

# **Doorstromen in de Maatschappelijke Opvang**

**Praktijk en visie van Rotterdamse zorgaanbieders**

**Cas Barendregt**

**Barbara van Straaten**

**Carola Schrijvers**



## Colofon

### Doorstromen in de Maatschappelijke Opvang; praktijk en visie van Rotterdamse zorgaanbieders

Auteurs:

Drs. Cas Barendregt (IVO)

Drs. Barbara van Straaten (IVO)

Dr. ir. Carola Schrijvers (IVO)

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGD Rotterdam-Rijnmond.

Rotterdam, September 2010



IVO Addiction Research Institute

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

F +31 10 276 39 88

E [secretariaat@ivo.nl](mailto:secretariaat@ivo.nl)

W [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek naar doorstroom in de Maatschappelijke Opvang in Rotterdam. Het is een bijzonder onderzoek. We hebben namelijk de gelegenheid gekregen een dertigtal trajecten gedurende langere tijd te volgen. In het voorjaar van 2008 spraken we voor het eerst met de cliënten (in het kader van een eerder onderzoek) en eind 2009 nog een keer. Het onderzoek heeft hiermee een longitudinaal karakter gekregen. Door naast de cliënten zelf ook mentoren en behandelaren hun mening te vragen over de trajecten, kregen we een goed beeld van het hoe en waarom van de doorstroom van deze trajecten op de woonladder.

We zijn de cliënten dankbaar dat we ze na zoveel tijd opnieuw mochten spreken. In een aantal gevallen was het ronduit hartverwarmend om te zien hoe goed het met ze gaat. In andere gevallen was het niet de vooruitgang per se, maar de vriendelijkheid en openhartigheid die bij ons dankbaarheid opriep. Ook hulpverleners speelden naar onze mening open kaart. Ze tonen zich betrokken bij 'hun' cliënten, de een wat meer persoonlijk, de ander wat meer vakmatig, maar altijd met compassie en op zoek naar mogelijke verbetering.

Er is onder hulpverleners brede waardering voor de uitbreiding van het voorzieningenaanbod in de afgelopen jaren. Het is gemakkelijker geworden cliënten op het juiste niveau zorg te bieden. Ondanks de 'vermarkting' van het zorgstelsel werken zorginstellingen onderling nauw samen. In dit onderzoek verbinden wij de perspectieven van cliënten en zorgverleners en van zorginstellingen onderling. Wij hopen (en verwachten) dat het de door anderen geslagen bruggen versterkt.

De onderzoekers



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2. Methode</b>	<b>13</b>
2.1 Trajectonderzoek	13
2.2 Interviews met sleutelinformanten	13
2.3 Focusgroep	14
<b>3. Definities en begrippen</b>	<b>15</b>
3.1 Rotterdamse woonladder	15
3.2 Doorstroom of uitstroom?	16
3.3 Zelfredzaamheid	16
<b>4. Doorstroom bewegingen van 31 trajecten</b>	<b>19</b>
4.1 Welke transities in woonsituatie hebben zich voorgedaan en binnen welke termijn?	21
4.1.1 Negatieve, neutrale of positieve doorstroom	21
4.1.2 Aantal, snelheid en aard van doorstroombewegingen	23
4.2 Wat zijn redenen voor instabiliteit of stagnatie van deze trajecten en wat is de rol van de hulpverlener daarin?	24
4.2.1 Middelengebruik	24
4.2.2 Lichamelijk functioneren	25
4.2.3 Psychisch functioneren	26
4.2.4 Zelfredzaamheid	26
4.3 Wat typeert de 'stijgende lijn' trajecten?	28
4.4 Hoe kijken de cliënten zelf aan tegen doorstroom en hoe gaan hulpverleners daar mee om?	29
4.4.1 'Onrealistische' plannen	30
4.4.2 Vooruit, maar rustig aan	30
4.4.3 Niet verder durven doorstromen	31
4.5 Uit beeld	32
<b>5. Visie, beleid en belemmeringen</b>	<b>33</b>
5.1 Hoe kijken zorgmanagers aan tegen positieve doorstroom op de woonladder?	33

5.1.1	Kleine stapjes	33
5.1.2	Focus op stabiliseren	34
5.1.3	Groeimodel	35
5.1.4	Doorstromen op andere levensgebieden	36
5.2	Wat doen zorginstellingen om doorstroom te bevorderen en uitval te beperken?	37
5.2.1	Het creëren van een eigen zorgcircuit	37
5.2.1a	Zorg in fasen	38
5.2.1b	Buffervoorzieningen	38
5.2.2	Selecteren, opleiden en coachen van personeel	39
5.2.3	Samenwerken	40
5.2.4	Contactfrequentie en – locatie aanpassen (bemoeizorg)	41
5.3	Welke factoren belemmeren positieve doorstroom en preventie van terugval?	42
5.3.1	Knelpunten in het voorzieningenaanbod	42
5.3.2	Knelpunten betreffende de sturing vanuit de gemeente	43
5.3.3	Gebrekkige sociale inbedding van voorzieningen	45
<b>6.</b>	<b>Conclusie en Discussie</b>	<b>47</b>
6.1	Conclusies: antwoord op de onderzoeksvragen	47
6.2	Discussie	50
6.2.1	Methodologische beperkingen	50
6.2.2	Aanbevelingen	51
6.3	Tot slot	53
	<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>55</b>
	<b>Bijlage Omschrijving doelgroepen woonladder</b>	<b>57</b>

## Samenvatting

Sinds het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang (PvA MO) in 2006 van start ging, hebben veel Rotterdamse daklozen een zorgtraject gekregen dat er op gericht is ze op een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid te brengen. Om dit streven optimaal mogelijk te maken zijn woonvoorzieningen geopend en worden zorginstellingen gestimuleerd cliënten te laten doorstromen op de woonladder. Dit onderzoek gaat na wat hulpverleners en zorginstellingen doen om die doorstroom te bevorderen en wat ze doen om te voorkomen dat cliënten terugvallen.

Om antwoorden op deze vraag te vinden zijn 31 trajecten bestudeerd die in het voorjaar van 2008 van start gingen. Het zijn dezelfde trajecten die al eerder onder de loep waren genomen voor een studie naar trajectregie. De betreffende cliënten zijn opnieuw benaderd en geïnterviewd. Daarnaast zijn ook de mentoren en behandelaars geïnterviewd over het verloop van het traject, mogelijke obstakels voor doorstroom en eventuele interventies die zijn gedaan om terugval te voorkomen. Vervolgens zijn zorgmanagers geïnterviewd over hun visie op doorstroom en de manier waarop zij die trachten te realiseren.

Vijf van de 31 trajecten zijn afgesloten omdat de cliënt geen gebruik maakte van de hulpverlening, verhuisd was naar een andere stad of belandde in een spiraal van criminaliteit en detentie. Verreweg de meeste daklozen die begin 2008 in een traject stapten, zijn gestegen op de woonladder. Dat is goed nieuws, maar er is ook sprake van een bodemeffect; laag op de woonladder kun je niet lager. Overigens is er ook een aantal cliënten niet doorgestroomd; zij zijn nog steeds of opnieuw dakloos.

Hulpverleners hebben een pragmatische attitude als het gaat om het bevorderen van doorstroom. Zij passen hun interventies aan de behoeften en mogelijkheden van hun cliënt aan. Streven naar zelfredzaamheid is daarbij een vanzelfsprekend uitgangspunt, maar in het dagelijkse contact staat de situatie op dat moment voorop.

Belangrijke belemmeringen om door te stromen zijn intensief middelengebruik, psychische en/of cognitieve beperkingen en lichamelijke beperkingen van de cliënt. Wanneer de zelfredzaamheid op ADL en HDL niveau geen probleem is, blijkt in de meeste gevallen financiële en administratieve zelfredzaamheid wel een probleem. Gedeeltelijk wordt hierin voorzien door verplicht budgetbeheer, maar hulpverleners lijken hun cliënten hierbij langdurig te moeten ondersteunen. Cliënten die een succesvolle carrière doorlopen op de woonladder worden getypeerd door een minder langdurige geschiedenis van dakloosheid, minder psychische problemen, gecontroleerd of geen middelengebruik en ten minste redelijke verstandelijke vermogens. Maar ook hier zien we dat de financiële en administratieve zelfredzaamheid nog beperkt is.

Onder de cliënten zelf zien we een aantal keer onrealistische doorstroomplannen. Meestal worden die niet door hulpverleners gehonoreerd. In een enkel geval, wanneer een cliënt gemotiveerd en volhardend is, krijgt deze het voordeel van de twijfel. Er zijn cliënten die wel vooruit willen maar dat het liefst rustig aan doen. Zij passen goed in het hulpverlenersideaal van het langzaam maar zeker vooruitgang boeken. Ten slotte is er een groep cliënten die wat henzelf betreft het hoogst haalbare hebben bereikt. Zij vrezen terugval in middelengebruik en dakloosheid wanneer zij worden losgelaten en op een zelfstandiger niveau verder moeten.

Op het niveau van de zorgmanagers heerst enerzijds de overtuiging in groei en verbetermogelijkheden van cliënten, maar anderzijds wordt er ook gewezen op beperkingen van cliënten. 'Zachtjes aan dan breekt het lijntje niet' is een breed onderschreven adagium. De attitude is dat het hoogst haalbare geen eindstation is, het is een voorlopig eindstation van het hoogst haalbare op dat moment. Perioden van stabilisatie zijn noodzakelijk om met vertrouwen vervolgstappen te kunnen maken. Doorstroom op de woonladder moet niet de focus zijn van hulpverlening. Wanneer cliënten op andere leefgebieden verbeteren, ontstaat als vanzelf de behoefte aan meer zelfstandigheid. Passende dagbesteding kan hierin een belangrijke rol vervullen.

Een aantal zorginstellingen heeft hun zorgcircuit zo ingericht dat cliënten binnen de eigen instelling positief kunnen doorstromen. In de GGZ wordt doorgestroomd op zorginhoudelijke gronden, in de MO spelen door de financier opgelegde maximum termijnen een belangrijke rol. Buffervoorzieningen, bijvoorbeeld een crisisopvang, spelen een belangrijke rol bij het voorkomen van uitval uit zorg. Cliënten kunnen daar tijdelijk ondergebracht worden zonder hun bed of kamer te verliezen. Alle zorginstellingen selecteren, coachen en leiden hun personeel op om optimaal zorg te kunnen verlenen. Een aantal instellingen heeft, mede onder invloed van PvA MO, ingezet op het verhogen van het opleidingsniveau van het personeel.

Wanneer het niet goed gaat met een cliënt voeren zorginstellingen de contactfrequentie op, en passen eventueel de contactlocatie aan. In 24-uurvoorzieningen is dit vanzelfsprekend, terwijl dit bij cliënten die zelfstandig wonen meer inzet vraagt van de zorgteams. Veldwerk- en ACT-teams zijn het best toegerust om flexibel met instabiele trajecten om te gaan.

In de sfeer van de organisatorische randvoorwaarden wordt een aantal knelpunten genoemd. Hoewel de laatste jaren het aantal en de diversiteit van voorzieningen is toegenomen, lijkt er nog een gat te bestaan tussen voorzieningen waar 24-uurs begeleiding wordt geboden en zelfstandig begeleid wonen. Die stap is voor veel cliënten namelijk te groot.

(z)Onderdakwoningen worden meestal bewoond door twee personen. Voor een aantal mensen die positief doorstromen naar een (z)Onderdakwoning, wordt deze vooruitgang op de woonladder beleefd als een feitelijke achteruitgang in het woongenot omdat zij eerst zelfstandig konden beschikken over douche, toilet en keuken. Ook wordt gesignaleerd dat het matchen van twee cliënten voor één woning een precare



zaak is. Niet zelden stagneert een (z)Onderdaktraject omdat de bewoners niet goed met elkaar overweg kunnen. Het aantal eenpersoons (z)Onderdakwoningen is gering.

Zorginstellingen die gebonden zijn aan met de gemeente afgesproken doorstroomtermijnen, ontbreekt het aan mogelijkheden om middels druk een cliënt tot medewerking te bewegen bij het opstellen en uitvoeren van een trajectplan.

Ook vormt de (gebrekkige) sociale inbedding van woonvoorzieningen in de buurt soms een bedreiging voor de voortgang van trajecten. Soms verplichten woonvoorzieningen zich na onderhandelingen tussen buurt en woonvoorziening om sancties aan cliënten op te leggen wanneer deze problematisch gedrag vertonen. De woonzorg(voorziening) kan hierdoor onder druk komen te staan.

Tot slot worden naar aanleiding van gesignaleerde knelpunten aanbevelingen gegeven. Aanbevelingen die worden besproken gaan onder andere over het onderzoeken van de behoefte en mogelijkheden van uitbreiding van het voorzieningenaanbod, het binden van zorgpersoneel aan voorzieningen ter bevordering van continuïteit van zorgrelaties en het koppelen van ambulante werkers aan kwetsbare personen in de nachtopvang.



## 1. Inleiding

De vier grote steden en het rijk beogen met het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang (PvA MO; Rijk en vier grote steden, 2006) een persoonsgerichte, minder vrijblijvende aanpak van daklozen. De afgelopen jaren zijn met deze aanpak resultaten geboekt. Eén van de doelstellingen in het plan was dat voor 2010 alle 10.000 daklozen in de grote steden zoveel als mogelijk zijn voorzien van een woning, inkomen, zorg en werk. Voor Rotterdam is de doelstelling behaald: 2900 daklozen hebben eind 2009 een individueel trajectplan, en bij 1770 van deze personen is sprake van een stabiele situatie gedurende minstens drie maanden op de leefdomeinen huisvesting, inkomen en zorg ('stabiele mix') (GGD Rotterdam-Rijnmond, persbericht 01-02-2010).

Doel van de persoonsgerichte aanpak is onder meer een betere doorstroom in de maatschappelijke opvang, waardoor opvangvoorzieningen weer kunnen functioneren als voorzieningen voor tijdelijke opvang. In de Rotterdamse notitie Centraal Onthaal, die voor het PvA MO verscheen en mede de basis vormde voor het PvA MO, wordt een aanpak geschetst die erop is gericht elk individu naar het "hoogst haalbare niveau van zelfredzaamheid te brengen" (SoZaWe, 2004). Het PvA MO vult dit streven nader in en spreekt van "passende woonvoorzieningen", "niet vrijblijvende evidence-based zorgtrajecten" en "voor zover mogelijk vormen van werk die haalbaar zijn" (Rijk en vier grote steden, 2006).

Vanuit de nachtopvang is de afgelopen jaren een goede positieve doorstroom<sup>1</sup> op gang gekomen in de Rotterdamse MO (Van Rooij e.a., 2008). Tegelijkertijd komen er bij de GGD Rotterdam-Rijnmond signalen binnen dat de bezettingsgraad van de nachtopvang opnieuw toeneemt, en dat 'zware' voorzieningen beter bezet blijven dan 'lichtere' voorzieningen. Blijft er voldoende positieve doorstroom op de woonladder plaatsvinden? Een van de vragen die kan worden gesteld is of instellingen in voldoende mate blijven bevorderen dat cliënten een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid bereiken. En, in samenhang hiermee, hoe gaan instellingen om met cliënten waarbij een terugval op de woonladder (negatieve doorstroom) dreigt of heeft plaatsgevonden? Deze vragen zijn verwerkt in de onderstaande onderzoeksvragen die centraal staan in dit rapport.

De onderzoeksvragen luiden:

1. Welke doorstroombewegingen hebben in de voorliggende trajecten<sup>2</sup> plaats gevonden sinds de start van het traject (positieve doorstroom, negatieve doorstroom, neutrale doorstroom, uitval)?
  - Wanneer wordt doorgestroomd: binnen welke termijn is dat gebeurd, hoe is het in zijn werk gegaan?
  - Wanneer niet is doorgestroomd: wat is daarvan de reden (bijv. beperkte zelfredzaamheid, onvoldoende voorzieningenaanbod)?
2. Hoe stimuleren dossierhouders positieve doorstroom en voorkomen zij negatieve doorstroom (op de woonladder)?
  - Bij welke gelegenheden en in welke frequentie wordt de mogelijkheid van (verdere) positieve doorstroom van een cliënt aan de orde gesteld?

---

<sup>1</sup> Voor een toelichting op het gebruik van het begrip doorstroom, zie Hoofdstuk 2.

<sup>2</sup> Dit zijn 31 trajecten die betrokken waren bij eerder IVO onderzoek en nu opnieuw zijn bekeken, zie §2.1.

3. Wat zijn zorginhoudelijke en organisatorische randvoorwaarden voor een succesvolle positieve doorstroom en wordt aan deze randvoorwaarden voldaan?
4. Welke praktische invulling geven hulpverleners en zorgprofessionals aan het concept “zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid”?

#### *Leeswijzer*

Deze rapportage vervolgt met hoofdstuk twee waarin de gevolgde werkwijze wordt verantwoord. In hoofdstuk drie introduceren we een aantal begrippen die worden gehanteerd in de resultaathoofdstukken vier en vijf. In het eerste resultaathoofdstuk (vier) worden de gevolgde trajecten besproken. We gaan in op de feitelijke doorstroombewegingen en de achtergronden daarvan. In hoofdstuk vijf ligt het accent op de visie die zorginstellingen op doorstroom hebben en de randvoorwaarden zoals zij die creëren en ervaren. In het slothoofdstuk (zes) brengen we de belangrijkste resultaten bij elkaar, bediscussiëren we de betekenis van de resultaten en geven aanbevelingen.

## 2. Methode

### 2.1 Trajectonderzoek

In dit onderzoek spelen bij de beantwoording van de onderzoeksvragen 31 individuele trajecten<sup>3</sup> een belangrijke rol. De trajecten die centraal staan, zijn geselecteerd in het kader van onderzoek dat is uitgevoerd voorafgaand aan dit huidige onderzoek. Dit vorige onderzoek, '*Evaluatie van Trajectregie, de implementatie van een nieuwe werkwijze in de Maatschappelijke Opvang en GGz*', is in 2009 verricht door IVO (Barendregt & Wits, 2009). De trajecten zijn in 2008 tijdens vergaderingen van de Traject ToewijzingsCommissie (TTC) geselecteerd op complexiteit (eenvoudige 'straight forward' trajecten werden vermeden) en spreiding over de instellingen. De gevolgde trajecten vormen daarom geen representatieve afspiegeling van alle trajectplannen die door de TTC zijn goedgekeurd, en zijn mogelijk complexer dan een doorsnee trajectplan dat door de TTC wordt vastgesteld. We beogen dan ook geen resultaten te verkrijgen die generaliseerbaar zijn naar de hele populatie met een trajectplan, maar proberen via deze 31 trajecten meer inzicht te geven in de aard van hun doorstroombewegingen.

### 2.2 Interviews met sleutelinformanten

#### *Hulpverleners*

Via de GGD hebben de onderzoekers uitdraaien uit e-Vita gekregen met daarin de meest recente informatie over de woonsituatie en huidige betrokken instelling van de 31 geselecteerde cliënten. Per cliënt zijn via de instelling telefonisch of per e-mail de betrokken hulpverleners achterhaald. Voor elke cliënt wilden we een interview houden met zowel de mentor, persoonlijk begeleider of woonbegeleider (over het algemeen de hulpverlener die het meest frequent contact heeft met de cliënt) en met de zorgcoördinator of behandelaar (de hulpverlener die over het algemeen meer zorginhoudelijk maar minder frequent contact heeft met de cliënt). Centraal in deze interviews stond de vraag hoe zij positieve doorstroom stimuleren en uitval voorkomen. Daarnaast is hen gevraagd de trajecthistorie zoals uit e-Vita verkregen te controleren en eventueel aan te vullen. Tot slot is een groot deel van de hulpverleners die wij spraken gevraagd aan te geven welk cliëntprofiel (zie figuur 2) de huidige situatie van de cliënt het beste weergeeft. We hebben ook gevraagd in te schatten in welk profiel de cliënt naar verwachting over ongeveer een jaar het best zal passen.

In totaal is met 15 mentoren, persoonlijk begeleiders en woonbegeleiders gesproken. Daarnaast is met 22 behandelaren en zorgcoördinatoren gesproken. Eén cliënt had geen behandelaar of mentor, maar er kon

---

<sup>3</sup> In deze rapportage spreken we ze zoveel mogelijk van trajecten en cliënten en niet van cases en patiënten. Zorginstellingen in de GGZ spreken meestal van patiënten en in de MO van cliënten. Omdat de trajecten die wij hebben gevolgd allemaal (ook) een trajectplan hebben in het kader van PvA MO, hanteren wij de term cliënten.

wel met zijn trajectregisseur gesproken worden over zijn traject. Op deze manier is over de meeste trajecten in ieder geval met de mentor of behandelaar of, in een enkel geval, met de trajectregisseur gesproken. Bij vijf trajecten is het niet gelukt met iemand over het traject te spreken. Deze trajecten zijn uit beeld of slechts sporadisch in beeld. Op deze trajecten wordt in paragraaf 4.5 verder ingegaan.

De interviews duurden elk ongeveer een half uur tot een uur, en werden gehouden aan de hand van een topiclist. Na afloop van de gesprekken werd door de interviewer een verslag van het gesprek geschreven.

### *Cliënten*

Behalve met de hulpverleners van de cliënten, is ook met de cliënt zelf over zijn of haar traject gesproken. We vroegen hen te reflecteren op hun situatie nu ten opzichte van hun situatie van een jaar geleden, welke rol de begeleider speelt en hoe zij de toekomst voor zich zien.

In de meeste gevallen is via de betrokken hulpverlener contact gezocht met de cliënt. De onderzoekers hebben een brief opgesteld voor de cliënt waar informatie over het onderzoek in stond. We hebben met 20 cliënten aan de hand van een topiclist kunnen spreken over hun traject en de zorg die zij ontvangen. Met elf cliënten hebben wij niet gesproken. Bij zeven van deze cliënten ligt de reden dat zij niet geïnterviewd zijn in het feit dat zij uit beeld zijn of er slechts sporadisch contact is. De overige vier cliënten hebben geweigerd deel te nemen aan het interview, of er heeft met hen binnen de onderzoeksperiode geen contact tot stand kunnen komen. Elke cliënt kreeg tien euro na afloop van het interview. De cliënten waren op het moment van interview in zorg bij: Bavo-Europoort, Delta Psychiatrisch centrum, CVD, Ontmoeting, Bouman GGZ of Pameijer.

### *Zorgprofessionals*

Nadat de interviews met de cliënten en de betrokken hulpverleners waren afgerond, hebben we interviews gehouden met tien zorgprofessionals aan de hand van een topiclist. Met hen spraken we niet op cliëntniveau over doorstroom, maar stond doorstroom op cliëntoverstijgend niveau centraal, met thema's als visie en beleid ten aanzien van doorstroom en randvoorwaarden die nodig zijn om doorstroom te bevorderen. Er is gesproken met clustermanagers, regiomanagers, trajectregisseurs en teamleiders. Zij waren op het moment van het interview werkzaam bij: GGD Rotterdam-Rijnmond, Delta Psychiatrisch centrum, Bavo-Europoort, CVD, Leger des Heils, Ontmoeting, Bouman GGZ en Pameijer.

## **2.3 Focusgroep**

In de afrondingsfase van het rapport zijn de resultaten voorgelegd aan een focusgroep, bestaande uit clustermanagers, teamleiders, psychiaters en beleidsmedewerkers van diverse instellingen (BoumanGGZ, DeltaPsy, Bavo-Europoort, Leger des Heils, CVD, GGD). Het doel van de focusgroep was tweeledig: enerzijds het valideren, aanvullen en nuanceren van de resultaten, anderzijds het discussiëren over de mogelijkheden die zorginstellingen hebben om doorstroom in de MO onder hun cliënten te bevorderen. De bevindingen uit de focusgroep zijn niet apart in deze rapportage opgenomen maar geïntegreerd in het geheel.

### 3. Definities en begrippen

In dit hoofdstuk bespreken we kort een aantal begrippen die in de volgende hoofdstukken een prominente rol zullen spelen. In hoofdstuk 4 maken we gebruik van de woonladder waarop we doorstroombewegingen van de trajecten zullen aangeven. De woonzorgladder zoals die momenteel door de gemeente Rotterdam (GGD, afdeling zorgregie) wordt gebruikt, is voor dit doel niet helemaal bruikbaar. In paragraaf 3.1 presenteren we daarom een aanpaste vorm ervan. In paragraaf 3.2 staan we kort stil bij het begrip doorstroom. Tot slot wordt in paragraaf 3.3 het begrip zelfredzaamheid besproken.

#### 3.1 Rotterdamse woonladder

Wat betreft wonen zijn verschillende situaties van elkaar te onderscheiden op basis van zorgintensiteit. De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft op basis van de van elkaar te onderscheiden woonsituaties, een 'woonladder' opgesteld waarin het aanbod geordend wordt. Deze woonladder uit de voorzieningencatalogus (Voorzieningenlijst 2009 GGD Rotterdam-Rijnmond, intern document) combineert wonen en zorg in één model. Om deze woonladder bruikbaar te maken voor dit onderzoek, is aan de uiteinden dakloosheid (1) en zelfstandig wonen (7) toegevoegd (zie figuur 1). Hierdoor wordt de ladder teruggebracht tot een eendimensionale schaal waar de woonsituatie centraal staat. De intensiteit van zorg is er nog steeds uit af te lezen, maar het belangrijkste is dat zowel de meest ongewenste (dakloosheid) als de meest gewenste (zelfstandig wonen) situatie wordt weergegeven.

Figuur 1: Rotterdamse woonladder aangevuld met de treden: dakloosheid en zelfstandig wonen <sup>4</sup>.

Trede		Voorbeelden van woonvormen
Zelfstandig wonen zonder ambulante woonbegeleiding	7	Eigen woning, zelfstandig gehuurde woning, begeleiding eventueel poliklinisch.
Zelfstandig wonen met ambulante woonbegeleiding	6	(z)Onderdak (ambulante woonbegeleiding)
Kleinschalige woonvorm <i>geen 24-uursbegeleiding</i>	5	Bescherm(d)(end)? Beschut, Begeleid wonen, kleinschalige pensions, groepswonen
Intensieve begeleiding <i>24-uursbegeleiding</i>	4	Intensief Beschermd Wonen (IBW), Intensief begeleid wonen, Sociaal Pension, Doorstroom-pension, Regionale Instelling voor Beschermd Wonen,
Klinisch 'vrijwillig'	3	Woon-Zorg-Werk Delta:
Klinisch 'gedwongen'	2	Duurzaamverblijf (Beilen), detentie (ISD-traject)
Dakloos / Nachtopvang	1	Buiten slapen en verblijf in voorziening voor nachtopvang

<sup>4</sup> In bijlage 1 staat een uitgebreide toelichting op de woonladder (treden 2 t/m 6).

De woonladder, zoals bij GGD Rotterdam-Rijnmond in gebruik, moet overigens niet worden gezien als de ideale route die een dakloze doorloopt in de MO voorzieningen, waarbij hij of zij een steeds hoger niveau van zelfredzaamheid bereikt. Zelfredzaamheid is weliswaar een streven, maar geen *must*.

### **3.2 Doorstroom of uitstroom?**

In dit onderzoek naar doorstroom in de maatschappelijke opvang zullen we diverse bewegingen binnen woonvormen en woonvoorzieningen beschrijven. De basis wordt gevormd door de woonladder (zie figuur 1). Er zijn hierin drie mogelijkheden: iemand stijgt, iemand daalt of iemand blijft gelijk op de woonladder.

Eerder heeft IVO voor de GGD een 'pilot informatievoorziening' uitgevoerd (Barendregt & Wits, 2007). Daarbij is bij 25 trajecten nagegaan op welke manier informatie over instroom, doorstroom en uitstroom werd geregistreerd bij de verschillende GGZ- en MO-organisaties. Onderdeel hiervan was het operationaliseren van deze begrippen. Wij stelden destijds het volgende voor:

- Positieve uitstroom: Wegens verbetering naar 'hogere' (woon)voorziening
- Negatieve uitstroom: Overleden, schorsing, maximum behandelduur verstreken, tegen advies in vertrokken
- Neutrale uitstroom: Aanbod niet geschikt voor cliënt (doorverwijzing naar andere woonvorm, verandering dossierhouder)

Deze begrippen lijken in de praktijk voor verwarring te kunnen zorgen. Al in het eerder genoemde IVO rapport werd geconstateerd dat de instellingen zelf meestal werken met het begrip doorstroom, en de term uitstroom vaker gebruikten voor cliënten bij wie de behandeling is afgerond of wanneer iemand meer dan zes maanden niet traceerbaar is. Juist omdat we in dit onderzoek veel spreken met medewerkers van instellingen (interviews, focusgroep), zullen we de term doorstroom hanteren, om verwarring te voorkomen. We onderscheiden drie categorieën van doorstroom:

- Positieve doorstroom: Eén of meerdere treden stijgen op de woonladder
- Negatieve doorstroom: Eén of meerdere treden dalen op de woonladder
- Neutrale doorstroom: Gelijk blijven op de woonladder

Binnen dit onderzoek wordt, om te bepalen om welk type doorstroom het gaat, de woonsituatie van een cliënt in het begin van het traject vergeleken met de huidige woonsituatie.

### **3.3 Zelfredzaamheid**

Toen in 2006 het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van kracht werd, stond in Rotterdam 'Centraal Onthaal' in de startblokken. Het PvA MO is mede geënt op de Rotterdamse aanpak. In het PvA



MO komt de term zelfredzaamheid niet voor, terwijl in de voorbereidende Beleidsnotitie Centraal Onthaal (zonder jaartal) de term zelfredzaamheid een sleutelrol speelt:

*“Het is een aanpak die erop gericht zal zijn een bestaan als dakloze zoveel als mogelijk te voorkomen en te bekorten en elk individu zo snel mogelijk naar zijn hoogst haalbare niveau van zelfredzaamheid te brengen.” (p. 2)*

Op de website waarmee het ministerie van VWS en de Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) professionals informeren over de invoering van de WMO, wordt gesteld dat van het veelgebruikte begrip zelfredzaamheid geen “algemene definitie” bestaat<sup>5</sup>. In de thuiszorg wordt zelfredzaamheid ingevuld met vaardigheden zoals verzorgende activiteiten (ADL) en huishoudelijke activiteiten (HDL) (Kempen e.a, 1993). De invulling van zelfredzaamheid met ADL en HDL vaardigheden is nuttig op het niveau van het huishouden. Waar deze invulling geen rekening mee houdt, is het functioneren van het individu in de bredere context van de samenleving.

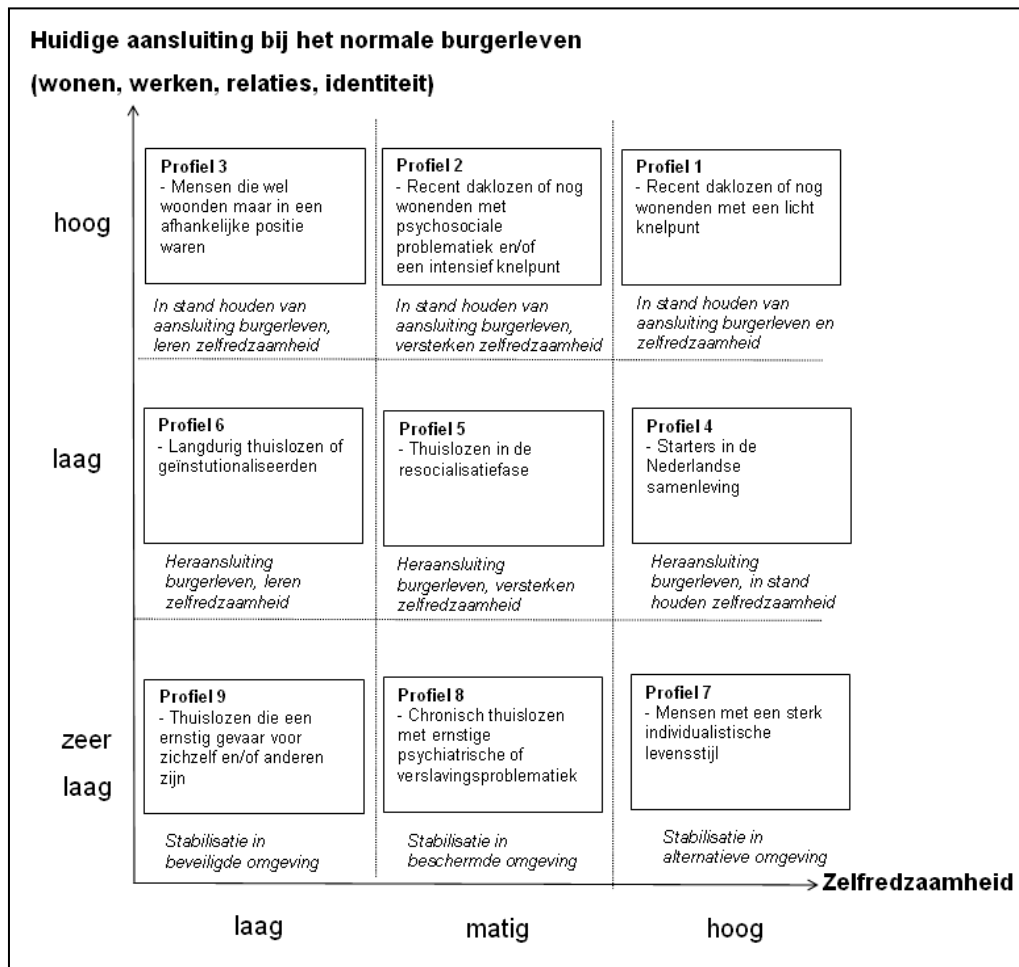
Snoek en anderen (2008) ontwikkelden cliëntprofielen voor de maatschappelijke opvang. Zij presenteren voor de groep volwassen dak- en thuislozen een matrixmodel dat de dimensies “aansluiting bij het normale burgerleven” en “zelfredzaamheid” combineert<sup>6</sup>. Dit resulteert in een matrix met negen cliëntprofielen voor de groep volwassen dak- en thuislozen. Het lichtste profiel (1) richt zich op behouden van aansluiting met het burgerleven en versterken van zelfredzaamheid. In het zwaarste profiel (9) vallen mensen die een gevaar zijn voor zichzelf of de omgeving (zie figuur 2).

---

<sup>5</sup> [http://www.beleidsplanwmo.nl/thema/betekenis/zelfredzaamheid\\_en\\_onderlinge\\_zorg](http://www.beleidsplanwmo.nl/thema/betekenis/zelfredzaamheid_en_onderlinge_zorg)

<sup>6</sup> Dezelfde dimensies worden ook gebruikt om profielen te maken voor: zwerfjongeren, (ex)gedetineerden en kwetsbaren.

Figuur 2. Cliëntprofielen voor de Maatschappelijke opvang.



Elk profiel dat door Snoek e.a. is opgesteld geeft ook de meest voor de hand liggende doorstroommogelijkheid aan: in profiel één betekent dit doorstromen naar 'zelfstandig wonen' en in profiel negen betekent dit doorstromen naar 'beveiligd' wonen in detentieachtige setting of intensief beschermd groepswoon met 24-uurs begeleiding. In het komende hoofdstuk (4) zullen we aangeven welk profiel hulpverleners het best bij hun cliënt vinden passen.

#### **4. Doorstroom bewegingen van 31 trajecten**

We laten in dit hoofdstuk zien welke bewegingen de 31 individuele trajecten in ruim anderhalf tot twee jaar op de woonladder hebben gemaakt (de periode tussen goedkeuring van het trajectvoorstel in de Traject Toewijzingscommissie (TTC), januari -maart 2008, en eind 2009). Informatie over deze 31 trajecten wordt in dit hoofdstuk eerst in tabelvorm gepresenteerd (zie tabel 1). In deze tabel staan over elke cliënt enkele demografische kenmerken (leeftijd, geslacht), de woonsituatie ten tijde van de TTC datum en de huidige woonsituatie. Daarnaast wordt het totaal aantal stappen op de woonladder weergegeven, welke specifieke (tussen)stappen zijn gemaakt en het resultaat van die bewegingen<sup>7</sup> (positief, neutraal of negatief), voorzien van een toelichting. Tot slot wordt aangegeven in welk cliëntprofiel de hulpverlener de betreffende cliënt nu zou indelen en wat zijn/haar verwachting is voor de toekomst. Hier geeft de hulpverlener aan in welk cliëntprofiel de cliënt over ongeveer een jaar terecht zou kunnen komen. In de paragrafen die na de tabel volgen, worden deze gegevens verder toegelicht en wordt gesproken over de rol van de hulpverlening bij de doorstroombewegingen van deze trajecten. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen trajecten die stagneren, dreigen te stagneren of geen verbetering meer laten zien, en trajecten die een (doorgaande) stijgende lijn laten zien. In paragraaf 4.4 wordt de visie van cliënten op (verdere) doorstroom belicht, en wordt aangegeven hoe hulpverleners met de visie van hun cliënten op doorstroom omgaan. De laatste paragraaf is gewijd aan cliënten die uit beeld zijn geraakt.

---

<sup>7</sup> De aard van de doorstroombewegingen is weergegeven door de woonsituatie op de woonladder in het begin van het traject te vergelijken met de huidige woonsituatie. Zie ook Hoofdstuk 3, § 3.2

'Naam'	M/V	Lftd.	Woonsituatie TTC	Huidige woonsituatie	Woonladder Aantal stappen, welke stappen en richting			Toelichting	Cliëntprofiel	
									Nu	Toe- ko- m- stig
1. Marius	M	35	Delta Loodds	Delta WZW	2	TTC: 2 → 1 → 3	Positief	Is een tijdje dakloos geweest en verbleef bij LOPP alvorens terug te keren naar WZW	8	5
2. Ronald	M	32	Delta WZW	Delta WZW	1	TTC: 3 → 2	Negatief	Verblijft met verlengde RM binnen WZW.	9	8/9
3. Aart	M	40	Detentie (ISD)	Detentie	3	TTC: detentie → onbekend → detentie → detentie	Neutraal	Stelselmatige dader, ook na ontslag uit ISD	9	8/7
4. Maik	M	27	Dakloos	(z) Onderdak	1	TTC: 1 → 6	Positief	Vanuit kraakpand direct in (z)Onderdak.	5	1 of 2
5. Bart	M	49	Dakloos	(z) Onderdak	1	TTC: 1 → 6	Positief	Heeft zich lange tijd als dakloze gereed, nu in (z)Onderdakwoning.	5	5
6. Maarten	M	37	Bouman afdeling onbekend	Uit beeld /dakloos	1	TTC: 1 → 1	Neutraal	Geen informatie.		
7. Arie	M	51	(z) Onderdak	Kliniek (3 fasen)	2	TTC: 3 → 6 → 3	Neutraal	Gaat kliniek in en uit. Stopt met (z)Onderdak, op wachtlijst voor BW.	8	8
8. Fleur	V	41	24-uursvoorziening	24-uursvoorziening	2	TTC: 4 → 3 → 4	Neutraal	Via kliniek naar andere BW wegens schorsing.	?	?
9. Johan	M	42	Dakloos	Detentie	4	TTC 1 → 6 → detentie → 1 → detentie	Negatief	Deze man laat een patroon zien van vallen en opstaan en weer vallen. Ook periode in detentie geweest.	6	5
10. Jaap	M	42	Dakloos	Zelfstandige woning (+ veldwerk)	3	TTC: 1 → 3 → 1 → 6	Positief	Ging vanuit kliniek naar kraakpand en vandaar naar zelfstandige woning (met nr 30)	2	2
11. Ronaldo	M	51	Dakloos	Uit beeld	?		Uit beeld	Geen informatie.		
12. Maus	M	57	Dakloos	Zelfstandige woning (+ veldwerk)	2	TTC: 1 → 7 → 6	Positief	Via bemiddeling aan eigen woning gekomen. Onstabiele situatie.	6	5
13. Bob	M	29	Dakloos	Uit beeld	?	TTC: 1 → 7 (?). Uit Rotterdam vertrokken	Uit beeld	Geen informatie.		
14. Willem	M	40	Detentie	(z) Onderdak	3	TTC: 2 → 1 → 4 → 6	Positief	Slechte fysieke gezondheid, veel begeleiding nodig.	5	?
15. Koos	M	36	Dakloos	Kleinschalige woonvorm	3	TTC: 1 → 4 → 1 → 5	Positief	Huidige niveau te hoog	5	?
16. Sybren	M	66	WWL	Dakloos	3	TTC: 4 → 1 → (kwijt) → 1	Negatief	'patstelling'	7	7
17. Gert-Jan	M	34	Dakloos	Rehabilitatiecentrum	3	TTC: 1 → 1 → 4 → 5	Positief	Laat stijgende lijn zien.	2	1
18. Karim	M	45	Dakloos	Dakloos	1	TTC: 1 → 1	Neutraal	Stabiel dakloos	5	8
19. Victor	M	31	Dakloos	Uit beeld	?	TTC: 1 → 7 (?). Uit beeld.	Uit beeld	Geen informatie.		
20. Igor	M	27	Dakloos	Detentie	?	TTC 1 → 1 (uit beeld)	Uit beeld	Geen informatie.		
21. Gabriel	M	76	Dakloos	Uit beeld	?	TTC: 1 → 7 (?) uit beeld.	Uit beeld	Geen informatie.		
22. Perry	M	39	Dakloos	24-uursvoorziening	2	TTC: 1 → 4 → 4	Positief	In eerste sociaal pension moeilijk te handhaven.	8	5
23.	M	46	Dakloos	(z) Onderdak	1	TTC 1 → 6	Positief	Stabiel in (z)Onderdak.	?	?

Richard										
24. Kenn	M	46	ISD	24-uursvoorziening	2	TTC: 2 → 1 → 4	Positief	Stabiel in sociaal pension.	8	5
25. Roy	M	62	(z)Onderdak	(z)Onderdak	1	TTC: 6 → 6	Neutraal	Wegens veroorzaken overlast verhuisd naar andere (z)Onderdakwoning.	6	5?
26. Evert	M	48	(z)Onderdak	24-uursvoorziening	3	TTC: 6 → (3 → 4) → 5	Negatief	(z)Onderdak was te hoog gegrepen.	7	5
27. Tim	M	42	Dakloos	Woonbegeleiding	1	TTC: 1 → 6	Positief	Functioneert goed, verdere doorstroom mogelijk.	2	1
28. Ron	M	49	Eigen woning	Woonbegeleiding	1	TTC: 7 (eigen woning) → 6 (z)Dak	Negatief	Uit zwaar vervuilde eigen woning nu redelijk stabiel in (z)Onderdak.	5	5
29. Wim	M	31	Dakloos	Woonbegeleiding	4	TTC: 1 → whotel → 6 → detentie → 6	Positief	Middelengebruik bedreigt huidige woonsituatie	7	4
30. Jacky	V	47	Dakloos	Zelfstandige woning (+ veldwerk)	3	TTC: 1 → 3 → 1 → 6	Positief	Werd wegens roken op de kamer uit kliniek verwijderd.	4	4
31. Abdul	M	49	Dakloos	ISD	3	TTC: 1 → 3 → 1 → 2	Positief	'Draaideurpatroon'	5	?

<sup>1</sup> Om privacy redenen zijn de echte namen van de cliënten vervangen door fictieve namen

#### 4.1 Welke transities in woonsituatie hebben zich voorgedaan en binnen welke termijn?

##### 4.1.1 Negatieve, neutrale of positieve doorstroom

Wanneer we de woonsituatie van de 31 trajecten ten tijde van de TTC datum indelen volgens de woonladder, en vervolgens hetzelfde doen voor de huidige woonsituatie, kunnen we een feitelijke uitspraak doen over de doorstroombeweging van cliënten in de tussenliggende periode. Zij zijn in te delen in de categorieën positief, neutraal en negatief doorgestroomde cliënten (zie uitleg in hoofdstuk 3). Een kleine restcategorie bestaat uit cliënten die uit beeld zijn geraakt. Wanneer we op deze manier naar de trajecten kijken, zien we:

- 15 positief doorgestroomde cliënten
- 5 negatief doorgestroomde cliënten
- 6 neutraal doorgestroomde cliënten, en
- 5 cliënten die uit beeld zijn geraakt

Hierbij is het belangrijk op te merken dat positieve doorstroom volgens de woonladder, niet altijd een vooruitgang in de algehele situatie van de cliënt betekent.

*Koos lijkt een cliënt te zijn die een flinke vooruitgang heeft geboekt. Hij was dakloos, en woont nu in een kleinschalige woonvorm, zonder 24-uurs begeleiding. Als tussenstap verbleef hij eerst in een doorstroom pension en daarna in een woonvorm met 24-uursbegeleiding. Wonen met 24-uursbegeleiding is voor Koos eigenlijk de juiste woonvorm. Maar het bleek 'niet te klikken' tussen hem en zijn mentor en daarom is hij in een lichtere voorziening geplaatst. Sinds hij hier verblijft, is*

*het voor de hulpverlening erg moeilijk contact met hem te krijgen. Hij komt niet op afspraken, er is weinig zicht op hem. Bekend is dat hij forse schulden heeft, maar op zijn verdere problematiek hebben zowel zijn mentor als behandelaar nog altijd weinig grip. Het plan is nu om Koos weer terug te plaatsen naar de 24-uursvoorziening.*

Ook andersom geldt dit: feitelijk negatieve doorstroom betekent niet altijd een verslechtering van de situatie van de cliënt. Hieronder volgt een voorbeeld waarbij het laatste het geval is.

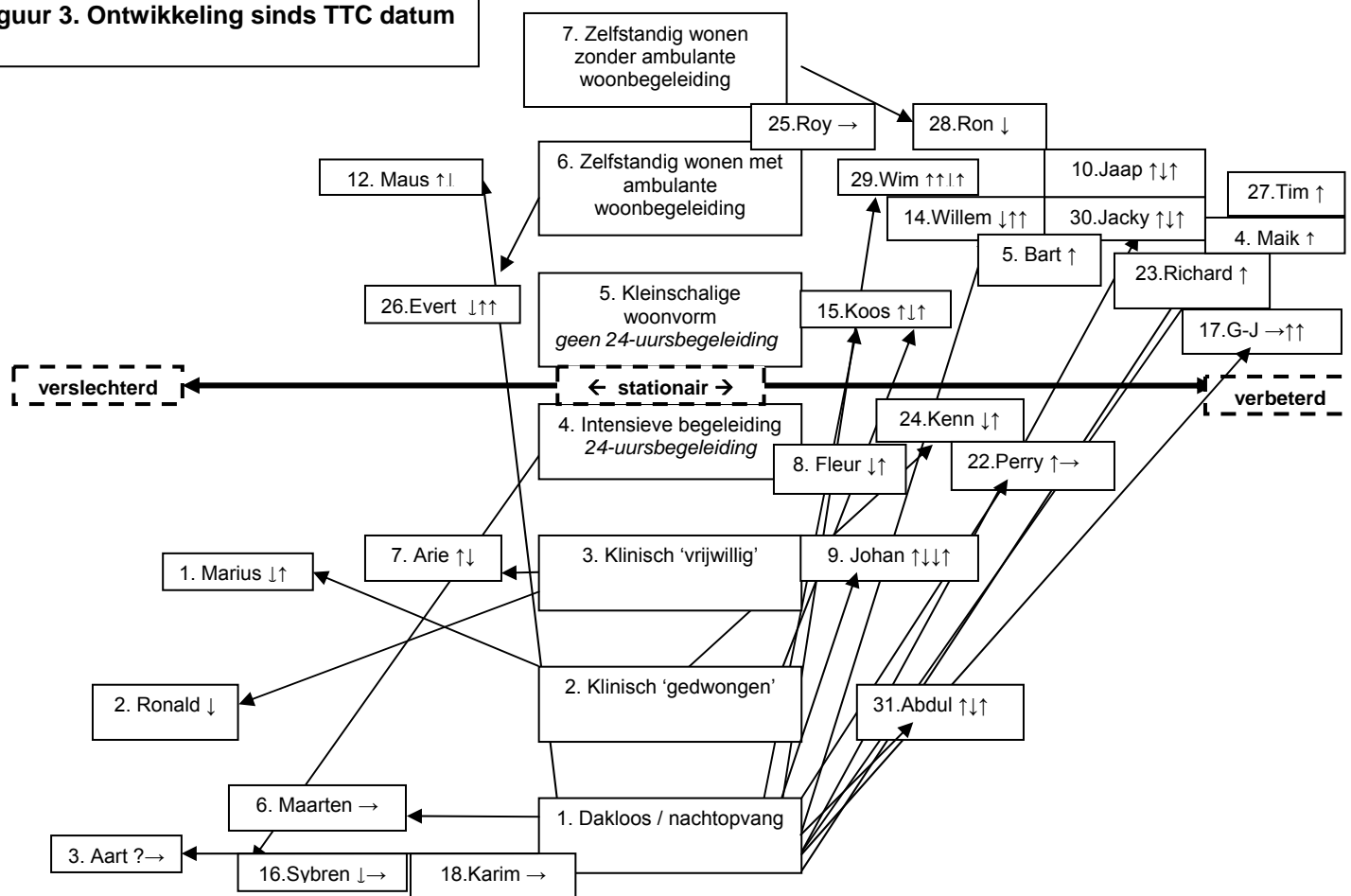
*Ron woonde zelfstandig toen zijn trajectplan werd gemaakt. Maar zelfstandig wonen ging Ron moeilijk af. Hij vervulde en veroorzaakte overlast, huisuitzetting dreigde. Een zorginstelling kwam in beeld, en heeft huisuitzetting kunnen uitstellen om een vloeiende overgang naar een andere woning te kunnen maken. Nu woont hij al geruime tijd in een woning van de instelling met individuele woonbegeleiding. De woning ziet er goed uit en Ron veroorzaakt geen overlast meer. Feitelijk een stap terug op de woonladder, maar voor de situatie van deze cliënt en zijn omgeving een stap vooruit.*

De positief doorgestroomde cliënten vormen de grootste groep van de vier onderscheiden categorieën binnen deze onderzoekspopulatie. Een positieve constatering op het eerste gezicht, en dat is het voor een deel van deze groep ook<sup>8</sup>. Maar aan de andere kant moet dit succes enigszins getemperd worden door het onvermijdelijke 'bodemeffect'. Een groot deel van deze groep was ten tijde van de TTC datum dakloos, de laagste sport van de woonladder. Omdat een lager woonniveau dan dakloos niet mogelijk is, kunnen zij alleen hogerop komen, of stabiliseren op laag niveau. In figuur 3 is dit te zien: de meeste trajecten beginnen bij de onderste tree, en gaat van daar uit omhoog. Drie cliënten zijn nog steeds dakloos, één zit in detentie.

---

<sup>8</sup> Zoals eerder opgemerkt zijn de onderzochte trajecten niet per se generaliseerbaar naar de hele populatie met een trajectplan.

**Figuur 3. Ontwikkeling sinds TTC datum**



**legenda:**

De grote pijlen vertrekken vanaf TTC-woonsituatie en wijzen naar de huidige woonsituatie. Cliënten zijn geplaatst op hoogte van de trede waarin zij zich nu bevinden.

De pijltjes achter de namen staan voor de doorstroombewegingen tussen TTC en huidige situatie: ↓ = negatief doorgestroomd; → = neutraal doorgestroomd; ↑ = positief doorgestroomd.

**4.1.2 Aantal, snelheid en aard van doorstroombewegingen**

Het aantal doorstroombewegingen (dat wil zeggen de transities in woonsituatie) die de trajecten hebben doorgemaakt in anderhalf tot twee jaar tijd laten een divers beeld zien. Uitgezonderd de trajecten die uit beeld zijn geraakt, hebben:

- 9 cliënten 1 beweging doorgemaakt
- 6 cliënten 2 bewegingen
- 9 cliënten 3 bewegingen, en
- 2 cliënten 4 bewegingen

Het aantal bewegingen zegt iets over de snelheid waarmee dit is gebeurd. Wanneer een cliënt binnen twee jaar vier transities heeft ondergaan, zit er hoogstens enkele maanden tussen de transities. Bij de cliënten met minder transities, is dit niet direct duidelijk. Uit de gegevens van e-Vita blijkt (voor zover deze met precieze data van transities waren ingevuld) dat bij verreweg de meeste cliënten snel een eerste actie heeft plaatsgevonden. De TTC bespreking was in de maanden januari, februari of maart 2008, en de eerste transitie vond in deze gevallen vaak plaats in de maanden februari tot en met mei 2008. In een enkel geval vond de eerste transitie pas aan het einde van 2008 plaats, terwijl de cliënt wel feitelijk dakloos was.

*Tim is een man die op een 'bootje' verbleef. Het kostte de hulpverleners enkele maanden om hem te motiveren een (z)Onderdakwoning te accepteren. De man had in het verleden wel zelfstandig gewoond, maar kon niet omgaan met de vaste lasten en rekeningen die daarmee gepaard gaan. Hij was bang dat dit zich zou herhalen wanneer hij weer in een woning zou wonen. Wat voor hem de doorslag gaf toch de woning te accepteren, is het feit dat hij in zijn woning zijn dochter zou kunnen ontvangen, op zijn bootje was dat onmogelijk.*

Daarnaast zegt het aantal bewegingen op zich nog niets over de aard en reden van die beweging. In een ideale situatie is het zo dat wanneer een cliënt bijvoorbeeld drie bewegingen heeft doorgemaakt, hij telkens stijgt op de woonladder. In enkele gevallen (bij drie cliënten) komen we zo'n situatie wel tegen, maar de praktijk is weerbarstig (zie ook figuur 3). In de volgende paragraaf worden thema's besproken die inzicht geven in de praktijk en redenen van doorstroombewegingen die binnen de onderzochte trajecten een rol speelden. Waardoor stagneert een traject? Welke maatregelen nemen hulpverleners om deze stagnatie te voorkomen?

## **4.2 Wat zijn redenen voor instabiliteit of stagnatie van trajecten en wat is de rol van de hulpverlener daarin?**

### *4.2.1 Middelengebruik*

In al de stagnerende of onstabiele trajecten<sup>9</sup> speelt het middelengebruik (alcohol en/of drugs) een belemmerende rol bij het realiseren van verbetering. Dit zien we bij zowel positief (maar stagnerend in verdere doorstroom), negatief als neutraal doorgestroomde cliënten. Middelengebruik is een bedreiging voor het wankel evenwicht. Ook in trajecten waar zich een verbetering heeft voorgedaan, en waar cliënten nu in lichte voorzieningen wonen, is middelengebruik vaak nog actueel. Het gebruik is dan meestal wel minder intensief dan voorheen, maar niet volledig afwezig. Bij degene die abstinente zijn, is dat vaak nog maar sinds kort. Hulpverleners zijn bij deze cliënten alert op signalen die wijzen op toegenomen middelengebruik (er slechter uit gaan zien, zich minder behandelbaar opstellen, verslonzing van het

---

<sup>9</sup> Hieronder vallen negatief en neutraal doorgestroomde cliënten, maar ook een deel van de positief doorgestroomde trajecten waarbij groei stagneert.



huishouden) en proberen in sommige gevallen de cliënt (voorzichtig) 'warm te maken' voor behandeling. Bij een deel van de cliënten zorgt het gebruik momenteel niet voor dreigende escalatie. Het gaat dan vaak om wat oudere cliënten die al een zeer lange geschiedenis van gebruik hebben, en een redelijk stabiele woonsituatie hebben in bijvoorbeeld een (z)Onderdakwoning. Zo lang het gebruik binnen de perken blijft, lijken hulpverleners vooral ook niet teveel te willen duwen en trekken. Zij lijken min of meer te berusten in het feit dat hun cliënten blijven gebruiken. Gecontroleerd gebruik en het voorkomen van achteruitgang is dan het streven.

*“Van helemaal stoppen met alcoholgebruik wil hij niks weten, maar reguleren... dan vindt hij dat hij wel een paar biertjes per dag op mag drinken... en daar is wat voor te zeggen. Echt afkicken is hij dus niet voor te motiveren, maar het is al een grote verbetering ten opzichte van de 25 biertjes die er soms per dag doorheen gingen. Dus ja... geef hem eens ongelijk. En als hij dat in stand kan blijven houden...” (woonbegeleider)*

Bij cliënten in zwaardere voorzieningen (zoals sociale pensions) is gebruik, in tegenstelling tot de boven besproken groep in de lichtere voorzieningen, veelal juist intensief. Uit hun gebruik komen problemen voort als het veroorzaken van overlast, matige zelfzorg of ernstig zorgmijdend gedrag bij intensieve periodes van gebruik. Het is evident dat de hulpverlening hier iets mee 'moet'. Bij één van de cliënten probeert de hulpverlener het gebruik te beperken door duidelijke regels in te stellen als *'alleen gebruiken na de avondmaaltijd'* of te onderhandelen *'je krijgt Ritalin, als je minder speed gebruikt, maar dan moet je ook anti-psychoptica nemen'*. Bij twee andere cliënten probeert de hulpverlener de cliënt in de detox of time-out te krijgen, maar tot op heden houden de cliënten dit af. De behandelaren blijven dit aanbieden. Weer 'n andere cliënt in deze groep is een zorgmijder, en wanneer het gebruik toeneemt, wordt zijn zorgmijdende gedrag alleen maar sterker. Voor behandelaren is hij ongrijpbaar. Het plan is hem over te plaatsen naar een woonvorm met nog intensievere begeleiding om zo meer vat op hem te krijgen. De vraag is of hij hiermee instemt.

Kortom, hulpverleners monitoren, verleiden, gedogen, onderhandelen en stellen regels als het om middelengebruik gaat. Wat zij doen hangt voornamelijk af van de uitwerking die het gebruik heeft op het functioneren van de cliënt en de trend in zijn of haar gebruik.

#### *4.2.2 Lichamelijk functioneren*

Bij een deel van de cliënten gaat het, vaak naast een fragiel evenwicht in middelengebruik, om een (zeer) zwakke lichamelijke gezondheid die negatieve invloed heeft op het traject en de doorstroom. Enkele cliënten hebben een ernstige (progressieve) ziekte en/of zijn (binnen deze doelgroep) op leeftijd. Te verwachten is dat er steeds meer lichamelijke complicaties van hun ziekte zullen optreden, waardoor van doorstroom geen sprake zal zijn. Zij zullen intensiever verzorgd moeten worden, bijvoorbeeld in een verpleeghuisachtige setting. Een terugval, in de zin van intensievere (woon)zorg, zal zich hoogstwaarschijnlijk binnen enkele jaren aandienen. In deze gevallen kunnen hulpverleners weinig meer

doen dan het begeleiden en bijstaan van deze cliënten, en in sommige gevallen aansporen de arts of het ziekenhuis te bezoeken en de medicatie op tijd in te nemen.

*“Zijn kamer is schoon, hij is schoon, boodschappen doen gaat beter... De problemen liggen vooral in zijn gezondheid, daar maak ik me het meeste zorgen over. (...) afspraken met het ziekenhuis bijvoorbeeld, de laatste keer is hij niet gegaan. Daar maak ik me zorgen over, ja...de volgende keer ga ik weer mee.” (begeleider)*

#### 4.2.3 Psychisch functioneren

Bij de personen in lichtere voorzieningen die al langere tijd redelijk stabiel zijn binnen hun situatie, lijkt behandeling voor psychische aandoeningen amper aan de orde. Hier lijkt hetzelfde te gelden als bij het middelengebruik: er is (meestal) wel een ziekte of stoornis aanwezig, maar de situatie is niet dusdanig ernstig dat escalatie dreigt. De cliënt heeft zelf in deze gevallen vaak ook geen hulpvraag op dit gebied. Daarnaast gaat bij de (woon)begeleiding van deze cliënten meestal veel tijd zitten in praktische of meer urgente, actuele zaken (met name financiën en administratie), en is er geen of weinig ruimte voor (intensieve) psychische behandeling. Bij twee (z)Onderdakkers zetten de hulpverleners wel in op psychische behandeling. Bij de ene cliënt is een angststoornis geconstateerd, die deelname aan dagbesteding of werk belemmert. De andere cliënt kent veel agressie en verdriet; de behandelaar helpt hem bij rouwverwerking. Juist omdat deze cliënt naast behandeling vanuit een ACT-team (outreachinge zorg) ook woonbegeleiding krijgt, heeft de behandelaar van dit ACT-team tijd voor deze zaken. Anders, zo geeft zij aan, zou alle tijd worden opgeslokt door administratieve klussen, terwijl zij psychische behandeling wel noodzakelijk acht. Juist bij cliënten die zelfstandig zijn gaan wonen na een leven op straat, komen psychische problemen (opnieuw) naar boven.

*“Het leven op een kamertje alleen, is veel moeilijker en confronteert cliënten met hun psychische belasting en beperkingen.” (behandelaar)*

Verskillende cliënten in een zwaardere voorziening lijden aan schizofrenie. Deze stoornis wordt met medicatie (zo goed mogelijk) onder controle gehouden. De hulpverlening richt zich op medicatietrouw, bijvoorbeeld middels depotmedicatie (medicaties middels injecties), of via onderhandelingen met de cliënt.

#### 4.2.4 Zelfredzaamheid

Een aantal cliënten functioneert op een zeer laag niveau en zijn weinig zelfredzaam. Hun zelfredzaamheid is beperkt door matige verstandelijke vermogens, psychische ziekte of lichamelijke beperkingen. Zij hebben relatief veel begeleiding en bescherming nodig.

*“Het is echt iemand die gestuurd moet worden. Heel vaak doet ie het dan ook hoor, net als gisteren, heeft ie al dagen hetzelfde shirt aan, helemaal onder de vlekken, ongeschoren....en als*

*je dan zegt: joh, trek even een ander shirt aan, ga je even scheren, ja, dan doet ie dat ook.”*  
(begeleider)

Bij bespreking van de cliëntprofielen (Snoek e.a., 2008; zie figuur 2) met de hulpverleners, zien wij dat zij deze cliënten dan ook voornamelijk aan de linker kant (lage / matige zelfredzaamheid) van de onderste rij (zeer lage aansluiting bij het normale burgerleven) van de profielen indelen: voornamelijk profiel 8 ('chronische thuislozen met ernstige psychiatrische of verslavingproblematiek'), een enkele keer profiel 9 ('thuislozen die een ernstig gevaar voor zichzelf en/of anderen zijn). Hulpverleners proberen zelfredzaamheid aan te leren op een laag niveau, bijvoorbeeld op tijd eten of de eigen kamer opruimen. Verbetering is echter nauwelijks aan de orde en de hulpverleners houden zich vooral bezig met het voorkomen van uitval en stabilisering van de situatie, al dan niet met behulp van een Rechtelijke Machtiging (RM). De cliënt van bovenstaand citaat is aangemeld bij een voor hem waarschijnlijk beter passende (maar nog te openen) voorziening: langdurig verblijf voor mensen met een verstandelijke handicap. Stabilisatie in een beveiligde of beschermde omgeving zijn de belangrijkste 'doorstroom'-mogelijkheden voor dit type cliënten.

Ook bij cliënten die op een hoger niveau functioneren bestaan er problemen met zelfredzaamheid, die (verdere) doorstroom belemmeren. Het gaat meestal om zelfredzaamheid wat betreft administratieve zaken, financiën en contacten met instanties. Verschillende cliënten die op veel gebieden redelijk of goed functioneren, blijven problemen houden met administratieve zaken. Hierdoor kunnen zij, in ieder geval voorlopig, niet zonder begeleiding.

*“Het gaat eigenlijk heel goed, maar die praktische zaken, dat geeft heel veel frustratie. Ik kan het me ook wel voorstellen, je belt en je wordt van het kastje naar de muur gestuurd, er wordt geen antwoord gegeven, mensen zijn niet bereikbaar. (...) dat heeft voor hem vaak tot gevolg van 'Laat ook maar, zoek het allemaal maar uit', en dan probeer ik hem toch weer te motiveren van, 'Ja, ik snap je reactie, maar dit is echt niet handig want die dingen moet je toch aan gaan pakken.”*  
(hulpverlener)

Hulpverleners proberen hun cliënten in veel gevallen ook op dit gebied zo zelfredzaam mogelijk te maken, bijvoorbeeld door hen zelf te laten bellen, formulieren samen in te vullen, etc. Maar binnen deze trajecten zijn we nog niemand tegen gekomen die dit uiteindelijk helemaal zelf heeft kunnen oppikken. Administratieve en financiële zaken regelen en omgaan met 'logge' instanties lijken de vaardigheden te zijn die het lastigst zijn aan te leren. Bovendien wordt een deel van de eigen financiële verantwoordelijkheid overgenomen door budgetbeheer dat is ondergebracht bij de Kredietbank Rotterdam (KBR). Budgetbeheer is in principe een verplicht onderdeel van het TTC trajectplan.

Een aantal hulpverleners vond het lastig hun cliënt in te delen in cliëntprofielen, voornamelijk omdat zij het leven van de cliënt te onvoorspelbaar vonden. Wanneer zich in de huidige situatie geen bijzonderheden voordoen, zien de meeste hulpverleners een mogelijkheid tot vooruitgang of stabilisatie van hun cliënt. Maar de verwachte stijgingen zijn minder groot dan de stijging die tot nu toe is bereikt. De verbetercurve vlakkt af naar mate mensen meer hebben bereikt. Een flink deel van de cliënten worden door hen getypeerd als passend bij profiel nummer 5, dat door Snoek e.a. wordt omschreven als: *“Mensen die langdurig op straat of in instituties geleefd hebben, of ontslagen zijn na langdurig verblijf in instituties (langdurig dakloos/thuisloos). Problematiek is langdurig en meervoudig, maar stabiel of voorspelbaar.”* Het gaat voornamelijk om mensen die naar dit niveau zijn gestegen vanuit een dakloze startsituatie.

#### **4.3 Wat typeert de ‘stijgende lijn’ trajecten?**

Binnen deze cliëntenpopulatie zien we vier trajecten (Maik, Gert-Jan, Tim en Richard) waarin vanaf de TTC datum een continue stijgende lijn te zien is. Deze mensen functioneren nu op veel gebieden goed en bij hen wordt ook in de toekomst nog verdere vooruitgang verwacht. Wat zijn de redenen van dit positieve, bijna voorbeeldige, verloop van deze trajecten?

Kort gezegd lijkt het hier vooral te gaan om cliëntkenmerken waardoor deze trajecten zo goed verlopen. De vier belangrijkste kenmerken die we bij deze cliënten zagen, en die meestal niet of in mindere mate binnen de andere cliënten te zien waren, zijn:

- minder gemarginaliseerd / beperkte duur van dakloosheid
- vrij van (ernstige) psychiatrische stoornissen
- middelenvrij of gestabiliseerd gebruik, en
- redelijke tot goede verstandelijke vermogens

Deze vier kenmerken worden hieronder nader toegelicht.

##### *Minder gemarginaliseerd / beperkte duur van dakloosheid*

Wat de vier cliënten ten eerste gemeen hebben is dat zij, ondanks dat zij allen als dakloos te boek stonden bij de start van hun traject, toch altijd (enigszins) aansluiting hebben gehouden met de maatschappij. Zij hebben zich over het algemeen nooit als dakloze geïdentificeerd. Hun tijd op straat heeft relatief kort geduurd, en de beschadigingen van fysieke en psychische aard die zij hierdoor hebben opgelopen zijn beperkt gebleven. Zij vonden in de tijd dat zij dakloos waren onderdak bij kennissen, bewoonden een kraakpand, kwamen al snel terecht bij de nachtopvang (waar ze ontvankelijk waren voor verdere hulp) of creëerden zelf een ‘leefbaar’ onderdak.

##### *Vrij van (ernstige) psychiatrische stoornissen*

Uit eerder onderzoek van IVO (Heijerman-Holtgreffe & Wits, 2009) is gebleken dat psychische stoornissen als bijvoorbeeld psychotische stoornissen relatief veel voorkomen bij cliënten binnen de maatschappelijke

opvang. Geen van deze vier cliënten is bekend met een psychotische stoornis. Wel is bij drie van de vier cliënten een depressieve stoornis en/of angststoornis gediagnosticeerd (geweest). Deze stoornissen lijken echter over het algemeen een beperktere invloed te hebben op het functioneren van cliënten dan psychotische stoornissen.

#### *Middelenvrij of gestabiliseerd gebruik*

In de vorige paragraaf werd middelengebruik als een belangrijke belemmerende factor voor een goede doorstroom genoemd. Het is niet verrassend dat middelengebruik een beduidend kleinere rol speelt bij deze cliënten. Twee van deze cliënten hebben nooit (intensief) middelen gebruikt en gebruiken ook nu niet of nauwelijks; één cliënt dronk fors maar is gestopt met alcoholgebruik en de laatste cliënt drinkt nog wel, maar al jaren op een stabiel niveau.

#### *Redelijke tot goede verstandelijke vermogens*

Een laatste belangrijk kenmerk van deze cliënten is dat zij redelijke tot goede verstandelijke vermogens hebben. Cliënten die een laag niveau hebben of die cognitief zijn beschadigd door hun straatleven en drugsgebruik hebben vaak al problemen met basale vormen van zelfredzaamheid als persoonlijke hygiëne. Zeker bij meer complexe taken als plannen, het beheren van geld en administratie bijhouden is een bepaald verstandelijk niveau vereist. In de vorige paragraaf werd geconstateerd dat administratieve en financiële zaken regelen en omgaan met 'logge' instanties vaardigheden zijn die het lastigst zijn aan te leren. Deze cliënten zijn hierin geen uitzondering. De hulp die zij nog ontvangen, richt zich bij hen voor een belangrijk deel op dit soort vaardigheden. Dit is ook een van de redenen waarom hulpverleners het nog niet aandurven deze cliënten geheel los te laten. Ook heeft geen van deze cliënten deze wens geuit. Ze lijken te beseffen dat zij, ondanks hun verbeteringen op veel gebieden, bepaalde taken nog niet alleen aan kunnen. Zij (en hun hulpverleners) willen bovendien eerst dat zij schuldenvrij zijn. Het aflossen van alle schulden kan lang duren. Een schuldsaneringstraject via de WSNP<sup>10</sup> duurt drie jaar.

*“Maar voordat je in schuldhulpverlening wordt toegelaten moet je eerst geruime tijd in budgetbeheer zitten om te laten zien dat je geen nieuwe schulden maakt. Hij heeft dat nu goed laten zien. Hij leeft al twee jaar met een weekgeld van 30 euro. Over twee weken gaat hij de schuldhulpverlening in, en schuldsanering komt pas als dat eenmaal bezig is, en alle schuldeisers in kaart zijn gebracht.” (woonbegeleider)*

#### **4.4 Hoe kijken de cliënten zelf aan tegen doorstroom en hoe gaan hulpverleners daar mee om?**

Naast de begeleiders hebben wij ook cliënten zelf gesproken over hun trajecten. De gesprekken gingen over de begeleiding die ze krijgen, over het begeleidings- of trajectplan en over hun toekomst. Sommigen

---

<sup>10</sup> Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen

stelden zichzelf doelen, die al dan niet overeenkomen met de doelen in het trajectplan. Anderen doen dit niet: *“Ik stel mezelf nooit doelen, nooit gedaan. Ik denk maar één dag vooruit.”*. De gesprekken met de cliënten hebben we geclusterd aan de hand van gemeenschappelijke thema's, en er wordt beschreven hoe de hulpverleners omgaan met de wensen en visies van cliënten op doorstroom.

#### 4.4.1 'Onrealistische' plannen

*“Een groot deel van de patiënten schat zichzelf gewoon te hoog in.”*, constateert een van de behandelaars. Sommige cliënten uiten plannen die in meer of mindere mate, in de ogen van behandelaren (en de onderzoekers) onhaalbaar lijken. Zo geeft een cliënt, die functioneert op een erg laag niveau binnen een psychiatrische instelling, aan dat hij zijn 'papieren wil halen en in de haven wil gaan werken.' Ook zelfstandig wonen blijft voor sommige cliënten een vast streven, ondanks dat zij dit met hun beperkingen waarschijnlijk nooit zullen kunnen redden. Een man, die nu een ISD traject doorloopt, wil al vanaf het begin van het traject zelfstandig wonen. Behandelaren vonden en vinden dat niet haalbaar. Een van de behandeldoelen bij deze cliënt is dan ook *‘hem duidelijk maken dat zelfstandig wonen te hoog gegrepen is’*. Na het ISD traject proberen ze hem te motiveren om in een beschermde woonvorm te gaan wonen. Ook een andere cliënt, zij woont nu in een BW, wil zelfstandig wonen en is hier heel volhardend in.

*“Ik wil gewoon een eigen huis voor mij alleen. (...) Ik ben gefocust op mijn sleutels. Ik wil gewoon vooruit.” (Fleur)*

In haar geval gaat de hulpverlener echter anders met haar wens om dan bij de eerste cliënt, ondanks dat ze sterk haar twijfels heeft bij de haalbaarheid van zelfstandiger wonen. Deze cliënt functioneert nu redelijk binnen de BW waar ze woont, haar behandelaar kent haar al lang, en zij wil deze cliënt de kans geven het te proberen [nb het gaat hier niet om geheel zelfstandig wonen, maar om een satellietwoning<sup>11</sup>]. *“De patiënt heeft de regie op eigen leven.”*, is de visie van de hulpverlener. Ten tijde van het gesprek was het plan dat zij twee weken later zou gaan verhuizen.

Ook een laatste cliënt heeft een ander idee van doorstroom dan zijn behandelaar. Ook hij wil zelfstandig wonen, maar zijn zorginstelling ziet dat niet zitten. Zij zien teveel obstakels vanwege gezondheids- en geheugenproblemen. Het voorstel van de instelling was vervolgens om met iemand een woning te delen (2-persoons (z)Onderdakwoning), maar dit wil de cliënt niet. Ook naar een BW wil hij niet. Hij slaapt nu in de nachtopvang. De hulpverleners spreken van een “patstelling”.

#### 4.4.2 Vooruit, maar rustig aan

Een groep die de hulpverleners minder hoofdbrekers bezorgt, bestaat uit cliënten die uiteindelijk wel verder positief willen doorstromen, maar geen haast hebben, dit stapje voor stapje willen aanpakken.

---

<sup>11</sup> Satellietwoningen zijn zelfstandige woningen in de buurt van een 'moedervoorziening', zoals een beschermde woonvorm.

*“Uiteindelijk gaan we wel werken naar helemaal zelfstandig natuurlijk, of ambulante eventueel. Het heeft geen haast, ik zit hier net een jaartje. Eerst even alles op een rij zetten weer.” (Evert)*

Hulpverlener en cliënt zitten in deze gevallen op één lijn. Ook veel hulpverleners hebben de instelling van ‘voorzichtige groei’, stapje voor stapje.

#### *4.4.3 Niet verder durven doorstromen*

Tot slot zien we cliënten die vinden dat waar zij nu zitten, het hoogst haalbare voor hen is. Wanneer zij verder zouden doorstromen, minder begeleiding zouden krijgen, zien zij het (weer) fout met zichzelf aflopen. Sommigen zijn zo getekend door een herhalingspatroon van doorstromen en weer terugvallen, dat zij, vaak mede door gesprekken met hun behandelaar, nu inzien dat dit patroon moet worden doorbroken. Een oplossing kan zijn om het ideaalbeeld van zelfstandig wonen voorlopig te laten varen, en te kiezen voor, bijvoorbeeld, een beschermde woonvorm. Een beslissing die erg moeilijk kan zijn.

*“Een thuissituatie is gewoon niet haalbaar, ik moet eerst een paar jaar beschermd wonen. Ik heb geen zin om elke keer weer terug te vallen, en weer naar kliniek...dat gebeurde tot nu toe steeds. Dat schiet dan ook niet op, dan kan je beter zeggen: ik ga beschermd wonen. Dan heb je tenminste nog enige bescherming voor jezelf, en er zijn mensen om je heen en heb je een stevigere plek om je thuis te voelen. (...) Maar ik heb er heel lang over getwijfeld hoor. Je zegt je eigen autonomie voor een deel op natuurlijk, dus dat is niet zo makkelijk. Het is toch moeilijk om te zeggen: het lukt mezelf niet dus ik heb hulp nodig.” (Arie)*

Ook een ander ziet zichzelf nog niet doorstromen. Hij legt uit waarom hij zijn (z)Onderdakwoning niet wil laten ‘omklappen’ (= op zijn eigen naam laten zetten).

*“Als ik een normaal huis huren zou ik weer in de problemen kunnen komen. Ik ben bang dat het weer fout gaat, dat ik dan weer op straat belandt en weer moet gaan kraken.” (Maik)*

Vaak lijkt deze angst van de cliënt niet ongegrond, en heeft ook de behandelaar of begeleider zijn aandeel gehad in dit realistische beeld. Zij zien begeleiding, soms enkel in de vorm van ‘een vinger aan de pols houden’, als noodzakelijk, en wijzen de cliënt op de risico’s van verdere doorstroom. Een behandelaar zegt hierover: *“Mensen zoals deze cliënt doen het vrij goed, maar als de structuur weg valt weet je niet wat er gebeurt.”* Inzet is vooral de verbeteringen vasthouden en consolideren.

#### **4.5 Uit beeld**

Tot slot willen wij een korte paragraaf wijden aan trajecten die uit beeld zijn geraakt in de periode tussen de TTC datum en het huidige onderzoek. Over deze trajecten hebben wij niemand kunnen spreken. Het gaat hier om vijf trajecten.

Rond twee van deze trajecten is in e-Vita, geen aanvullende informatie te vinden ('traject afgesloten' / 'cliënt niet in beeld'). Bij twee andere trajecten is bekend, of bestaat het vermoeden dat de cliënt is verhuisd naar een regio buiten Rotterdam of naar het buitenland. Over het laatste traject is wel informatie te vinden in e-Vita. Het blijkt om een 'stelselmatige dader' te gaan die zeer regelmatig gedetineerd is. Zijn traject is enige tijd 'afgesloten' geweest (hij meldde zich niet meer bij Centraal Onthaal na detentie), maar recentelijk is wel weer informatie over zijn situatie in e-Vita terug te vinden afkomstig van het Openbaar Ministerie en Politie. Instellingen hebben echter tot op heden nog geen grip op hem kunnen krijgen en wij hebben hem ook niet kunnen vinden voor dit onderzoek.

Na een korte zoektocht op internet bleken twee van de hierboven besproken cliënten een profiel te hebben op sociale netwerksites. Aan de foto's die zij hier openbaar stellen lijkt het hen goed te gaan. Het gaat in beide gevallen om relatief jonge mensen (1978, 1980).



## 5. Visie, beleid en belemmeringen

In hoofdstuk 4 is gekeken naar doorstroombewegingen en de rol van de hulpverlening daarin op basis van 31 individuele trajecten. We hebben kunnen zien hoe dynamisch sommige trajecten verlopen. In hoofdstuk 4 is getracht zo dicht mogelijk bij het feitelijk verloop van de trajecten te blijven. In dit hoofdstuk bespreken we de mogelijkheden om positief door te stromen en het voorkomen van negatieve doorstroom op het niveau van zorginstellingen. We hebben met zorgmanagers gesproken van de zorginstellingen waar één of meerdere cliënten in zorg waren. De gesprekken die hebben plaats gevonden overstegen het niveau van de individuele trajecten.

In paragraaf 5.1 wordt ingegaan op de visie die zorgmanagers hebben ten aanzien van positieve doorstroom op de woonladder. De visies op zorg die in deze paragraaf aan de orde komen sluiten elkaar niet uit, wel zijn er verschillende accenten waar te nemen. In de daarop volgende paragraaf (5.2) wordt aangegeven wat zorginstellingen feitelijk doen om er voor te zorgen dat positieve doorstroom optimaal is en om uitval uit zorg te voorkomen. Hierbij maken zorginstellingen gebruik van (optimaal) gerealiseerde randvoorwaarden. In paragraaf 5.3, ten slotte, bespreken we belemmeringen die zorgmanagers hebben genoemd. Het gaat hier om niet (optimaal) gerealiseerde randvoorwaarden.

### 5.1 Hoe kijken zorgmanagers aan tegen positieve doorstroom op de woonladder?

Zorgmanagers kijken op verschillende manieren naar doorstromen op de woonladder. Wij hebben vier visies uit de gesprekken gedestilleerd die hieronder worden besproken. Enkele van deze visies overlappen elkaar gedeeltelijk. Verder is het niet zo dat één zorgmanager één thema aandraagt. Zij benoemen vaak verschillende aspecten van doorstroom.

1. zachtjes aan dan breekt het lijntje niet.
2. voor veel cliënten is de rek eruit, focus op stabiliseren.
3. altijd op zoek naar verbetering, behoefte aan groei zit in de mensen, nieuwsgierig blijven.
4. doorstroom stimuleren op andere levensgebieden, dan komt de rest vanzelf.

#### 5.1.1 Kleine stapjes

Vooraf in de MO staan zorgmanagers op het standpunt dat “haastige spoed, zelden goed” is. Zij zien in een traag proces van verbetering meer stabiele resultaten optreden dan in trajecten die grote sprongen maken op de woonladder. Wanneer mensen direct vanuit dakloosheid worden geplaatst in een zelfstandig appartement met woonbegeleiding, is de kans dat het misgaat groter, dan wanneer datzelfde appartement wordt betrokken na het nemen van tussenstapjes. Het gaat niet altijd fout, maar de teleurstelling is groot, en de eigenwaarde flink aangetast, wanneer het na een paar maanden mis gaat.

*“Wij hebben door de jaren heen geleerd dat het een kwestie van een lange adem is. Het gericht zijn op snel succes levert geen succes op, meestal niet. Want dan kan je op een gegeven moment weer opnieuw beginnen.” (zorgmanager)*

Een vergelijkbaar mechanisme wordt geobserveerd bij mensen die op eigen kracht de nachtopvang ontwijken door in het particuliere circuit een kamer te huren. Woonruimte is namelijk zelden het enige probleem, en deze personen, aldus een zorgmanager, kloppen vroeger of later (meestal vroeger) weer aan bij de nachtopvang.

Aan de horizon ligt bij de meeste zorgmanagers een of andere vorm van zelfstandig wonen. Dat is een nastrevenswaardig doel. Tegelijkertijd realiseren zij zich dat dit voor velen niet haalbaar is, maar als streven is het de moeite waard. Het houdt de dynamiek in de hulpverleningsrelatie. Echter, het direct stimuleren van doorstromen op de woonladder komt niet voor. Termen die hiervoor worden gebruikt zijn: “niet pushen”, “niet trekken en duwen”, “niet sleuren”. Hulpverleners kijken vooral naar verbetermogelijkheden op andere levensgebieden.

#### *5.1.2 Focus op stabiliseren*

Sterk verwant aan het idee van “kleine stapjes” is de focus op stabiliseren. Zorgmanagers in de MO en de GGZ stellen vast dat de groeimogelijkheden voor veel cliënten beperkt zijn. De stijging op de woonladder die met name harddruggebruikers de afgelopen jaren hebben doorgemaakt, is veel meer te danken aan het nieuwe zorgaanbod, dan aan de individuele groei van de betrokkene. Voor een deel van deze groep, vooral de mensen die nu in (I)BW's wonen, is doorstromen naar zelfstandiger woonvormen te hoog gegrepen. Zoals ook in hoofdstuk vier naar voren is gekomen, heeft voor veel van hen het jarenlange straatleven, bovenop de verslaving, psychisch en fysiek zijn tol geëist. Zij hebben te maken met gebrekkige gezondheid (hart, lever, longen, infectieziekten) die in combinatie met het ouder worden zwaar wegen op het dagelijks functioneren. In de gevallen waar trauma's een rol spelen, vooral bij vrouwen, is verbetering weliswaar mogelijk, maar de behandeling complex en langdurig.

Zelfs mensen die al enige jaren begeleid zelfstandig wonen zijn huiverig de banden met de hulpverlening te verbreken. De zorgconsumptie neemt af maar veel mensen durven het niet aan om volledig op eigen benen te staan. Ze voelen zich kwetsbaar en raken door kleine incidenten uit balans. Zij willen dat de hulpverleningsrelatie intact blijft, zodat deze snel kan worden geïntensiveerd wanneer dat nodig is.

*“Het gebeurt heel weinig dat cliënten zeggen: ik kan het vanaf nu helemaal zelf. We hebben best een aantal cliënten, die hebben woonbegeleiding, in mijn ogen behoorlijk gestabiliseerd, maar die willen toch zelf ook graag het lijntje aanhouden. De zorgconsumptie wordt wel minder, bijvoorbeeld 1x per 2 of 3 weken, maar ze (...) willen zelf dat er een lijntje met ons blijft bestaan, zodat we de hulp snel kunnen intensiveren.” (zorgmanager)*

Zoals eerder gezegd zien zorgmanagers in de MO mensen over het algemeen liever met kleine stapjes doorstromen op de woonladder, dan met grote sprongen. Dit ligt in het verlengde van het 'stabilisatiedenken'. De bereikte resultaten worden liever niet onmiddellijk gevolgd door weer een nieuwe stap. Het is in de ogen van zorgmanagers verstandig een bereikt resultaat te consolideren door mensen niet direct in een nieuwe (woon)situatie te brengen. Het gaat meestal om mensen die gevoelig zijn voor stress en verandering. Mensen vertrouwen laten krijgen in hun nieuw verworven woonsituatie met bijbehorende competenties is belangrijk.

### *5.1.3 Groeimodel*

Zorgmanagers vinden dat er in de afgelopen jaren een omslag in het denken over zorg aan dak- en thuislozen en verslaafden heeft plaats gevonden. De balans is verschoven van het aanbieden van generieke voorzieningen naar een individuele aanpak. Deze tendens is verankerd geraakt in de financiering van zorg. Er worden geen voorzieningen betaald (een gebouw met personeel) maar individuele behandeling (ZVW) en begeleiding (AWBZ). Deze verschuiving brengt met zich mee dat hulpverleners steeds meer de cliënt als individu zijn gaan zien en deze ook centraal stellen. Sommige zorgmanagers vinden vervolgens dat in de benadering van de cliënt "groei" centraal moet staan. Dat moet omdat de wens tot groei en ontplooiing "bij de menselijke natuur hoort". Andere zorgmanagers verwijzen naar de "herstelgedachte" waarin een van de doelen is het "zelfsturend vermogen van mensen met psychiatrische handicaps te vergroten"<sup>12</sup>.

Andere zorgmanagers stellen groei minder centraal maar wijzen erop dat hulpverleners een "nieuwsgierige" attitude moeten hebben. Met deze nieuwsgierigheid kunnen behoeften aan groei en verbetering van de levenssituatie van cliënten worden ontdekt. Openheid en betrokkenheid zijn vervolgens eigenschappen van hulpverleners waarmee zij de behoefte aan verandering en groei bij hun cliënten verder kunnen exploreren en ondersteunen.

Alle zorgmanagers die van harte het groeimodel onderschrijven zijn zich er tegelijkertijd van bewust dat wat aan groei mogelijk is, individueel bepaald is. Niet iedereen groeit in hetzelfde tempo en sommige mensen groeien helemaal niet, maar gaan als het ware "niet achteruit". Ook in de benadering waarin groei centraal staat, is het goed mogelijk dat hulpverleners (voorlopig) tevreden zijn wanneer mensen stabiliseren. Enigszins in het verlengde hiervan ligt de mening van een zorgmanager die zegt dat het "hoogst haalbare" een te berustende term is, die daarom altijd moet worden gevolgd door "op dit moment". Die houding tot groei of verbetering is iets dat hulpverleners moet uitstralen.

---

<sup>12</sup> Overigens ligt in de herstelgedachte die o.a. door Boevink over het voetlicht wordt gebracht de nadruk op wat cliënten zelf doen, Herstellen is wat mensen met een beperking zelf doen, rehabilitatie is wat hulpverleners kunnen doen om dat herstelproces te bevorderen. (Patricia Deegan op [www.rehabilitatie.nl](http://www.rehabilitatie.nl), 26-01-10).

*“Het is ook wat je uitstraalt als begeleider, daar gaat het ook om, je attitude als begeleider. Daar staat of valt het mee. (...) het begint ermee dat ik het uitstraal, wat mijn attitude en missie is.”*  
(zorgmanager)

Een zorgmanager wijst erop dat in de startperiode van het traject de basis wordt gelegd voor verdere groei. Het gaat dan niet alleen om een administratieve basis, maar ook zou in deze periode stevig moeten worden gewerkt aan allerlei vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig (met begeleiding) te kunnen wonen. Fors investeren in het begin van het traject betaalt zich terug later in het traject wanneer mensen meer zijn aangewezen op hun zelfredzaamheid.

#### *5.1.4 Doorstromen op andere levensgebieden*

Onder zorgmanagers bestaat brede consensus over dat hulpverleners open moeten blijven staan voor groeimogelijkheden op andere levensgebieden. Enkele zorgmanagers geven aan dat verbetering in functioneren op andere levensgebieden, met name dagbesteding, de kans vergroot op toename van behoefte aan zelfstandigheid op het gebied van wonen.

Dagbesteding is een belangrijk levensgebied om sociale contacten op te doen, verveling te verdrijven en zich nuttig te voelen. Dagbesteding is belangrijk om persoonlijke groei te ervaren en in die zin een uitstekende manier om “goed bezig” te zijn. Het levensgebied financiën spreekt veel mensen minder tot de verbeelding, maar blijkt erg belangrijk te zijn. Het merendeel van de mensen die na een periode van dakloosheid in de MO komt, kampt met schulden. Om voor een (z)Onderdakwoning in aanmerking te komen, is het verplicht zich aan te melden bij de Kredietbank Rotterdam (KBR) en daar in budgetbeheer te gaan. Wanneer dat een tijdje goed gaat, kunnen mensen in een schuldhulpverleningstraject beginnen, dat mogelijk uitmondt in een schuldsaneringstraject. Iemand die dit hele proces doorloopt is al snel vier jaar bezig en de uiteindelijke stap naar volledige zelfstandigheid wordt niet vaak gezet voordat de schuldenproblematiek is opgelost.

#### *Concluderend*

Wanneer we, enigszins geforceerd, proberen de hierboven besproken aspecten van doorstroom onder te brengen in visies op doorstroom, zien we twee posities. De ene visie zegt dat de behoefte aan groei 's mensen eigen is, de andere visie sluit dat niet uit maar benadrukt de kwetsbaarheid van mensen. In het groeimodel zijn hulpverleners altijd op zoek naar verbetering van de levenssituatie van de cliënt. In de andere visie is dat niet uitgesloten, zeker niet, maar ligt de nadruk op het stabiliseren van de bereikte (woon)situatie. Beide visies kunnen een plek hebben in een organisatie omdat een nog hoger algemeen leidend principe is dat het zorgaanbod moet zijn toegesneden op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de individuele cliënt.

## **5.2 Wat doen zorginstellingen om doorstroom te bevorderen en uitval te beperken?**

In de vorige paragraaf hebben we de visie van zorgmanagers op positieve en negatieve doorstroom besproken. In deze paragraaf kijken we naar wat zorginstellingen doen om doorstroom te bevorderen. Deze paragraaf is gebaseerd op de gesprekken met zorgmanagers en wordt ondersteund door de informatie die is verkregen door bestudering van de trajecten zoals besproken in hoofdstuk vier. We hebben geen pretentie om volledig te zijn, maar geven de belangrijkste onderwerpen weer die in de verschillende gesprekken naar voren zijn gekomen.

Zorginstellingen volgen bij het opzetten en in stand houden van een zorgaanbod verschillende strategieën:

1. creëren van een eigen zorgcircuit waarin kan worden doorverwezen
  - a. zorg in fasen
  - b. buffervoorziening
2. selecteren, opleiden en coachen van personeel
3. samenwerken
4. contactfrequentie en -locatie aanpassen

### *5.2.1 Het creëren van een eigen zorgcircuit*

Verschillende zorginstellingen beschikken over een eigen keten van voorzieningen. Hierdoor is het mogelijk om cliënten binnen de eigen instellingen een (woon)zorgcarrière aan te bieden. Zorgmanagers geven aan dat het doorverwijzen binnen de eigen instelling gemakkelijker is dan het organiseren van zorg buiten de instellingen. Dat geldt op een strategisch niveau (financiering), maar ook op uitvoerend niveau. Collega's van de eigen organisatie worden nu eenmaal gemakkelijker benaderd dan collega's van andere instellingen. De in het Plan van Aanpak MO gevraagde "naadloze" ketenzorg is eenvoudiger te organiseren in de eigen organisatie dan erbuiten. Het hemd is nader dan de rok.

Een eigen zorgcircuit binnen een zorginstelling kan ook voor de cliënt gunstig zijn. Uit onze analyse blijkt dat meerdere cliënten continuïteit in zorgrelaties belangrijk vinden. Het gaat om continuïteit in soms moeizaam verworven vertrouwen, continuïteit in iemands verhaal (niet telkens opnieuw het verhaal hoeven te vertellen) en vertrouwen in mensen boven vertrouwen in instituties. Hoewel de overgang van de ene naar de andere afdeling noodzakelijkerwijs nieuwe gezichten met zich meebrengt, is het voorstelbaar dat een interne overgang soepeler verloopt. De instellingsvisie en daaruit vloeiende benadering van zorg en bejegening van cliënten verandert niet of weinig. Vertrouwde gezichten raken misschien op afstand maar komen toch gemakkelijk in beeld of er kan naar worden gerefereerd.

### *5.2.1a Zorg in fasen*

In verschillende zorginstellingen kunnen cliënten een (woon)zorgcarrière maken. De organisatie van zorg is gebaseerd op ontwikkelings- of groeidenken. Bouman GGZ, bijvoorbeeld, kent in de klinische fase drie opeenvolgende stappen: detox, behandeling en rehabilitatie. Een ander voorbeeld is te zien bij CVD, daar stromen cliënten vanuit de nachtopvang door naar een doorstroompensioen en, als alles in een keer goed gaat, van daaruit naar zelfstandig begeleid wonen. Het denken in termen van groei en doorstroom is op deze wijze in de organisaties verankerd. Dat neemt niet weg dat er ook cliënten zijn die niet kunnen voldoen aan steeds hogere eisen die aan de zelfredzaamheid worden gesteld naar mate ze hoger op de ladder komen. Voor een aanzienlijk deel geldt 'de wet van de afnemende meeropbrengst'. Het kost deze cliënten en de hulpverleners steeds meer inspanning om nog hoger te klimmen. Verschillende hulpverleners en zorgmanagers wijzen erop dat waar doorgroei op de woonladder (voorlopig) niet mogelijk is, mensen wel op andere levensgebieden vorderingen kunnen maken (financiën, schulden, sociale relaties, dagbesteding). Vorderingen op ander levensgebieden kunnen, op termijn, leiden tot een meer zelfstandige woonsituatie.

Aan de zorg in fasen worden vaak termijnen gekoppeld. De duur van een fase is beperkt, ze is afhankelijk van de duur van de behandeling waarbij wordt gesteund op zorginhoudelijke richtlijnen. In de MO (nachtopvang) zijn deze vastgesteld door SoZaWe en bedoeld om verstopping te voorkomen (en doorstroom te bevorderen). Zowel in de MO als de GGZ lukt het niet altijd zich aan deze termijnen te houden. Dat kan te maken hebben met logistieke problemen (bijvoorbeeld wachtlijsten bij de vervolgvoorziening) maar ook met de cliënt die nog niet 'klaar' is (psychisch, praktisch) om een volgende stap te maken. In dat geval overschrijden hulpverleners de termijnen en laten iemand pas gaan wanneer deze er wel klaar voor is. Het flexibel omgaan met regels, termijnen en procedures zorgt ervoor dat een cliënt niet op straat hoeft te worden gezet (zie ook 5.3.2).

### *5.2.1b Buffervoorzieningen*

Behalve het realiseren van opeenvolgende voorzieningen, die stijging op de behandel- of woonladder in één zorginstelling mogelijk maken, is het creëren van buffervoorzieningen een strategie om uitval te voorkomen. Het hebben van 'eigen' crisisbedden, een mogelijkheid om tijdelijk op een andere plek in de organisatie te worden ondergebracht, biedt hulpverleners de nodige speelruimte om met problematische situaties om te gaan. Deltapsy bijvoorbeeld benadrukt dat de voorzieningen LOPP en IZ<sup>13</sup> belangrijke vangnetten vormen voor patiënten die om een of andere reden tijdelijk uit woonzorg moeten/willen. In de bestudeerde trajecten is er het voorbeeld van Marius. Hij weigerde in eerste instantie opname in IZ, vervolgens werd hij dakloos maar hij verdween niet uit beeld (hij sliep in een tent op het Delta terrein). Na opname in LOPP mocht hij terug komen. In LOPP werd hij bezocht door vertrouwde gezichten van NH4 die hem overhaalden terug te komen.

---

<sup>13</sup> LOPP: Laagdrempelig Opvang Psychiatrisch Patiënten. IZ: Intensieve Zorg

### 5.2.2 Selecteren, opleiden en coachen van personeel

Verschillende zorginstellingen brengen de kwaliteit van het personeel ter sprake als een factor die doorstroom kan bevorderen en uitval kan voorkomen. Sinds de introductie van Centraal Onthaal in 2006 en Trajectregie worden aan hulpverleners in de nachtopvang andere eisen gesteld. Waren zij voorheen verantwoordelijk voor een ordentelijk verloop van de nacht, nu zijn ze medeverantwoordelijk voor het in een traject krijgen en houden van de passanten. Zorginstellingen passen hun personeelsbeleid hierop aan (aannamesbeleid, interne scholing, formeel scholingsaanbod). Het voorkomen van negatieve doorstroom en uitval heeft behalve met de cliënt ook te maken met de kwaliteit van de hulpverlener. Die moet signalen op tijd herkennen en daar adequaat mee kunnen omgaan. Dat geldt voor ambulante hulpverleners die één keer per week bij de cliënt op bezoek komen, maar ook voor de hulpverleners die in een beschermde woonvorm werken.

*“Je hebt mensen met expertise en de juiste attitude nodig die een prettig woonklimaat kunnen creëren. Dat is gewoon heel erg moeilijk, weet ik uit eigen ervaring.” (zorgmanager)*

Eén zorginstelling geeft aan een beleid in te zetten waarin hogere scholingseisen aan de functie van behandelaar worden gesteld. Het plan is om alleen nog met behandelaren op hbo-niveau te werken.

Alle hulpverleners die we hebben gesproken proberen hun cliënten zoveel mogelijk zelf te laten doen. Van kamer opruimen tot KBR bellen, van boodschappen doen tot ziekenhuisbezoek. Telkens kijken zij waar ze erop kunnen vertrouwen dat de cliënt het zelf kan, en waar ze moeten bijspringen. Het maken van deze inschatting behoort tot het professionele domein van de hulpverlener. Het achterliggende idee is dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk moet (leren) functioneren en voorkomen moet worden dat cliënten in een toestand van aangeleerde hulpeloosheid komt (Seligman 1975).

Aangeleerde hulpeloosheid (Seligman 1975; Heuvelman e.a. 2004)

Wanneer een individu door het ontbreken van een koppeling tussen gedrag en uitkomsten van dat gedrag niet weet of hij in de toekomst wel of niet een bepaald gedrag moet vertonen, ontstaat een situatie waarin men zich machteloos op hulpeloos voelt. Vruchteloos rondlopen in de uitkeringsbureaucratie is daar een voorbeeld van. Dat gevoel van machteloosheid, het idee geen invloed te kunnen uitoefenen op de gevolgen van het eigen gedrag wordt aangeleerde hulpeloosheid genoemd.

Eén zorginstelling laat zich erop voorstaan dat zij heel bewust het overnemen van taken en vaardigheden van de cliënt (“pamperen”) probeert te voorkomen. In het team is een aantal handelingen afgesproken die zij bij voorkeur niet meer voor de cliënt doen. In plaats daarvan begeleiden zij de cliënt in het aanleren van

die handelingen. Het achterliggende idee is dat cliënten kunnen groeien en dat het de taak is van de hulpverleners dat te stimuleren. Als zij dat niet doen stagneert de groei.

*“... je ziet dat het niet meer verder ontwikkelt. Het gaat erover dat je voortdurend op je agenda en behandelplanbesprekingen kijkt ‘wat voor doelen zijn er nog’. Of zeg je ‘jongens dat was het, meer zit er gewoon niet in’, dat kan, dat komt ook wel voor. Maar je moet de vraag blijven stellen.”*  
(zorgmanager)

### 5.2.3 Samenwerken

Goede samenwerking tussen ketenpartners in de zorg is belangrijk om een traject op te starten en cliënten vlot door te kunnen plaatsen of op te vangen wanneer een traject (tijdelijk) spaak loopt. Voor het maken van een degelijk trajectplan wordt informatie uitgewisseld of moet een psychiatrische diagnose worden gesteld. Hoewel medewerkers tegen logistieke problemen aanlopen (de agenda van de psychiater is druk bezet), wordt hierover niet gesproken in termen van moeizame samenwerking. In de bestudeerde trajecten hebben we geen voorbeelden aangetroffen waarbij doorstroom (positief, neutraal of negatief) moeizaam verliep vanwege een gebrekkige samenwerking. Wel werken termijnen, procedures of toelatingscriteria soms vertragend. De trajectregisseurs van de GGD kunnen in de samenwerking eventueel een faciliterende en soms ook bemiddelende rol spelen. De geïnterviewde trajectregisseurs geven aan dat zij een grotere rol zouden kunnen spelen bij het oplossen van problematisch verlopende trajecten. Hun expertise en kennis van de sociale kaart wordt niet altijd optimaal benut.

Trajecten waar ketenpartners samenwerken zijn te vinden daar waar de functies wonen en behandelen van elkaar gescheiden zijn. Een MO instelling levert woonzorg en een GGZ instelling doet de behandeling. De samenwerking bestaat voornamelijk uit overleg tussen behandelaar en woonbegeleider of mentor. De mentor ziet de cliënt vaker dan de behandelaar en informeert deze over het functioneren van de cliënt. Vooral waar cliënten instabiel zijn, is de overlegfrequentie groter. In sommige gevallen is er structureel overleg tussen behandelaar (GGZ) en mentor (sociaal pension); op vaste tijden bespreken zij hun gezamenlijke cliënten.

Dat informatie-uitwisseling tussen behandelaar en mentor niet altijd vlekkeloos verloopt, blijkt uit navolgend voorbeeld. Sybren verblijft al enige tijd op de ziekenboeg van de nachtopvang. Zijn methadon wordt daar door de poli bezorgd. Wanneer Sybren, impulsief als hij is, besluit bij een kennis te gaan wonen, verlaat hij niet alleen de nachtopvang maar hij stopt ook met methadon gebruiken (waarschijnlijk omdat hij – tijdelijk – over voldoende geld en drugs kan beschikken). Hij meldt zich nergens af, noch bij de nachtopvang, noch bij de methadonpoli. Niet op de hoogte van zijn vertrek, gaat de methadonbezorging gewoon door. Pas na enige tijd komt de behandelaar erachter dat Sybren bij de nachtopvang buiten beeld is en staakt daarop het bezorgen van methadon. In dit voorbeeld heeft de ziekenboeg van de



nachtopvang verzuimd de behandelaar in te lichten en bestond de behandeling slechts uit het afgeven van methadon aan een medewerker.

Een zorgmanager geeft aan dat het onderbrengen van een cliënt bij een dagbestedingsproject van een andere organisatie lastig is. Hiervoor moet een contract voor onderaanneming met de bewuste aanbieder van dagbesteding worden gesloten. Deze onderlinge dienstverlening moet worden onderhandeld, vastgelegd, ondertekend en gefactureerd. Wanneer er intern voldoende vraag zou zijn, zou deze zorgmanager net zo lief zelf het dagbestedingsproject opzetten. Overigens hebben we in de bestudeerde trajecten hiervan geen voorbeeld aangetroffen. Waar het om gaat is dat administratieve rompslomp (onbewust) een belemmering kan vormen om samen te werken.

#### *5.2.4 Contactfrequentie en – locatie aanpassen (bemoeizorg)*

Wanneer het met een cliënt niet goed gaat neemt de intensiteit van de zorg toe. Meestal in de vorm van verhoogde contactfrequentie, maar ook in de vorm van (tijdelijke) plaatsing in een andere voorziening (IZ, TOV, 'Hummelo', LOPP). In voorzieningen met 24-uurszorg wordt de cliënt eigenlijk continu gevolgd en ook hier neemt de bemoeienis van de staf toe wanneer het niet goed met iemand gaat.

Het veldwerkteam van BoumanGGZ en de ACT-teams van BAVO zijn naar hun aard geschikt om flexibel om te gaan met de zorgbehoefte van hun cliënten. Zij kunnen gemakkelijk de contactfrequentie aanpassen onder andere omdat de *caseload* daar ruimte voor laat. Zij kunnen de cliënten thuis (of op hun verblijfslocatie) opzoeken en krijgen op die manier een vollediger beeld van iemands situatie. Dat stelt ze in staat een passender zorgaanbod te doen. Bovengenoemde redenen liggen mede ten grondslag aan de omvorming van de methadonpoli's van BoumanGGZ tot FACT-teams<sup>14</sup>.

De vuistregel dat contactfrequentie en locatie naar behoefte wordt aangepast lijkt niet te gelden voor de nachtopvang. In twee trajecten hebben we kunnen zien dat de nachtopvang geen deel lijkt uit te maken van de woonzorg ladder. Iemand die vandaag van de nachtopvang gebruik maakt en morgen besluit dat niet meer te doen, is daarin vrij en wordt niet door de hulpverlening gevolgd of opgespoord. In het overgrote deel van de gevallen is dat ook niet nodig. De twee trajecten betreffen beide oudere, fysiek kwetsbare mannen. Na een verblijf van maanden in de nachtopvang verdwenen zij beide uit beeld. De één naar een vriend, de ander in een 55+ woning. In beide gevallen is niet geverifieerd of zij met voldoende zorg de nieuwe situatie ingingen. Een van de mannen dook na verloop van tijd weer op in de nachtopvang, de ander werd na overlastklachten via het lokaal zorgnetwerk (LZN) aangemeld bij Bouman veldwerk. In beide gevallen was er geen sprake van "naadloos" op elkaar aansluitende zorg.

---

<sup>14</sup> FACT is een vorm van Assertive Community Treatment dat zo is georganiseerd dat het team eenvoudig kan schakelen tussen intensieve zorg wanneer nodig en minder intensieve zorg wanneer mogelijk (van Veldhuizen e.a., 2006).

### 5.3 Welke factoren belemmeren positieve doorstroom en preventie van terugval?

In paragraaf 5.2 werd beschreven wat zorginstellingen doen om positieve doorstroom te bevorderen en uitval te voorkomen. Er werd beschreven welke (rand)voorwaarden zorginstellingen creëren om goede zorg mogelijk te maken. De keerzijde van aanwezige (rand)voorwaarden is het ontbreken ervan. Deze worden meestal naar voren gebracht als knelpunten of belemmeringen.

De interviews met zorgmanagers hebben verschillende factoren opgeleverd die als belemmerend worden ervaren voor positieve doorstroom en preventie van terugval op de woonladder. In deze paragraaf hebben we de belemmerende factoren op een rijtje gezet. Niet alle in de interviews genoemde belemmeringen hebben we overgenomen. Telkens is afgewogen of we deze belemmeringen herkenden in de bestudeerde trajecten of ook hebben gehoord bij andere zorgmanagers / hulpverleners.

Als eerste zal een aantal aspecten in het voorzieningenaanbod aan de orde komen (5.3.1), vervolgens wordt een aantal knelpunten benoemd die te maken hebben met sturing vanuit de gemeente (5.3.2) en in samenhang hiermee kan juist ook de zo gewenste sociale inbedding voor problemen zorgen (5.3.3).

#### 5.3.1 Knelpunten in het voorzieningenaanbod

Zorgmanagers geven aan dat in de afgelopen jaren het voorzieningenaanbod in Rotterdam is uitgebreid, zowel qua capaciteit als diversiteit. Dit maakt het mogelijk om cliënten, veel meer dan vroeger, een passend zorgaanbod te doen. Toch wordt er een aantal belemmeringen in het voorzieningenaanbod geobserveerd waardoor doorstroom niet altijd optimaal verloopt en terugval soms dreigt.

##### *Te weinig treden op de woonladder*

Hulpverleners stellen vast dat naar mate mensen hoger op de woonladder komen de doorstroomcurve afvlakt. Net zoals sprake is van een bodemeffect bij de instroom, is er ook sprake van een plafondeffect hoger op de woonladder. Er wordt een 'gat' geobserveerd tussen Beschermd Wonen (BW) en zelfstandig begeleid wonen. Om hieraan tegemoet te komen zou moeten worden gezocht naar woonvormen die zich qua intensiteit van zorg tussen zelfstandig wonen en groepswonen met 24-uurs zorg bevinden. Ook de overstap van zelfstandig begeleid wonen naar zelfstandig wonen is groot. Het idee van kleine(re) treden op de woonladder is in overeenstemming met de opvatting van hulpverleners en cliënten dat een zich langzaam ontwikkelend traject duurzamer resultaten oplevert dan een snel afgewikkeld traject.

Een zorgmanager zegt dat voor mensen die zelfstandig wonen een van de kwetsbaarheden de tijd is tussen het eind van de dagbesteding en voor het slapen gaan. Ook de weekenden kunnen in die zin moeilijk zijn. In een 24-uursvoorziening is er het vanzelfsprekende contact met medebewoners en staf; degenen die zelfstandig wonen moeten die tijd zelf invullen. In de constructie 'satellietwoningen' met moedervoorziening (Pameijer, CVD) kan in de moedervoorziening een aanbod worden gedaan. Een
--

sociaal aanbod tussen 17:00 en 21:00 uur kan ook op andere plaatsen worden gedaan. Het hoeft niet per se in gebouwen van MO of verslavingszorg, maar zou (i.s.m. MO / verslavingzorg) kunnen worden georganiseerd in, bijvoorbeeld, buurthuizen.

#### *Verbetering op de woonladder, achteruitgang in woonsituatie*

De overgang van verschillende vormen van (semi)groepswonen (CVD, Ontmoeting) naar een (z)Onderdakwoning is niet voor iedereen altijd een feitelijke verbetering. Cliënten die gewend waren aan eigen toilet, douche en keuken moeten die in een (z)Onderdakwoning met een ander delen. Het blijkt niet eenvoudig cliënten voor deze stap te motiveren. Een daaraan gelieerd probleem is dat in het bestand (z)Onderdakwoningen relatief weinig 1-persoonswoningen beschikbaar zijn. Deze schaarse woningen worden zoveel mogelijk gereserveerd voor mensen die 'groepsongeschikt' zijn. Waar het bij doorstromen naar een 2-persoons (z)Onderdakwoning op aan komt is het vinden van een geschikte medebewoner ("goede match"). Doordat een goede match lastig is te realiseren, staan veel 2<sup>e</sup> plekken binnen 2-persoons (z)Onderdakwoningen leeg. Volgens een zorgmanager is de uitval uit een (z)Onderdakwoningen voor een deel te verklaren door problemen met het samenwonen met een andere cliënt.

#### *Wachlijsten*

Ondanks de toegenomen capaciteit en diversiteit van het zorgaanbod is er sprake van wachlijsten. Vooral diverse vormen van beschermd wonen (BoumanGGZ) kennen een wachlijst. Wachlijsten zorgen ervoor dat mensen langer dan nodig in een voor hen niet optimale zorgsituatie zitten, of mogelijk doorstromen naar een suboptimale woonvorm. Zoals eerder genoemd zou het gering aantal 1-persoons (z)Onderdakwoningen kunnen worden gezien als 'wachlijstproblematiek'. Iets vergelijkbaars geldt voor de beperkte capaciteit bij GGZ voorzieningen om een behandelaar te koppelen aan mensen in de MO. Het stellen van een diagnose is vaak nog wel mogelijk, maar het 'leveren' van een behandelaar is lastiger. En dat maakt het plaatsen van iemand in bijvoorbeeld een sociaal pension lastig, omdat het hebben van een behandelaar een toelatingseis is.

#### *5.3.2 Knelpunten betreffende de sturing vanuit de gemeente*

In gesprekken met diverse zorgmanagers is de rol van SoZaWe aan de orde geweest. SoZaWe is een belangrijke partner / opdrachtgever voor de maatschappelijke opvang. De rol van SoZaWe in het kort: SoZaWe is verantwoordelijk voor Centraal Onthaal, het 'loket' waar daklozen zich aanmelden en worden gescreend voor een plaats in de nachtopvang. Centraal Onthaal zorgt er ook voor dat daklozen een trajectplan krijgen. Het maken van een trajectvoorstel gebeurt meestal door de organisatie die ook de nachtopvang 'levert'. SoZaWe is ook de organisatie die de door woningbouwcorporaties vrijgemaakte

(z)Onderdakwoningen verdeelt. In deze subparagraaf bespreken we enkele knelpunten over de rol van de gemeente.

#### *Binnen zes maanden doorstromen*

SoZaWe stelt dat iemand maximaal zes maanden van de nachtopvang gebruik mag maken. In die periode moet het trajectplan worden geschreven en moet er begonnen zijn met de uitvoering van het plan. Zorgmanagers geven aan dat, vooral bij dakloze verslaafden, zes maanden krap is. Het dienstrooster van de nachtopvangmedewerker is soms lastig af te stemmen op de onvoorspelbare 'agenda' van de betrokkene. Verslaafden, bijvoorbeeld, die overdag buiten hebben gelopen zijn 's avonds vaak moe en daarom slecht aanspreekbaar. Wanneer het nodig is om een diagnose te stellen in het kader van het trajectplan, speelt ook de krappe agenda van de psychiater een rol. In een aantal gevallen heeft dit tot gevolg dat mensen niet binnen zes maanden uit de nachtopvang doorstromen. Deze zesmaands tijdsdruk speelt ook in de volgende fase op de woonladder (sociaal of doorstroom pension) een rol. In deze periode moet veel gebeuren: de cliënt moet wennen aan wonen, dagbesteding en groepsactiviteiten en schulden moeten in kaart worden gebracht. Het is een vol programma dat door zowel cliënten als hulpverleners als gehaast wordt ervaren. Het aanvragen van een behandelaar en het opstarten van budgetbeheer is tijdrovend.

*"Wil iemand doorstromen moeten de financiën op een rij staan, aanmelden voor budget beheer, denk je echt dat dat binnen twee maanden is geregeld? Een cliënt moet soms vier maanden wachten op een behandelaar en drie maanden wachten op een uitnodiging voor een gesprek bij KBR. Hoe denk je dat ik iemand na 6 maanden ergens kan plaatsen? Wij zijn ook afhankelijk van andere instanties." (zorgmanager)*

#### *Ontbreken van formele drukmiddelen*

In het verlengde hiervan wordt door verschillende zorgmanagers opgemerkt dat MO voorzieningen weinig drukmiddelen hebben om onwillige cliënten te motiveren tot meewerken aan het opstellen en uitvoeren van het trajectplan. Een cliënt die wordt voorgesteld om vanuit de nachtopvang naar een 24-uursvoorziening te gaan kan dit eenvoudig weigeren. Een cliënt heeft een zekere mate van keuzevrijheid. Diezelfde MO instellingen worden wel aangesproken op het overschrijden van de zes maanden termijn. Deze zorgmanagers zouden willen dat SoZaWe meehelpt cliënten te motiveren door regelmatig de Centraal Onthaal pas en eventueel de uitkering te controleren op doelmatigheid. De verwachting is dat SoZaWe met een doelmatigheidscontrole cliënten onder druk zou kunnen zetten om goed mee te werken aan het opstellen en uitvoeren van het trajectplan. Minder repressief is de suggestie om daklozen een 'bedgarantie' in het vooruitzicht te stellen wanneer zij actief meewerken aan het opstellen en uitvoeren van het trajectvoorstel.

*(z)Onderdakwoningen komen soms moeilijk op eigen naam*

SoZaWe is als beheerder van (z)Onderdakwoningen niet altijd genegen het advies van hulpverleners op te volgen om een woning te laten 'omklappen' tot een zelfstandige huurwoning. In een 'omgeklapte' woning (vaak eenpersoons) is de begeleiding vrijwillig en niet meer verplicht. Volgens een zorgmanager wil SoZaWe in sommige gevallen een stok achter de deur houden om goed woongedrag te kunnen afdwingen en zet daarom niet graag een (z)Onderdakwoning op de naam van de cliënt.

### *5.3.3 Gebrekkige sociale inbedding van voorzieningen*

Rotterdam heeft inmiddels veel voorzieningen voor voormalig daklozen gerealiseerd. Ze zijn niet altijd zonder slag of stoot van de grond gekomen, maar ze functioneren over het algemeen met weinig problemen (Maagdenberg e.a., 2008). Enkele zorgmanagers wijzen erop dat een gebrekkige sociale inbedding van de voorziening een potentiële bedreiging vormt voor zowel de voorziening als voor cliënten die er verblijven of gebruik van maken. Voor sociale pensions gelden bijvoorbeeld toelatingscriteria die vooral dienen om het draagvlak in de buurt niet aan te tasten. Hierdoor wordt het plaatsen van cliënten in een sociaal pension lastiger. In onderhandelingen tussen buurt en woonvoorziening verplichten woonvoorzieningen zich soms sancties aan hun bewoners op te leggen wanneer zij in de buurt worden betrappt op, bijvoorbeeld, aankopen van harddrugs. In dit soort onderhandelingen spelen ingewikkelde afwegingen tussen belangen van de buurt en belangen van de woonvoorziening en haar cliënten.

Een (woon)voorziening kan een weloverwogen pro-actief pr-beleid voeren om de acceptatie door de omgeving te vergroten. Zij zouden dat vaak nog beter kunnen doen, aldus een zorgmanager, bijvoorbeeld door in een vroeg stadium contact met buurtbewoners te zoeken. Maar een uitgewerkte strategie is nog niet voorhanden.

*“De vraag is hoe wij de maatschappelijke omgeving erbij kunnen betrekken zodat ook de patiënt zich geaccepteerd gaat voelen. Als je de patiënt onderdeel kunt laten zijn van zijn woonomgeving kun je daarmee ook uitval voorkomen.” (zorgmanager)*

Moeilijker ligt het bij (z)Onderdakwoningen. Wanneer een cliënt daar overlast veroorzaakt (dealen, visite, onaangepast gedrag) kan deze niet terugvallen op pr-beleid. De woonbegeleiders hebben vaak wel contacten met de wijkagent, maar als de omgeving rigide is, is dat een directe bedreiging voor het verblijf in de woning. Met name de druk die stadsmariniers soms lijken te leggen op een snelle oplossing, verhindert dat hulpverleners met de cliënt samen een oplossing kunnen zoeken. In sommige gevallen wordt de zorginstelling gedwongen het begeleidingscontract op te zeggen en moet de cliënt de woning verlaten.



## 6. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk geven we de belangrijkste conclusies weer. Dat doen we door kort antwoord te geven op de onderzoeksvragen. De discussieparagraaf (6.2) is geschreven na de bijeenkomst met de focusgroep. In deze paragraaf bespreken we methodologische beperkingen en geven we enkele aanbevelingen.

### 6.1 Conclusies: antwoord op de onderzoeksvragen

1. Welke doorstroombewegingen hebben in de voorliggende cases plaats gevonden sinds de start van het traject (positieve doorstroom, negatieve doorstroom, neutrale doorstroom, uitval)?
  - Wanneer wordt doorgestroomd: binnen welke termijn is dat gebeurd, hoe is het in zijn werk gegaan?
  - Wanneer niet doorgestroomd: wat is daarvan de reden (bijv. beperkte zelfredzaamheid, onvoldoende voorzieningenaanbod)?

**De meeste cliënten binnen deze onderzoekspopulatie die in het voorjaar van 2008 een trajectplan kregen zijn positief doorgestroomd en een groot deel van deze groep stroomde direct of in stapjes door naar zelfstandig begeleid wonen.** De belangrijkste bevorderende factoren voor succesvolle doorstroom zijn cliëntkenmerken enerzijds, en een passend voorzieningenaanbod anderzijds. De uitbreiding van het voorzieningenaanbod in de laatste jaren is voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor positieve doorstroom uit de nachtopvang. Wat betreft cliëntkenmerken zien we dat wanneer cliënten echter een geschiedenis hebben van ernstige en langdurige marginalisering, de kans op positieve doorstroom het kleinst lijkt. Zij kampen vaak met langdurig middelengebruik, psychiatrische aandoeningen, cognitieve en lichamelijke beperkingen. Bij cliënten waar deze factoren geen of in (veel) mindere mate een rol spelen, zien we succesvolle doorstroom met vaak, op de langere termijn, uitzicht op zelfstandig wonen. Deze cliënten zijn echter eerder uitzondering dan regel, en het idee dat cliënten onderaan de woonladder 'instappen' en vervolgens lineair op de woonladder stijgen en doorstijgen naar volledige zelfstandigheid is in veel gevallen niet realistisch. De weg naar de top is lang en vol gevaren. De groeicurve verloopt vaker cyclisch (vallen, opstaan en opnieuw beginnen), dan in de vorm van een gelijkmatige kromme. Sommige hulpverleners spreken van een curve in de vorm van een zaagtand: groei met ups en downs. Ondanks de behoefte aan groei en verbetering die hulpverleners en cliënten hebben, is consolidatie van de bereikte situatie vaak het hoogst haalbare. Hierbij moet worden opgemerkt dat de gevolgde trajecten geen representatieve afspiegeling vormen van alle trajectplannen die door de TTC zijn goedgekeurd, en mogelijk complexer zijn dan een doorsnee trajectplan dat door de TTC wordt vastgesteld.

Dat veel personen die dakloos waren ten tijde van de bespreking van het trajectvoorstel in de TTC zijn doorgestroomd naar een hogere trede op de woonladder is een verdienste van de gezamenlijke inspanning van hulpverleners en cliënt. Wel moet worden opgemerkt dat dalen op de woonladder op het

laagste niveau niet mogelijk is. Er is sprake van een bodemeffect. Anderzijds is ook sprake van een plafondeffect. Als iemand begeleid zelfstandig woont, is deze al bijna aan het plafond van de woonladder. De stap naar volledig zelfstandig wonen wordt vaak pas gezet als iemand langere tijd heeft bewezen dit aan te kunnen. Iemand moet tenminste schuldenvrij zijn, om de stap naar volledige zelfstandigheid te kunnen maken.

2. Hoe stimuleren dossierhouders positieve doorstroom en voorkomen zij negatieve doorstroom (op de woonladder)?
  - Bij welke gelegenheden en in welke frequentie wordt de mogelijkheid van (verdere) positieve doorstroom van een cliënt aan de orde gesteld?

**Hulpverleners nemen zoveel mogelijk de huidige concrete situatie/problemen van de cliënt als uitgangspunt voor hun handelen.** Het traject- of begeleidingsplan speelt in het dagelijks contact een beperkte rol. Wanneer trajecten onstuimig verlopen is er voor het trajectplan sowieso geen tijd. De meeste inspanning gaat dan zitten in het in zorg houden van de cliënt. In de lagere regionen van de MO (nachtopvang, doorstroompenning) wordt het doorstroomtempo in de meeste gevallen bepaald door de afspraken met SoZaWe. In zes maanden moet iemand zijn doorgestroomd. Doorstromen ligt dus al bij aanvang van het traject in de loop der dingen besloten, al maken hulpverleners uitzonderingen als de cliënt er niet klaar voor is. Alleen bij cliënten bij wie het traject stabiel of voorspoedig verloopt, is het cyclisch werken, bijvoorbeeld met het 8-fasen model, aan de orde. Wat niet altijd zichtbaar wordt op de woonladder is dat sommige mensen worden opgenomen in een 'crisisbed' of kortdurende detoxificatie. Het zijn middelen die hulpverleners inzetten om te voorkomen dat iemand uit zorg raakt, of negatief doorstroomt.

Hulpverleners haken aan bij het niveau en de zorgbehoeften van de cliënt. Dat wat de cliënt kan, niet kan, wil en niet wil. De cliënt staat centraal. Dat wil echter niet zeggen, dat hulpverleners klakkeloos doen (of laten) wat cliënten van ze vragen. Hulpverleners hebben ook een eigen agenda. Een belangrijk agendapunt is dat voorkomen moet worden dat cliënten door bijvoorbeeld middelengebruik verslechteren. Hulpverleners houden rekening met het niveau van functioneren bij de vraag of ze wel of niet meegaan in de wens van de cliënten, bijvoorbeeld de wens om zelfstandig te wonen. Daarnaast hebben hulpverleners een pragmatische insteek. De situatie en problematiek die zij in het contact met de cliënt aantreffen komen als eerste aan de orde. Bij de een is dat het middelengebruik, bij de ander de financiën en bij de volgende de lichamelijke gezondheid.

3. Wat zijn zorginhoudelijke en organisatorische randvoorwaarden voor een succesvolle positieve doorstroom en wordt aan deze randvoorwaarden voldaan?



Hulpverleners zijn in hoge mate afhankelijk van de (vrijwillige) medewerking van hun cliënt. Wanneer het om praktische zaken gaat, zoals huisvesting, financiën etc. zijn cliënten vaak bereid mee te werken. Op dat gebied valt meestal wel iets te winnen. Moeilijker wordt het op het gebied van middelengebruik. Dit is een van de belangrijkste obstakels om vooruitgang te boeken op allerlei leefgebieden. Middelengebruik en daaraan gekoppelde problemen zijn in een aantal gevallen ook de reden voor negatieve doorstroom of gedwongen opname. Het middelengebruik is per definitie verweven met de persoon, zijn motivatie en zijn functioneren. Wanneer iemand niet wil of niet in staat is het middelengebruik onder controle te houden, nemen de problemen en (dus) de hulpverleningsinspanningen toe. Voorzieningen voor tijdelijke (crisis) opvang kunnen in die gevallen uitkomst bieden.

**Zorgmanagers wijzen erop dat zij werken aan (verdere) scholing en coaching van hun medewerkers.** Of het nu gaat om trajectvoorstellen schrijven voor nieuwkomers in de nachtopvang of het creëren van een veilig sfeer in een (woon)groep, er worden op alle niveaus hoge eisen aan medewerkers gesteld. Zorgmanagers realiseren zich dat goede professionals positief kunnen bijdragen aan positieve doorstroom en het voorkomen van uitval. **Andere maatregelen waar zorgmanagers op inzetten zijn het creëren van een eigen zorgcircuit met eigen buffervoorzieningen, samenwerking met ketenpartners en flexibel omgaan met de zorgbehoefte van cliënten.**

Tot slot worden belemmeringen geobserveerd waardoor doorstroom niet optimaal verloopt. Het gaat hierbij om knelpunten in het voorzieningenaanbod, zoals te weinig treden hogerop de woonladder en wachtlijsten. Maar ook om knelpunten binnen de sturing vanuit de gemeente, zoals de ervaring dat er te weinig formele drukmiddelen om handen zijn om onwillige cliënten aan het trajectplan te houden. Als laatste wordt het punt van gebrekkige sociale inbedding van voorzieningen genoemd, wat een bedreiging kan vormen voor de bewoners van deze voorzieningen.

4. Welke praktische invulling geven hulpverleners en zorgprofessionals aan het concept “zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid”?

**Het streven naar een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid is voor hulpverleners een vanzelfsprekend uitgangspunt, maar in het dagelijkse contact staat de situatie op dat moment voorop.** Als iemand stijgt op de woonladder lijkt dat een goed teken; zijn of haar zelfredzaamheid is toegenomen. Toch blijkt dat niet iedereen die stijging zelfstandig kan vasthouden. Hulpverleners zetten eerst alles in het werk om de nieuwe situatie te consolideren, maar soms blijkt dat het toch beter is dat iemand een stapje terug gaat. We hebben ook enkele trajecten gezien van mensen die al langere tijd stabiel hoog op de woonladder staan, waarbij de stabiliteit wordt gevormd door het hulpverleningsnetwerk

dat stevig om iemand heen staat. De zelfredzaamheid die iemand toont wordt bereikt dankzij de intensiteit van zorg. Wanneer dat zou verminderen is de kans groot dat iemand fors in de problemen raakt.

Zelfredzaamheid komt op diverse niveaus tot uitdrukking. In de meest basale zin gaat het om ADL en HDL vaardigheden en om zelfzorgvaardigheden. In een aantal trajecten hebben we gezien dat dit problematisch is. Deze mensen kampen met psychische, cognitieve of lichamelijke beperkingen. Hulpverleners assisteren hen bij verschillende ADL en HDL handelingen of moedigen cliënten aan deze uit te voeren. Waar mogelijk wordt geprobeerd mensen deze vaardigheden aan te leren. Met name mensen die in 24-uurvoorzieningen wonen hebben ondersteuning op dit gebied nodig. Volgens een aantal zorgmanagers zal als gevolg van de vergrijzing in de (verslavings)zorg, het aantal mensen dat problemen ondervindt met ADL, HDL en basale zelfzorg in de komende jaren toenemen.

Op een ander niveau kunnen we spreken van sociale zelfredzaamheid. Het gaat hier meer om vaardigheden om het eigen leven te plannen en te organiseren. Hieronder valt het maken van afspraken met zorginstellingen, dienstverlenende instellingen zoals uitkeringsinstanties, gemeente, woningbouw, belasting etc., maar ook het kunnen onderhouden van informele relaties zoals met vrienden en familie. Op dit vlak zien we de minste zelfredzaamheid. Bij vrijwel alle trajecten worden cliënten daarin ondersteund. Hulpverleners geven weliswaar aan cliënten te stimuleren zelfstandig met instanties contact te onderhouden, maar anderzijds ondersteunen zij daarin hun cliënten sterk.

## **6.2 Discussie**

In deze paragraaf stippen we eerst enkele methodologische beperkingen van dit onderzoek aan en gaan vervolgens op meer discussierende wijze in op enkele belangrijke aspecten van doorstroom in de maatschappelijke opvang en geven aanbevelingen.

### *6.2.1 Methodologische beperkingen*

De gevolgde trajecten vormen geen representatieve afspiegeling van alle trajectplannen die door de TTC zijn goedgekeurd. De selectie van de trajecten, in het voorjaar van 2008, is niet gemaakt op basis van een a-selecte steekproef, maar kwam tot stand in overleg tussen de deelnemers en voorzitters van de TTC en de onderzoekers. Het doel was destijds, om mede aan de hand van de geselecteerde cases, te onderzoeken hoe trajectregie functioneerde en hoe cliëntmanagement door zorginstellingen werd geïmplementeerd. Enerzijds is destijds wel globaal bekeken of de geselecteerde trajecten een afspiegeling waren van alle ingebrachte trajectvoorstellen, anderzijds was er een selectie naar 'bijzondere' cases, cases waarvan verwacht werd dat er verschillende doorstroombewegingen zouden plaatsvinden. Het is hierdoor mogelijk dat de trajecten die we hier hebben behandeld complexer zijn dan een doorsnee trajectplan dat door de TTC wordt vastgesteld.

In het verlengde hiervan hebben verschillende zorgmanagers erop gewezen dat mensen die nu via Centraal Onthaal de maatschappelijke opvang instromen minder worden getypeerd door psychiatrie en verslaving dan in het begin van PvA MO. Als dat zo is, heeft de geldigheid van de resultaten dus vooral betrekking op meer complexe trajecten.

### *6.2.2 Aanbevelingen*

Veel zaken die van invloed zijn op doorstroom zijn de afgelopen jaren verbeterd, zoals het voorzieningenaanbod en de (keten)samenwerking. In deze paragraaf willen we enkele zaken aan de orde brengen waar (verdere) verbetering mogelijk is. Dit wordt zo veel mogelijk vertaald in concrete aanbevelingen.

#### *Onderzoek de behoefte en mogelijkheid van uitbreiding van het voorzieningenaanbod*

Naarmate mensen hoger op de woonladder komen wordt het boeken van winst moeilijker. Daarbij komt dat de overstap van een 24-uursvoorziening naar zelfstandig begeleid wonen als (te) groot wordt ervaren. De doorstroom uit deze voorzieningen is om die reden laag. Een mogelijkheid is om het aantal 24-uursvoorzieningen uit te breiden. Daarbij lijkt vooral behoefte te zijn aan voorzieningen waar gebruik van middelen is toegestaan / gereguleerd. De woonvorm die CVD en Pameijer aanbieden, waarbij mensen zelfstandig in een 'satellietwoning' wonen en de moedervoorziening 'om de hoek' is, vormt mogelijk de ontbrekende schakel. De zelfstandigheid is hoger, de intensiteit van de begeleiding lager, maar even aanwippen voor een vraag, een praatje, spelletje of koffie is mogelijk. In het MO / GGZ circuit zou moeten worden onderzocht of de behoefte aan dergelijke woonzorgconstructies voldoende is gedekt en of, en zo ja hoe, deze kan worden uitgebreid. Uitbreiding kan onder meer worden gezocht in het koppelen van enkele (z)Onderdakwoningen aan een moedervoorziening.

#### *Bindt zorgpersoneel aan instellingen om continuïteit van zorgrelaties te bevorderen*

Continuïteit van zorg is een veel gebezigde term, minder vaak gaat het over continuïteit van zorgrelaties. Continuïteit van zorgrelaties wordt door cliënten belangrijk gevonden. Vanuit hulpverleningsperspectief is het belangrijk omdat het bijdraagt aan de stabiliteit en (dus) efficiency van het zorgproces. Tegelijkertijd kan het kennismaken, vertrouwd raken en afscheid nemen van hulpverleners worden gezien als een belangrijk onderdeel van het herstel- of rehabilitatieproces dat cliënten doormaken. Kennismaken met en afscheid nemen van hulpverleners is een 'fact of life'. Vooral bij cliënten waarbij doorstroom centraal staat is dit aan de orde. Maar we stellen vast dat een fors aantal cliënten langdurig in zorg is en zal blijven. Het is goed als er naast aandacht voor continuïteit van zorg (sluitende ketenaanpak) ook aandacht is voor continuïteit van zorgrelaties.

#### *Zorg voor een optimale benutting van het zorgaanbod*

Een aantal zorg- en behandelprocessen is zo ingericht dat cliënten in de betreffende instelling carrière kunnen maken. De cliënt krijgt een groeiperspectief aangereikt en doorstroming in de eigen gelederen is

gemakkelijker. In dit onderzoek is niet nagegaan of het hebben van een eigen zorgcircuit ook de doorstroom bevordert. Het exploiteren van een eigen zorgcircuit zou kunnen botsen met de gedachte aan ketensamenwerking binnen de MO, waarbij verschillende zorginstellingen de zorg aan een cliënt onderling afstemmen en op elkaar aanvullen. Wanneer een zorginstelling 'alles in huis' heeft hoeft het geen probleem te zijn. Problematisch wordt het wanneer een cliënt adequate zorg wordt onthouden omdat de zorginstelling zelf onvoldoende zorgaanbod heeft én onvoldoende op de hoogte is van het zorg- en dienstenaanbod van de ketenpartners. De rol van trajectregisseurs om dit te bewaken is hierin belangrijk.

#### *Bevorder regelmatige informatie-uitwisseling tussen hulpverleners*

Veel mensen met een traject hebben te maken met meerdere hulpverleners. Ze hebben een mentor of woonbegeleider die hen helpt met dagelijkse en praktische zaken, en er is een behandelaar die verantwoordelijk is voor behandeling (verslaving / psychiatrie). Bij routinematige behandeling, zoals methadonverstrekking, lijkt afstemming minder evident dan bij meer intensieve behandeling. Toch is ook hier min of meer regelmatige informatie-uitwisseling en afstemming aan te bevelen. Vaak kan een mentor contextuele informatie leveren aan de behandelaar waarmee de behandeling kan worden verfijnd. Afstemming en informatie-uitwisseling zijn niet in alle gevallen vanzelfsprekend. Om de samenwerking te verbeteren heeft de Gemeente Rotterdam al stappen ondernomen in de vorm van intervisiebijeenkomsten voor cliëntmanagers, klantmanagers van SoZaWe en KBR en trajectregisseurs. Een goed initiatief dat mag worden voortgezet.

#### *Koppel kwetsbare personen in de nachtopvang aan ambulante werkers*

In twee trajecten hebben we gezien dat kwetsbare personen die langdurig in de nachtopvang verbleven zomaar weg konden blijven, zonder dat ze werden overgedragen of aangemeld bij een outreachend team of lokaal zorgnetwerk. Beide personen hadden een trajectplan. Beide personen zijn ook weer boven water gekomen. In bredere zin lijkt het systeem dus wel te werken. Maar het roept wel de vraag op wat de rol en positie is van cliënten met een trajectplan die (langdurig) in de nachtopvang verblijven. Iemand die langer dan een maand of zes in de nachtopvang verblijft, ontbreekt het kennelijk aan informele steunsystemen waarop kan worden teruggevallen. Niet zelden zijn dit ook personen die al langer bekend zijn binnen de zorg. Zij zouden voor de duur van hun verblijf kunnen worden gekoppeld aan ambulante werkers die monitoren waar zij blijven als ze, tegen de doelstelling van het trajectplan in, niet meer in de nachtopvang verschijnen. Deze aanpak is vooral geëigend voor de meer kwetsbare personen die langdurig in de nachtopvang verblijven. Echter gaat het in dit onderzoek om slechts twee personen bij wie dit het geval was, en zou het hier om incidenten kunnen gaan.

#### *Vergroot de toegankelijkheid van budgetbeheer en andere financiële ondersteuning voor cliënten*

Rondom het beheer van financiën doet zich een merkwaardige paradox voor. SoZaWe stelt budgetbeheer en waar mogelijk schuldhulpverlening verplicht bij mensen die van MO voorzieningen gebruik maken. Het gedeeltelijk overnemen van de financiële verantwoordelijkheid is begrijpelijk in het licht van voorkomen

van verdere financiële problemen. Veel cliënten blijken op financieel gebied niet zelfredzaam. Tegelijkertijd zien we dat de KBR, het uitvoeringsorgaan van budgetbeheer, als een moeilijke instelling wordt ervaren. Veel cliënten hebben de assistentie van een hulpverlener nodig om adequaat met de KBR te kunnen omgaan. De oplossing is een deel van het probleem geworden. SoZaWe zou samen met de KBR kunnen bekijken hoe de toegankelijkheid, ondanks ingewikkelde wet- en regelgeving, verbeterd kan worden voor deze groep mensen.

#### *Bevorder 'duurzaam matchen' van (z)Onderdakandidaten*

Negatieve doorstroom en uitstroom uit (z)Onderdakwoningen hebben voor een aanzienlijk deel te maken met samenlevingsproblemen tussen cliënten die samen een tweepersoonsappartement bewonen. Het blijkt lastig te zijn goede en duurzame combinaties cliënten te vinden. Het aantal eenpersoons-huishoudens stijgt in Nederland, waardoor het claimen van meer eenpersoonsappartementen aan de gezamenlijke Rotterdamse woningbouwcorporaties voor de (z)Onderdak doelgroep, misschien lastig is. Het in kaart brengen van de behoefte aan eenpersoonshuishoudens binnen de MO is aan te raden.

#### *Sociale inbedding: van voorwaarde naar meerwaarde*

Instellingen voor woonzorg onderhouden vaak een beheercommissie bestaande uit bewoners en zorg- en veiligheidsprofessionals. Deze beheercommissies hebben onder meer de volgende taken: toezien op de naleving van convenantafspraken, partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheden, signaleren van overlast en klachtenbehandeling (Maagdenberg e.a. 2008 p. 10). In die zin hebben ze een nogal reactief karakter en zijn ze vooral geconcentreerd op het vermijden van het kwalijke, en minder op het stimuleren van het wenselijke. Dat is eigenlijk een gemiste kans. Beheercommissies zouden een partner kunnen zijn voor sociale investeringen in de buurt.

Zorginstellingen zouden zich sterk moeten maken om beheercommissies te transformeren van 'voorwaarde naar meerwaarde'. Nu lijkt het leeuwendeel van de sociale pr voor dak- en thuislozen en MO-voorzieningen afkomstig te zijn van het communicatieteam Maatschappelijke Opvang van de GGD. Het is aan te bevelen dat zorginstellingen meer investeren in een pro-actieve sociale inbedding in de wijk. De beheercommissie kan een platform zijn om ideeën te genereren en ideeën te toetsten. Sociaal investeren kan verder gaan dan een veegploeg de straat op sturen. De kunst is om buiten de voor de hand liggende kaders van schoon, heel en veilig te denken. Er zou meer (project)samenwerking kunnen worden gezocht met deelgemeente, middenstand, verenigingen, kunstenaars en (andere) wijkgebonden voorzieningen.

### **6.3 Tot slot**

Sommige cliënten die in 2008 een traject kregen hebben hun plek gevonden. Voor hen zijn de belangrijkste stappen gezet. Ze zijn niet meer dakloos en hebben hun leven aardig op de rails. Voor de

een is dat een 24-uursvoorziening, voor de ander zelfstandig begeleid wonen. Voor andere cliënten is de zoektocht nog gaande, zij zijn onrustig, gebruiken veel middelen en hebben hun draai nog niet gevonden.

Hulpverleners voelen zich bij de mensen in het traject betrokken. Zij zoeken, zoveel mogelijk in overleg met de cliënt, naar de best passende woonvorm, dagbesteding en toekomstige doelen. Soms stimuleren zij cliënten naar meer zelfstandigheid, maar vaker is het doel behouden van de huidige situatie en van daaruit voorzichtig verder kijken. Soms zetten zij sterk in op het voorkomen van verslechtering waarbij een stapje terug op de woonladder de beste strategie is.

Doorstroom is een thema dat bij zorginstellingen de aandacht heeft. Zowel op beleids- als op casusniveau zijn zorgmanagers en hulpverleners er mee bezig. In de visies van de zorginstellingen klinken verschillende accenten door, maar zien we ook een overkoepelende overtuiging terug. Het is de overtuiging dat de cliënt met zijn of haar beperkingen en mogelijkheden centraal staat. Een overtuiging waar doorstroom geen doel op zich is, maar altijd onderdeel van een groter geheel, van een samenspel van wensen en zelfredzaamheid van de cliënt enerzijds en het aanbod van zorg anderzijds.

## Geraadpleegde literatuur

- Baars, J., Poel, A. van der, Kleinjan, M, Amadmoestar, S. & Mheen, D. van de. (2009). *Match cliënten – woonzorg. Intern rapport*. Rotterdam: IVO.
- Barendregt, C. & Wits, E. (2009). *Evaluatie van Trajectregie. De implementatie van een nieuwe werkwijze in de Maatschappelijke Opvang en GGz*. Rotterdam: IVO.
- Barendregt, C. & Wits, E. (2007). *Pilot informatievoorziening. 25 trajecten in beeld*. Rotterdam: IVO.
- Heijerman-Holtgreffe, A., & Wits, E. (2009). *Resultaten van het screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie Evaluatie van de zorgtoeleiding van dak- en thuislozen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang*. Rotterdam: IVO.
- Heuvelman, A., Gutteling, J., & Drossaert, S. (2004). *Overzicht van de heersende opvattingen in de hedendaagse psychologie, 5<sup>e</sup> druk*. Amsterdam: Boom.
- Kempen, G.I.J.M., Doeglas, D.M., Suurmeijer, T.P.B.M. (1993). *Het meten van problemen met de zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied met de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) : een handleiding*. Groningen: centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit.
- Kempen, G.I.J.M., Doeglas, D.M. & Suurmeijer, Th.P.B.M. (2004). *Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (Gars) Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Maagdenberg, V. van den, Reijnen, A. & Epskamp, M. (2008). *Maatschappelijke opvang in Rotterdam*. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS)( Project: 07-2749).
- Proot, I.M., Huijjer-Abu-Saad, H., Esch-Jansen, W.P. de, Crebolder H.F. & Termeulen, R.H.J. (2000). Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies* 37, 267-276.
- Rijk en vier grote steden (2006). *Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang*. Den Haag: SDU uitgevers.
- Rooij, T. van, Wits, E., Van de Mheen, D., & Mulder, N. (2008). *Toeleiding van dak- en thuislozen naar de ggz. Verloop van zorggebruik en psychosociale problematiek onder dak- en thuislozen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang in 2006*. Rotterdam: IVO.

Schermer, M. (2002). *The Different Faces of Autonomy. A Study on Patient Autonomy in Ethical Theory and Hospital Practice (proefschrift)*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.

Snoek, A., Poel, A. van der, & Mheen, D. van der. (2008). *Ontwikkeling en toetsing van cliëntprofielen ter bevordering van doorstroom in de maatschappelijke opvang*. Rotterdam: IVO.

Sociale zaken en werkgelegenheid (SoZaWe). (2004). *Beleidsnotitie Centraal Onthaal*. Rotterdam: SoZaWe.

Veldhuizen, J.R. van., Bähler, M., & Teer, T. (2006). Fact: de 'Functie act'. *MGv*, jrg.61, nr 6, pp 525-534.



## **Bijlage**

### **Omschrijving doelgroepen woonladder**

(deze omschrijving is beschikbaar gesteld door GGD Rotterdam-Rijnmond, afdeling zorgregie)

#### **Doelgroep 5**

Klinisch 'gedwongen' (door de rechter). Zeer intensieve zorg en begeleiding. Voorbeeld voorziening: Duurzaam Verblijf Beilen (Drenthe).

##### *Duurzaam Verblijf*

Dit is een voorziening waar verslaafden met een ernstige psychiatrische problematiek, die al veel behandelingstrajecten zonder succes hebben doorlopen met een BOPZ-maatregel (Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen) via een Rechterlijke Machtiging (RM) gedwongen worden opgenomen. De insteek hierbij is door een langdurige en intensieve behandeling te werken aan verbetering van hun psychische en lichamelijke gesteldheid en leefomstandigheden met als doel om een terugkeer in de samenleving mogelijk te maken.

#### **Doelgroep 4**

Klinisch 'vrijwillig'. Zeer intensieve zorg en begeleiding. Voorbeeld voorziening: Woon-Zorg-Werk Delta Psychiatrisch Centrum.

##### *Woon-Zorg-Werk*

Deze voorziening is bestemd voor chronisch verslaafden met een psychiatrische stoornis, waar gebruik is toegestaan. Op vrijwillige basis zullen de bewoners gebruik kunnen maken van deze woonvorm in combinatie met zorg en werk, waarbij zij volop de gelegenheid krijgen om via het werk weer aan een vast dagritme/structuur te wennen. Familiebezoek is uitsluitend mogelijk in overleg.

#### **Doelgroep 3**

Beschermd Wonen. 24-uursbegeleiding. Voorbeeld voorziening: IBW Willem Schürmannstraat, Sociaal Pensions, Doorstroompensions, Woonvoorziening Plantagelaan 2.

##### *Doorstroompension*

In deze voorziening worden geselecteerde dak- en thuislozen middels een specifiek programma de noodzakelijke (sociale) vaardigheden aangeleerd om verder op de woonladder te kunnen klimmen. De maximale verblijfsduur is 6 maanden en na dit traject stroomt de klant door naar een hogere voorziening op de woonladder. De klanten zullen voornamelijk geselecteerd worden vanuit de

nachtopvangvoorzieningen, waarbij de eerste prioriteit ligt bij de zgn. langverblijvers in de nachtopvang. Familiebezoek is uitsluitend mogelijk in overleg.

#### *Intensief Beschermd Wonen*

Deze voorziening is gebaseerd op de ervaringen met de IBW's voor de voormalige prostituees aan de Keileweg. Het is een woonvoorziening waaraan ook activering/werk is gekoppeld; in deze voorziening is gebruik toegestaan. Familiebezoek kan uitsluitend plaatsvinden in overleg. Er is sprake van een stevige langdurige problematiek van de bewoners en dus is een intensieve 24-uurs-begeleiding noodzakelijk.

#### *Sociaal Pension*

In deze voorziening wonen (verslaafde) dak- en thuislozen met veelal psychiatrische problematiek. Veelal vanuit het doorstroompension zullen de bewoners in deze woonvorm worden gehuisvest, waarbij voor het merendeel zal gelden dat deze woonvorm het hoogst haalbare is op de woonladder. In deze grootschalige voorziening is sprake van 24-uurs-begeleiding/toezicht en is gebruik op de eigen kamer toegestaan. Familiebezoek is uitsluitend toegestaan in overleg.

### **Doelgroep 2**

Begeleid Wonen. Geen 24-uursbegeleiding. Gemiddeld 6-8 uur in pandige begeleiding aanwezig. Voorbeeld voorziening: kleinschalige woonvoorzieningen, groepswonen zoals Bosland, Sleephellingstraat.

#### *Kleinschalige Pensions*

In deze kleinschalige voorzieningen komen dak- en thuislozen te wonen, die het traject in het doorstroompension hebben doorlopen, maar nog niet in staat zijn om zelfstandig te kunnen wonen. In deze projecten met een maximale groepsgrootte van 15 bewoners is het streven om binnen 1 jaar deze bewoners alsnog door te laten stromen naar zelfstandige huisvesting. Ook kan deze voorziening fungeren voor die groep dak- en thuislozen, die het tijdelijk niet redden in de zelfstandige setting (terugvalfunctie). Deze vorm kan ook gehanteerd worden bij de zgn. opvang in zelfbeheer, waarbij de bewoners grotendeels alle dagelijkse taken uitvoeren.

#### *Groepswonen*

In deze kleinschalige voorzieningen komen relatief oudere dak- en thuislozen te wonen, die geen zin meer hebben in de professionele begeleiding. Verder is deze groep niet al te problematisch en heeft hooguit behoefte aan wat ondersteuning. Deze vorm van wonen kan tot stand komen bijv. via opvang in zelfbeheer of via de wat verouderde constructie van de hospita/verzorgend echtpaar.

### **Doelgroep 1**

Zelfstandig wonen met ambulante woonbegeleiding. Voorbeeld: (z)Onderdakwoningen

### *Ambulante Woonbegeleiding*

Bij ambulante woonbegeleiding is sprake van het bewonen door 1 of 2 klanten van een zorginstelling in een gewone corporatiewoning, gehuurd door de gemeente. In deze bijna zelfstandige woonvorm wordt de bewoner wekelijks bezocht om de gemaakte afspraken, vastgelegd in het woon-begeleidingscontract, te bespreken. De ambulante woonbegeleiding is permanent en uitsluitend na gezamenlijk goedvinden van klant, instelling en corporatie kan de bewoner zelfstandig huren.