ongelukken; onbegrijpelijk taalgebruik; verlaagd bewustzijn of stupor.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

5. Lichamelijke klachten of handicaps

45. Heb je in de afgelopen twee weken nog lichamelijke klachten gehad (inclusief langdurige ziektes of handicap)

- nee
- ja, namelijk _____

Indien er lichamelijke klachten zijn,

46. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
5	Lichamelijke problemen of handicaps							

Inclusief: ziekte of handicap van elke oorsprong die mobiliteitsbeperkingen geven, het zicht of gehoor aantasten, dan wel anderszins interfereren met het persoonlijk functioneren.

Inclusief: bijwerkingen van medicatie; effecten van drug- of alcoholgebruik; handicaps als gevolg van ongevallen of zelfverwonding voortkomend uit cognitieve problemen, rijden onder invloed, etc.

Exclusief: psychische problemen of gedragsproblemen die gescoord worden op schaal 4 (cognitieve problemen).

- 0 Geen lichamelijke gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode;
- 1 Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).
- 2 Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.
- 3 Matige beperking in activiteiten ten gevolgen van lichamelijk gezondheidsprobleem.
- 4 Ernstige of volledige incapaciteit als gevolg van lichamelijk gezondheidsprobleem.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

6. Gedachten

47. Heb je de laatste twee weken wel eens het idee gehad dat je gedachten beïnvloed werden of bestuurd werden door iets of iemand anders, zonder dat je er zelf controle over hebt?
- nee
 ja
48. Heb je de laatste twee weken wel eens gedacht dat anderen plannen aan het maken waren om je iets ergs aan te doen?
- nee
 ja
49. Heb je de laatste twee weken wel eens stemmen gehoord die woorden of zinnen zeiden, terwijl er niemand bij je was die tegen je praatte?
- nee
 ja

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
6	Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen							

Inclusief: hallucinaties en waanvoorstellingen ongeacht de diagnose.

Inclusief: vreemd en bizar gedrag geassocieerd met hallucinaties of waanvoorstellingen

Exclusief: agressief, destructief of hyperactief gedrag dat voortkomt uit hallucinaties of wanen en dat gescoord wordt op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).

0 Geen aanwijzingen voor hallucinaties of waanvoorstellingen gedurende de afgelopen periode.

1 Enigszins vreemde of excentrieke opvattingen niet in overeenstemming met de culturele normen.

2 Wanen of hallucinaties (bijvoorbeeld stemmen, visioenen) zijn aanwezig, maar vormen weinig hinder voor de cliënt en manifesteren zich niet in bizar gedrag, dus klinisch aantoonbaar maar licht.

3 Duidelijke preoccupatie met wanen of hallucinaties wat veel hinder veroorzaakt en/of zich manifesteert in duidelijk bizar gedrag, dus een matig ernstig klinisch probleem.

4 Geestesgesteldheid en gedrag wordt in ernstige mate en nadelig beïnvloed door wanen of hallucinaties, met een zware uitwerking op de cliënt.

9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

7. Stemming

50. Doe je de laatste twee weken langer over de dingen waar je mee bezig bent?

(vb. vind je het moeilijker om je te concentreren op taken)

nee

ja

51. Heb je de laatste twee weken minder plezier in je gewone dagelijkse bezigheden?

nee

ja

52. Heb je de laatste twee weken wel eens het gevoel gehad dat het leven zinloos is?

nee

ja

53. Heb je je de laatste twee weken wel eens heel schuldig gevoeld?

nee

ja

Indien de respondent zich schuldig heeft gevoeld:

54. Kun je me zeggen wat de reden was voor dit schuldgevoel?

schuldgevoel past bij de reden

overdreven, onterecht schuldgevoel

HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9	
7	Problemen met depressieve stemming							

Exclusief: hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt gescoord op schaal 1.
 Exclusief: suïcidegedachten of pogingen. Die worden gescoord op schaal 2.
 Exclusief: waanvoorstellingen of hallucinaties. Die worden gescoord op schaal 6.

- 0 Geen problemen die samenhangen met een depressieve stemming gedurende de afgelopen periode.
- 1 Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.
- 2 Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de cliënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).
- 3 Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens.
- 4 Ernstige of zeer ernstige depressie met schuldgevoelens of zelfbeschuldiging.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

8. Overige klachten en problemen

55. (fobie) Ben je in de afgelopen twee weken angstig geweest voor iets waarvoor je helemaal niet bang zou hoeven zijn (zoals dieren, hoogten, kleine ruimten etc.)

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

56. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

57. (angst) Heb je je in de afgelopen twee weken erg bezorgd, gespannen of angstig gevoeld?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

58. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

59. (dwangmatig) Heb je in de afgelopen twee weken last gehad van bepaalde onplezierige gedachten, die zich spontaan en tegen je wil aan je bleven opdringen of moest je sommige handelingen een aantal keer herhalen voordat je iets anders kon doen?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

60. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

61. (dissociatie) Heb je in de afgelopen twee weken je omgeving of je eigen lichaam als vreemd, onvertrouwd of niet echt ervaren?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

62. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

63. (somatiseren) Voor de interviewer: werden bij item 5: "Lichamelijke problemen of handicaps" de volgende klachten genoemd voor de laatste twee weken? Zo ja, geef aan welke klachten dit waren.

- nee
- ja, namelijk _____
 - Duizeligheid
 - Pijnlijke spieren
 - Flauw vallen
 - Pijn in de nek
 - Overmatig transpireren
 - Hartkloppingen
 - Hoofdpijn
 - Opgeblazen gevoel in de buik

- Wazig zien of vlekken voor de ogen zien
- Benauwdheid
- Misselijkheid
- Pijn in de buik of maagstreek
- Tintelingen in de vingers
- Drukkend of beklemmend gevoel op de borst

Indien de hier voor genoemde klachten voorkwamen:

64. Ben je voor deze klachten bij een dokter of andere specialist geweest, en zo ja, wat zei die dan over de oorzaak van de klachten (psychologisch / lichamenlijk)?

- nee
- ja

65. (eetproblemen) Heb je je in de laatste twee weken zorgen gemaakt over je gewicht, je eetgewoontes, of over te dun (of te dik) zijn?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

66. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

67. (slaapproblemen) Heb je in de afgelopen twee weken problemen gehad met slapen, zoals moeilijk in slaap kunnen komen, te vroeg wakker worden, een onrustige of gestoorde slaap?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

68. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

69. (overige) Zijn er nog andere klachten waar we nog niet over gesproken hebben, maar waarover we het nog wel moeten hebben?

- nee
 ja, namelijk _____

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

70. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
 een beetje
 erg
 zeer ernstig

71. Van welke van de voorgaande, genoemde problemen had je het meeste last? (interviewer: vat de eventuele problemen samen: fobie, angst, dwangmatig, gespannenheid, dissociatie, somatiseren, eetproblemen, slaapproblemen, overige problemen...)

- nee
 ja, namelijk _____

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
8	Overige psychische en gedragsproblemen							

Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming).

- 0 Geen aanwijzingen voor een van deze problemen gedurende de afgelopen periode.
 1 Alleen ondergeschikte problemen.
 2 Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
 3 Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
 4 Ernstig probleem overheerst de meeste activiteiten.
 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

9. Problemen met relaties

72. Merkte je de laatste twee weken dat je geen tijd meer wilde doorbrengen met vrienden, kennissen of partner?

- nee
 ja

73. Vind je zelf dat het de laatste twee weken moeilijk is om nieuwe vriendschappen of andere contacten op te bouwen?

- nee
- ja

74. Vind je zelf dat het moeilijk is om bestaande relaties met hulpverleners, familie, partner of vrienden § te onderhouden of zijn er de laatste tijd heel veel contacten weg gevallen?

- nee
- ja

Zo ja, beantwoord dan ook de volgende vraag:

75. Zie je dit als een probleem?

- nee
- ja

76. Met hoeveel mensen uit je vriendenkring, familie, of het hulpverlenercircuit heb je de laatste twee weken contact hebt gehad, dat verder ging dan alleen gedag zeggen?

- 0 mensen
- 1 mensen
- 2 mensen
- 3-5 mensen
- meer dan 5

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
9	Problemen met relaties							

Scoor het meest ernstige probleem van de cliënt dat samenhangt met actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/of dat samenhangt met niet-ondersteunende, destructieve of zelfvernietigende relaties.

- 0 Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Ondergeschikte niet-klinische problemen.
- 2 Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: cliënt klaagt hierover en/of de problemen zijn duidelijk voor anderen.
- 3 Blijvend belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/of als gevolg van relaties waar weinig of geen steun van uit gaat.
- 4 Ernstig en kommervol sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/of wegens terugtrekken uit sociale relaties.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

10. Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

77. Denk je zelf, of zeggen anderen wel eens aan dat je hulp nodig hebt bij praktische dingen zoals bijvoorbeeld eten, wassen, aankleden, of toilet bezoek?

- nee
 ja, namelijk _____

78. Denk je zelf, of zeggen anderen wel eens aan dat je hulp nodig hebt bij huishoudelijke zaken zoals bijvoorbeeld budgetteren, een woonruimte regelen, werk en vrije tijd, reizen, of boodschappen doen?

- nee
 ja, namelijk _____

Indien de respondent geen vaste woonruimte heeft op dit moment,

79. Stel dat je een eigen woonplek zou krijgen, wil je dan hulp bij de genoemde praktische dingen of bij de genoemde huishoudelijke zaken (zie voorgaande twee vragen)?

- praktische ondersteuning namelijk _____
 huishoudelijke ondersteuning, namelijk _____
 allebei, namelijk _____
 geen hulp nodig

HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
10	Problemen met ADL						

Scoor het totale ADL niveau (bijvoorbeeld problemen met basale zelfzorgactiviteiten zoals eten, wassen, aankleden, naar het toilet gaan; ook complexe vaardigheden als budgetteren, regelen van woonruimte, werk en vrije tijd, mobiliteit en gebruik van openbaar vervoer, boodschappen doen, zelfontplooiing, etc.).

Inclusief: gebrek aan motivatie om mogelijkheden te gebruiken die de zelfredzaamheid kunnen vergroten, want dit draagt bij aan een lager totaal ADL niveau.

Exclusief: gebrek aan mogelijkheden om intacte bekwaamheden en vaardigheden uit te oefenen. Dit wordt gescoord bij schaal 11 en 12.

0 Geen problemen van deze aard gedurende afgelopen periode; goed in staat op alle gebieden te functioneren.

1 Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).

2 Zelfzorg op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere van de genoemde complexe vaardigheden.

3 Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.

4 Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.

9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

11. Problemen met woonomstandigheden

Zie allereerst de introductievragen (onderdeel I): "Wat is je huidige huisvestingssituatie?" en "Hoe lang ben je al in deze huisvestingssituatie?"

Indien de respondent niet in de nachtopvang slaapt of op straat, maar op de vaste andere plek, stel dan de volgende vraag:

80. Voldoet je huidige woonplek aan al je behoeften of ontbreken er nog dingen? Zo ja, welke dingen mis je dan?

- woonplek is ideaal
- ja, kleine problemen _____
(vb. eten niet lekker, locatie niet ideaal.)
- ja, ontbrekende basisbehoeften _____
(vb. licht, verwarming, hygiëne.)

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
11	Problemen met woonomstandigheden							

Scoor de globale ernst van problemen in de kwaliteit van de woonomstandigheden en het dagelijks huishouden. Is aan de basis behoeften voldaan (verwarming, licht, hygiëne)? Zo ja, is er hulp bij het omgaan met eventuele beperkingen en zijn er mogelijkheden om aanwezige vaardigheden toe te kunnen passen en nieuwe vaardigheden te kunnen ontwikkelen?

Exclusief: het niveau van functioneren; dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).

N.B. Scoor de gebruikelijke woonomstandigheden van de cliënt.

- 0 Eigen woonruimte. Accommodatie en woonomstandigheden zijn acceptabel; zij dragen ertoe bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunen de zelfredzaamheid.
- 1 Eigen woonruimte. Accommodatie is redelijk acceptabel, al zijn er kleine of voorbijgaande problemen (bijvoorbeeld de locatie is niet ideaal, andere voorkeur, het eten niet lekker vinden, etc).
- 2 Eigen woonruimte, slapen bij vrienden, tijdelijke woningen. Belangrijke problemen op één of meerdere gebieden betreffende de accommodatie en/of het beleid (bijvoorbeeld beperkte keus; staf of gezin weten niet goed hoe handicaps te beperken of hoe te helpen bij het toepassen of ontwikkelen van nieuwe of intacte vaardigheden).
- 3 Sociaal pension, slapen bij vrienden, tijdelijke woningen, slooppanden. Zorgwekkende multipiele problemen met betrekking tot de woonomstandigheden (bijvoorbeeld sommige basisvoorzieningen ontbreken); de woonomgeving heeft geen of minimale voorzieningen om de onafhankelijkheid van de cliënt te vergroten.
- 4 Nachtopvang. Accommodatie is onacceptabel (bijvoorbeeld basisvoorzieningen ontbreken, dreigende uithuis zetting of dakloosheid of woonomstandigheden zijn anderszins onacceptabel) en verergert de problemen van de cliënt.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden

81. Heb je in de laatste twee weken overdag voldoende te doen gehad, had je een zinvolle dagbesteding?
- nee
- ja, namelijk _____
82. Wil je hulp of ondersteuning bij het vinden of houden van (vrijwilligers-) werk?
- nee
- ja
83. Wil je hulp of ondersteuning bij het leren van een nieuw beroep of nieuwe vaardigheden?
- nee
- ja
84. Heb je het idee dat je bij je dagbesteding beperkt wordt door je omgeving: bijvoorbeeld dat je een bibliotheek niet in mag of dat er niet genoeg te doen is in een dagopvangcentrum?
- nee
- zo ja, wat zou je dan willen doen? _____

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
12	Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd							

Score de problemen in de kwaliteit van de dagelijkse omgeving van de cliënt. Is er hulp bij het omgaan met beperkingen, zijn er mogelijkheden tot behouden en vergroten van vaardigheden en activiteiten op gebied van werk en vrije tijd. Let op zaken als stigma, gebrek aan gekwalificeerd personeel, toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld bezettingsgraad en uitrusting van dagcentra, werkplaatsen, verenigingen).

Exclusief: het niveau van functioneren zelf. Dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).

N.B. Score de gebruikelijke situatie van de cliënt (wanneer een cliënt is opgenomen, score de situatie van voor de opname)

- 0 De dagelijkse omgeving van cliënt is acceptabel; draagt bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunt de zelfredzaamheid.
- 1 Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.
- 2 Beperkte keus in activiteiten; gebrek aan tolerantie (bijvoorbeeld onterecht de toegang geweigerd tot openbare voorzieningen zoals een bibliotheek of badhuis); belemmeringen door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats; onvoldoende mantelzorg of professionele zorg; zinvolle dagvoorziening is in principe beschikbaar, maar voor een beperkt aantal uren.
- 3 Duidelijke deficiëntie in diensten om de beperkingen door bestaande handicaps tot een minimum te beperken; geen mogelijkheden om intacte vaardigheden te benutten of nieuwe vaardigheden toe te voegen; ongeschoolde zorg moeilijk toegankelijk.
- 4 Gebrek aan enige mogelijkheid tot activiteiten overdag verergert de problemen van de cliënt.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

A. Honos Addendum - Maniforme ontremming

85. Heb je je in de afgelopen twee weken zo blij of opgewonden gevoeld dat je daardoor in moeilijkheden kwam?

- nee
- ja

86. Is het de laatste twee weken voorgekomen dat je familie of vrienden zich zorgen maakten over het feit dat je heel erg blij of druk was, of zei de dokter dat je te druk (manisch) was?

- nee
- ja

Indien één van de vorige twee vragen "ja" als antwoord had, beantwoord dan ook de volgende vraag:

87. Hoe erg beperken deze klachten je bij zaken zoals bewegen, of bij het doen van dingen die je gewend bent te doen?

- helemaal niet
- een beetje
- erg
- zeer ernstig

HONOS Score		0	1	2	3	4	Score	9
A	Maniforme ontremming							

Exclusief: motorische onrust. Dat wordt gescoord op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).
 Exclusief: wanen of hallucinaties. Die worden gescoord op schaal 6.

- 0 Geen maniforme ontremming.
- 1 Lichte maniforme ontremming: licht versneld denken of praten, nog niet verhoogd associatief; gedrag geeft slechts ondergeschikte of geen problemen.
- 2 Middelmatische maniforme ontremming: middelmatig versneld denken of praten, licht verhoogd associatief; zet woorden niet om in daden; gedrag geeft slechts lichte of middelmatische problemen.
- 3 Matige maniforme ontremming: matig versneld denken of praten, verhoogd associatief en/of matig ontremd gedrag (vb. koopt meer, maar nog niet onverantwoord of gedraagt zich matig ontremd); gedrag leidt tot matige problemen.
- 4 Ernstige maniforme ontremming: gedraagt zich ernstig maniform (vb. doet onverantwoorde uitgaven, seksueel ontremd, decorumverlies, expansief gedrag); gedrag leidt tot ernstige problemen.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

B. Honos Addendum - Compliance met medicatie

88. Gebruik je op dit moment medicatie, zo ja, in verband met welke klachten / ziekte (indien niet voor genot)?

- nee, geen
- ja, namelijk:

_____ medicatie
 _____ klachten

Indien de respondent medicatie gebruikt, beantwoord dan de volgende vraag:

89. Gebruik je je medicatie zoals de dokter heeft voorgeschreven (hoeveelheid, tijdstip, regelmaat)?

- zoals de dokter het gezegd heeft
- redelijk goed, maar soms niet (als er problemen zijn bijvoorbeeld)
- niet regelmatig, moet herinnerd worden
- nauwelijks gebruiken zoals voorgeschreven, houdt het niet vol
- niet volgen van voorschriften, of weigeren te gebruiken

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
B	Compliance met medicatie							

Scoor de mate waarin iemand zich lijkt te houden aan het nemen van de medicatie (dosering, tijdstip en frequentie) zoals voorgeschreven door de arts. Wanneer iemand geen medicatie krijgt voorgeschreven, scoor 0.

- 0 Goede compliance. De cliënt houdt zich in hoge mate aan de voorgeschreven medicatie. Hij of zij gebruikt psychotrope medicatie zoals voorgeschreven en zonder eraan herinnerd te hoeven worden. Of de cliënt gebruikt geen medicatie.
- 1 Redelijke compliance. De cliënt houdt zich redelijk aan de medicatie. Hij gebruikt de psychotrope medicatie regelmatig, maar moet er soms aan herinnerd worden om dat te blijven doen. Ook een voorgeschiedenis van zich niet houden aan de medicatie, zonder dat er momenteel problemen zijn, kan hier gescoord worden.
- 2 Matige compliance. De cliënt houdt zich matig aan de medicatie. Hij of zij gebruikt de psychotrope medicatie niet regelmatig en moet bij herhaling aan de inname herinnerd worden. Er kan sprake te zijn van passieve weerstand tegen het nemen van medicatie.
- 3 Geringe compliance. De cliënt houdt zich in geringe mate aan de medicatie. Hij vertoont enige mate van actieve weerstand tegen het gebruik van psychofarmaca. De cliënt neemt ze misschien voor korte tijd (1-2 weken) min of meer regelmatig in, maar houdt het meestal niet vol om de medicatie te gebruiken.
- 4 Geen compliance. De cliënt houdt zich niet of nauwelijks aan de medicatie. Dit geldt voor iemand die gedurende de afgelopen 30 dagen geweigerd heeft psychofarmaca
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

C. Recente zorg

Geestelijke gezondheidszorg

90. Ben je op dit moment in behandeling bij, of onder begeleiding van een hulpverlener van de geestelijke gezondheidszorg?

- nee
- ja

Zo ja, in verband met wat voor soort klachten?

Zo ja, wat voor soort medicatie heb je?

Zo ja, wat voor programma volg je?

Zo ja, ben je ook nu nog bij andere psychiaters / hulpverleners in behandeling of onder begeleiding (geef voor elke de klachten en het programma of de medicatie aan)?

91. Ben je in de afgelopen 12 maanden bij een psychiater of andere hulpverlener van de geestelijke gezondheidszorg geweest (waar je nu niet meer komt)?

- nee
- ja

Zo ja, in verband met wat voor soort klachten?

Zo ja, wat voor soort medicatie heb je?

Zo ja, wat voor programma volg je?

Zo ja, ben je ook nog bij andere psychiaters / hulpverleners geweest in de laatste 12 maanden (geef voor elke de klachten en het programma of de medicatie aan)?

Zo nee:

92. Als je op dit moment dit soort hulp nodig zou hebben, zou je dan wel gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg?
- nee
 - ja, namelijk van _____

Zo nee:

93. Wat zijn jouw redenen om geen gebruik te maken van deze voorzieningen?
- de strenge regels die daar zijn
 - weet niet goed welke mogelijkheden er zijn
 - denkt niet dat de geestelijke gezondheidszorg goed kan helpen
 - is bang voor een gedwongen opname
 - denkt geen hulp van de geestelijke gezondheidszorg nodig te hebben
 - heeft slechte ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg
94. Wat is de belangrijkste reden?
- de strenge regels die daar zijn
 - weet niet goed welke mogelijkheden er zijn
 - denkt niet dat de geestelijke gezondheidszorg goed kan helpen
 - is bang voor een gedwongen opname
 - denkt geen hulp van de geestelijke gezondheidszorg nodig te hebben
 - heeft slechte ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg

Verslavingszorg

95. Ben je op dit moment in behandeling bij, of onder begeleiding van een hulpverlener van de verslavingszorg (methadonprogramma, kliniek, ambulante behandeling, justitiële zorg, gebruikruimte)?
- nee
 - ja

Zo ja, in verband met welke middelen (drugs / medicijnen):

Zo ja, wat voor soort programma of behandeling volg je dan?

Zo ja, ben je ook nog bij andere psychiaters / hulpverleners in de verslavingszorg onder behandeling of onder begeleiding op dit moment (geef voor middel en het programma of de behandeling aan)?

96. Ben je in de afgelopen 12 maanden in contact geweest met verslavingszorg (waar je nu niet meer komt)?

- nee
- ja

Zo ja, in verband met welke middelen (drugs / medicijnen):

Zo ja, wat voor soort programma of behandeling volg je dan?

Zo ja, ben je ook nog bij andere psychiaters / hulpverleners in de verslavingszorg onder behandeling of onder begeleiding geweest in de laatste 12 maanden (geef voor middel en het programma of de behandeling aan)?

Zo nee:

97. Als je op dit moment dit soort hulp nodig zou hebben, zou je dan wel gebruik maken van de verslavingszorg?

- nee
- ja, namelijk van _____

Zo nee:

98. Wat zijn jouw redenen om geen gebruik te maken van deze voorzieningen?

- de strenge regels die daar zijn
- weet niet goed welke mogelijkheden er voor mij zijn
- denkt niet dat de verslavingszorg goed kan helpen
- is bang voor een gedwongen opname
- denkt geen hulp van de verslavingszorg nodig te hebben
- heeft slechte ervaringen met de verslavingszorg

99. Wat is de belangrijkste reden?

- de strenge regels die daar zijn
- weet niet goed welke mogelijkheden er voor mij zijn
- denkt niet dat de verslavingszorg goed kan helpen
- is bang voor een gedwongen opname
- denkt geen hulp van de verslavingszorg nodig te hebben
- heeft slechte ervaringen met de verslavingszorg

Let op beoordeel op basis van de voorgaande twee secties (Geestelijke en Verslavingszorg) de motivatie voor behandeling

Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz HONOS ondersteunende vragenlijst, 2006 / 2007

	HONOS Score	0	1	2	3	4	Score	9
C	Motivatie voor behandeling							

Scor de motivatie die een cliënt lijkt te hebben voor de behandeling.

- 0 Geen problemen op dit gebied gedurende de afgelopen periode. Er bestaat duidelijke motivatie voor de behandeling.
- 1 Er bestaat duidelijke motivatie voor behandeling, maar er kan lichte aarzeling zijn. Problemen blijven ondergeschikt.
- 2 Enigszins gemotiveerd. Er is motivatie en interesse om mee te werken aan de behandeling, maar ook een duidelijke ambivalentie.
- 3 Slecht gemotiveerd. Er is geringe motivatie voor behandeling. Er kan sprake zijn van sterke passieve weerstand of zelfs enigszins actieve weerstand.
- 4 Niet gemotiveerd/afwerend. Weinig of geen motivatie voor behandeling. Er is actief weerstand tegen de behandeling, de cliënt is zeer moeilijk te betrekken zijn bij enige vorm van behandeling.
- 9 Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

Het interview is afgelopen. Zijn er nog vragen of andere dingen die jij belangrijk vindt?

100. _____

Heel erg bedankt voor je tijd!

Interviewer: geef de 10 euro vergoeding en laat hier tekenen voor ontvangst:

Bijlage B

Eerste interview Centraal Onthaal

Vragenlijst Zorgtoeleiding: evaluatie "Centraal Onthaal"

Adresgegevens

Voor en achternaam:

Initialen:

Sekse:

Geboortedatum:

Waar kunnen we u het beste bereiken over vier maanden?

Plaats / adres:

Telefoon :

Handtekening:

Indruk interviewer van de persoon

I. Algemene gegevens

G1 Interviewer

G2 Datum

G3 Tijdstip begin interview

II. Verloop van intake

1. Je komt nu net uit de intake, hoe is het gegaan?
2. Wat vond je goed bij de intake?
3. Wat kan nog verbeterd worden?
4. Heb je een pasje gekregen?
5. Welke afspraken heb je net gemaakt met het Centraal Onthaal?

III. Algemene gegevens

8. Wat is je huidige huisvestingssituatie? (4 of meer nachten per week)
9. Hoe lang zit je in deze huisvestingssituatie (jaren, maanden)?
10. Wat is je culturele herkomst? (of: wat voel je je?)

IV. Zorgbehoefte

11. Welke hulp / zorg zou je vandaag nog willen krijgen? Noem het eerste dat in je opkomt.

Screeener

- I. a Ben je in de afgelopen 12 maanden bij een psychiater of andere hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg geweest?
 - I. b Doe je tegenwoordig langer over de dingen waar je mee bezig bent?
 - I. c Heb je de laatste tijd minder plezier in je gewone dagelijkse bezigheden?
 - I. d Heb je de laatste tijd wel eens het gevoel gehad dat het leven zinloos is?
 - I. e Heb je de laatste tijd wel eens de gedachte gehad dat je liever dood wilt en weg van alles?
 - I. f Heb je de laatste tijd wel eens het idee gehad dat je gedachten beïnvloed werden of bestuurd werden door iets of iemand anders, zonder dat je er zelf controle over hebt?
 - I. g Heb je de laatste tijd wel eens gedacht dat anderen plannen aan het maken waren om je iets ergs aan te doen?
 - I. h Heb je de laatste tijd wel eens stemmen gehoord die woorden of zinnen zeiden, terwijl er niemand bij je was die tegen je praatte?
 - II. a Eén of meer keer per maand 6 of meer glazen alcohol op één dag? (vrouw: 4 glazen)
 - II. b (bijna) dagelijks gebruik heroïne of methadon
 - II. c (bijna) dagelijks gebruik cocaïne
12. Als één van de volgende Depressieve klachten positief scoorde op de screener:
 - I. b Doe je tegenwoordig langer over de dingen waar je mee bezig bent?
 - I. c Heb je de laatste tijd plezier in je gewone dagelijkse bezigheden?
 - I. d Heb je de laatste tijd wel eens het gevoel gehad dat het leven zinloos is?
 - I. e Heb je de laatste tijd wel eens de gedachte gehad dat je liever dood wilt en weg van alles?Beantwoord dan deze vragen, indien van toepassing afzonderlijk voor elk item:
 - Hoe vaak heb je last van deze klacht(en)?
 - Krijg je hulp of begeleiding van bijvoorbeeld instellingen bij het omgaan met de klacht(en)?
 - Wil je (extra) hulp of begeleiding bij het omgaan met de klacht(en)?
 - Vindt de interviewer dat er (extra) hulp of begeleiding nodig is?

13. Als één van de volgende Psychotische klachten positief scoorde op de screener:
- I. f Heb je de laatste tijd wel eens het idee gehad dat je gedachten beïnvloed werden of bestuurd werden door iets of iemand anders, zonder dat je er zelf controle over hebt?
 - I. g Heb je de laatste tijd wel eens gedacht dat anderen plannen aan het maken waren om je iets ergs aan te doen?
 - I. h Heb je de laatste tijd wel eens stemmen gehoord die woorden of zinnen zeiden, terwijl er niemand bij je was die tegen je praatte?
- Beantwoord dan deze vragen, indien van toepassing afzonderlijk voor elk item:
- Hoe vaak heb je last van deze klacht(en)?
 - Krijg je hulp of begeleiding van bijvoorbeeld instellingen bij het omgaan met de klacht(en)?
 - Wil je (extra) hulp of begeleiding bij het omgaan met de klacht(en)?
 - Vindt de interviewer dat er (extra) hulp of begeleiding nodig is?

14. Als één van de volgende vragen over alcohol en druggebruik positief scoorde op de screener:
- II. a Eén of meer keer per maand 6 of meer glazen alcohol op één dag? (vrouw: 4 glazen)
 - II. b (bijna) dagelijks gebruik heroïne of methadon
 - II. c (bijna) dagelijks gebruik cocaïne
- Beantwoord dan deze vragen, indien van toepassing afzonderlijk voor elk item:
- Hoe regelmatig gebruik je elk van de genoemde middelen?
 - Krijg je hulp of begeleiding van bijvoorbeeld instellingen bij het omgaan met het middel?
 - Wil je (extra) hulp of begeleiding bij het omgaan met het middel?
 - Vindt interviewer dat er (extra) hulp of begeleiding nodig is?

V. Hulpverleningscontacten

- 15.1 Soort hulpverlener:
- 15.2 Naam hulpverlener:
- 15.3 Naam dag- of nachtopvang (of andere instantie) waar de hulpverlener bij hoort?
16. Wanneer had je voor de laatste keer contact met je hulpverlener?
17. Waarover ging het de laatste keer dat je contact had met je hulpverlener?
18. Ontvang je op dit moment al zorg of heb je kortgeleden nog zorg gehad (voorbeelden....)?
19. Indien je zorg ontvangt op dit moment, welke lopende afspraken zijn er dan gemaakt (zijn er nog regels waaraan je belooft hebt je te houden, zoals bijvoorbeeld - niet meer drinken, vroeg opstaan, of stoppen met gebruiken)?

Verslavingszorg

20. Ben je ooit in contact geweest met de verslavingszorg?
(methadonprogramma, justitiële zorg, gebruikruimte, in een kliniek of ergens anders)
Zo ja, in verband met welke middelen (drugs / medicijnen)?
21. Heb je in de afgelopen 12 maanden bij een methadonprogramma gelopen?
22. Heb je in de laatste 12 maanden meegedaan aan een heroïneverstrekkingsexperiment?
23. Ben je in de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest in een verslavingskliniek?
24. Ben je in de afgelopen 12 maanden ergens anders in behandeling geweest voor je druggebruik
(afgezien van kliniek of methadonprogramma)?
25. Ben je in de afgelopen 12 maanden in contact geweest met justitiële verslavingszorg
(SOV programma bijvoorbeeld)?
- 26.1 Als je nu op dit moment zorg of hulp nodig zou hebben, zou je dan gebruik maken van voorzieningen van verslavingszorg?
- 26.2 Kun je je antwoord toelichten?

Geestelijke gezondheidszorg

27. Ben je ooit in contact geweest met de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, klinische instellingen zoals Bouman, Delta)?
Zo ja, in verband met wat voor soort klachten?
28. Ben je in de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek
(Delta Psychiatrisch Centrum, Boumanhuis)?
29. Ben je in de afgelopen 12 maanden buiten een kliniek om (dagprogramma's, zonder overnachting bijvoorbeeld) behandeling geweest voor psychische problemen?
- 30.1 Als je nu op dit moment zorg of hulp nodig zou hebben, zou je dan gebruik maken van voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg?
- 30.2 Kun je je antwoord toelichten?
- 31 Ik leg je nu een drietal uitspraken voor die slaan op je hulpverleningsverleden.
Wil je aangeven in hoeverre elke uitspraak op jou van toepassing is?
(1=helemaal oneens, 2=oneens, 3=niet oneens en niet eens, 4=eens, 5=helemaal eens)
- (a) Ik heb veel hulpverleningsinstellingen van binnen gezien. _____
- (b) Ik weet de weg te vinden binnen de hulpverlening. _____
- (c) Ik ben met veel hulpverleners in contact geweest. _____

Bijlage C

Tweede interview Centraal Onthaal

Introductie

Dit onderzoek bekijkt hoe Centraal Onthaal nieuwe aanmelders helpt. Waar het om gaat is dat ik naar aanleiding van dit interview een duidelijk beeld heb hoe het zorgtraject voor jou, na je intake bij Centraal Onthaal, tot nu toe verloopt.

De afname van deze vragenlijst duurt maximaal 45 minuten. Aan het eind van de vragenlijst krijg je vergoeding van 10 euro voor je deelname. De vragenlijst is niet anoniem - we spreken met door jouw genoemde hulpverleners om een beter beeld te krijgen jouw zorgtraject. We vertellen de hulpverleners NIET wat jij ons vertelt.

Eerst zal ik je wat vragen stellen over het zorgtraject: contacten met je hulpverleners en andere instellingen. Daarna stel ik een paar vragen over hulp die je wel of niet ontvangen hebt de maanden na je intake en tenslotte vraag ik je wat over je huisvesting.

I Algemene gegevens interview

Interviewer _____
Datum _____
Tijdstip begin interview _____

II Gegevens cliënt

Voornaam _____
Achternaam _____
Geboorte datum _____
Handtekening* _____

* door middel van een handtekening ga jij akkoord met het volgende:

- deelname aan het onderzoek
- het opvragen van informatie bij hulpverleners, instanties of rapporten over jouw zorgtraject
- er zullen geen persoonlijke gegevens in het rapport komen te staan: dit zal anoniem gebeuren
- aan het einde van het interview ontvang je 10 euro ter vergoeding van je deelname

III Zorgtraject

Je hebt op _____ (datum waarop Tony interview heeft afgenomen) een intakegesprek gehad en een pasje ontvangen van Centraal Onthaal. Dat is nu _____ maanden geleden.

1. Welke afspraken waren er vanuit Centraal Onthaal gemaakt na je intakegesprek? _____

2. Had je de afspraak om ergens langs te gaan?
 - a. JA / NEE
 - b. Zo ja, waar moest je langs? _____
 - c. Is dit gebeurd?
 - d. JA / NEE
 - e. Zo ja, wanneer? _____
 - f. Hoe is dit gegaan? _____
 - g. Zo nee, waarom niet / hoe komt dat? _____

3. Was het voor jou duidelijk wat je na het intakegesprek bij Centraal Onthaal als eerste te doen stond?
 - a. JA / NEE
 - b. Zo ja, wat moest je doen? _____
 - c. Zo nee, waarom niet / hoe komt dat? _____
 - d. Hoe heb je opgelost dat je wel wist wat je te doen stond? _____

4. Je hebt in het vorige interview aangegeven wel / geen* hulpverlener te hebben
 - wel een hulpverlener:
 - a. Je gaf aan dat _____ en _____ je hulpverlener(s) is/zijn.
 - b. Is/zijn dit nog steeds je hulpverlener(s)? JA / NEE
 - c. Zo nee, wat is daar de reden voor? _____
 - d. Wie is/zijn nu je hulpverlener(s)? Bij welke MO instelling werkt hij/zij?

Hulpverlener 1	_____
Werkzaam bij	_____
Hulpverlener 2	_____
Werkzaam bij	_____
Hulpverlener 3	_____
Werkzaam bij	_____
 - geen hulpverlener op moment van intake
 - e. Wie is/zijn momenteel je hulpverlener(s)? Bij welke MO instelling werkt hij/zij?

Hulpverlener 1	_____
Werkzaam bij	_____
Hulpverlener 2	_____
Werkzaam bij	_____
Hulpverlener 3	_____
Werkzaam bij	_____

5 Heb je in de tussentijd nog andere hulpverleners gehad?

a. JA / NEE

b. Zo ja, wie, bij welke MO instelling is hij/zij werkzaam (geweest) en wat is de reden dat hij/zij nu niet meer je hulpverlener is?

Hulpverlener 1 _____

Werkzaam bij _____

Reden _____

Hulpverlener 2 _____

Werkzaam bij _____

Reden _____

Hulpverlener 3 _____

Werkzaam bij _____

Reden _____

6. Hoe vaak heb je gemiddeld contact met je hulpverleners?

Hulpverlener 1 _____ per dag / week / mnd

Anders nl _____

Hulpverlener 2 _____ per dag / week / mnd

Anders nl _____

Hulpverlener 3 _____ per dag / week / mnd

Anders nl _____

7. Ben je tevreden met het aantal keer dat jullie contact hebben?

a. JA / NEE

b. Zo nee, hoe zou jij het graag willen? _____

8. Hoe loopt dit contact? Goed contact? Zeer slecht / slecht / matig / goed / zeer goed

Hulpverlener 1 _____

Hulpverlener 2 _____

Hulpverlener 3 _____

9. Hoe verlopen de tijdsafspraken? Stel: je maakt met een instelling of hulpverlener de afspraak om volgende week vrijdag om 15.00 uur langs te komen. Lopen dit soort afspraken bij jou wel eens mis? Bijvoorbeeld doordat het je niet lukt om op tijd te komen of omdat je het vergeten bent?

a. JA / NEE

b. Zo ja, hoe vaak komt dit voor: zelden / af en toe / regelmatig / meestal / altijd

10. Wanneer heb je voor het laatst contact gehad met je hulpverlener?

Hulpverlener 1 _____

Hulpverlener 2 _____

Hulpverlener 3 _____

11. Waar ging het dit laatste contact over?

Hulpverlener 1 _____
Hulpverlener 2 _____
Hulpverlener 3 _____

12. Weet je of er een zorgplan of zorgtraject is gemaakt voor je?

a. JA / NEE Indien JA, ga naar vraag 13. Indien NEE, ga naar vraag 14.

13. Wanneer is dit zorgplan / zorgtraject gemaakt? _____

a. Door wie is dit zorgplan / zorgtraject opgesteld?

b. Welke eerste / belangrijke afspraken zijn er in dat zorgplan / zorgtraject gemaakt?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

c. Hoe staat het met die gemaakte afspraken?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

d. Indien nodig hier toelichting geven op vraag c. (Bijvoorbeeld: hoe komt het dat er nog niets met de afspraken gedaan is)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

e. Ben je tevreden met de gang van zaken, wat betreft je zorgplan / zorgtraject.

JA / NEE, REDEN: _____

14. Weet je wat de reden is dat er nog geen zorgplan / zorgtraject is uitgezet?

JA, namelijk / NEE _____

IV Ontvangen hulp in de laatste maanden

15. Tijdens het intakegesprek,(zoveel maanden geleden) werd gevraagd wat je eerst gewenste hulp / zorg op dat moment zou zijn. Je gaf toen het volgende aan:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

16. Heb je inmiddels hulp / zorg ontvangen?

1. JA / NEE
2. JA / NEE
3. JA / NEE
4. JA / NEE

17. Zo ja, wat voor hulp / zorg?

Zo nee, hoe komt dat volgens jou (is de hulpvraag nog urgent)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

18. Ben je tevreden met de hulp / zorg die je hiervoor ontvangen hebt?

1. JA / NEE
2. JA / NEE
3. JA / NEE
4. JA / NEE

19. Licht toe: waarom wel / niet?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

20. Tijdens het intakegesprek gaf je de volgende problematiek / klachten aan.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

21. 1. Kreeg je op dat moment al hulp / zorg voor die problematiek / klachten?
- a. JA, ik kreeg al hulp / zorg en nu nog steeds dezelfde zorg namelijk: _____
 - b. JA, ik kreeg al hulp / zorg, deze is inmiddels gestopt om de volgende reden: _____
 - c. JA, ik kreeg al hulp / zorg, maar heb nu andere zorg dan toen namelijk: _____
 - d. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, en nu nog steeds niet. Reden: _____
 - e. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, heb al wel een intakegesprek gehad, maar nog geen verdere zorg. Intake gehad bij de volgende instelling _____
 - f. NEE, ik kreeg toen geen zorg, maar heb nu wel hulp/ zorg bij de volgende instelling(en) _____
 - g. Sinds wanneer ontvang je hulp / zorg? _____ weken/ maanden
 - h. Hoe is deze hulp in gang gezet? _____
 - i. Ben je tevreden met de hulp / zorg die je ontvangt? _____
JA / NEE, licht toe: _____
2. Kreeg je op dat moment al hulp / zorg voor die problematiek/ klachten?
- a. JA, ik kreeg al hulp / zorg en nu nog steeds dezelfde zorg namelijk: _____
 - b. JA, ik kreeg al hulp / zorg, deze is inmiddels gestopt om de volgende reden: _____
 - c. JA, ik kreeg al hulp / zorg, maar heb nu andere zorg dan toen namelijk: _____
 - d. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, en nu nog steeds niet. Reden: _____
 - e. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, heb al wel een intakegesprek gehad, maar nog geen verdere zorg. Intake gehad bij de volgende instelling _____
 - f. NEE, ik kreeg toen geen zorg, maar heb nu wel hulp / zorg bij de volgende instelling(en) _____
 - g. Sinds wanneer ontvang je hulp / zorg? _____ weken/ maanden
 - h. Hoe is deze hulp in gang gezet? _____
 - i. Ben je tevreden met de hulp / zorg die je ontvangt? _____
JA / NEE, licht toe: _____
3. Kreeg je op dat moment al hulp / zorg voor die problematiek/ klachten?
- a. JA, ik kreeg al hulp / zorg en nu nog steeds dezelfde zorg namelijk: _____
 - b. JA, ik kreeg al hulp / zorg, deze is inmiddels gestopt om de volgende reden: _____
 - c. JA, ik kreeg al hulp / zorg, maar heb nu andere zorg dan toen namelijk: _____
 - d. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, en nu nog steeds niet. Reden: _____
 - e. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, heb al wel een intakegesprek gehad, maar nog geen verdere zorg. Intake gehad bij de volgende instelling _____
 - f. NEE, ik kreeg toen geen zorg, maar heb nu wel hulp / zorg bij de volgende instelling(en) _____
 - g. Sinds wanneer ontvang je hulp / zorg? _____ weken/ maanden
 - h. Hoe is deze hulp in gang gezet? _____
 - i. Ben je tevreden met de hulp / zorg die je ontvangt? _____
JA / NEE, licht toe: _____

4. Kreeg je op dat moment al hulp / zorg voor die problematiek/ klachten?
 - a. JA, ik kreeg al hulp / zorg en nu nog steeds dezelfde zorg namelijk: _____
 - b. JA, ik kreeg al hulp / zorg, deze is inmiddels gestopt om de volgende reden: _____
 - c. JA, ik kreeg al hulp / zorg, maar heb nu andere zorg dan toen namelijk: _____
 - d. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, en nu nog steeds niet. Reden: _____
 - e. NEE, ik kreeg toen geen hulp / zorg, heb al wel een intakegesprek gehad, maar nog geen verdere zorg. Intake gehad bij de volgende instelling _____
 - f. NEE, ik kreeg toen geen zorg, maar heb nu wel hulp / zorg bij de volgende instelling(en) _____
 - g. Sinds wanneer ontvang je hulp / zorg? _____ weken/ maanden
 - h. Hoe is deze hulp in gang gezet? _____
 - i. Ben je tevreden met de hulp / zorg die je ontvangt? _____
 JA / NEE, licht toe: _____

22. Ben je op dit moment voor andere problematiek / klachten in behandeling bij, of onder begeleiding van een hulpverlener van de geestelijke gezondheidszorg en / of verslavingszorg?
 - a. JA / NEE. Indien nee, ga naar 22.g
 - b. Zo ja, voor welke klachten?
 1. _____
 2. _____
 - c. Bij welke instelling / hulpverlener ben je onder behandeling?
 1. _____ / _____
 2. _____ / _____
 - d. Sinds wanneer ontvang je deze hulp / zorg?
 1. _____ dagen / weken / maanden
 2. _____ dagen / weken / maanden
 - e. Hoe is deze hulp in gang gezet?
 1. _____
 2. _____
 - f. Ben je tevreden met de hulp / zorg die je ontvangt?
 1. JA / NEE, licht toe: _____
 2. JA / NEE, licht toe: _____
 - g. Zo nee, zou je extra begeleiding willen?
 1. JA / NEE
 2. Zo ja, voor welke klachten zou je extra begeleiding willen?

V Huisvesting

23. Tijdens je intakegesprek gaf je aan dat huisvesting op dat moment was:
- Op straat: in de open lucht, onder viaduct
 - Nachtopvang: Van Speyk / De Hille / Havenzicht / WB Huis / De Steiger / De Meerpaal / De Brug /
 - Pauluskerk
 - Sociaal Pension: Hotel de Zon / De Schuilplaats / De Nok / De Lichtbloei
 - Begeleid wonen: WWL / Internaat Coolhaven / De Sluis / De Ontmoeting / (Z)onder dak.
 - Kom uit detentie
 - Eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract / hypotheek)
 - Bij bekende: familie, vriend of kennis
24. Wat is je huisvesting op dit moment?
- Op straat: in de open lucht, onder viaduct
 - Nachtopvang: Van Speyk / De Hille / Havenzicht / WB Huis / De Steiger / De Meerpaal / De Brug /
 - Pauluskerk
 - Sociaal Pension: Hotel de Zon / De Schuilplaats / De Nok / De Lichtbloei
 - Begeleid wonen: WWL / Internaat Coolhaven / De Sluis / De Ontmoeting / (Z)onder dak.
 - Kom uit detentie
 - Eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract / hypotheek)
 - Bij bekende: familie, vriend of kennis
 - Particulier pension, logement, hotel
 - Kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand
 - Woonvoorziening in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingzorg
 - Sterk wisselend: geen van deze situaties 4 of meer dagen per week
 - Anders, namelijk: _____
24. Sinds wanneer zit je in deze huisvesting? _____ dagen / weken / maanden
25. Ben je tevreden met deze huisvesting?
- a. JA / NEE, REDEN: _____
26. Heb je in de tussentijd nog andere huisvestingssituaties gehad?
- a. JA / NEE
- b. Zo ja, welke?
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
- c. Hoe lang?
- 1. _____ dagen / weken / maanden
 - 2. _____ dagen / weken / maanden
 - 3. _____ dagen / weken / maanden

27. Hoe lang denk je nog in de huidige huisvesting te moeten blijven?
_____dagen / weken / maanden

28. Hoe lang zou je nog in de huidige huisvesting willen blijven?
1. liefst vandaag nog weg
2. _____dagen / weken / maanden
3. Anders, namelijk: _____

29. Als je hier weg gaat, waar denk je dan naar toe te gaan?

- Op straat: in de open lucht, onder viaduct, in overdekte openbare ruimten
- Passantenverblijf
- Nachtopvang: Van Speyk / De Hille / Havenzicht / WB Huis / De Steiger / De Meerpaal /
- De Brug / Pauluskerk
- Sociaal Pension: Hotel de Zon / De Schuilplaats / De Nok / De Lichtbloei
- Begeleid wonen: WWL / Internaat Coolhaven / De Sluis / De Ontmoeting / (Z)onder dak.
- Kom uit detentie
- Eigen zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract / hypotheek)
- Bij bekende: familie, vriend of kennis
- Particulier pension, logement, hotel
- Kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand
- Woonvoorziening in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingzorg
- Sterk wisselend: geen van deze situaties 4 of meer dagen per week
- Anders, namelijk: _____

30. Welke hulp / zorg zou je vandaag nog willen krijgen? Noem het eerste wat in je opkomt.

VI Overige opmerkingen

Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz Tweede interview CO

