



wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies
op het gebied van leefwijzen,
verslaving en daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen

Uit de vicieuze cirkel

Naar een sluitende OGGZ-keten voor de dubbele diagnose
en triple trouble doelgroep in de Westelijke Mijnstreek

Erika van Vliet
Agnes van der Poel

Uit de vicieuze cirkel

Naar een sluitende OGGZ-keten voor de dubbele diagnose
en triple trouble doelgroep in de Westelijke Mijnstreek

Erika van Vliet
Agnes van der Poel



IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
t: 010-4253366
f: 010-2763988
e: secretariaat@ivo.nl
w: www.ivo.nl

© IVO, juni 2007

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Onderzoeksvragen	3
1.2	Kwalitatief onderzoek	4
1.3	Doelgroepen en definities	4
1.4	Opbouw van het rapport	5
2	Methoden van onderzoek	7
2.1	Onderzoeksmethoden	7
2.2	Verwerking en analyse van gegevens	10
3	Omvang en kenmerken	11
3.1	Registratiegegevens dubbele diagnose en triple trouble per organisatie	11
3.2	Omvang en overlap	12
3.3	Kenmerken	13
3.4	Knelpunten	14
4	Problematiek naar leefgebieden: (zorg)behoefte en knelpunten	15
4.1	Algemeen	15
4.2	Huisvesting en opvang	18
4.3	Inkomen en schulden, dagbesteding en werk	29
4.3.1	Inkomen en schulden	29
4.3.2	Dagbesteding en werk	32
4.4	Kopen en gebruiken van middelen	37
4.5	Gezondheid	41
4.6	Politie en justitie	46
5	Samenvatting en conclusies	49
5.1	Onderzoekskader	49
5.2	Omvang	49
5.3	Kenmerken	50
5.4	Problematiek, zorgbehoefte en knelpunten	50
5.5	Overzicht zorgaanbod	52
	Noten	53

1 Inleiding

De regiegroep OGGZ in de Westelijke Mijnstreek heeft onderzoeksbureau IVO opdracht gegeven een quick scan uit te voeren gericht op twee doelgroepen: personen/cliënten met een dubbele diagnose en cliënten met een drievoudige problematiek (triple trouble). De regiegroep geeft aan dat op dit moment de zorgketen voor deze cliënten niet sluitend is en dat zij wil komen tot een passend zorgaanbod. Het is de bedoeling dat de resultaten van deze quick scan handvatten bieden voor de regiegroep OGGZ in de Westelijke Mijnstreek om te komen tot een sluitend zorgaanbod voor deze groeiende groepen cliënten.

Het onderzoek geeft enerzijds een beeld van de aard en omvang, de problemen en ontwikkelingen op verschillende leefgebieden en de zorgbehoeften van de twee doelgroepen. Anderzijds verschaft het onderzoek inzicht in het zorgaanbod in de Westelijke Mijnstreek en knelpunten in de zorgverlening aan de doelgroepen.

In deze rapportage doen we verslag van de resultaten van de quick scan die we in het voorjaar van 2007 in de Westelijke Mijnstreek (Beek, Schinnen, Sittard-Geleen en Stein) uitvoerden. De meeste voorzieningen die toegerust zijn op personen uit de onderzoeksdoelgroep zijn ondergebracht in Sittard-Geleen.

1.1 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. Wat is de geschatte omvang van de doelgroepen dubbele diagnose en triple trouble cliënten in de Westelijke Mijnstreek?
Hierbij gaat het om een inventarisatie van de omvang van de doelgroepen aan de hand van gegevens van zorginstellingen en sleutelinformanten.
2. Wat is de sociaal-demografische samenstelling van deze groepen?
Hierbij gaat het om de kenmerken: geslacht, leeftijd, nationaliteit/culturele herkomst, burgerlijke staat, opleiding, bronnen van inkomsten, woonsituatie, en verslavingsproblematiek bij ouders, broers en zussen.
3. Wat is de aard van de eventuele problematiek van deze groepen op het gebied van alcohol- en druggebruik, werk en inkomen, politie en justitie, huisvesting, en gezondheid? Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan de laatste jaren?
4. Wat is de zorg- c.q. hulpbehoefte van de doelgroepen? Op welke leefgebieden is er sprake van zorg- c.q. hulpbehoefte?
5. Wat zijn knelpunten in de zorgverlening?

Daarnaast is de sociale kaart geactualiseerd.

1.2 Kwalitatief onderzoek

De onderzoeksvragen zijn met kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals een focusgroepbijeenkomst beantwoord. De methoden zullen nader worden toegelicht in hoofdstuk 2. Doordat gebruik is gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden worden er met betrekking tot de omvang van de doelgroepen slechts indicaties gegeven. Daarnaast wordt informatie geleverd over de aard van groepen gebruikers, problemen op verschillende leefgebieden, behoeften aan zorg en knelpunten in (het aanbod van) zorg. De quick scan levert géén cijfermatige onderbouwing van conclusies over bijvoorbeeld hulpvraag en hulpaanbod of de geïnterviewde knelpunten. Het gaat om een situatieschets en de weergave van knelpunten.

1.3 Doelgroepen en definities

In de focusgroepbijeenkomst die plaatsvond op 21 maart 2007 is met de deelnemende professionals een discussie gevoerd rond de definities van de doelgroepen van de quick scan, zoals deze zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel¹: dubbele diagnose cliënten en cliënten met een drievoudige problematiek (triple trouble). Al snel werden de deelnemers het eens dat het woord "cliënt" niet de lading dekt. Immers, dan gaat het alleen om mensen die een diagnose hebben en/of mensen die ergens in de hulpverlening als cliënt geregistreerd staan. Dat is zeker niet bij alle leden van de doelgroepen het geval. Ook zijn niet alle deelnemers in de functie/positie dat zij een diagnose mogen of kunnen stellen. Hiertoe is besloten 'cliënten' te vervangen door 'personen'. Professionals en onderzoekers zijn overeengekomen dat voor het onderzoek de basis ligt in de combinatie van psychiatrische problemen met verslavingsproblemen, en dat iedereen die deze beide problemen heeft, binnen de doelgroep van het onderzoek valt. De doelgroepen van de quick scan kunnen als volgt worden omschreven:

Personen/cliënten met een dubbele diagnose/problematiek:

- personen bij wie sprake is van (ernstige) psychiatrische problematiek en een (ernstige) alcohol- of drugsverslaving.

Personen/cliënten met een triple trouble diagnose/problematiek:

- personen bij wie sprake is van een dubbele diagnose, zoals hiervoor beschreven, en die daarnaast een verstandelijk of lichamelijk beperking hebben;
- personen bij wie sprake is van een dubbele diagnose, zoals hiervoor beschreven, en van justitiële antecedenten.

Somatische problematiek wordt niet als aparte problematiek benoemd omdat er in de meeste gevallen, door de verslavingsproblematiek, sprake is van somatische problemen.

1.4 Opbouw van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 verantwoorden we de onderzoeksmethoden. In hoofdstuk 3 gaan in op de geschatte omvang en de registratiegegevens van mensen met een dubbele diagnose of triple trouble in de Westelijke Mijnstreek door betrokken organisaties. Hoofdstuk 4 wordt ingeleid met een kort overzicht van samenwerkingsverbanden gericht op de doelgroep. Vervolgens belichten we de problematiek naar de verschillende leefgebieden die relevant zijn voor de doelgroep: huisvesting en opvang, inkomen en schulden, dagbesteding en werk, kopen en gebruiken van middelen, gezondheid, en politie en justitie. Hierbij wordt aangegeven welke behoeften en knelpunten er zijn. In hoofdstuk 5 worden de resultaten samengevat en conclusies getrokken.

2 Methoden van onderzoek

Het uitvoeren van een quick scan impliceert dat er binnen een relatief kort tijdsbad gegevens verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd worden. Om deze reden is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gegevensbronnen en ervaringskennis. Daar waar bestaande kennis ontbrak, werden gegevens gegenereerd door de onderzoekers.

2.1 Onderzoeksmethoden

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van verschillende methoden, te weten: 1) bronnenonderzoek, 2) actualiseren van de sociale kaart, 3) verzameling en analyse van registratiegegevens, 4) focusgroep met sleutelinformanten, 5) gesprekken met personen uit de doelgroepen en participerende observatie.

Ad 1) Bronnenonderzoek

Om een beeld te krijgen van de situatie in de Westelijke Mijnstreek zijn verschillende documenten rapporten en verslagen (zowel bestaande officiële als 'grijze' literatuur) verzameld. Het gaat bijvoorbeeld om officiële publicaties van eerder onderzoek, maar ook om (jaar)verslagen van instellingen en beleidsnotities over de doelgroepen. Het doel was in kaart te brengen wat al bekend is over de omvang, aard en problematiek van de doelgroepen dubbele diagnose en triple trouble cliënten. In de praktijk bleek dit niet gemakkelijk. Veel documentatie bestrijkt een groter gebied dan de Westelijke Mijnstreek, bijvoorbeeld Zuid-Limburg. Bovendien had het beschikbare materiaal niet altijd betrekking op de doelgroepen, maar bijvoorbeeld op de organisatiestructuur.

Ad 2) Actualiseren van de sociale kaart

De meest recente sociale kaart van Westelijke Mijnstreek dateert van ongeveer twee jaar geleden en deze werd geactualiseerd. De opdrachtgever heeft een brief gestuurd naar de instellingen waarin ze hen uitnodigde de huidige gegevens te controleren en te actualiseren. Een aantal hulpverleners en andere professionals heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De feitelijke gegevens zijn dus aangeleverd door de instellingen. De sociale kaart is met behulp van deze wijzigingen aangepast. De sociale kaart is te vinden op website <http://OGGZ-zl.socard.nl>.

Ad 3) Verzameling van registratiegegevens

Met behulp van registratiegegevens van verschillende instellingen die hulp bieden of zorg verlenen aan de doelgroepen kan onderzocht worden wat de omvang is van de onderzoekspopulatie. Daarbij kunnen enkele demografische kenmerken van de doelgroepen in kaart worden gebracht. In overleg met de opdrachtgever is een aantal instellingen gekozen. Vanwege privacyredenen en de beperkte tijd van de quick scan hebben de onderzoekers de registratiegegevens *niet* zelf geanalyseerd. De opdrachtgever heeft de gekozen instellingen schriftelijk om hun medewerking gevraagd. Alle instellingen hebben hiertoe hun medewerking toegezegd.

Overzicht instellingen en registratiegegevens

Instelling	beschikbare registratiegegevens
GGD Zuid Limburg	registratiegegevens dubbele en triple diagnose via het Vangnet OGGZ
Politie Zuid Limburg	meldingen zijn opgenomen in registratie Vangnet OGGZ
Stichting MOV	registratiegegevens dubbele en triple diagnose
Mondriaan Zorggroep	registratiegegevens dubbele diagnose
Prins Claus Centrum	registratiegegevens dubbele en triple diagnose
Partners in Welzijn	registreert naar hulpvraag, niet naar kenmerken cliënt; bij manifest probleem wel mogelijkheid tot specificeren naar o.a. verslaving en psychische problemen
Thuiszorg Westelijke Mijnstreek	beschikt niet over specifieke cijfers
RIBW	beschikt niet over specifieke cijfers
ZO Wonen	beschikt niet over specifieke cijfers
Veiligheidshuis/OOV	beschikt niet over specifieke cijfers
Inloophuis Bie Zefke	voert geen registratie

Bovenstaande tabel maakt duidelijk dat wij van de Stichting Maatschappelijke Opvang Voorzieningen (MOV), de GGD Zuid Limburg (het Vangnet OGGZ), het Prins Claus Centrum en de Mondriaan Zorggroep registratiegegevens hebben ontvangen van hun cliënten met een dubbele of drievoudige diagnose. In de praktijk bleek dat de meeste andere instellingen en organisaties zulke registratiegegevens niet aan konden leveren. Organisaties als ZO Wonen en Thuiszorg Westelijke Mijnstreek beschikken niet over dit soort gegevens. Dit is eveneens het geval bij het Veiligheidshuis. Bij inloophuis Bie Zefke wordt geen registratie gevoerd. Bovendien vindt er bij veel van de cliënten/bezoekers van de gekozen instellingen geen diagnosestelling plaats. In andere gevallen zijn er geen specifieke cijfers beschikbaar, uitgesplitst naar dubbele diagnose en triple trouble. Bij een aantal van de organisaties was het wel mogelijk om cijfers te krijgen die waren uitgesplitst naar verslavingsproblematiek dan wel psychiatrische achtergrond. Dit was het geval bij Partners in Welzijn. Deze organisatie registreert naar hulpvraag en niet naar kenmerken van de cliënt, maar medewerkers kunnen wel aangeven wat het manifeste probleem is. Hierbij speelt echter de inschatting van de medewerkers een grote rol bij de registratie ervan. De politie geeft haar meldingen door aan het Vangnet OGGZ die deze opneemt in haar registratie. Naar aanleiding van de aangeleverde data is, indien nodig, door de onderzoekers contact opgenomen met de betreffende instellingen en hen gevraagd om een toelichting.

Ad 4) Focusgroep met sleutelinformanten

Sleutelinformanten zijn personen die vanuit hun professionele deskundigheid (hun functie/werk) rechtstreeks contact hebben met de doelgroepen en zo een bijdrage kunnen leveren aan de beantwoording van de onderzoeksvragen. We hebben op 21 maart 2007 één focusgroepbijeenkomst gehouden met 13 sleutelpersonen van 9 organisaties. De samenstelling van de groep is in overleg met de opdrachtgever gemaakt. De volgende instellingen waren

hiervoor uitgenodigd: GGD Zuid Limburg, ZO Wonen, politie Limburg-Zuid, Prins Claus Centrum, Stichting Maatschappelijke Opvang Voorzieningen (MOV), Bie Zefke, Regionale Instelling Beschermende Woonvormen (RIBW), Partners in Welzijn, Openbare Orde en Veiligheid van de gemeente Sittard-Geleen, Mondriaan Zorggroep en Thuiszorg Westelijke Mijnstreek. Mondriaan Zorggroep en Thuiszorg Westelijke Mijnstreek waren, met kennisgeving, verhinderd.

In de uitnodiging naar de deelnemers hebben we hen gevraagd zich goed voor te bereiden en hebben daartoe de onderzoeksvragen bijgesloten. De onderzoeksvragen dienden ook als leidraad in de focusgroep. Er werd een discussie gevoerd over de definitie van de doelgroepen zoals die gesteld waren door de opdrachtgever. Het resultaat hiervan vindt u terug in paragraaf 1.3. Vervolgens vroegen de onderzoekers de deelnemers twee getallen op een bordje te schrijven: 1) een schatting van het aantal personen dat binnen hun organisatie behoort tot de doelgroep, en 2) een schatting van het aantal personen dat niet is opgenomen in de registratie van hun organisatie, maar wel behoort tot de doelgroep. De deelnemers vonden dit lastig, omdat er niet bij iedere organisatie geregistreerd wordt op psychiatrie en verslaving. Toch schreven veel deelnemers getallen op hun bordje. Het maken van een omvangschatting van de totale groep bleek nog moeilijker. Op de discussie rond de schattingen van de onderzoeksgroep wordt verder ingegaan in paragraaf 3.1 van dit rapport. De focusgroep werd voortgezet met de inventarisatie van behoeften op leefgebieden en knelpunten in de zorgverlening. De informatie die hieruit is voortgekomen is verwerkt in de hoofdstukken 4 en 5. De gebruikte interviewtechniek heeft het voordeel dat deelnemers op elkaars bijdragen konden reageren en elkaar konden aanvullen. Van de focusgroep is door de onderzoekers een verslag gemaakt. Dit verslag is naar de genodigden toegestuurd met het verzoek tot beantwoording van een aantal aanvullende vragen en de voorziening van eventueel verder commentaar. De respons hierop is meegenomen en heeft gediend als input voor deze rapportage. Naar aanleiding van de focusgroep hebben nog enkele gesprekken met deelnemers plaatsgevonden.

Ad 5) Gesprekken met personen uit de doelgroepen en participerende observatie

Oorspronkelijk was het plan om ongeveer acht interviews af te nemen bij leden van de doelgroepen. De te interviewen personen zouden – met hulp van sleutelinformanten – worden geworven binnen zorginstellingen of op straat. De onderzoekers hebben uiteindelijk, in overleg met de opdrachtgever, de beslissing genomen om bij de contacten met personen uit de doelgroepen voor een andere aanpak te kiezen. Besloten is om zoveel mogelijk (ongedwongen) gesprekken met leden van de doelgroepen te voeren in een, voor hen, natuurlijke setting en situatie zoals tijdens de lunch in het inloophuis Bie Zefke. Dit kwam er in de praktijk op neer dat veel van de gesprekken ongedwongen ontstonden over koetjes en kalfjes, waarna de onderzoeker het gesprek toe kon leiden naar de onderwerpen die van belang waren voor het onderzoek. Deze gesprekken ontstonden zowel op initiatief van de onderzoeker als ‘de respondent’. Tegelijkertijd werden er observaties uitgevoerd. Doordat de onderzoeker regelmatig terugkeerde naar dezelfde plaatsen trad er al snel herkenning (alsmede erkenning) op bij de leden van de doelgroepen, waardoor zij zich sneller op hun gemak voelden en zich open opstelden. Deze ‘vertrouwensband’ zorgde er eveneens voor dat het makkelijker was om te praten over minder oppervlakkige zaken. De aandachtspunten bij de informele gesprekken, waren dezelfde als die in eerste instantie voor de semi-gestructureerde interviews waren bedoeld, namelijk:

- ervaren problematiek op de gebieden: kopen en gebruiken van middelen, werk en inkomen, politie en justitie, huisvesting en gezondheid;
- ervaren zorgbehoefte en de aansluiting daarvan op het bestaande aanbod.

De gesprekken en de participerende observatie vonden vooral 'binnenshuis' plaats. Met toestemming van de begeleiding is geobserveerd en contact gelegd bij inloophuis Bie Zefke, de nachtopvang, 24-uurswoonvoorzieningen, de uitleun-units en de nachtopvang van stichting MOV en de methadonpost van de Mondriaan Zorggroep.

De doelgroep in Sittard-Geleen houdt zich, in tegenstelling tot in andere Limburgse steden als Heerlen en Maastrichtⁱⁱ, nauwelijks op straat op. Uiteraard is goed nagevraagd naar eventuele vindplaatsen op straat, zowel bij personen uit de doelgroep als sleutelpersonen/professionals. Alle suggesties zijn nagetrokken. Ook op eigen initiatief is gezocht naar buitenlocaties waar de onderzoekers contact konden leggen met leden uit de doelgroep. Deze zijn echter niet gevonden. De participerende observatie heeft als doel input te krijgen voor de gesprekken die zijn gevoerd en tegelijkertijd de informatie hieruit te verifiëren. Observaties vonden plaats op verschillende dagen van de week en op verschillende tijdstippen. Van elk bezoek is een verslag gemaakt.

2.2 Verwerking en analyse van gegevens

De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd en met elkaar gecombineerd. De gegevens van bijvoorbeeld de focusgroep met sleutelinformanten zijn aangevuld en gecorrigeerd met gegevens van participerende observatie. Daarnaast leverde de informatie uit bijvoorbeeld participerende observatie vragen of specifieke aandachtspunten waarmee ander materiaal (uit bronnen of interviews) nader bestudeerd kon worden. De cirkel van het combineren van de diverse onderdelen van de quick scan is op deze wijze enkele malen doorlopen.

3 Omvang en kenmerken

Van de Nederlandse bevolking heeft 1,8 % een ernstige psychiatrische stoornis. Van deze mensen heeft 26,3% eveneens een drugs- en of alcoholverslavingⁱⁱⁱ. Eén van de onderzoeksvragen bestaat uit het weergeven van de omvang en kenmerken van mensen met een dubbele of drievoudige problematiek in de Westelijke Mijnstreek.

Allereerst volgt een overzicht van de registratiegegevens van de cliënten met een dubbele diagnose en triple trouble per organisatie. In hoofdstuk 2, waar de methoden zijn beschreven die bij de uitvoering van dit onderzoek zijn gebruikt, is al aangegeven dat een aantal van de bij de onderzoeksgroep betrokken organisaties geen registratie voert of niet beschikt over specifieke cijfers uitgesplitst naar dubbele en drievoudige problematiek. Wij zullen het materiaal dat medewerkers van deze organisaties hebben verstrekt in het tweede deel van dit hoofdstuk meenemen in de weergave van een totaalbeeld van de omvang en kenmerken van de doelgroep. Ook gaan we hier in op een aantal aspecten die van invloed kunnen zijn op de registratiegegevens en mee kunnen spelen bij de interpretatie ervan.

3.1 Registratiegegevens dubbele diagnose en triple trouble per organisatie

Bij het Vangnet OGGZ van de GGD Zuid Limburg zijn in 2006 121 cliënten in beeld waarvan er 34 heel duidelijk een meervoudige problematiek hebben. Hieronder zijn 6 mensen die vallen in de categorie triple trouble doordat zij naast hun verslaving en psychiatrische stoornis eveneens te maken hebben met een verstandelijk beperking dan wel justitieel verleden of een combinatie van deze aspecten.

In de registratie van het Vangnet OGGZ worden ook de meldingen opgenomen die vanuit de politie worden gedaan.

De Stichting MOV heeft zowel voorzieningen in Geleen als in Sittard. In Geleen heeft de MOV in 2006 in haar woonvoorzieningen 5 personen met een enkelvoudige problematiek en 4 personen met een dubbele diagnostiek. In Sittard bieden de hulpverleners zorg aan 13 personen met een enkelvoudige diagnostiek of waarbij (nog) geen diagnostiek heeft plaatsgevonden. In totaal hebben zij in Sittard 10 cliënten met een dubbele diagnostiek en 2 cliënten met een triple diagnostiek. De MOV biedt in Sittard ook ambulante begeleiding bij zelfstandig wonen. Van de 27 personen die begin 2007 worden begeleid hebben er 10 een 'erkende' verslavingsproblematiek in combinatie met hun psychiatrische stoornis. Van hen krijgen er twee momenteel hulp op beide gebieden. De overige personen hebben in het verleden daarvoor hulp gehad.

Op 1 maart 2007 had de Mondriaan Zorggroep 407 individuele patiënten in haar bestand, waarvan 207 cliënten met een dubbele diagnose. Waarschijnlijk valt een klein aantal hiervan in de categorie triple trouble.

Medewerkers van het Prins Claus Centrum registreerden in 2006 10 cliënten met een enkelvoudige diagnose of waarvan er (nog) geen psychiatrische diagnose was gesteld. In de cliëntenregistratie komen 97 personen voor met een dubbele diagnose en 3 met een triple trouble.

De meest voorkomende middelen die voorkomen bij de diagnose zijn alcohol: 55; cannabis: 13; en een combinatie van diverse drugs: 32. Andere drugs die minder vaak voorkomen in de registratie zijn cocaïne, opioïden, medicijnen en drugs in de categorie 'ander middel/onbekend'. Uit de cliëntregistratie blijkt dat er soms sprake is van meerdere psychiatrische stoornissen bij dezelfde cliënt. De meest voorkomende stoornissen zijn aanpassingsstoornissen: 14; stemmingsstoornissen: 16, waarvan depressie: 7; psychotische stoornissen: 26, waarvan schizofrenie: 17; en persoonlijkheidsstoornissen: 57, waarvan borderline: 17.

3.2 Omvang en overlap

De algemene schattingen die zijn gedaan tijdens de bijeenkomst van de focusgroep wijken af van de officiële registratie. De schattingen waren hoger waaruit blijkt dat de sleutelpersonen denken dat er meer mensen zijn met een dubbele of drievoudige problematiek dan er bij hen bekend zijn. Een volledig beeld ontbreekt echter.

Medewerkers van diverse organisaties geven aan dat hun cliënten eveneens bij andere hulp/zorgverleningsinstanties komen. Zo hebben de MOV, het Prins Claus Centrum en de Mondriaan Zorggroep een overlap. Een deel van hun cliëntenbestand is ook bij onder meer Partners in Welzijn, ZO Wonen en Bie Zefke in beeld. De registratie van het Vangnet OGGZ overlapt, volgens meerdere medewerkers van de GGD Zuid Limburg, met alle bij deze doelgroep betrokken organisaties. Aangezien er geen eenduidige manier van registreren van de verschillende betrokken organisaties bestaat en veel afhangt van de registratiewijze van de individuele medewerker, wordt niet duidelijk hoe groot deze overlap is. Dit blijkt uit onderstaand voorbeeld van Partners in Welzijn, een organisatie die registreert op hulpvragen en niet op kenmerken van personen:

'Uit het AMW cliëntenbestand van 2006 blijken 10 personen als manifest probleem verslaving te hebben en 182 personen overige psychische problemen. Dat wil zeggen dat de maatschappelijk werkers het probleem niet kwijt wilden bij gezondheid, echtscheiding, relatie tussen partners, relatie tussen ouder/kind, aangrijpende gebeurtenissen, eenzaamheid, identiteitsproblemen en geweld. Vangnetcliënten worden niet onder een aparte noemer geregistreerd. Deze zijn gewoon opgenomen in het AMW cliënten bestand.'

Eén van de problemen die opduiken bij de interpretatie van de registraties is de invulling van de definities 'dubbele diagnose' en 'triple trouble'. Niet elke organisatie verstaat hetzelfde onder deze begrippen. Zodoende is het in eerste instantie moeilijk om verschillende registraties te vergelijken. Ook moet hierbij worden gelet of het in de registraties gaat om het aantal cliënten of het aantal opnames. De laatste registratiewijze kan leiden tot overschatting van de problematiek en de omvang van de doelgroep aangezien een cliënt meerdere malen opgenomen kan zijn

geweest. De overlap tussen de cliëntregistraties van diverse organisaties kan bij overschatting van de problematiek tevens een rol spelen.

Onderschatting van de doelgroep kan eveneens voorkomen. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat personen (tijdelijk) geen gebruik maken van voorzieningen en daardoor niet voorkomen in registraties van organisaties die gericht zijn op deze doelgroep. Een andere reden voor onderschatting kan gevonden worden in het uitblijven van een professionele diagnostisering:

‘Ik denk dat er eigenlijk meer dubbele en triple diagnose zijn dan in die registratiegegevens zijn opgenomen, maar bij Vangnet OGGZ stellen wij eigenlijk geen diagnose. Wij hebben een werkdiagnose, maar geen echte diagnose. Die moet een arts stellen.

(interviewfragment medewerker GGD Zuid Limburg)

Uiteraard is onnauwkeurigheid bij de registratie door medewerkers ook van invloed op een inschatting van de omvang van de doelgroep:

‘Zowel bij de volwassenen als bij de jeugdigen is er sprake van onderregistratie. Dit komt omdat de behandelaren bij diagnosestelling zich richten op de psychiatrisch en psychische diagnose. Men "vergeet" gewoonweg om ook middelenslaving te diagnostiseren, veelal is dat voor hun niet van belang voor de diagnose omdat we alleen de psychische kant van de cliënt behandelen.’

(fragment schriftelijke reactie beleidsmedewerker Prins Claus Centrum)

3.3 Kenmerken

Het beeld dat naar voren komt als wij de kenmerken van de doelgroep bekijken komt grotendeels overeen met de bevindingen uit andere onderzoeken in onder meer Eindhoven, Maastricht, Den Bosch en Parkstad Limburg^{iv}.

Bijna 70% van de cliënten van Mondriaan Zorggroep behoort tot het mannelijke geslacht. Bij het Vangnet OGGZ van de GGD Zuid Limburg ligt dit aantal rond tweederde. Ook de Stichting MOV geeft aan dat zij voornamelijk mannen binnen heeft. Wel zegt een hulpverlener dat in de praktijk zichtbaar is dat de populatie vrouwen in de doelgroep ook wat meer toeneemt.

Uit de registratie van het Prins Claus Centrum blijkt dat van de cliënten met een dubbele of drievoudige diagnose de oudste een leeftijd heeft van 80 jaar en de jongste cliënt 19 jaar is. De meeste cliënten hebben echter een leeftijd tussen 35-50 jaar (52 van n=100). Dit komt overeen met de registratiegegevens van de MOV en het Vangnet OGGZ.

Cliënten van de MOV hebben voornamelijk de Nederlandse nationaliteit. Ook het overgrote deel van de cliënten van de Mondriaan Zorggroep, bijna 80%, is geboren in Nederland. Van de personen die bij de Mondriaan Zorggroep zijn geregistreerd woont 60% in de gemeente Sittard-Geleen.

De Stichting MOV geeft aan dat het merendeel van haar cliënten gescheiden is of ongehuwd. Dit beeld wordt onderschreven door de gegevens van cliënten met een dubbele diagnose vanuit de Mondriaan Zorggroep, waarvan 15% gehuwd is, 11% gescheiden en 43% ongehuwd. Van 30% is de burgerlijke staat onbekend.

Veel van de personen met een meervoudige problematiek hebben volgens medewerkers van diverse organisaties een beperkte opleiding genoten. Middelbaar onderwijs bestond voornamelijk uit lager beroepsonderwijs, waarna men meteen is gaan werken. Middelbaar beroepsonderwijs of hoger onderwijs komen onder deze doelgroep wel voor, maar in veel mindere mate. Huidige bronnen van inkomsten bestaan vooral uit WWB of Wajong uitkeringen. De MOV geeft aan een aantal cliënten te hebben met een WSW indicatie waardoor deze in loondienst kunnen werken bij een sociale werkplaats. Schulden komen regelmatig voor bij deze doelgroep.

Financiële problemen en middelengebruik zijn vooral van invloed op de woonsituatie. Voordat mensen geplaatst worden in een woonvoorziening van bijvoorbeeld de MOV zijn zij meestal dakloos of hebben zij te maken met een dreigende uithuiszetting. Medewerkers van woningbouwvereniging ZO Wonen en van het Vangnet OGGZ signaleren dat er naast de psychiatrische en verslavingsproblemen ook nog vaak sprake is van woningvervuiling, verwaarlozing en overlast.

Een medewerker van de MOV geeft aan dat er met betrekking tot een eventuele verslavingsproblematiek bij ouders, broers of zussen van hun cliënten over algemeen niets bekend is of dat dit niet aan de orde is. Zij voegt toe dat in de huidige situaties de relatie met familie vaak verbroken of niet erg intensief is. Bij enkele andere organisaties die werken met de doelgroep blijkt iets meer bekend over drugs- en/of alcoholgebruikende familieleden. Bij een bezoek aan de methadonpost van de Mondriaan Zorggroep vertelde één van de verstrekkers dat zij van vier families meerdere generaties in behandeling hebben. Ook kwamen er tijdens de observaties die hier zijn verricht twee zussen samen hun methadon afhalen. Bij inloophuis Bie Zefke komen geregeld een vader en een dochter langs. Hij is 20 jaar verslaafd geweest aan drugs en houdt het nu bij alcohol: 'enough is enough'. Hij maakt zich nu wel zorgen om zijn dochter die vooral speed gebruikt.

3.4 Knelpunten

- Een aantal organisaties voert geen registratie of differentieert deze niet (volledig) naar dubbele diagnose en triple trouble. Bij sommige instanties die hun registratie wel op deze manier bijhouden gebeurt dit niet altijd even nauwgezet. Redenen hiervoor zijn het ontbreken van een diagnostisering door professionals en de vrijheid van de medewerkers bij de interpretatie van de cliëntgegevens. Geconcludeerd mag worden dat hierdoor het volledige beeld ontbreekt en omvang van de doelgroep en overlap tussen de diverse organisaties onduidelijk blijft. Het cliëntvolgsysteem kan hierin mogelijk in een later stadium meer inzicht verschaffen. Voorwaarden hierbij zijn dat alle betrokken instanties hieraan meewerken en een eenduidige registratie voeren.

4 Problematiek naar leefgebieden: (zorg)behoeften en knelpunten

4.1 Algemeen

In deze inleiding tot de (zorg)behoeften en knelpunten van de diverse leefgebieden belichten wij de samenwerking die reeds bestaat tussen de verschillende betrokken organisaties ten behoeve van de doelgroep. De GGD vervult een belangrijke taak binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg. Tot deze taken behoort onder meer de rol van ketenregisseur op tactisch niveau en kartrekker bij het ontwikkelen van een OGGZ-beleid voor de regio met betrekking tot zowel de preventieve OGGZ als de vangnetfunctie OGGZ.

Diverse sleutelinformanten geven aan dat de samenwerking tussen organisaties niet altijd efficiënt verloopt en er teveel ketenoverleggen zouden zijn. Bij de focusgroepbijeenkomst kwam naar voren dat veel samenwerkingsverbanden ook eerder gedragen zouden worden door individuen dan dat zij zijn ingebed in de hele organisatie. De GGD levert een belangrijke bijdrage aan het bevorderen van deze samenwerking tussen de verschillende betrokken hulpverleners en organisaties in de regio.

Ten behoeve van de zorgketen OGGZ is een regionale structuur ontworpen met organen op strategisch niveau (regiegroep), tactisch niveau (coördinatiegroep) en operationeel niveau (uitvoering, en diverse werkgroepen). De centrumgemeenten zorgen via het portefeuillehoudersoverleg voor bestuurlijke terugkoppeling met de andere gemeenten in de regio.

De samenwerking binnen de OGGZ is terug te vinden in onder meer het cliëntvolgsysteem, het Vangnet OGGZ en de Sociale kaart OGGZ. Een andere ketenaanpak kan gevonden worden in het Veiligheidshuis waarin de justitiepartners samenwerken onder regie van het Openbaar Ministerie. Voortvloeiend uit deze samenwerkingsverbanden ontstaat inzicht in de omvang en aard van de problematiek en in de wijze waarop deze problematiek zo adequaat mogelijk kan worden opgepakt.

Cliëntvolgsysteem^v

In 2006 is in de regio Zuid-Limburg gestart met een nieuw en uniek digitaal cliëntvolgsysteem ten behoeve van de ketenzorg aan kwetsbare groepen zoals dak- en thuislozen, slachtoffers van huiselijk geweld en zwerfjongeren. De drie centrumgemeenten te weten Heerlen, Maastricht en Sittard-Geleen zijn de initiatiefnemers van het cliëntvolgsysteem Zuid-Limburg dat is ontwikkeld door de GGD Zuid Limburg.

De belangrijkste doelstelling is het monitoren van beleid. Geautoriseerde professionals krijgen inzage in het systeem waardoor het beter op elkaar aan laten sluiten van het hulpverleningstraject voor de cliënt wordt bevorderd. Als de cliënt zorg ontvangt of in het verleden zorg heeft ontvangen bij een andere instelling in de regio kan de volgende informatie worden ingezien: de persoonsgegevens van de cliënt, de problematiek, de start- en, indien van toepassing, de einddatum van de zorg, de locaties(s) van de instelling/voorziening waar de zorg wordt ontvangen, de casemanager en/of contactpersoon van de instelling. De opname van

cliëntgegevens in het systeem gebeurt alleen als de cliënt toestemming heeft gegeven. Indien de cliënt geen toestemming geeft voor de registratie in het cliëntvolgsysteem worden zijn of haar gegevens anoniem opgenomen.

De verschillende instellingen, waaronder Mondriaan Zorggroep, Stichting MOV en het Prins Claus Centrum, kunnen met een gemeenschappelijk cliëntvolgsysteem effectief gebruikmaken van elkaars informatie.

Daarnaast levert het cliëntvolgsysteem inzicht in de in-, door- en uitstroom van cliënten in de maatschappelijke opvang en de aanpalende OGGZ-keten. Op basis van dit soort gegevens kunnen gemeenten beleid ontwikkelen en beleidsaanpassingen doorvoeren.

Vangnet OGGZ^{vi}

Het Vangnet OGGZ is een onderdeel van de GGD dat middels een outreachende methodiek van werken (bemoeizorg) cliënten die behoren tot de OGGZ-doelgroep naar de reguliere instellingen toe geleidt. Hierbij maakt ze gebruik van een samenwerkingsverband van (hulpverlenings-) organisaties in de regio die samen proberen de zorg voor de doelgroep vorm te geven. De samenwerkende organisaties beschikken over een uitgebreide kennis met betrekking tot psychiatrische, verslavings- en maatschappelijke problematiek en het daarbij behorende netwerk van de sociale kaart van Zuid-Limburg. Gezamenlijk probeert men voor de cliënt een passende individuele of systeemgerichte aanpak te realiseren. Naast zorgoverleggen rondom een cliënt is er maandelijks een meldpuntoverleg waar alle partners bij elkaar komen en waar lopende zaken worden besproken. Bij de bespreking van cliënten wordt gebruik gemaakt van de reeds aanwezige deskundigheid van alle betrokken partijen.

De kernpartners zijn GGD, PIW, Mondriaan Zorggroep en Prins Claus Centrum. Dit kernteam heeft nauwe samenwerkingsafspraken met de Politie, Reclassering, Sociaal Pedagogische Dienst, RIBW, thuiszorgorganisaties, gemeenten en woningcorporaties.

Sociale kaart OGGZ^{vii}

In het kader van het project verslavingszorg is in 2004 een sociale kaart opgesteld die inzicht biedt in de organisaties die actief zijn op het (snij-) vlak van de verslavingszorg, de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), de maatschappelijke opvang (MO) en de vrouwenopvang (V) in Zuid-Limburg. Deze sociale kaart is in 2006 gedigitaliseerd. De sociale kaart is te vinden op website <http://OGGZ-zl.socard.nl>.

Het Veiligheidshuis^{viii}

Het Veiligheidshuis heeft als eerste doel criminaliteit en overlast te verminderen of te voorkomen. Om dit te realiseren maken ketenpartners persoonsgerichte afspraken, teneinde recidive van daders zoveel mogelijk te voorkomen. In die persoonsgerichte aanpak staat het (structureel) veranderen van de levensloop van mensen voorop. Bij daders ligt de nadruk op de structurele, curatieve aanpak, dat wil zeggen het zorgen voor een gedragsverandering waardoor zij stoppen met hun criminele activiteiten. Daarnaast starten vanuit het Veiligheidshuis preventieve acties,

gericht op het daadwerkelijk voorkomen van criminaliteit en overlast. De meerwaarde van het samenwerkingsverband zit vooral in de naadloze aansluiting van de preventieve, curatieve en repressieve aanpak en de aansluiting van het nazorgtraject.

In het Veiligheidshuis richt men zich primair op de persoonsgerichte aanpak van volwassen en jeugdige veelplegers, (alle) jeugdige daders, huiselijk geweldplegers en het projectmatig aanpakken van lokale criminaliteitsproblemen en overlast, waar de aandacht voor de slachtoffers vast onderdeel van uitmaakt. In het Veiligheidshuis worden ook signalen (zorgmeldingen) ten aanzien van potentiële (veelal jeugdige) daders opgepakt om het afglijden van personen te voorkomen. Er worden persoonsdossiers aangelegd om goede trajectafspraken te kunnen maken. Via het Veiligheidshuis wordt ook de nazorg van ex-gedetineerden georganiseerd. De input van het Veiligheidshuis is de informatie die bij de partners beschikbaar is over de (potentiële) daders. Van veelplegers wordt standaard een risicoanalyse opgesteld omdat intussen vast staat dat de kans op recidive groot blijft wanneer je niet alle criminaliserende factoren aanpakt die een rol spelen bij het steeds weer terugvallen in crimineel gedrag. De output van het Veiligheidshuis is een curatief of repressief scenario waar de gemeenten en justitie samen hun gezag en bestuurlijke doorzettingskracht aan hechten, zodat het ook daadwerkelijk wordt geëffectueerd.

Belangrijke partners in het Veiligheidshuis zijn gemeenten en instanties op het terrein van onder meer welzijn, zorg, justitie, werkgelegenheid en huisvesting. Binnen het samenwerkingsverband ligt het accent op (een combinatie van) curatie en repressie. Vanuit het Veiligheidshuis wordt daarom nadrukkelijk eveneens samenwerking gezocht met bestaande, op preventie gerichte netwerken en organisaties (zonder anderen uit te sluiten). Kenmerkend voor het concept Veiligheidshuis is dat de ketenpartners samenwerken onder één dak.

Nieuwe ontwikkelingen

Momenteel worden er vanuit de gemeente Sittard-Geleen nieuwe plannen ontwikkeld voor de doelgroep dak- en thuislozen waartoe ook veel van de personen met een dubbele diagnose of triple trouble kunnen worden gerekend. De ambitie is om de huidige opvang voor deze doelgroep te verbeteren. Dit wil de gemeente bereiken door in te zetten op structurele vormen van wonen, activering en waar nodig extra zorg te bieden, verbetering van de doorstroom, de huisvesting van de opvang en verbetering van de regionale samenwerking. Middelen die zij hiervoor wil inzetten kunnen gevonden worden in het opstellen en realiseren van een integraal plan van aanpak voor iedere individuele cliënt en het realiseren van prestatieafspraken met woningcorporaties.

Daarnaast wil zij een centrale huisvesting realiseren die aan de actuele eisen voldoet en structureel vormgeven aan regionale samenwerking.

Een andere ambitie bestaat uit de preventie van verder afglijden van de groep die risico loopt dak- en thuisloos te worden. De gemeente wil dit bereiken door het voorkomen van huisuitzettingen, dakloosheid als gevolg van detentie of uitval uit zorginstellingen, de vermindering van overlast en het voorzien van een stabielere structuur in hun kwetsbare leven. Hierbij valt te denken aan zorg, sociale contacten en dagbesteding.

Tot slot wil de gemeente een platform voor ketenzorg realiseren voor onder andere OGGZ en het Veiligheidshuis op bestuurlijk, beleidsmatig en operationeel niveau. De doelstelling hierbij is het operationaliseren van het platform ketenzorg voor mensen met complexe meervoudige problematiek per 1 januari 2008.

4.2 Huisvesting en opvang

In deze paragraaf beschrijven we het aanbod van de huisvesting en opvang in de Westelijke Mijnstreek. Professionals, vrijwilligers en mensen uit de doelgroep zijn het er met elkaar over eens dat er in deze regio (te) weinig opvangmogelijkheden zijn voor personen die te maken hebben met een dubbele en drievoudige diagnostiek. In andere Limburgse steden als Heerlen en Maastricht is het aanbod een stuk groter dan het geval is in Sittard-Geleen. Ook de toegang tot de woningmarkt via de sociale huisvesting is voor deze mensen vaak niet vrij door de afwezigheid van vaste inkomsten vanuit een betrekking of uitkering en/of het bezit van een ID. Een bijkomende schuldenproblematiek bemoeilijkt de zaken nog eens.

Dagopvang Bie Zefke

De enige dagopvang die de Westelijke Mijnstreek biedt voor personen uit de doelgroep bevindt zich in Sittard en wordt gerund door een coördinator en een team van vrijwilligers. Bij Bie Zefke kunnen zij van maandag tot en met vrijdag van 10:00 uur tot 16:00 uur op zaterdag en zondag van 10:00 uur tot 12:00 uur terecht. De doelgroep is echter niet gelimiteerd tot de omschreven doelgroep van dit onderzoek. In principe is iedereen welkom. De coördinator verwoordt het als volgt: 'het inloophuis heeft een strand-functie'. Daarmee bedoelt hij dat 'alles gewoon binnenspoelt'. Dit is ook het geval. Tijdens gesprekken en observaties komen wij erachter dat ook de mensen die het financieel (iets) breder hebben en/of een baan hebben, hier binnenlopen. Tijdens de bijeenkomst van de focusgroep wordt aangegeven dat er op jaarbasis in totaal ongeveer 100 mensen het inloophuis Bie Zefke bezoeken. Slechts een klein percentage heeft een andere dan de Nederlandse nationaliteit. Precieze cijfers zijn niet voorhanden, want Bie Zefke heeft geen intake en hanteert geen pasjessysteem. In de maanden dat wij Bie Zefke bezochten, troffen wij een 'harde kern' aan van zo'n 40 personen en zagen wij nog ongeveer 15 mensen incidenteel. Vaak worden mensen ook door anderen meegenomen. Positieve verhalen zorgen ervoor dat mensen binnenkomen. Mensen kunnen over (persoonlijke) dingen praten als ze daar behoefte aan hebben, maar hoeven dit niet te doen.

De medewerkers vertellen dat het grootste deel van de mensen dat hier komt vooral sociale problemen heeft, met name op het gebied van huisvesting. Veel van hen hebben wel een dak boven het hoofd, maar zijn 'thuisloos'. Ze huren woonruimte via de sociale woningbouw of huren bij iemand (particulier) onder. Een klein aantal van de bezoekers woont in een sociaal pension, maakt gebruik van de nachtopvang of leeft op straat (buiten de Westelijke Mijnstreek).

Er komt nauwelijks tot geen agressie voor. Mensen zijn wel eens lastig en in het verleden is er wel met sancties gewerkt, maar dit werkte niet echt. 'Mensen komen dan toch nog aan de deur om te vragen of ze dan misschien een boterham mee mogen nemen', aldus de coördinator. 'Bovendien hebben we dit inloophuis opgezet om een plek te kunnen bieden aan hen, die vaak nergens anders heen kunnen omdat ze zich niet kunnen gedragen of lastig zijn. Dan zou je eigenlijk zelf ook weer hetzelfde doen en kunnen deze mensen nog nergens heen. Aan de andere kant is het wel goed om een duidelijk signaal te geven dat sommige dingen niet kunnen. We hebben weinig regels, maar wel een aantal huisregels, waarvan de belangrijkste is 'rustig

aanwezig zijn'. We maken ook duidelijk dat de mensen die hier werken vrijwilligers zijn en dat die respect verdienen. Dat het geen recht is dat ze hier komen, maar dat ze welkom zijn. Dit lijkt te werken. 't Reguleert zichzelf.'

Inloophuis Bie Zefke is ondergebracht in een pand dat op de slooplijst staat en waar ook een aantal andere instellingen is gehuisvest, waaronder Stichting Vluchtelingenwerk. De kamers van het pand waarin ze nu zitten worden echter wel te klein. 'We groeien er langzaam aan uit', geeft de coördinator aan. De huiskamer is ruim en heeft voldoende capaciteit. Het kantoortje en de keuken, waar ook opslagruimte en dergelijke is, worden te klein voor de voorzieningen die de medewerkers willen bieden. 'Als je alleen koffie wilt schenken dan heb je niet veel nodig, maar wij willen meer doen zoals kleding en maaltijden verstrekken.'

Het inloophuis heeft contact met de Kledingbank: ze halen daar regelmatig kleding op waar ze zelf niet aan komen, zoals ondergoed en sokken. Als zijzelf kleding hebben gekregen die niet geschikt is voor of waarvoor geen behoefte is bij hun bezoekers, brengen zij die weg naar de Kledingbank. De vrijwilligster die daarvoor zorgt, pleit nu voor een douchegelegenheid als ze een nieuwe locatie toegewezen krijgen. Nu ervaart zij het vaak als geen nut hebbende als ze schone kleding geven aan iemand die niet schoon is: 'de kleding wordt dan nog viezer van binnen dan van buiten'. Kleding wordt sowieso in het inloophuis gepast en mag dan pas mee. 'Het moet de goede maat zijn en bij iemands stijl passen', zegt de vrijwilligster. Bezoekers helpen elkaar soms bij het uitzoeken van kleding.

Op de middagen wordt er warm eten gekookt. Bezoekers kunnen mee eten voor één euro. Het aantal mensen dat hiervan gebruik maakt lijkt per keer te verschillen en evenmin samen te hangen met een bepaald weertype. Een vrijwilliger zegt hierover: 'soms is het echt slecht weer en verwacht je veel mensen, maar komt er bijna niemand en andersom. Soms komen er 20 of zelfs nog meer!' Medewerkers geven, als daarom wordt gevraagd, ook eten mee in een bakje zodat er op een later tijdstip nog een maaltijd kan worden genuttigd. De reacties van bezoekers op het eten zijn verschillend, de één vindt het heerlijk, de ander eet liever thuis. Bij sommigen lijkt het ook een kwestie van gemakzucht: 'ik kom hier sowieso elke dag eten. Voor dat geld kun je zelf niet gaan koken. Eén euro! Heb ik geen zin in ook. Is toch makkelijk zo?!'

Nachtopvang MOV Sittard

De nachtopvang wordt verzorgd door de MOV en is gelocaliseerd in Sittard. De openingstijden zijn van 23:00 uur tot 8:30 uur. Bij binnenkomst om 23:00 uur is er één begeleider van de MOV aanwezig. Deze vertrekt wanneer alle passanten binnen zijn. De volgende morgen om 7:00 uur keert deze weer terug. 's Nachts is er één bewaker (van een beveiligingsbedrijf) aanwezig van 23:00 uur tot 7:00 uur.

Op deze locatie kunnen mensen met een zwervend bestaan tegen de minimale vergoeding van €3,50 de nacht doorbrengen. In de basale levensbehoeften wordt voorzien. Voor dat bedrag kunnen passanten verblijven voor avondeten (broodmaaltijd), ontbijt, slaappleats, douchen en kleding wassen. Daarbij kunnen passanten uit de gemeente Sittard-Geleen met een bepaalde problematiek en die niet in staat zijn om naar Maastricht te gaan voor de aanvraag van een briefadres hiervoor ook het adres van de nachtopvang opgeven bij de gemeente. Ze kunnen

eveneens ondersteuning krijgen bij het aanvragen van een zwerversuitkering en andere administratieve handelingen. Indien een passant meer hulp nodig heeft kan hij/ zij dit aangeven en wordt er gekeken welk traject voor hem of haar passend is. Dit gebeurt over het algemeen door de teamleider, maar soms wordt deze taak door een groepswerker (spw 2 functionaris) overgenomen. De regiomanager van de MOV geeft het belang van deze aanpak aan: 'doordat we het klein houden kunnen we ook zo gericht werken. We zetten meteen in met hulptrajecten waardoor we zorgen voor een goede doorstroom. Dan heb je ook niet meer plaatsen nodig en dat blijkt ook zo te zijn. Dat bewijst dat onze aanpak werkt. Samenwerking met andere organisaties is hierbij wel essentieel'.

De capaciteit van de nachtopvang is acht bedden. De laatste maanden zijn er echter over het algemeen slechts één, twee of in een enkel geval drie bedden bezet, door vaste passanten. Zij kampen beiden met (manische) depressiviteit en zijn niet verslaafd. Wel gebruikt één van hen soft drugs op dagelijkse basis.

Voorheen waren er zes, zeven of soms acht personen. De toegangstijden waren, volgens een vrouw die voorheen dakloos was, wel heel strikt: 'klokslag 22:00 uur open en na 22:05 uur weer dicht. Als je te laat kwam had je pech. Er zijn sowieso maar acht plaatsen dus dat is heel weinig. Er moesten regelmatig mensen geweigerd worden.' Een ex-dakloze man, die momenteel een kamer huurt van een particulier geeft aan: 'ik heb zelf nooit in de nachtopvang gezeten. Er waren maar acht bedden en als er te weinig waren dan werden de laatste bedden verloot. En dan kon de rest vertrekken.' Als ik hem vraag of hij dan op straat sliep, antwoordt hij dat hij 'liever iets jatte en dan overnachtte op het politiebureau. Ik ga toch niet op straat slapen!'

Onder de vroegere passanten zaten wel mensen die tot een 'zwaardere' groep behoren (verslaafd en psychiatrisch). De ex-dakloze vrouw vertelt over deze tijd: 'ik gebruikte zelf geen drugs, maar verslaafden dienden buiten te gebruiken. Als je had gebruikt en het was niet merkbaar of hinderlijk dan kon je daarna wel gewoon naar binnen.' Volgens zowel de begeleider, de bewaker en de twee aanwezige passanten was de situatie toen veel onrustiger. De bewaker: 'de sfeer was veel opgefokter'. Eén van de passanten vult aan: 'dat was echt link, echt gevaarlijk'. De begeleider en de bewaker denken dat de 'zwaardere' passanten nu verdwenen zijn, omdat ze in detentie zitten of zich hebben verplaatst naar Heerlen of Maastricht, waar meer opvang voor deze doelgroep te vinden is en er ook meer sprake is van een drugscene. Volgens de regiomanager zijn er in 2006 slechts ongeveer 20 mensen vertrokken met onbekende bestemming. Van hen wordt verwacht dat ze uiteindelijk een keer zullen terugkeren naar de nachtopvang. De meeste passanten van de nachtopvang zijn echter doorgestroomd naar de 24-uurs woonvoorzieningen in Geleen en Sittard. Een huidige bewoner van de 24-uurs woonvoorziening in Sittard vertelt:

'Ik ben binnengekomen bij de nachtopvang in Sittard en was helemaal in elkaar geslagen door mijn ex. Ik bleek een hersenschudding te hebben en durfde de straat niet meer op. Ik heb eerst een paar dagen alleen maar binnen bij de nachtopvang gezeten. Ik had niks meer, alleen de kleren die ik aanhad. Gelukkig kon ik vrij snel gaan wonen in de woonvoorziening hier. Mijn kamer heb ik helemaal gezellig gemaakt en nu gaat alles veel beter.'

(veldwerkfragment 26 april 2007)

Zowel de begeleiding, de bewaking als de passanten zijn in elk geval blij dat deze mensen niet meer in de nachtopvang te vinden zijn. Er is slechts één nadeel: voorheen werd de nachtopvang geopend om 22:00 uur. Vanaf 1 januari 2007 is dit tijdstip, in verband met het kleine aantal passanten dat van de nachtopvang gebruikmaakt, verlaat naar 23:00 uur. Aangezien er slechts één aanbod bestaat voor dagopvang, namelijk inloophuis Bie Zefke, en deze voorziening om 16:00 uur op door-de-weekse dagen en 12:00 uur in het weekend sluit, is er een enorm 'gat' voor degenen die aangewezen zijn op de nachtopvang. Uiteraard is dit in de winter een groter probleem dan in de zomer, maar in alle seizoenen blijft deze periode van zeven uur moeilijk te overbruggen. Dit mede doordat deze mensen sneller in het kader van de APV beboet worden. Ook met maaltijden is dit lastig, want bij Bie Zefke wordt er rond 15:00 uur gegeten en het duurt dus ongeveer acht uur voordat er bij MOV gegeten kan worden. Dit is de belangrijke reden voor veel mensen om de nachtopvang als laatste alternatief te zien.

Sociaal pension MOV 24-uurs woonvoorziening Sittard en Geleen

De sociaal pensions zijn woonvoorzieningen die verzorgd worden door de MOV. Er zijn twee locaties, namelijk in Sittard en Geleen. Binnen deze 24-uurs woonvoorzieningen kunnen respectievelijk tien en zestien mensen terecht. Onder hen zijn ook dubbele en triple trouble cliënten. De begeleiding is 24 uur aanwezig. Iedere cliënt/bewoner dient minimaal WA-verzekerd te zijn en verzekerd te zijn voor ziektenkosten. Alle bewoners zijn verplicht om een dagactiviteit te hebben, zoals (vrijwilligerswerk-) werk, scholing of opleiding. Bewoners die geen activiteiten buitenhuis hebben, zijn verplicht mee te draaien in de dagbesteding van het sociaal pension.

De cliënten krijgen op basis van de hulpbehoefte, die is vastgelegd in het woonbegeleidingscontract, basiszorg en ondersteunende begeleiding op de verschillende leefgebieden. Dit gebeurt bij het regelen van de dagelijkse routine door de verdeling van huistaken zoals schoonmaakbeurten en de toeleiding naar vrijwilligerswerk, dagbesteding bij Karwei en werk via Vixia. Een medewerker vertelt dat formulieren soms al heel onduidelijk zijn voor het personeel dus laat staan voor de cliënt. Deze krijgt dan ook ondersteuning bij de administratie en het beheer van zijn of haar financiën, zoals de aanvraag van een uitkering, budgettering of zakgeldregelingen. Andere voorbeelden zijn hulp bij huishoudelijke vaardigheden en de algemene dagelijkse levensbehoefte. Zo heeft iedere bewoner één keer in de week de taak om onder begeleiding van een medewerker boodschappen te doen, een maaltijd te koken en af te wassen. Verdere hulp is gericht op de persoonlijke hygiëne, ondersteuning bij het uitbreiden van het netwerk, en assistentie bij medicatiegebruik en gezondheid en wordt een cliënt vergezeld op (huis)artsbezoek. Medewerkers van de MOV geven ook begeleiding bij problemen met justitie en crisisinterventie en bieden interventies aan die leiden tot gedragsverandering. Een medewerkster van de voorziening in Geleen geeft wel aan dat bij het bieden van begeleiding aan dubbele en triple trouble cliënten heel belangrijk is dat er een goede en passende indicatie bij Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt aangevraagd zodat men ook de passende zorg mag leveren en er hiervoor voldoende AWBZ-uren beschikbaar zijn.

Bij toenemende spanningen en stressfactoren in de omgeving zien begeleiders vaak een terugval in alcohol- en drugsgebruik. Met name alcohol is een middel waar cliënten geregeld in terugvallen. In de locatie Geleen mogen cliënten daarom geen alcohol of drugs op hun kamer hebben en is het gebruik ervan niet toegestaan in de voorziening en evenmin op het terrein. Men

mag niet onder invloed van welke middelen dan ook de voorziening betreden. Bij constatering van gebruik kan de begeleiding de cliënt de toegang weigeren.

Op de locatie in Sittard is een gedoogbeleid van kracht. Een bewoner oordeelt dat de medewerkers hier 'ruimdenkender' zijn. Een medewerker vertelt dat dit te maken heeft met de directe doorstroom vanuit de nachtopvang waar mensen met een actieve verslaving wel terecht kunnen: 'dit zorgt dat we wel een zwaardere doelgroep hebben in Sittard dan in Geleen. De medewerkers hier kunnen er echter ook beter mee omgaan.' De regiomanager geeft aan dat er wel zo snel mogelijk een traject wordt gestart dat gericht is op de verslavingsproblematiek. In de meeste gevallen heeft het verslavingsaspect bij een cliënt met een dubbele diagnose of triple trouble binnen deze woonvoorziening dan ook vooral betrekking op softdrugs of een onderhoudsdosis methadon.

Het gedoogbeleid houdt in dat de cliënt zelf de drank (bier of wijn) en de softdrugs inkoop, maar mag nooit meer dan de wettelijk gedoogde toegestane hoeveelheid op kantoor in bewaring geven of totaal in huis hebben. De middelen zijn voor eigen gebruik en mogen dus niet worden doorgegeven aan andere bewoners. Ze mogen de middelen wel samen met bezoek gebruiken. Een bewoner mag per avond maximaal twee glazen bier of wijn drinken, op de eigen kamer of in de huiskamer. Per avond mag een bewoner één joint roken. Deze wordt op kantoor in bijzijn van een medewerker gedraaid en wordt op de eigen kamer aangestoken en opgerookt. Als een medewerker vindt dat een bewoner al onder invloed is, mag hij deze weigeren meer softdrugs en drank te gebruiken. Medewerkers mogen de kamers controleren op aanwezigheid van drank en softdrugs. Wanneer de bewoner zich niet aan het gedoogbeleid houdt, kan er over gegaan worden tot een sanctie in de vorm van een officiële waarschuwing wat uiteindelijk kan leiden tot beëindiging van het woonbegeleidingscontract. De politie is op de hoogte van het gedoogbeleid en voert af en toe een controle uit. De regiomanager van de MOV is erg tevreden over het contact met de politie: 'we hebben een goede samenwerking met de politie in Sittard. De politie is ook blij met de verminderde overlast in de stad doordat er bij ons beperkt drugs- en alcoholgebruik mogelijk is'.

Een medewerker van de 24-uurs woonvoorziening in Geleen merkt op dat het ervaren van huisvesting, grenzen en zich houden aan de structuur die door de begeleiding geboden wordt voor mensen met dubbele en triple trouble diagnostiek positieve gevolgen heeft. In de praktijk zorgt dit er namelijk voor dat de ontwikkeling c.q. het ziektebeeld zich stabiliseert en de kwaliteit van het leven van de cliënt wordt vergroot. Ze erkent echter dat het niet altijd makkelijk is voor de cliënt om bijvoorbeeld na een zwervend bestaan of het hebben van een zelfstandige woning zich te houden aan alle (huis)regels. Naast de reglementen rondom drugsgebruik zijn alle bewoners bijvoorbeeld ook verplicht om mee te werken aan het schoonhouden van het pand (algemene ruimten), de eigen kamer en de directe omgeving van het pand. Ook zijn er vaste etens- en bezoektijden en wordt er tussen 22:00 uur en 8:30 uur geen geluidhinder getolereerd. Huisdieren zijn met uitzondering van een vogel of een vis niet toegestaan. Deze regelgeving valt sommige cliënten zwaar. Een bewoner van de 24-uurs woonvoorziening in Sittard vertelt:

‘Ik woon hier nu alweer ruim twee jaar en heb eerder ook al twee keer op mezelf gewoond. Het is wel nodig geweest om hier te zijn en ik heb veel geleerd, maar ik heb nu wel weer behoefte aan mijn eigen plek. Op den duur worden al die regels ook wel een beetje vervelend. Het plan is nu dat ik ga doorstromen naar een uitleun-unit in Geleen.’

(veldwerkfragment 26 april 2007)

De begeleiding stuit bij naleving van de huisregels nogal eens op verzet: ‘zeker bij terugval in drugs of decompensatie zie je dat het voor de cliënt moeilijk is om zich aan zijn woonomgeving aan te passen.’ De vrijblijvendheid van woonbegeleiding betekent echter dat er nauwelijks sanctiemogelijkheden zijn als een bewoner zich niet houdt aan de begeleidingsafspraken. De medewerkster geeft aan dat dit in praktijk vaak een knelpunt is. ‘Soms kan het nodig zijn om iemand tijdelijk een time out te geven of een opname voor diegene te regelen.’ Deze maatregel wordt ingezet ter voorkoming van uithuiszetting bij blijvend overtreden van de regels binnen de MOV. In andere gevallen worden mensen tijdelijk naar de nachtopvang gestuurd (tijdelijk hun huissleutel inleveren). Als er geen andere oplossing meer is en de MOV een woonbegeleidingscontract wil verbreken dan moet dit via de kantonrechter. De rechter beslist dan of de bewoner zijn of haar huis moet verlaten (het huis staat immers op diens naam). De regiomanager geeft aan dat dit veel geld kost en het niet de bedoeling is van het aanbod van woonbegeleiding.

Volgens de regiomanager is er in de 24-uurs woonvoorziening in Sittard in 2006 een doorstroom geweest van 100%. Het gaat hierbij om ongeveer tien cliënten die onder meer zijn doorgestroomd naar de 24-uurs woonvoorziening in Geleen, de uitleun-units en zelfstandige woonruimte al dan niet met ambulante woonbegeleiding van de MOV.

Begeleid wonen MOV uitleun-units Geleen en de RIBW

De MOV heeft in Geleen een uitleunvoorziening waar tien personen terecht kunnen. De uitleun-unit is een woonvorm waarbij van de cliënt een bepaalde mate van zelfstandigheid wordt verwacht, voornamelijk als het gaat om het uitvoeren van huishoudelijke taken en het zelf voorzien in de algemene dagelijkse levensbehoeften. De zelfredzaamheid voor geheel zelfstandig wonen bij dubbele of triple diagnostiek is, volgens de regiomanager van de MOV, niet toereikend. Deze cliënten zijn aangewezen op externe ondersteuning en een deel van de bewoners van de uitleun-units valt dan ook binnen de doelgroep dubbele diagnose cliënten. In sommige gevallen wordt in dit type woonvorm een cliënt ondergebracht die (nog) niet aan de voorwaarden, die aan bewoning hiervan worden gesteld, voldoet. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een cliënt waarvan de problematiek (het gedrag) het niet toelaat om samen met anderen te wonen en te functioneren in een groep. De cliënten die wonen in de uitleun-unit kunnen eveneens ten alle tijden een beroep doen op de begeleiding van het sociaal pension, aangezien deze op dezelfde locatie in Geleen is ondergebracht.

De RIBW is een Regionale Instelling Beschermende Woonvormen Heuvelland & Maasvallei. Het teamhoofd van de afdeling in Geleen zegt dat alle 20 RIBW-clieënten die hij momenteel in huis heeft een psychiatrische diagnose hebben. Op de wachtlijst staan circa 60 personen, waarvan ongeveer 75% een dubbele of drievoudige diagnostiek heeft.

Cliënten komen voor de dienstverlening van de RIBW in aanmerking als ze vanwege een psychische handicap voor kortere of langere tijd niet meer zelfstandig kunt wonen, werken en leven. Voor deze dienstverlening is een indicatiestelling nodig van het CIZ of het Voordeurteam. Zij brengen de zorgbehoefte van de cliënt in kaart. Aan hand van de indicatiestelling stemmen de medewerkers hun dienstverlening af op diens behoeften, mogelijkheden en wensen. Er wordt samen met de cliënt bekeken wat het beste bij diegene past en hoeveel zorg er nodig is.

De RIBW biedt ondersteuning bij het aanbrengen en behouden van structuur in het dagelijkse leven, begeleiding bij het leren omgaan met een psychische handicap, bemiddeling bij maatschappelijke participatie en sociale contacten, bescherming door hulp bij dagtaken als boodschappen doen en koken en een beschermende woonomgeving te bieden. Doel is het herstellen en in stand houden van de vaardigheden van de cliënt, zodat diens zelfredzaamheid groter wordt.

Ambulante woonbegeleiding MOV

Het team ambulante woonbegeleiding van de MOV bestaat momenteel uit drie ambulante begeleiders. Deze hulpverleners begeleiden op dit moment 27 personen die allemaal een eigen huishouden voeren. Hiervan delen er vijf personen één voordeur, maar worden als zelfstandig beschreven omdat er geen sprake is van enig groepsverband. Van de 27 personen hebben er 10 een 'erkende' verslavingsproblematiek in combinatie met hun psychiatrische stoornis.

Volledig zelfstandig wonen is voor de doelgroep van het onderzoek niet haalbaar. Een medewerker van de MOV geeft aan dat indien een cliënt met meervoudige problematiek zelfstandig woont, deze vaak overlast bezorgd aan zijn of haar omgeving. Dit uit zich in het bijzonder in het niet kunnen betalen van huur, overlast door diens "criminele en verkeerde" netwerk, gedragsproblemen en geluidsoverlast. Cliënten zijn bij bewoning van een zelfstandige woning daarom aangewezen op externe ondersteuning, aldus de MOV. De intensiteit en inhoud van de begeleiding is afhankelijk van de CIZ indicatie en de AWBZ uren die een cliënt per week heeft. Deze is aangevraagd op basis van de benodigde ondersteuning van de leefgebieden en de zwaarte van de problematiek.

Een medewerkster van MOV ziet de uitbreiding van de ambulante woonbegeleiding als een oplossing voor de moeizame doorstroom van de 24-uurs woonvoorzieningen naar de uitleun-units. 'Hierdoor is het mogelijk om mensen die nog niet geheel zelfstandig kunnen wonen toch onder te brengen in een woning van de sociale huisvesting.' Met betrekking tot mensen uit de onderzoeksdoelgroep gaat het in de praktijk om personen die hun drugsgebruik en andere problematiek beter kunnen controleren. Een ambulant begeleider geeft aan dat van de tien mensen die zelfstandig wonen met ambulante begeleiding van de MOV, er twee personen daadwerkelijk hulp krijgen voor zowel hun verslavings- als psychiatrische problematiek. De anderen hebben daarvoor in het verleden hulp gehad. De regiomanager van de MOV geeft aan dat het een enkele keer voorkomt dat een woning op naam van Stichting MOV gehuurd wordt, zodat cliënten gemakkelijker kunnen worden geplaatst.

Zelfstandig huren sociale huisvesting via ZO Wonen

ZO Wonen verhuurt 15.000 woningen in de gemeenten Sittard-Geleen, Beek, Schinnen, Onderbanken, Brunssum en Echt-Susteren. ZO Wonen voorziet niet alleen woningzoekenden met een smalle beurs van een woning, maar is er ook speciale aandacht voor mensen die afhankelijk zijn van zorg, begeleiding en opvang. Landelijk stagneert de uitstroom van kwetsbare personen uit de maatschappelijke opvang naar reguliere huisvesting. Om deze problematiek in de Westelijke Mijnstreek te lijf te gaan, tekende ZO Wonen op 18 april 2007 twee samenwerkingsovereenkomsten met instellingen voor maatschappelijke opvang en begeleiding. Eén overeenkomst met Stichting MOV en één overeenkomst met RIMO en Partners In Welzijn. RIMO is een instelling voor Opvang, Zorg en Activering en levert haar aanbod aan kwetsbare personen die (tijdelijk) geen thuis hebben en/of mensen die door persoonlijke omstandigheden niet in staat zijn op volwaardige wijze deel te nemen aan de samenleving. Het werkveld van RIMO bevindt zich vooral in Parkstad Limburg. Partners in Welzijn is een regionale welzijnsinstelling die actief is in de Westelijke Mijnstreek. Zij ondersteunt burgers bij het voorkomen of oplossen van individuele problemen en activeert burgers om actief deel te nemen - en vorm te geven - aan de samenleving.

Met deze samenwerking bevorderen deze partijen de doorstroming van opvangcentrum of woonvoorziening naar zelfstandig wonen. ZO Wonen stelt op verzoek van Stichting MOV of Stichting RIMO zo spoedig mogelijk passende huisvesting beschikbaar. Stichting MOV is verantwoordelijk voor de praktische woonbegeleiding. Mocht er een tekort zijn in het begeleidingsaanbod dan vult Stichting RIMO dit gat op. Partners in Welzijn zorgt op verzoek van RIMO voor de psycho-sociale en eventuele ondersteunende begeleiding. Stichting MOV doet dit in eigen beheer.

Voor de huisvesting wordt tussen ZO Wonen en de betrokken huurder een huurcontract afgesloten. Een door de huurder, Stichting MOV of RIMO en ZO Wonen getekende begeleidingsovereenkomst maakt deel uit van dit huurcontract. Blijkt er na twee jaar sprake te zijn van een succesvolle integratie, dan wordt de begeleidingsovereenkomst beëindigd en is er sprake van zelfstandige huisvesting.

De woningbouwvereniging heeft in 2006 25 personen gehuisvest die reeds bekend waren bij het Vangnet van de OGGZ. De meeste hebben geen woonbegeleidingscontract. Een beleidsmedewerker geeft aan dat ZO Wonen in sommige gevallen woonbegeleiding als eis stelt ter voorkoming van problemen. De vrijblijvendheid hiervan is echter soms een lastig punt, zeker wanneer er overlastklachten zijn. Mensen die veel (woon)overlast veroorzaken komen in beeld via het meldpunt. De medewerker voegt toe dat het op dit moment om een klein groepje gaat van 50 à 60 personen. Een heel klein deel van hen heeft een verslavingsproblematiek. De onderzoekers vangen hier en daar geluiden op van gebruikers die problemen hebben met burens en de woningbouwvereniging. Deze hebben vooral betrekking op geluidsoverlast en vervuiling van de gemeenschappelijke ruimten. Medewerkers van de methadonverstrekking van Mondriaan Zorggroep vertellen echter dat vooral de mensen die al jarenlang aan hun programma deelnemen en naast hun onderhoudsdosis geen andere drugs bijgebruiken eigenlijk niet opvallen tussen andere huurders:

Een nette vrouw, waarvan het absoluut niet zichtbaar is dat ze methadon gebruikt en die verder niets bijgebruikt belt aan. De medewerkers vertellen dat ze een baan heeft, in een keurige flat woont en de burens van niets weten. Ze komt hier één keer per week.

(veldwerkfragment 4 april 2007)

ZO Wonen is, mede doordat het voor hen moeilijk is om een huurcontract of een woonbegeleidingscontract te ontbinden, wel voorzichtig met het plaatsen van moeilijke doelgroepen. Andere organisaties, die waren vertegenwoordigd in de focusgroep, beamen dit punt. Medewerkers constateren wel dat hierdoor de uitstroom vanuit de opvang nihil is.

Zelfstandig huren via particulier

Sommige personen met een dubbele of drievoudige problematiek huren zelfstandig woonruimte via een particulier. Deze keuze wordt gemaakt als iemand de wens heeft alleen te wonen, maar nog geen recht heeft op een woning via de sociale huisvesting. Voor inschrijving bij een woningbouwvereniging moet iemand namelijk beschikken over een inkomen, zoals een uitkering, en een geldige ID. Niet iedereen uit de doelgroep van het onderzoek beschikt over deze middelen. Zogenaamde 'huisjesmelkers' springen hier handig op in en vragen absurd hoge prijzen voor relatief weinig woonruimte:

'In de meeste gevallen gaat het om kamerverhuur. De eigenaren of officiële hoofdhuurders verhuren (een deel van) hun huis, zodat zij er zelf geen kosten meer aan hebben en zelfs winst op maken. Ik hoor prijzen tot €600 voor een kamer, waarbij het avondeten inclusief de huurprijs is. Voor veel mensen, zeker als diegene van zijn of haar uitkering ook nog een verslaving te onderhouden heeft, is dit nauwelijks op te brengen.'

(veldwerkfragment 13 maart 2007)

Inwonen bij familie of kennissen

Veel van de bezoekers van inloophuis Bie Zefke hebben, volgens de vrijwilligers, vooral sociale problemen. Deze zijn met name geconcentreerd rond huisvesting. Een aantal van hen woont in huis bij familie of kennissen. Al zijn ze dan niet dakloos, ze vallen wel onder de groep thuislozen. Ze voelen zichzelf in de meeste gevallen toch ongewenst en 's morgens weggekeken:

Ik loop samen op met een oude man die Bie Zefke bijna dagelijks bezoekt. Hij heeft een alcoholprobleem en hierdoor veroorzaakt hij soms overlast. Terwijl ik naar het station loop, gaat hij naar 'huis'. Ik weet dat hij geen eigen woning heeft, maar inwoont bij iemand die hem tolereert. Diegene ziet hem echter liever vertrekken dan komen. Hierdoor voelt hij zich niet echt thuis en probeert hij zo vroeg mogelijk van huis te gaan en zo laat mogelijk weer terug. Het is nu bijna 18:00 uur en het verbaast mij dus een beetje dat hij al richting huis vertrekt.

(veldwerkfragment 28 maart 2007)

Jongeren

Uit de rapportage van de Regio Monitor die het IVO in 2006 uitvoerde in Eindhoven^{ix} werd duidelijk dat met name het zorgaanbod voor de jongeren van 18 tot en met 25 jaar tekort schiet. In meerdere interviews die in Eindhoven werden afgenomen wordt aangehaald dat (gezins)voogden in de praktijk weinig doen voor jongeren van 16 en 17 jaar. Vanaf 18 jaar vallen deze jongeren niet meer onder verantwoordelijkheid van Bureau Jeugdzorg en zowel jongeren als informanten geven aan dat jongeren vaak op hun 18^{de} in een gat vallen, omdat zij dan zelf verantwoordelijk zijn voor het vinden van zorg. Dit heeft soms tot gevolg dat jongeren vanaf 18 jaar op straat komen te staan en zelf opvang en huisvesting moeten gaan regelen.

Deze bevindingen komen overeen met het beeld dat wordt geschetst door de professionals die deelnamen aan de focusgroepbijeenkomst van de quick scan in de Westelijke Mijnstreek. Een medewerker van ZO Wonen ziet, net als de andere deelnemers, het gat dat ontstaat als jongeren op hun 18^e verjaardag buiten de jeugdhulpverlening vallen. Als jongeren op hun 17,5 jaar in behandeling zijn of onder toezicht staan, dan is er een wettelijke verplichting om hen tot hun 23^e hulp en zorg te bieden. Medewerkers van het Prins Claus Centrum geven aan dat zij nu meer jongeren met een zwaardere zorgbehoefte zien dan bijvoorbeeld 15 jaar geleden. Ook wordt deze groep steeds jonger. Dit is een algemene (landelijke) tendens.

De coördinator van Bie Zefke geeft aan dat jongeren onder de 23 eigenlijk niet terecht kunnen bij instanties in Sittard. Als jongeren in deze leeftijd zaken moeten regelen moeten zij hiervoor naar Maastricht. De regiomanager van de MOV zegt dat jongeren onder de 23 jaar niet geplaatst kunnen worden in woonvoorzieningen omdat zij te weinig inkomsten hebben. Medewerkers van het PCC bevestigen dit met het verhaal over een meisje met dubbele diagnose problematiek dat zij na opname in het Prins Claus Centrum niet bij de MOV geplaatst kregen. Een medewerker van het RIBW vertelt dat zijn organisatie een woonvoorziening heeft voor jongeren vanaf 16 jaar. Hier is veel vraag naar en dus is er een wachtlijst ontstaan voor deze faciliteit.

Knelpunten

- De vrijblijvendheid van deelname aan hulpverlening vormt volgens de deelnemers van de focusgroep het grootste knelpunt. Dit komt bij huisvesting bijvoorbeeld tot uiting bij de woonbegeleiding. Bij ZO Wonen wordt in sommige gevallen woonbegeleiding als eis gesteld ter voorkoming van problemen als vervuiling en overlast. De vrijblijvendheid van woonbegeleiding is echter soms een lastig punt, zeker wanneer er overlastklachten zijn. Ook de Stichting MOV geeft aan moeite te hebben met deze vrijblijvendheid. Medewerkers hebben hierdoor nauwelijks sanctiemogelijkheden als een bewoner zich niet houdt aan de begeleidingsafspraken. Problemen doen zich vooral op bij het naleven van huisregels of terugval in een verslaving.

- Het ontbinden van een huurcontract of een woonbegeleidingscontract is eveneens erg moeilijk stellen medewerkers van ZO Wonen en MOV. Dit moet via de kantonrechter. De rechter beslist dan of de bewoner zijn of haar huis moet verlaten. Naast de hoge kosten die hiermee gemoeid zijn is het uiteraard ook niet de bedoeling van het aanbod van woonbegeleiding. ZO Wonen geeft aan dat dit een reden is om voorzichtig te zijn met het plaatsen van moeilijke doelgroepen.
- Mede door bovengenoemde knelpunten zijn de wachtlijsten bij de Stichting MOV en het RIBW lang. Er is tevens een tekort aan plaatsen in de 24-uurs woonvoorzieningen en uitleun-units en woningen via de sociale huisvesting van bijvoorbeeld Woonmaatschappij ZO Wonen. Gevolg hiervan is dat de in-, door- en uitstroom van woonvoorzieningen gericht op de doelgroep moeizaam verloopt. Dit zorgt ervoor dat sommige personen met een dubbele of drievoudige problematiek aangewezen zijn op het huren van zelfstandige woonruimte via een particulier. In andere gevallen woont iemand tijdelijk in bij familie of kennissen.
- Er zijn te weinig woonvoorzieningen en andere zorg specifiek gericht op jongeren. De Stichting MOV kan jongeren onder de 23 jaar niet plaatsen in haar woonvoorzieningen omdat zij te weinig inkomsten hebben. Het RIBW heeft een woonvoorziening voor jongeren vanaf 16 jaar. Hier is veel vraag naar en dus is ook voor deze faciliteit een wachtlijst ontstaan.

4.3 Inkomen en schulden; dagbesteding en werk

De gemeente Sittard-Geleen telde in 2005 7.600 WAO-ers. Hiervan hadden 390 mensen een Wajong-uitkering^x. Per 1 januari 2007 ontvingen 2.472 huishoudens onder de 65 jaar inkomsten uit een WWB-uitkering^{xi}. Het aantal aanmeldingen voor schuldhulpverlening in 2006 kwam op 316^{xii}.

In dit deel van het rapport gaan we in op de problematiek rond inkomen en schulden bij mensen met een dubbele of drievoudige problematiek. We belichten hier eveneens de beschikbare mogelijkheden voor dagbesteding en werk voor deze doelgroep.

4.3.1 Inkomen en schulden

Inkomen en ID

De meeste mensen met een dubbele diagnose of triple trouble ontvangen een uitkering. In veel gevallen is dit een WWB of een WAO uitkering. Bij de aanvraag van een uitkering ontstaan nogal eens knelpunten. Zo heeft men een identiteitsbewijs nodig om een uitkering aan te vragen. Het komt regelmatig voor dat personen uit deze doelgroep niet over een ID beschikken. Voor de aanvraag daarvan is echter geld nodig, maar aangezien ze geen uitkering hebben, is dit geld niet voorhanden. In sommige gevallen verstrekt de gemeente een voorschot, maar vaak is hiermee het probleem niet opgelost. De coördinator van Bie Zefke illustreert dit met een voorbeeld:

‘Mensen krijgen een voorschot van 50 euro mee voor een nieuwe ID, maar als iemand zijn of haar ID kwijt is en geen officieel bewijs van vermissing heeft, dan kost een nieuwe ID 64 euro. De ID kan dan dus niet worden aangeschaft. De keuze om die 50 euro dan anders te besteden is in zo'n geval snel gemaakt.’

De verschillende sleutelinformanten zijn het er over eens dat de negatieve spiraal, “geen ID, geen uitkering, geen woning, schulden, enzovoorts”, doorbroken moet worden. Het zou bijvoorbeeld een goed idee zijn als Sociale Zaken zou aanschuiven bij de OGGZ-overleggen. Andere oplossingen die worden aangedragen bestaan eruit dat, hoewel de regels niet moeten worden veranderd, de omgang met de regels met betrekking tot de aanvraag van uitkeringen en dergelijke wel zou moeten veranderen. Er zou soepeler, minder star met de regels omgesprongen moeten worden. Een medewerker van MOV voegt hier nog aan toe dat centrumgemeente Maastricht andere regels hanteert voor een voorschot dan centrumgemeente Sittard-Geleen:

‘Maastricht is centrumgemeente. Daar moeten de cliënten heen om een uitkering aan te vragen. Indien zij niet in het bezit zijn van een ID kaart of paspoort, krijgen zij geen uitkering maar ook geen voorschot om een ID kaart aan te schaffen. Dit heeft natuurlijk op financieel gebied en ook voor de omstandigheden van de cliënt vergaande gevolgen. De gemeente Sittard-Geleen geeft wel een voorschot als een ID kaart aangeschaft dient te worden. Het zou goed zijn om 1 briefadres in de Westelijke Mijnstreek te realiseren om knelpunten zoals deze er nu liggen op te lossen.’

Bij personen uit de doelgroep is veel onvrede over de gang van zaken bij uitkeringsinstanties, zoals de Sociale Dienst en UWV. Dit blijkt uit onderstaande veldwerkfragmenten:

‘Hij heeft recht op UWV, maar heeft moeite dit te krijgen. Ze vertelden hem dat hij naar de gemeente moest, maar daar geven ze hem niks. Nu had hij weer contact gehad met UWV en ze zouden hem binnen 24 uur terugbellen. Dit is niet gebeurd. Hij gaat vanmiddag zelf weer bellen.’

(veldwerkfragment 14 maart 2007)

‘Hij heeft problemen met UWV. Nu schijnt zijn uitkering er dan eindelijk wel aan te komen, maar dit heeft lang geduurd. Een voorschot heeft hij ook niet gehad.’

(veldwerkfragment 13 maart 2007)

De Sociaal-Medische Advisering (SMA) houdt zich bezig met keuringen en moet mensen regelmatig melden dat ze arbeidsongeschikt zijn verklaard. Ze hebben een ladder van 1 tot 10: de onderste trede is zorg en de bovenste trede is volledig arbeidsgeschikt. Mensen met een dubbele of drievoudige problematiek zijn ‘zorg’ of eventueel een trede hoger, maar kunnen in elk geval niet morgen aan het werk. Medewerkers van de SMA raden de gemeente in deze gevallen aan om daar een traject mee te beginnen en via het Vangnet OGGZ met zorg te proberen die cliënten op de ladder te laten stijgen. Het hoofd van de Sociaal Medische Zorg, dat bestaat uit SMA, Vangnet OGGZ en Forensische Geneeskunde, geeft aan dat er veranderingen hebben plaatsgevonden in de samenwerking met de Sociale Dienst:

‘Als er medewerkers van SMA en het Vangnet OGGZ samen met veel moeite een uitkering hadden geregeld en een cliënt met bijvoorbeeld schizofrenie niet reageerde op zijn oproep van de Sociale Dienst, dan wàs het zo dat de Sociale Dienst een heel strakke regelgeving hanteerde, die cliënt er weer uitgooide en dan begon het zaakje weer van voor af aan. De Sociale Dienst heeft mij echter gevraagd of ik niet een psychiater had die de consultants van de Sociale Dienst wat kon vertellen over psychiatrische ziektebeelden. Ik heb gezegd dat ik dacht dat ze daar niet zoveel aan zouden hebben, omdat het meer gaat om het ontwikkelen van een soort ‘fingerspitzengefühl’ waardoor je leert beter in te schatten bij wie je strakke regels moet hanteren en bij wie je je wat flexibeler op moet stellen. Ik heb er toen voor gekozen deze voorlichting te laten geven door een aantal Vangnetmedewerkers, omdat die toch meer met de cliënten in contact komen en ook het meeste ‘last’ van de Sociale Dienst hadden.’

Medewerkers van het Vangnet OGGZ en de Sociale Dienst hebben elkaar door deze bijeenkomsten leren kennen en ook meer begrip voor elkaar gekregen. Er is tevens afgesproken dat het hoofd Sociaal Medische Zorg een lijst zou doorgeven met namen van cliënten waar op dat moment of in het verleden problemen mee waren geweest. De Sociale Dienst zou deze cliënten oormerken in hun systeem. Zodra consultants dan (opnieuw) in contact kwamen met zo’n cliënt en er problemen waren, zouden ze contact opnemen met de contactpersoon (van Vangnet OGGZ, MOV, etc.) om te vragen of deze medewerker er iets vanaf wist en overleggen wat de beste aanpak zou zijn.

Schulden

Schuldenproblematiek komt veel voor. Een beleidsmedewerker van ZO Wonen geeft aan dat indien een persoon geen ID heeft, de problemen zich daarna opstapelen: 'iemand krijgt bijvoorbeeld een woning, maar er is direct een huurachterstand van twee maanden vanwege het ontbreken van papieren en dus een uitkering.' Volgens de deelnemers aan de focusgroep ligt de oplossing bij de gemeente; die moet met een structurele oplossing komen. Eventueel kan het Veiligheidshuis een rol spelen. Een medewerker van de politie Limburg Zuid vertelt dat de gemeente Maastricht specifiek voor schuldenproblematiek een ambtenaar heeft aangesteld. Deze ambtenaar is aangesteld vanuit de afdeling Sociale Zaken en wordt op dit moment ingezet voor de doelgroep veelplegers. 'De veelpleger blijft vaak in een cirkeltje draaien. Doordat de schuld nu deels gesaneerd wordt, ziet hij ook weer enige toekomst. Door te werken om zijn schuld dan weer in te lossen, is er ook een dagbesteding.' Deelnemers aan de focusgroep denken dat als er via de gemeente Sittard-Geleen een soortgelijke ambtenaar (voor een bredere doelgroep) wordt aangesteld, dit hopelijk enige verlichting zal geven in de cirkel van ID kaart, uitkering, huisvesting, et cetera.

Vanuit de doelgroep horen we verhalen waaruit duidelijk wordt dat er niet altijd goed bekend is waar ze voor schuldhulpverlening terecht kan:

'De vrouw waar ik mee zit te praten heeft ook schulden, maar daar wordt nu aan gewerkt. Het kostte veel tijd om dit geregeld te krijgen. Ze is eerst naar de Kredietbank gegaan. Daar zeiden ze dat ze dat bij Raad en Daad moest zijn, maar die konden haar ook niet helpen en stuurden haar weer terug naar de Kredietbank. Na vier maanden wordt er nu eindelijk schuldhulpverlening in gang gezet. Dit zou sneller moeten kunnen, vindt ze. 'Mensen kunnen hierdoor op straat belanden en steeds verder in de schulden terecht komen.'

(veldwerkfragment 4 april 2007)

Knelpunten

- Voor de aanvraag van een uitkering en inschrijving voor woonruimte via de sociale huisvesting heeft men een identiteitsbewijs nodig. Het komt regelmatig voor dat personen uit deze doelgroep niet over een ID beschikken. Voor de aanvraag daarvan is geld nodig, maar aangezien ze geen uitkering hebben, is dit geld niet voorhanden. De gemeente Sittard verstrekt in sommige gevallen een voorschot.
- Er zijn veel op- en aanmerkingen over de samenwerking met de Sociale Dienst. Deze geluiden komen van zowel medewerkers van diverse organisaties als van personen met een dubbele of drievoudige problematiek die afhankelijk zijn van een uitkering. Het grootste probleem bestaat volgens sleutelinformanten uit de starheid waarmee de regelgeving door de medewerkers van Sociale Zaken wordt gehanteerd. De regels moeten niet worden veranderd, maar de omgang met de regels met betrekking tot de aanvraag van uitkeringen en dergelijke zou wel moeten veranderen. Dienstverlening die meer gericht is op het individu zou een oplossing kunnen zijn. Het zou volgens

betrokkenen ook een goed idee zijn als Sociale Zaken zou aanschuiven bij de OGGZ-overleggen.

- Het is bij personen uit de doelgroep niet altijd goed bekend waar ze terecht kunnen voor hulp bij het beheren van hun inkomen en het aflossen van hun schulden. Ook bij de diverse instanties lijkt hierover soms verwarring te bestaan. Doordat schuldhulpverlening laat in gang wordt gezet belanden mensen sneller op straat.

4.3.2 Dagbesteding en werk

Vooral wanneer personen al gedurende langere tijd geen vaste dagindeling hebben en daarbij kampen met een verslaving en psychiatrische problemen wordt het steeds moeilijker een ongezond levenspatroon te doorbreken. In veel gevallen hebben deze mensen hierbij hulp nodig en helpt het om ze toe te leiden naar andere alternatieven voor hun dagbesteding. Tijdens de bijeenkomst van de focusgroep maar ook elders in het veld werd echter al snel duidelijk dat er weinig mogelijkheden zijn voor werk en dagbesteding voor deze doelgroep. Professionals geven aan dat er grote behoefte is aan sociale activering voor afgekickte personen en aan dagbesteding voor verslaafden.

Dagbesteding

In de huidige situatie worden personen met een meervoudige problematiek vanuit bijvoorbeeld de MOV en het Prins Claus Centrum vooral toegeleid naar Het Karwei. Het Karwei verzorgt al sinds 1985 dagbesteding en werkprojecten voor mensen met psychosociale en/of psychiatrische problemen. Sinds 1 januari 2006 is Het Karwei onderdeel van het Prins Claus Centrum. Het Karwei heeft een locatie in Sittard en één in Geleen. Beide locaties hebben een inloop van waaruit ze diverse activiteiten aanbieden. De openingstijden van de inloop in Sittard zijn op maandag van 12:00 uur tot 16:30 uur en op dinsdag tot en met vrijdag van 8:30 uur tot 16:30 uur. In Geleen kunnen cliënten terecht op maandag van 12:30 uur tot 16:30 uur en op dinsdag tot en met vrijdag van 8:30 uur tot 16:30 uur. Bij de inloop kunnen mensen binnen lopen om in een beschermde omgeving alleen of met anderen met iets bezig te zijn. Er is geen druk om een prestatie te leveren. Er zijn wekelijks terugkerende activiteiten waaraan actief kan worden deelgenomen. Deze activiteiten kunnen creatief, recreatief en/of educatief van aard zijn.

Daarnaast vinden er van tijd tot tijd losse activiteiten plaats.

Zowel op de locatie in Sittard als in Geleen worden ook arbeidsmatige werkzaamheden verricht. Arbeidsmatige dagbesteding is een zinvolle training voor structuur en het opdoen van werkervaring. Dit type dagbesteding heeft een prestatie- en een beloningselement. De activiteiten kennen vaste begin-, pauze- en eindtijden. Voor sommige deelnemers is de arbeidsmatige dagbesteding een stap op weg naar vrijwilligerswerk of de (beschutte) arbeidsmarkt. Voor andere deelnemers is het een zinvolle, gewaardeerde dagtaak. Met de cliënt en zijn of haar verwijzer worden afspraken gemaakt over het aantal dagdelen dat de cliënt deelneemt en welke doelen deze wil bereiken. Bij de activiteiten is een beroepskracht aanwezig die cliënten begeleidt bij het naleven van de gemaakte afspraken en het bereiken van de gestelde doelen.

Om te kunnen deelnemen aan de activiteiten hebben cliënten een verwijzing nodig via een Ggz-instelling, MEE of de gemeente. Een andere mogelijkheid tot deelname is via een PGB (persoonsgebonden budget). Na aanmelding volgt een kennismakingsgesprek waarin de cliënt informatie krijgt over de mogelijkheden die het dagactiviteitencentrum biedt. Samen met één van de medewerkers wordt dan ook afgesproken aan welke activiteiten/projecten de cliënt mee wil doen en hoeveel dagdelen deze deel wil nemen.

Zodra er ruimte is bij de activiteit of het project van keuze krijgt de cliënt een gesprek met de activiteitenbegeleider ervan en spreken ze af wanneer hij of zij kan beginnen. Nadat de cliënt een tot twee maanden heeft deelgenomen wordt er besproken of de gekozen activiteit aan de wensen voldoet. Bij dit gesprek is (zo mogelijk) ook de verwijzer van de cliënt aanwezig en krijgt de cliënt een contactpersoon vanuit het dagactiviteitencentrum toegewezen. De contactpersoon zal hierna regelmatig met de cliënt evalueren waarbij ook de verwijzer zal worden uitgenodigd. Hoewel de samenwerking met Het Karwei goed verloopt zijn de wachtlijsten om deel te kunnen nemen aan activiteiten, volgens medewerkers van de MOV, echter erg lang. De plaatsing van cliënten met een actieve verslaving is moeilijk vanwege het beleid dat wordt gehanteerd: het onder invloed zijn van, gebruiken van, in bezit hebben en verstrekken van alcohol en drugs is namelijk niet toegestaan. Een gevolg van tekortkoming in financiële middelen uit zich in het vervoer naar de dagbesteding: er is vaak geen geld om zelf voor vervoer te zorgen. Bovendien zorgen beperkingen door lichamelijke problemen er soms ook voor dat cliënten niet zelfstandig gebruik kunnen maken van het openbaar vervoer.

Hoewel er wat knelpunten zijn bij de invulling en uitvoering van de dagbesteding door Het Karwei zijn er momenteel niet veel andere mogelijkheden tot dagbesteding in de Westelijke Mijnstreek voorhanden. Een medewerker van Partners in Welzijn geeft bijvoorbeeld aan dat dagbesteding via de vrijwilligerscentrale geen reële optie is. Het plaatsen van psychiatrische patiënten in vrijwilligerswerk verloopt moeizaam. De verwachting is dat het onderbrengen van mensen met een dubbele danwel drievoudige problematiek nog veel moeilijker zal zijn. Vanuit de MOV wordt naast de activering van cliënten naar Het Karwei en ander vrijwilligerswerk ook geprobeerd cliënten te plaatsen bij Vixia, een organisatie die sociale werkvoorziening biedt in de Westelijke Mijnstreek:

Een 24-jarige bewoner van één van de woonvoorzieningen van de MOV vertelt: 'ik ga nu wel naar Het Karwei voor twee dagen sport en verder creatieve dagbesteding zoals kaarsen maken, maar ik ben nog heel jong en daar zitten allemaal lui van rond de veertig. Veel daarvan zijn depressief en ik voel me daar niet echt op m'n plek. Van de MOV proberen ze me nu bij Vixia te krijgen.'

(veldwerkfragment 26 april 2007)

Het Prins Claus Centrum heeft twee "Transfer"-medewerkers aangesteld die mensen activeren en ook via hen wordt geprobeerd cliënten te plaatsen bij Vixia. Veel van hun cliënten worden hier echter geweigerd. Een medewerker van de Deeltijd van het Prins Claus Centrum is van mening dat 'de Vixia hogere eisen stelt aan de cliënten omdat het economische aspect is gaan overheersen. Van de term 'sociale' werkvoorziening blijft dan niet veel over. Deze mensen vallen dus overal buiten.'

Medewerkers van betrokken organisaties komen tot de conclusie dat het huidige aanbod van dagbesteding en werk niet voldoet. Een medewerker van de Deeltijd van het Prins Claus

Centrum stelt dat het probleem ligt in het verschil tussen vroeger en nu. Toen werden de mensen opgevangen binnen de eigen gemeenschap. Werkgevers doen tegenwoordig echter moeilijk tenzij ze gesubsidieerd worden. Dit vraagt volgens de medewerker van het Prins Claus Centrum dus om meer stimulans en subsidies binnen de gemeenten.

Deelnemers aan de focusgroepbijeenkomst geven echter aan dat de gemeente werkprojecten voor verslaafden vaak te duur vindt. Zij betreuren dat, want hierdoor is er steeds minder eenvoudig werk te vinden in de Westelijke Mijnstreek. Dit werk wordt volgens een medewerker van het Prins Claus Centrum in veel gevallen uitbesteed of geautomatiseerd. 'Onze doelgroep heeft voornamelijk behoefte aan eenvoudig werk. Meer dan middenkader kan men niet aan. Ook al hebben ze een hoog IQ, de problematiek maakt dit niet mogelijk.' Ook een medewerker bij de politie geeft de noodzaak aan van eenvoudig werk. 'Door te moeilijk werk zal er meer druk bij komen en zal er zich weer een hele organisatie moeten gaan buigen over taakomschrijving en het uitvoeren van controles.' Voorbeelden van passend eenvoudig werk worden gezien in werkzaamheden in plantsoenen, het opruimen van eenvoudig zwerfvuil, werkzaamheden bij kledinginzamelpunten of de voedselbank, eenvoudige inpakwerkzaamheden, de verkoop van de daklozenkrant en het bezorgen van folders. Het hoofd Sociaal Medische Zorg van de GGD en de kwartiermaker van het Veiligheidshuis noemen projecten als zorgboerderijen als optie.

Een aantal professionals noemt belangrijke voorwaarden waarmee rekening moet worden gehouden bij het aanbieden van dagbesteding aan mensen met een meervoudige problematiek. Zo stelt een medewerker van het Prins Claus Centrum dat een groot deel van de dubbele diagnose groep vaak nog agressief is door de combinatie van schizofrenie en verslaving. 'Het is dus moeilijk hanteerbaar voor een werkgever en deze moet daar op ingericht zijn.'

De coördinator van Bie Zefke geeft aan dat de dagbesteding moet bestaan uit zinvol werk waar mensen ook lichamelijk moe van worden. 'Dit verbetert de nachtrust en mensen zitten beter in hun vel. Hun weerstand wordt groter en de kans van slagen om af te kicken groeit.' De invloed van een nuttige dagbesteding blijkt ook uit het volgende veldwerkfragment:

Ik praat bij de nachtopvang van de MOV met een man van achterin de 20. Hij heeft altijd heel hard (en eerlijk) gewerkt, vooral in de bouw. Zijn rug is kapot. Hij werkt nu nog steeds op vrijwillige basis bij zijn laatste baas die hem ondersteunt in zijn problemen. 'Ik heb dit werk ook nodig om niet gek te worden, om m'n gedachten af te kunnen leiden. Ik ben blij dat ik nog een dagbesteding heb, een plek overdag waar ik me nuttig kan maken en waar ik onderdak ben.'

(veldwerkfragment 13 maart 2007)

Het hoofd Sociaal Medische Zorg van de GGD benadrukt dat de dagbesteding in elk geval een laagdrempelig karakter moet hebben. 'Cliënten moeten enigszins zichzelf kunnen zijn, maar wel wat meer in een structuur geduwd worden. Waar je niet wordt gepressed om prestatie te leveren, maar ook niet van 'als je zin hebt dan kom je maar'. Er moet een redelijke mate van vrijheid zijn om mee te doen en er moet professioneel toezicht zijn.' Ook een medewerker van de MOV stelt gespecialiseerde begeleiders op de dagbesteding en meer personeel op kleine groepen als aandachtspunt.

Verder is er volgens diverse medewerkers van de MOV eveneens behoefte aan dagbesteding in de avonden zoals kaarten, film, spelletjes en koken en meer activiteiten in buitenlucht. Tegemoetkoming aan deze wensen is volgens hen vaak uit financieel oogpunt niet haalbaar. De

meeste mensen uit de doelgroep zitten krap in de financiën en hebben daardoor zelf ook geen geld voor vrijetijdsbesteding. Toen Bie Zefke haar bezoekers de gelegenheid gaf om gratis de film 'Tussen goot en geluk' te bezoeken, waren er zo'n 25 mensen die hiervan gebruikmaakten:

'Er wordt ontzettend veel gekletst onder de film. Het voelt als een bevestiging dat de meeste van de aanwezigen, die tot de doelgroep behoren, niet gewend zijn om dingen als 'naar de film gaan' te doen en zich aan te passen aan de ongeschreven regels die daarbij horen zoals het rekening houden met de omstanders door niet teveel geluid te maken. Er worden blikjes bier opengetrokken alsof het een feestje is.'

(veldwerkfragment 28 maart 2007)

Werk

Mensen met een meervoudige problematiek vervallen wel eens in illegale werkzaamheden, soms als aanvulling op hun uitkering. 'Er wordt wel gezegd, dan moeten ze maar gaan werken, maar dat valt niet mee en vooral voor verslaafden', zegt een vrijwilliger van Bie Zefke. Hoewel veel personen uit de doelgroep voorheen een reguliere baan hebben gehad is dit in een aantal gevallen niet gebeurd. Voor hen is de gang naar een gewone betaalde baan nog groter:

Hij begon al jong met het dealen van wiet. Doordat hij groot is en ouder oogt is hij heel snel doorgroeid in het grotere werk, de verkoop van grote partijen cocaïne. Nu zou hij eventueel wel een baan kunnen zoeken, maar hij heeft nooit hard hoeven werken en hij vindt het een lastig idee dat hij nu een maand zal moeten werken voor het salaris dat hij voorheen in twee uur tijd verdiende. Hij wil eventueel wel weer in wiet gaan handelen, maar niet meer andere drugs in grote partijen. 'Het geld staat niet in verhouding tot het gevaar.'

(veldwerkfragment 14 maart 2007)

Een andere groep waarbij het moeilijker is om deze naar werk te begeleiden zijn de 45-plussers binnen de doelgroep. Het hoofd Sociaal Medische Zorg van de GGD geeft aan dat dagbesteding voor deze mensen heel goed zou zijn. Dit zou kunnen helpen om wat structuur aan te brengen en (negatieve) patronen die vaak al jaren bestaan, een positieve invulling te geven. In het kader van de Wet Werk en Bijstand stuurt de gemeente iemand die bijstand aan wil vragen in eerste instantie naar een transfer, een soort werktraject om werkervaring op te doen en er achter te komen waar iemand het beste aan de slag zou kunnen. 'Omdat het aantal plaatsen beperkt is, is gekeken bij wie de doorstroom het snelste zou verlopen en dat is bij mensen jonger dan 45 jaar. Daar is het 45 jaar-criterium vandaan gekomen. Tenzij je een zelfmelder bent en aangeeft dat je wel heel graag aan het werk gaat dan kan je toch zo'n traject in.' De rest van de 45+ers wordt wel gekeurd door de SMA en sommigen daarvan komen in een zorgtraject. 'Dat heeft echter niets te maken met hun leeftijd, maar met hun zorgproblematiek. Sommigen zijn volledig arbeidsgeschikt, maar hebben niet of nauwelijks werkervaring of opleiding, een slechte dagstructuur, etc. Hierdoor is de afstand tot de betaalde arbeidsmarkt heel groot. Die proberen we te motiveren. Uiteindelijk komen veel van deze mensen uiteindelijk in de zorg, omdat er toch sprake is van psychische problematiek. Veel van hen vinden het ook niet erg, want ze hebben eigenlijk ook geen zin meer om te gaan werken.' De GGD kijkt momenteel of ze iets meer kan betekenen voor deze mensen.

‘Wellicht dat door het doorbreken van de granieten onderlaag het sociaal welbevinden van een cliënt kan worden verbeterd en diegene ook minder overlast veroorzaakt voor de omgeving. Natuurlijk laten we zo’n persoon niet instromen in een traject van paar miljoen. Een halve trede is al heel veel winst. Hier kunnen ook mensen met een dubbele en drievoudige diagnose van profiteren.’

Knelpunten

- Er is te weinig dagbesteding met passende activiteiten voor personen met een meervoudige problematiek. Dit geldt zowel voor overdag als voor de avonden. De beperktheid van de financiën wordt hierbij als knelpunt genoemd. Gemeentelijke subsidies zouden bedrijven kunnen motiveren om de doelgroep toe te laten.
- Binnen het beperkte aanbod van dagbesteding zijn lange wachtlijsten ontstaan. Zo duurt het soms heel lang voordat cliënten kunnen deelnemen aan activiteiten. Een ander probleem hierbij is het beleid dat wordt gevoerd rond middelengebruik. Cliënten met een actieve verslaving kunnen bijvoorbeeld niet bij Het Karwei terecht.
- Vervoer naar de dagbesteding verloopt moeizaam door gebrek aan financiële middelen of door lichamelijke beperkingen waardoor zelfstandige gebruikmaking van het openbaar vervoer niet mogelijk is.
- Er zijn belemmeringen bij de toeleiding naar werk. Dit geldt vooral voor mensen die langdurig verslaafd zijn en weinig tot geen opleiding of werkervaring hebben.

4.4 Kopen en gebruiken van middelen

In deze paragraaf zal worden ingegaan op thema's als middelengebruik en methadonverstrekking. Tot slot gaan we in op de vraag of er behoefte bestaat aan een gebruikersruimte in de Westelijke Mijnstreek.

Middelengebruik

Allerlei signalen wijzen erop dat een actieve harddrugsverslaving slechts speelt bij een kleine groep mensen in de Westelijke Mijnstreek. De onderzoekers hebben geen openlijk harddrugsgebruik aangetroffen tijdens de observaties die zij overdag en 's avonds verrichtten. De regiomanager van de Stichting MOV geeft aan dat er een spuitenuitruilproject in de nachtopvang van MOV in Sittard is: 'Vroeger werd hier veel gebruik van gemaakt. Tegenwoordig gebeurt dit nauwelijks.' Veel van de (voormalige) heroïnegebruikers hebben hun dosis inmiddels (deels) vervangen door methadon:

Ik praat met een man die al ruim dertig jaar heroïne gebruikt. Hij gebruikt nu heroïne en methadon. 'De kwaliteit is niet meer zo goed. De Marokkanen zijn hier de schuld van door het spul te blijven versnijden. Stoppen is op mijn leeftijd niet echt meer een optie. Je lichaam is er zo aan gewend. Op goede kwaliteit kan je er in principe ook oud mee worden. Als ik er nu mee zou stoppen zou ik overlijden.' Dit is iets wat hij, maar ook ik, wel vaker heb gehoord. Zowel het overlijden als de angst ervoor.

(veldwerkfragment 7 maart 2007)

Hoewel verkoop en gebruik van alcohol en drugs in het inloophuis Bie Zefke zelf verboden is, zegt de coördinator te denken dat bezoekers elders wel speed, heroïne en methadon gebruiken. Uit verschillende gesprekken met harddrugsgebruikers lijkt het gebruik van speed inderdaad geregeld voor te komen. Dit is met name het geval bij de jongere gebruikers. De coördinator denkt niet dat er veel hasj en cocaïne wordt gebruikt. Dit zou volgens hem te duur zijn. Toch hoorden wij van gebruikers en van medewerkers van onder andere de MOV, de Mondriaan Zorggroep en het Prins Claus Centrum dat het gebruik van softdrugs, onder meer als zelfmedicatie, vaker voorkomt. Sommige cliënten zijn hiermee al op zeer jonge leeftijd begonnen. Dit zorgt soms voor problemen bij de handhaving van het drugsbeleid binnen deze organisaties en medewerkers zijn zoekende naar een passende manier om hiermee om te gaan. Indien sprake is van harddrugsgebruik dan worden deze middelen in veel gevallen gecombineerd met het gebruik van softdrugs:

Er komt een man met een ijsmuts op bij de methadonverstrekking. Hij heeft hele verhalen. Als hij zegt dat hij zich niet zo lekker voelt, reageren de medewerkers met dat hij dan niet zoveel moet gebruiken en dat hij dan misschien maar eens moet stoppen met blowen ('ja, maar ik blow al 23 jaar'). Hij gebruikt veel bij en van alles: 'ik weet zelf ook wel dat 't niet goed is en dat 't niet klopt, maar ik doe 't dan toch weer. Ik weet zelf ook niet waarom.' De medewerkers van de Mondriaan Zorggroep vertellen dat hij ook liters bier per dag drinkt.

(veldwerkfragment 4 april 2007)

Tijdens gesprekken met de doelgroep over de mate waarin verslaving bij inwoners van de Westelijke Mijnstreek een rol speelt kwamen verschillende reacties. De één vond dat 'in het noorden alles veel erger is dan hier'. Een ander stelde: 'maar ook hier heeft men z'n problemen.' In tegenstelling tot openbaar drugsgebruik hebben de onderzoekers wel een paar keer mensen aangetroffen die alcohol in de openbare ruimte nuttigden. Dit gebeurde echter op kleine schaal en in de nabijheid van het inloophuis Bie Zefke (zie ook paragraaf 4.5 over politie en justitie). Overigens geldt dit ook voor het dealen van drugs. Er is door de onderzoekers slechts één maal verkoop van drugs gesignaleerd. Handel in alcohol en drugs is binnen de diverse zorgverleningsinstanties niet toegestaan. Dit geldt eveneens voor het inloophuis Bie Zefke al schijnt dit, volgens een medewerker van de MOV, toch frequent plaats te vinden. Het zou daarbij voornamelijk gaan om de verkoop van speed.

Methadonverstrekking

De Mondriaan Zorggroep draagt onder meer zorg voor de methadonverstrekking in de Westelijke Mijnstreek. Er is zicht op de oprit door middel van beveiligingscamera's. De deur van de hal naar de afhaalbalie is afgesloten en kan opgedrukt worden vanaf de balie. Er zijn nooit meer dan twee bezoekers tegelijkertijd aan de balie. Als iemand een plascontrole moet doen, wordt de deur naar een andere ruimte, waar tafels en stoelen en een koffiemachine staan, geopend door een medewerker. Ook deze deur is normaal vergrendeld.

De meeste geregistreerde personen uit de doelgroep van dit onderzoek komen drie keer per week bij de methadonpost langs om hun voorgeschreven methadondosis af te halen. Ze krijgen dan voor de andere dagen hun methadon mee. Deze cliënten bezoeken de Mondriaan Zorggroep op maandag, woensdag en vrijdag. De methadonpost is op deze dagen geopend van 9:00 uur tot 9:30 uur, 11:00 uur tot 11:30 uur en 16:30 uur tot 17:00 uur. Andere cliënten hoeven slechts één keer per week langs te komen. Dit zijn vooral de werkende mensen. De mensen die elke dag hun methadon verstrekt krijgen hebben òf een hoge dosis, òf geen vast woonadres. In sommige gevallen mogen mensen ook afhalen buiten de vastgestelde tijden. Normaal wordt bijgebruik toegestaan. Dit gebeurt ook en hoeft niet te worden doorgegeven aan de methadonverstrekkers. De methadondosis wordt hier ook niet op aangepast. Bij de mensen die een regeling hebben kunnen treffen en hun methadon op andere tijden kunnen afhalen mag geen sprake zijn van bijgebruik. Gebeurt dit toch, dan bestaat de sanctie eruit dat ze weer moeten afhalen tijdens de reguliere tijden.

Over het algemeen lijken de medewerkers van de methadonpost een goed contact te hebben met de bezoekers. Ze maken met een aantal cliënten een praatje. Slechts één man die de onderzoekers bij Bie Zefke spreken laat zich negatief uit over het 'CAD', zoals de Mondriaan Zorggroep voorheen heette.

Gebruikersruimte

Hoewel er weinig sprake lijkt te zijn van middelengebruik in de openbare ruimte hebben gebruikers, volgens de coördinator van Bie Zefke wel behoefte aan een gebruikersruimte voor alcohol en drugs: 'dit zou het gebruik op straat zeker tegengaan. Cellen zijn niet voor alcoholisten, niemand wordt meegenomen vanwege dronkenschap.' Andere deelnemers van de focusgroep zijn het met hem eens dat een gebruikersruimte een oplossing zou kunnen zijn voor gebruik in het openbaar. Zo zegt een medewerker van de GGD Zuid Limburg:

'Ik denk ook dat de opening van een gebruikersruimte heel verstandig is. Het is wel heel legitiem om het gebruik meer te concentreren. Het nadeel is wel dat het aanwijzen van een locatie binnen een stad, een dorp of een straat wel weer tot heel veel commotie zal leiden. Bij bestaande gebruikersruimten elders in Limburg is dat ook zo. Ik weet niet precies waarom, want je merkt er niet echt iets van als je het niet weet en volgens mij hebben de burens er ook niet echt last van. Maar als ik ernaast zou wonen zou ik het ook niet zo'n prettig idee vinden. Maar ik vind het wel een prettig idee dat het allemaal in een gebruikersruimte gebeurt en niet op straat.'

Een medewerker van de MOV zegt ook wel wat te zien in een gebruikersruimte:

'Ik denk dat het een illusie is dat je iedereen, alleen met ondersteuning van methadon van de drugs af zou krijgen. Ik zie dat echter niet gebeuren binnen de woonvoorzieningen van de MOV. Ik denk dat als je zou toestaan dat mensen hier binnen zouden kunnen gaan gebruiken het niet zou werken in verband met het beleid, de populatie die we nu binnen hebben en de doelstellingen. Als sommige cliënten gebruiken dan loop je het risico dat anderen dat ook weer gaan doen. Het steekt elkaar behoorlijk aan. Eerder een gebruikersruimte bij een CAD ofzo. Ik heb trouwens ook niet het idee dat bij de locatie van MOV in Geleen waar ik werk de harddrugsproblematiek momenteel heel erg speelt. Het is ook sporadisch dat we iemand betrappen met gebruik op zijn of haar kamer. Sittard staat ook niet echt bekend als een gebruikersstad, zoals Heerlen of Maastricht.'

Uit een gesprek met de beleidsmedewerker zorg en welzijn van de gemeente Sittard-Geleen en de kwartiermaker van het Veiligheidshuis kwam naar voren dat er in het kader van de verbetering van de huidige opvang van dak- en thuislozen wordt nagedacht over een eventuele gebruikersruimte voor deze doelgroep.

Knelpunten

- Diverse medewerkers geven aan dat zij worstelen met de vraag hoe om te gaan met de zelfmedicatie van softdrugs onder vooral jongeren. Dit speelt vooral wanneer drugsgebruik een contra-indicatie is zoals bij het Prins Claus Centrum.
- De omvang van drugs- en alcoholgebruik blijft grotendeels verborgen. In de openbare ruimte is hiervan in elk geval nauwelijks overlast. Hierdoor is lastig in te schatten of een gebruikersruimte in de Westelijke Mijnstreek wenselijk is.

4.5 Gezondheid

In deze paragraaf geven we inzicht in de lichamelijke en psychische gezondheid van de onderzoeksdoelgroep en het behandel aanbod vanuit de hulpverleningsorganisaties in de Westelijke Mijnstreek. Een gebrek aan maatwerk en wachtlijsten vormen belangrijke obstakels. Een dubbele diagnose of drievoudige problematiek bemoeilijkt de hulpverlening en opname in klinieken. Bovendien zijn veel personen uit deze doelgroep niet verzekerd of onderverzekerd voor ziektekosten.

Lichamelijke gezondheid

Thuiszorg Westelijke Mijnstreek is een zorgorganisatie die met 1.800 medewerkers en alpha-hulpverleners een breed pakket aan thuiszorgdiensten levert afgestemd op de behoeften van de inwoners van de Westelijke Mijnstreek. De organisatie biedt onder meer ondersteuning op het gebied van huishoudelijke verzorging, gespecialiseerde verzorging, en verpleging. Het werkgebied omvat de gemeenten Sittard-Geleen, Beek, Schinnen, Stein en Susteren. De gespecialiseerde verzorging die de Thuiszorg Westelijke Mijnstreek biedt is een vorm van praktische thuisbegeleiding bij psychische of sociale problemen zoals depressies of angsten en verslavingsproblematiek. De medewerkers helpen hun cliënten weer grip te krijgen op hun huishouden en structuur aan te brengen in de dagindeling. Hierbij werken ze samen met andere hulpverleners zoals de huisarts, een maatschappelijk werker, een psycholoog, een psychotherapeut, de kinderscherming of een voogdijvereniging. Er is een duidelijke taakverdeling omschreven. De afspraken tussen hulpverleners die de cliënt begeleiden en die met de cliënt zelf staan in een hulpverleningsplan.

Hulpverleners van de MOV zijn van mening dat personen die in de doelgroep van dubbele diagnose en triple trouble vallen over het algemeen een ongezond leefpatroon hebben. Dit heeft gevolgen voor hun gezondheid en uit zich in lichamelijke gezondheidsklachten waaronder een algemene slechte conditie en vaatvernauwing en longproblemen, zoals astma, door het roken. Andere voorbeelden zijn overgewicht of ondergewicht door een ongezond eetpatroon. Het gebit van veel mensen is door ongezond voedsel en verzorging verslechterd. Het gebruik van alcohol en met name drugs heeft hier ook een aandeel in. Tandartsbezoek is soms al jaren uitgesteld omdat er bijvoorbeeld geen ziektekostenverzekering is afgesloten. Ook andere gezondheidsklachten zoals spijsverteringsproblemen en maag- en darmklachten kunnen in tandheelkundige problemen hun oorzaak vinden. Vooral mensen die een zwervend bestaan leiden en geen vast woonadres hebben, maken op een dag veel kilometers. Dit kan in sommige gevallen zorgen voor vochtophopingen in de benen. Daklozen, zeker diegenen die de nacht ook (regelmatig) op straat doorbrengen, lopen een grotere kans gewrichtsklachten te ontwikkelen.

In de Westelijke Mijnstreek is geen laagdrempelige voorziening waar deze mensen voor sociaal medische zorg terecht kunnen. De MOV ondervangt dit probleem zoveel mogelijk door een diversiteit in het hulpverleningsteam aan te brengen en ook medewerkers aan te stellen die een opleiding HBO-V hebben afgerond. Dit is vooral van belang voor cliënten die geen eigen huisarts hebben zoals sommige passanten die gebruikmaken van de nachtopvang, maar ook in mindere

mate bij het signaleren van gezondheidsproblemen bij cliënten van bijvoorbeeld de 24-uurs woonvoorzieningen.

Psychische gezondheid

Het Prins Claus Centrum is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de Westelijke Mijnstreek. De medewerkers bieden zorg aan mensen met psychische problemen. Verwijzing vindt plaats door de huisarts. Ze proberen hun cliënten vooral ambulante te behandelen. Dit betekent dat de cliënten vanuit hun eigen woon- en leefomgeving op afspraak langskomen voor een behandeling bij een van de hulpverleners. Deeltijd is een psychiatrische voorziening waarbij cliënten meerdere dagdelen per week deelnemen aan verschillende vormen van behandeling. Het aanbod van de afdeling Deeltijd is veelal groepsgericht.

Als ambulante behandeling niet mogelijk is dan kan een cliënt voor een kortdurende behandeling in de kliniek of hostel (resocialisatievoorziening) worden opgenomen. Een kortdurende behandeling is maximaal één tot anderhalf jaar. Als de problematiek vormen aanneemt die de medewerkers van het Prins Claus Centrum niet binnen deze periode kunnen verhelpen, zoeken ze samen met de cliënt naar een meer permanente voorziening om te verblijven.

In de kliniek wordt verslaving niet behandeld en gebruik van alcohol en drugs niet getolereerd. De cliënt zal dus, als er sprake is van een verslaving, eerst moeten afkicken om in aanmerking te komen voor een behandeling. Voor mensen uit onze onderzoeksdoelgroep is dit het geval na detentie of een klinische detox.

In het hostel van het Prins Claus Centrum wordt er per individu bekeken of alcohol op de kamer wordt toegestaan. Drugsgebruik, -bezit of -handel wordt in het hostel niet getolereerd. Er mag wel buiten worden gebruikt zolang dit niet in de directe nabijheid van het hostel gebeurt. Bij terugkomst in het hostel moet de cliënt indien onder invloed direct naar zijn of haar kamer. Het Prins Claus Centrum werkt nauw samen met organisaties als Stichting MEE en de MOV. Veel van de cliënten van de MOV, waaronder ook mensen die naast psychische moeilijkheden ook te maken hebben met een verslavingsproblematiek, bezoeken de dagactiviteitsvoorziening Het Karwei van het Prins Claus Centrum voor deelname aan therapiegerelateerde activiteiten. Het onder invloed zijn, gebruiken, in bezit hebben en verstrekken van alcohol en/of drugs in Karwei is echter niet toegestaan.

Eén van de psychische gezondheidsproblemen waarmee medewerkers van onder meer het Prins Claus Centrum, de MOV en Bie Zefke bij deze doelgroep te maken hebben zijn geheugenproblemen als gevolg van intensief alcohol- en drugsgebruik:

‘Deze man spreekt zeer onduidelijk en vaak half in het Limburgs dialect. Bovendien haalt hij veel dingen door elkaar en vergeet hij snel en veel. Hij vraagt in korte tijd bijvoorbeeld wel vijf keer hoe laat de film begint, waar we met een groep bezoekers van Bie Zefke naar toe gaan.’

(veldwerkfragment 28 maart 2007)

Verder vertelt een medewerkster van de MOV dat cliënten kampen met (manische) depressiviteit. Een aantal personen heeft psychotische klachten.

Zonder officiële diagnosestelling is het niet altijd gemakkelijk om vast te stellen of een persoon waarmee een hulpverlener in contact komt te maken heeft met een dubbele dan wel drievoudige problematiek. Dit heeft mede te maken met het onderscheid tussen oorzaak en gevolg. Dit hebben wij ook zelf in het veld ervaren. Zo sprak één van de onderzoekers met een jongen waarbij zijn drugsproblematiek meteen al duidelijk werd. Verder klonken in zijn verhaal ook al snel psychiatrische stoornissen door:

‘Hij heeft het al een paar keer geprobeerd uit te maken, maar neemt haar toch steeds weer terug. In een boze bui heeft hij ook een deuk in het gasstel geslagen, maar ja, hij is ook degene die het ding weer vervangt. Hij heeft ook z’n vriendin wel eens geprobeerd te wurgen, vertelt hij lachend, maar hij kon het niet, want het is toch zijn vriendin.’

(veldwerkfragment 14 maart 2007)

Deze jongen kwam tijdens het gesprek over als iemand die over weinig zelfinzicht beschikt. Of dit een gevolg is van zijn drugsgebruik en/of zijn psychiatrische problematiek (dubbele diagnose) of hij ook een laag IQ heeft (triple trouble) is niet zomaar te doorgronden zonder diagnostisering.

Plaatsing in een afkickkliniek of behandelcentrum voor gedragsproblemen of psychiatrische stoornissen levert vaak problemen op, omdat het aantal beschikbare plaatsen beperkt is, de doorstroom klein en de wachtlijsten lang. Bij de Mondriaan Zorggroep is er een dubbele diagnose-afdeling, bij de overige behandelplaatsen bij deze instelling is er geen behandelbaarheid voor psychiatrische problematiek. Bij de behandelplaatsen van het Prins Claus Centrum wordt een alcohol- of drugsverslaving als contra-indicatie gehanteerd. Hierdoor is plaatsing van dubbele diagnose cliënten extra moeilijk. Wanneer er (ook nog) sprake is van een verstandelijke beperking moet er meestal expertise van buitenaf, van bijvoorbeeld Stichting MEE, worden ingehuurd. Deze moeilijkheden bij de plaatsing van cliënten zorgt bij hulpverleners en cliënten voor frustraties:

‘Hij is boos en gefrustreerd. Er zou een opname bij de verslavingszorg of de GGZ voor hem geregeld worden. Dit was al toegezegd en in afwachting hiervan is hij zelfs vrijwillig iets langer in detentie gebleven. Ondanks inspanningen van vele hulpverleners en een plaatselijke politicus is de opname ineens gecancelld. Toen hij op straat kwam had hij €800. Na het weekend was dit allemaal op. Hij heeft z’n best gedaan om zolang mogelijk nuchter te blijven. Na drie uur heeft hij dit opgegeven. Hij is begonnen met drinken en drinkt nu nog steeds. Coördinator van Bie Zefke: ‘nu herinnert hij zich nog dingen van gister. Over een week valt dit al weg.’ Een reactie van een medewerker van het Veiligheidshuis: ‘hij was in principe afgekickt in detentie dus er was geen sprake van een contra-indicatie. Dan heb je iemand die wel wil en dan krijg je hem niet binnen’. Momenteel lijkt het erop dat hij in zijn frustratie en woede omdat hij niet geholpen wordt, besloten heeft om net zo lang door te drinken totdat hij erbij neervalt. Hij zegt een gevaar voor zichzelf en zijn omgeving te zijn.’

(veldwerkfragment 4 april 2007)

Volgens medewerkers van onder meer de Mondriaan Zorggroep en de MOV zijn veel cliënten moeilijk te motiveren tot een opname. Als dit dan lukt en er is niet meteen een plaats beschikbaar dan haken cliënten ook snel af. Hieronder een voorbeeld van een situatie waarbij een opname vrij

snel te realiseren was en er kon worden ingestroomd, maar waarbij deze door de cliënt niet werd aangegrepen:

‘Omdat de wachtlijsten ineens veel korter waren van de afkickkliniek, hebben ze haar geprobeerd te motiveren om zich op te laten nemen. Dit wilde ze wel. Toen het bericht dat er plaats was echter niet lang op zich liet wachten, vond ze het te snel. Ze ging dan liever nu niet, maar de volgende keer zou ze wel gaan. Inmiddels is ze weer aan de beurt. Nu gebruikt ze het argument: ‘ja, maar het gaat nu goed zo.’ Een andere medewerker van de Mondriaan Zorggroep zegt: ‘maar dan gaan we je nu wel van de lijst afhaken’. Dat vindt ze prima, want ze wil niet worden opgenomen. De volgende keer wil ze echter misschien wel en is er geen plaats.’

(veldwerkfragment 4 april 2007)

De ervaring van hulpverleners is dat de motivatie van cliënten om iets aan hun problematiek te veranderen sowieso heel sterk moet zijn. Dit is cruciaal, omdat ze anders al na een paar dagen de kliniek weer verlaten. Opname in een kliniek gebeurt in de meeste gevallen namelijk op vrijwillige basis.

In het algemeen vertoont de doelgroep zorgmijdend gedrag, aldus verschillende hulpverleners. Dit heeft een negatieve invloed op hun gezondheid. Meer specifiek komt onverzekerd zijn veel voor, met name bij degenen zonder uitkering. Bij plaatsing bij de Stichting MOV ondervinden medewerkers dat cliënten niet voldoende of onverzekerd zijn voor ziektekosten. Een medewerkster geeft aan dat vooral veel (oudere) verslaafden een slechte lichamelijke gezondheid hebben. Zonder ziektekostenverzekering verslechtert hun conditie alleen maar. Voor de mensen met een uitkering houdt Bureau Inkomensbeheer geld in voor de betaling van een ziektekostenverzekering. De aansluiting met de hulpverlening als mensen uit detentie komen is niet optimaal. De verzorging in detentie is over het algemeen prima geregeld. Bij verlaten zijn ex-gedeteneerden echter onverzekerd doordat hun uitkering tijdens detentie is stopgezet. Er zou moeten worden geïnvesteerd in een verbetering van deze aansluiting van de gezondheidszorg (en uitkeringsinstanties) bij verlating van detentie om verdere gezondheidsproblemen, met name psychiatrisch van aard, te voorkomen.

Knelpunten

- Veel mensen met een dubbele of drievoudige problematiek blijven weg bij de hulpverleningsinstanties. Ze zijn vaak onverzekerd of onvoldoende verzekerd en hebben geen ziektekostenverzekering en/of WA-verzekering, die tot de voorwaarden behoren voor huisvesting via MOV. Als iemand hieraan niet voldoet komt diegene slechts in aanmerking voor onderdak via de nachtopvang.

- Door onvoldoende verzekerd te zijn voor ziektekosten verslechtert de lichamelijke problematiek van met name oudere verslaafden. In de Westelijke Mijnstreek hebben deze mensen ook geen toegang tot sociaal medische zorg zoals in een aantal andere gemeenten wel het geval is. Een huisartsenpraktijk in de maatschappelijke opvang zou een oplossing kunnen zijn voor zowel mensen waarbij de inkomsten en dus ook verzekering een probleem vormen alsmede een laagdrempelige toegang tot de hulpverlening.
- Tijdens het verblijf in detentie is de uitkering en daarmee ook de ziektekostenverzekering stopgezet en het duurt vaak enige tijd voor deze regelingen weer in gang zijn gezet. De aansluiting met de hulpverlening als mensen detentie verlaten is onvoldoende aanwezig. Dit heeft als gevolg dat bijvoorbeeld personen met een psychiatrische stoornis ineens zonder medicatie zitten met alle gevolgen van dien.
- Plaatsing in een afkickkliniek of behandelcentrum voor gedragsproblemen of psychiatrische stoornissen levert vaak problemen op, omdat het aantal beschikbare plaatsen beperkt is, de doorstroom klein en de wachtlijsten lang. Bovendien zijn er weinig behandelplaatsen ingeruimd voor mensen met een dubbele of triple diagnose.
- Omdat opname in een kliniek op vrijwilligheid berust is is de motivatie van de cliënt cruciaal voor het slagen van de behandeling.

4.6 Politie en justitie

De meeste personen die te maken hebben met een dubbele of drievoudige problematiek zijn in het verleden met justitie in aanraking geweest. Vaak duurt dit ook nog in het heden voort. Per week krijgt de politie in Limburg Zuid ongeveer tien meldingen binnen, wat neerkomt op circa 500 meldingen per jaar. Aandachtspunt hierbij is dat dit aantal niet over unieke personen gaat. De kans is groot dat een klein aantal personen gekoppeld kan worden aan meerdere meldingen. Niettemin telt District Sittard op dit moment 53 meerderjarige veelplegers. Het gaat hierbij om de zogenaamde 'zeer actieve veelplegers' en de 'toegevoegde veelplegers'. Daarnaast zijn er momenteel 35 minderjarige veelplegers in dit gebied.

Een voorbeeld van wetsovertredingen die worden begaan door mensen met een dubbele diagnose of triple trouble is het zogenaamde 'katvangen', auto's van anderen op de eigen naam laten registreren en jezelf hiervoor laten betalen. Dit wordt gezien als een snelle en makkelijke manier van geld verdienen die relatief ongevaarlijk is. Het bedrag dat hiervoor wordt ontvangen is echter laag en de ontvanger overziet meestal niet dat zo'n registratie enorme problemen tot gevolg kan hebben. Nog tot jaren later zal deze rekeningen en boetes ontvangen in verband met wegenbelasting en snelheidsovertredingen die de eigenaren van de auto's gemaakt hebben. Schulden lopen op deze manier erg snel op. In de praktijk blijkt het zeer lastig om zo'n registratie ongedaan gemaakt te krijgen. Andere delicten die door de doelgroep worden gepleegd zijn drugsgerelateerd, bijvoorbeeld de handel in soft- of harddrugs of het stelen en doorverkopen van spullen.

Mensen die een zwervend bestaan leiden of hebben geleid en geen vast woonadres hebben, lopen nog een groter risico om met politie te maken te krijgen. Omdat er in de Westelijke Mijnstreek relatief weinig mogelijkheden zijn tot dagbesteding, bevinden deze mensen zich noodgedwongen vaak op straat waarvoor zij soms uitwijken naar andere steden zoals Maastricht. Bovendien is er in de Westelijke Mijnstreek geen gebruikersruimte waar verslaafden die een dakloos bestaan leiden op een veilige plaats ongestoord hun middelen kunnen gebruiken. Hoewel de onderzoekers geen drugsgebruik in het openbaar hebben aangetroffen was dit wel het geval met het drinken van alcohol. Als de politie dit wetsovertredende gedrag constateert, schrijven zij hiervoor een boete in het kader van de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) uit.

Overtreders zijn het hier (uiteraard) niet mee eens: 'je kunt wel overal een blik bier kopen voor 50 cent, maar je kan 't nergens drinken. Je krijgt zo een boete van €60 of 80' Een andere gebruiker: 'het leven is niet zomaar een feest. Je moet het feestje zelf bouwen! (...) Je hebt hier wel snel last van flikken (politie). Voor je het weet heb je een bon te pakken. In de zomer zitten we ook wel in het park. Daar is het weer nu nog te slecht voor.'

De coördinator van Bie Zefke probeert middelengebruik rond het inloophuis zoveel mogelijk te voorkomen: 'de binnenplaats lijkt soms wel een openbaar café. Dit is echter niet de bedoeling. Soms gebeurt dit ook aan de voorkant van het pand.' Ook daar worden bezoekers door de medewerkers op aangesproken, omdat het voor de politie een aanleiding kan zijn om vaker binnen te komen kijken. Dit geeft een ongemakkelijk en onveilig gevoel bij de bezoekers van het inloophuis. De vrijwilligers gebruiken dit argument ook naar de 'overtreder' toe.

Middelengebruik en/of psychiatrische stoornissen werken soms ook fysiek geweld en verward gedrag in de hand en op deze manier wordt er (opnieuw) voor overlast in het openbaar gezorgd. Bovendien maken mensen uit de doelgroep gebruik van het openbaar vervoer bijvoorbeeld om verschillende instanties te kunnen bezoeken of om simpelweg warm te blijven. Wegens beperkte financiën resulteert dit vaak in zwart rijden, dat eveneens beboet wordt.

Het niet kunnen betalen van alle opgelopen boetes zorgt vervolgens voor problemen. ‘Stapelen van boetes’ is bij deze doelgroep een bekend fenomeen. Het geldbedrag van alle ontvangen boetes wordt opgeteld en zodra dit gelijk is aan dertig dagen gevangenisstraf wordt de overtreder gegijzeld. Het kan door deze werkwijze voorkomen dat iemand nu in detentie zit voor overtredingen die in de afgelopen maanden of zelfs jaren zijn opgelopen.

Ook zijn er cliënten die (voorheen) in het criminele circuit verkeerden en langere tijd voor ernstige geweldsdelicten of drugshandel in detentie hebben gezeten. Ex-gedetineerden worden vaak nog keer op keer geconfronteerd en afgerekend op hun verleden, ook al is van (zware) delictpleging in het heden geen sprake meer. Dit zorgt voor frustraties. Een ex-gedetineerde, die een jaar of drie geleden een ernstig delict heeft gepleegd, zegt hierover zelf: ‘ik wil het hier niet meer over hebben, het doet er niet meer toe en ik wil hier niet op beoordeeld en veroordeeld worden. Ik heb daarvoor gezeten en daarmee is het af.’

Sommige overtreeders zien verblijf in detentie soms als een voordeel, omdat ze dan ‘tenminste even een dak boven het hoofd hebben’ of ‘een mogelijkheid om een tijdje niet te gebruiken, geen alcohol, geen drugs, en het lichaam weer bij te laten komen’. In andere gevallen zorgt opname in detentie voor grote problemen. Als iemand bijvoorbeeld (net) een woning heeft, maar strafbare feiten heeft gepleegd en hiervoor in detentie komt, kan het zijn dat die persoon vervolgens zijn of haar huis kwijtraakt doordat de uitkering is stopgezet en dus de huur niet betaald is. De hele cirkel (uitkering aanvragen, voorschotten, huisvesting zoeken) moet dan weer doorlopen worden. Medewerkers van onder meer ZO Wonen en de MOV zien dit als een terugkerend probleem dat een structurele oplossing behoeft.

Medewerkers van verschillende instanties, die te maken hebben met personen met een dubbele danwel drievoudige problematiek, zien knelpunten vooral in de samenwerking tussen de diverse organisaties. Vaak is alles goed geregeld qua medicatie en andere zorg als een cliënt in detentie zit, maar valt diegene in een gat als hij uit de gevangenis komt. De coördinator van Bie Zefke vertelt: ‘mensen komen hier dan binnen met nog wat pilletjes en zeggen “dit is alles wat ik nog over heb, als het op is dan is het op”.’ De aansluiting met de hulpverlening als mensen uit detentie komen zou moeten worden verbeterd. Wellicht kan het Veiligheidshuis in de toekomst hierin een rol spelen.

Ter voorkoming van bijvoorbeeld het stopzetten van uitkeringen zou de consequente koppeling van de databestanden van verschillende organisaties, zoals van de Gemeentelijke Basis Administratie, van de Sociale dienst en van de UWV, een oplossing kunnen bieden. Nu gebeurt dat slechts bij enkele procedures en niet consequent. UWV krijgt bijvoorbeeld wel een melding als een cliënt in detentie gaat, maar niet wanneer deze weer vrijkomt, terwijl GBA beide meldingen wel krijgt.

Knelpunten

- Problemen zitten vooral in de samenwerking tussen de verschillende instanties. Hierdoor wordt bijvoorbeeld een uitkering stopgezet wat weer tot gevolg heeft dat de ziektekostenverzekering niet wordt betaald en een gedetineerde bij het verlaten van de gevangenis onverzekerd is. Het komt ook voor dat er huurachterstand wordt opgelopen en iemand uiteindelijk zijn woning kwijtraakt tijdens verblijf in detentie. Een consequente koppeling van de databestanden van verschillende organisaties zou hiervoor deels een oplossing kunnen bieden.

5 Samenvatting en conclusies

Bij de start van deze quick scan zijn zes onderzoeksvragen geformuleerd die dit kwalitatieve onderzoek moet beantwoorden. Voordat wij ingaan op deze vragen, schetsen wij eerst het kader van dit onderzoek. Van belang is om op te merken dat er in dit hoofdstuk geen expliciete aanbevelingen worden gedaan. Het gaat bij de quick scan om een situatieschets, waarbij het aan de gemeente en de instellingen zelf is om conclusies te trekken.

5.1 Onderzoekskader

De regiegroep OGGZ in de Westelijke Mijnstreek heeft onderzoeksbureau IVO opdracht gegeven een quick scan uit te voeren gericht op twee doelgroepen: personen/cliënten met een dubbele diagnose en cliënten met een drievoudige problematiek (triple trouble). De regiegroep geeft aan dat op dit moment de zorgketen voor deze cliënten niet sluitend is en dat zij wil komen tot een passend zorgaanbod. Het is de bedoeling dat de resultaten van deze quick scan handvatten bieden voor de regiegroep OGGZ in de Westelijke Mijnstreek om te komen tot een sluitend zorgaanbod voor deze groepen cliënten.

Het onderzoek geeft enerzijds een beeld van de aard en omvang, de problemen en ontwikkelingen op verschillende leefgebieden en de zorgbehoeften van de twee doelgroepen. Anderzijds verschaft het onderzoek inzicht in het zorgaanbod in de Westelijke Mijnstreek en knelpunten in de zorgverlening aan de doelgroepen.

5.2 Omvang

1,8 % van de Nederlandse bevolking heeft een ernstige psychiatrische stoornis. 26,3% van deze mensen heeft eveneens een drugs- en/of alcoholverslaving^{xiii}. De Westelijke Mijnstreek telde per 1 januari 2007 152.741 inwoners^{xiv}. Bij een toepassing van de landelijke percentages op de groep inwoners in de Westelijke Mijnstreek in de leeftijd 15 tot 65 jaar zou dit een indicatie kunnen zijn voor zo'n 1800 inwoners met een ernstige psychiatrische stoornis waarvan er ongeveer 470 mensen ook een middelensverslaving hebben.

Met behulp van registratiegegevens van verschillende instellingen die hulp bieden of zorg verlenen aan de doelgroepen kan onderzocht worden wat de werkelijke omvang is van de onderzoekspopulatie. In overleg met de opdrachtgever is een aantal instellingen gekozen, die deze schriftelijk om hun medewerking gevraagd. Alle instellingen hebben hiertoe hun medewerking toegezegd.

In de praktijk bleek echter dat de meeste instellingen en organisaties in de Westelijke Mijnstreek zulke registratiegegevens niet aan konden leveren. Een aantal organisaties voert geen registratie of differentieert deze niet (volledig) naar dubbele diagnose en triple trouble. Bij sommige instanties die hun registratie wel op deze manier bijhouden gebeurt dit niet altijd even nauwgezet. Redenen hiervoor zijn het ontbreken van een diagnostisering door professionals en de vrijheid van de medewerkers bij de interpretatie van de cliëntgegevens. Ook onduidelijkheid over de invulling van de definities 'dubbele diagnose' en 'triple trouble' speelt hierbij een rol. Zowel overschatting als onderschatting kunnen het gevolg zijn.

De algemene schattingen die zijn gedaan tijdens de bijeenkomst van de focusgroep wijken af van de officiële registratie. Als we het aantal cliënten in de beschikbare registraties optellen komen we op bijna 370 personen. Hierbij moet echter worden benadrukt dat sleutelpersonen aangeven dat er een overlap bestaat tussen de cliëntenregistraties van de verschillende organisaties. De schattingen waren hoger waaruit blijkt dat de sleutelpersonen denken dat er meer mensen zijn met een dubbele of drievoudige problematiek dan er bij hen bekend zijn. In elk geval kan geconcludeerd worden dat het volledige beeld ontbreekt en omvang van de doelgroep en overlap tussen de diverse organisaties onduidelijk blijft. Het cliëntvolgsysteem kan hierin mogelijk in een later stadium meer inzicht verschaffen. Voorwaarden hierbij zijn dat alle betrokken instanties hieraan meewerken en een eenduidige registratie voeren.

5.3 Kenmerken

De tweede onderzoeksvraag betreft de sociaaldemografische samenstelling van de onderzochte groepen. Het gaat hierbij om geslacht, leeftijd, nationaliteit/culturele herkomst, burgerlijke staat, opleiding, bronnen van inkomsten, woonsituatie, en verslavingsproblematiek bij ouders, broers en zussen. De sociaaldemografische kenmerken van de onderzoeksgroepen is voor een deel af te leiden uit de registratiegegevens van de instellingen. Ook sleutelinformanten noemen kenmerken van hun cliënten.

Het merendeel, gemiddeld tweederde van de geregistreerde cliënten bij de instellingen, is van het mannelijk geslacht. De meeste cliënten met een dubbele of drievoudige diagnose hebben een leeftijd tussen 35-50 jaar. Hulpverleners signaleren dat er steeds meer en jongere jongeren zich melden bij de hulpverlening. Het grootste deel van de cliënten is autochtoon en is gescheiden of ongehuwd.

Veel van de personen met een meervoudige problematiek hebben volgens medewerkers van diverse organisaties een beperkte opleiding genoten. Middelbaar onderwijs bestond voornamelijk uit lager beroepsonderwijs. Huidige bronnen van inkomsten bestaan vooral uit WWB of WAO uitkeringen. Een aantal cliënten heeft een WSW indicatie. Schulden komen regelmatig voor bij deze doelgroep.

Financiële problemen en middelengebruik kunnen van invloed zijn op de woonsituatie. Veel mensen wonen in een woonvoorziening van bijvoorbeeld de MOV of huren woonruimte via een particulier. Er is vaak sprake van woningvervuiling, verwaarlozing en overlast en bijkomstige dreigende uithuiszetting.

Met betrekking tot eventuele verslavingsproblematiek bij ouders, broers of zussen van hun cliënten is bij de meeste organisaties niets bekend. Bij veel cliënten is de relatie met familie verbroken of niet erg intensief.

5.4 Problematiek, zorgbehoefte en knelpunten

De derde onderzoeksvraag betreft de problematiek van de onderzoeksgroepen. Hierbij is gekeken naar problemen op het gebied van de verschillende leefgebieden: huisvesting en opvang, inkomen en schulden, dagbesteding en werk, alcohol- en drugsgebruik, gezondheid en politie en justitie. De aard van de zorgbehoefte die bestaat op deze terreinen wordt beantwoord in

navolging van de vierde onderzoeksvraag. De vijfde onderzoeksvraag betreft de knelpunten van de zorgverlening.

Bij alle personen uit de doelgroep is sprake van meervoudige problematiek, een dubbele of een drievoudige. Deze meervoudige problematiek uit zich meestal op alle leefgebieden en is onderling gerelateerd. Hierdoor is het lastig om het belangrijkste ofwel primaire probleem aan te geven. Cliënten passen vaak moeilijk binnen de bestaande hulpverleningsprogramma's. Bij een psychiatrische behandeling is middelengebruik in veel gevallen een contra-indicatie en omgekeerd. Het aantal beschikbare plaatsen is tevens beperkt, de doorstroom klein en de wachtlijsten lang. Bovendien zijn gebruikers zelf niet altijd gemotiveerd om zich te laten behandelen en blijven weg bij de hulpverleningsinstanties. Ze zijn vaak onverzekerd of onvoldoende verzekerd. De gezondheidsproblemen nemen door uitstel van behandeling toe, met name bij oudere verslaafden.

Veel cliënten willen liever eerst geholpen worden bij het zoeken naar huisvesting. Ook hier lopen hulpverleners echter aan tegen het tekort aan woonruimte in zowel woonvoorzieningen als bij de sociale huisvesting. De vrijblijvendheid van deelname aan hulpverlening vormt een groot knelpunt. Dit komt bij huisvesting bijvoorbeeld tot uiting bij de woonbegeleiding. Hierdoor zijn aanbieders van huisvesting nog voorzichter bij de toelating van mensen uit de doelgroep wat opnieuw voor een slechte doorstroom zorgt. De meeste cliënten wonen in een woonvoorziening of maken gebruik van zelfstandige woonruimte via de particuliere verhuur. Vooral voor jongeren is er een beperkt aanbod en dus lange wachtlijsten.

De financiële positie en de schuldhulpverlening behoeft aandacht. Voor de aanvraag van een uitkering en inschrijving voor woonruimte via de sociale huisvesting heeft men een identiteitsbewijs nodig. Regelmatig beschikt men niet over een ID en is er geen geld om er één aan te vragen doordat men geen uitkering heeft. Cliënten blijven zo in een cirkel rondlopen en het duurt vaak lang voordat ze worden geholpen. Veel hulpverleners en personen uit de doelgroep wijten dit aan de starheid waarmee de Sociale Dienst met de regels omgaat. Hier wordt volgens de gemeente hard aan gewerkt en er is al veel veranderd op dit vlak. Het zou volgens betrokkenen ook een goed idee zijn als Sociale Zaken zou aanschuiven bij de OGGZ-overleggen. Bij veel personen uit de doelgroep alsmede bij hun hulpverleners lijkt niet altijd goed bekend waar men terecht kan voor het beheren van hun inkomen en het aflossen van hun schulden.

Er is te weinig dagbesteding met passende activiteiten voor personen met een meervoudige problematiek. Dit geldt zowel voor overdag als voor de avonden. De beperktheid van de financiën wordt hierbij als knelpunt genoemd. Gemeentelijke subsidies zouden bedrijven kunnen motiveren om de doelgroep toe te laten. Binnen het beperkte aanbod van dagbesteding zijn lange wachtlijsten ontstaan. Zo duurt het soms heel lang voordat cliënten kunnen deelnemen aan activiteiten. Een ander probleem hierbij is het beleid dat wordt gevoerd rond middelengebruik. Cliënten met een actieve verslaving kunnen niet overal terecht. Een reguliere baan in loondienst is vaak te hoog gegrepen.

Vanuit detentie wordt in het algemeen weinig geregeld op het gebied van huisvesting, een uitkering of methadonverstrekking. Hulpverlening voor ex-gedetineerden op deze gebieden laat te wensen over. Dit is een voorbeeld van een tekort aan samenwerking en een slechte aansluiting

van hulpverleningsinstanties op elkaar. Er worden in het veld geluiden gehoord over inefficiënt werken en onnodige ketenoverleggen. Veel samenwerkingsverbanden lijken ook eerder gedragen door individuen dan daadwerkelijk ingebed in de hele organisatie. Wellicht zullen het cliëntvolgsysteem, het Veiligheidshuis en de plannen vanuit de gemeente voor de realisatie van een platform voor ketenzorg voor onder andere de OGGZ en het Veiligheidshuis op bestuurlijk, beleidsmatig en operationeel niveau, bijdragen aan een verbetering van de samenwerking tussen organisaties gericht op zorg voor mensen met een dubbele diagnose of triple trouble.

5.5 Overzicht zorgaanbod

Voor de beantwoording van de vijfde onderzoeksvraag is de sociale kaart van de Westelijke Mijnstreek geactualiseerd. De opdrachtgever heeft een brief gestuurd naar de instellingen waarin ze hen uitnodigde de huidige gegevens te controleren en te actualiseren. Een aantal hulpverleners en andere professionals heeft van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. De feitelijke gegevens zijn dus aangeleverd door de instellingen. De sociale kaart is met behulp van deze wijzigingen aangepast. De sociale kaart is te vinden op website <http://OGGZ-zl.socard.nl>.

Noten

ⁱ De oorspronkelijke definities van de doelgroepen van de quick scan, zoals deze waren opgenomen in het onderzoeksvoorstel, waren gebaseerd op de definitieomschrijvingen van de doelgroepen die behoren tot de OGGZ en zijn als volgt:

Dubbele diagnose cliënten:

- cliënten met een psychiatrische stoornis in combinatie met cannabisgebruik;
- cliënten met gedragsproblemen waar tevens sprake is van cocaïnegebruik;
- cliënten bij wie sprake is van ernstige psychiatrische problematiek en een ernstige alcohol- of drugsverslaving.

Triple trouble cliënten:

- cliënten bij wie sprake is van een dubbele diagnose, zoals hiervoor beschreven, en die daarnaast verstandelijk of lichamelijk gehandicapt zijn;
- cliënten bij wie sprake is van een dubbele diagnose, zoals hiervoor beschreven, en van justitiële antecedenten.

Somatische problematiek wordt niet als aparte problematiek benoemd omdat er in de meeste gevallen, door de verslavingsproblematiek, sprake is van somatische problemen.

ⁱⁱ Stoele MTM, C Rademaker, AM Coumans, RA Knibbe (2004). Quick Scan. Behoeften van daklozen en druggebruikers en aansluiting van voorzieningen in Heerlen. Rotterdam, IVO.

ⁱⁱⁱ Boyle PE, H Kroon (2006). Intergrated Dual Disorder Treatment. Comparing Facilitators and Challenges of Implementation for Ohio and the Netherlands. International Journal of Mental Health, 35, 74-92.

^{iv} Rezai S, B van 't Klooster, A van Dongen, A van der Poel (2006). REGIO Monitor Eindhoven 2006. St Oedenrode, Novadic-Kentron en Rotterdam, IVO.

Coumans AM, G Rodenburg, RA Knibbe (2005). Quick Scan naar gemarginaliseerde harddruggebruikers en dak- en thuislozen in de gemeente Maastricht. IVO Rotterdam, Rotterdam

Stoele M, B van 't Klooster, A van der Poel (2005). Quick Scan verslavingsproblematiek regio Den Bosch 2005: aard en omvang verslavingsproblematiek en knelpunten in de zorgverlening in de regio Den Bosch. St Oedenrode, Novadic-Kentron en Rotterdam, IVO.

Dam, S van der, M Coumans, R Knibbe (2006). Frequent harddruggebruik onder jong volwassenen in Parkstad Limburg. Drug Monitoring Systeem Parkstad Limburg 2004-2006. Rotterdam, IVO.

^v Op basis van de informatie via www.ggdzi.nl.

^{vi} Idem

^{vii} Idem

^{viii} Gemeente Sittard-Geleen (2005). Tijd voor keuzes. Programmabegroting 2006 | 2009.

^{ix} Rezai S, B van 't Klooster, A van Dongen, A van der Poel (2006). REGIO Monitor Eindhoven 2006. St Oedenrode, Novadic-Kentron en Rotterdam, IVO.

^x Cijfers via CBS Statline (2005)

^{xi} Cijfers via Werk en Inkomen (2007)

^{xii} Cijfers via Werk en Inkomen (2006)

^{xiii} Boyle PE, H Kroon (2006). Intergrated Dual Disorder Treatment. Comparing Facilitators and Challenges of Implementation for Ohio and the Netherlands. International Journal of Mental Health, 35, 74-92.

^{xiv} Cijfers via CBS Statline (2007)



IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
www.ivo.nl