Begrip voor Onbegrepen Gedrag

Begeleidend Onderzoek Project 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture'

I. Schoonbeek
J. Snippe
B. Bieleman

Breuer Onderzoek & Intraval Advies

Begrip voor Onbegrepen Gedrag

Begeleidend Onderzoek
Project 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture'

Juli 2021

Breuer Onderzoek & Intraval Advies

Lentis

VNN Verslavingszorg Noord Nederland

Gemeente Groningen

ZonMw

Colofon

© Breuer&Intraval

Juli 2021

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Tekst: I. Schoonbeek, J. Snippe, B. Bieleman
Opmaak: M. Haaijer
Opdrachtgever: Lentis, gefinancierd door ZonMw

VOORWOORD

Onderzoeks- en adviesbureau Breuer&Intraval heeft een begeleidend onderzoek uitgevoerd bij het project 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture'. Dit is een project van Lentis in samenwerking met Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) ondersteund door de gemeente Groningen en is gefinancierd door ZonMw. In dit project is gezocht naar manieren om ernstig beschadigde en sociaal geïsoleerde mensen weer aan de samenleving te verbinden. Daarbij is geprobeerd zo goed mogelijk aan te sluiten bij de leefwereld van deze personen.

Het onderzoek is uitgevoerd door de onderzoekers Irene Schoonbeek, Maurits Sijtstra, Jacco Snippe en Bert Bieleman van Breuer&Intraval. Daarnaast zijn Marjolein Boendermaker en Judith van der Molen in de beginfase bij het onderzoek betrokken geweest.

Een belangrijke inspirator vanaf het begin tot het einde is de projecteider Marlieke de Jonge (Lentis) geweest. Graag willen wij haar, de teamleider Eylard Haijer (Lentis) en de oud-teamleider Gerard Lohuis (BuurtzorgT) bedanken voor hun grote inzet en betrokkenheid. Hetzelfde geldt voor de overige leden van het kernteam bestaande uit één hulpverlener van BinG, één hulpverlener van VNN en twee hulpverleners van Lentis: Arie, Matthijs, Monika en Thea.

Daarnaast willen we onze dank uitspreken aan de hulpverleners en medewerkers van overige betrokken organisaties, zoals de gemeente, de politie en de Wij-teams. Ook willen wij onze wetenschappelijk adviseurs dr. Marinus Spreen (NHL Stenden) en dr. Arie Glebbeek (Rijksuniversiteit Groningen) bedanken voor hun deskundige ondersteuning bij het onderzoek.

Tenslotte willen wij vooral de tien deelnemers van het project bedanken voor hun deelname aan het project en het vertrouwen dat zij in de onderzoekers hebben gesteld. Zonder de medewerking van al deze personen was het onderzoek niet mogelijk geweest.

Namens het onderzoeksteam,

Irene Schoonbeek
Bert Bieleman

INHOUDSOPGAVE

	Pagina
1 Inleiding	**1**
1.1 Aanleiding	1
1.2 Project	3
1.3 Onderzoek	5
1.4 Onderzoeksvragen	6
1.5 Leeswijzer	6
2 Methodologische verantwoording	**7**
2.1 Opstellen interventielogica	7
2.2 Procesevaluatie	8
2.3 Resultaatmeting	10
2.4 Analyse	13
3 Interventielogica	**19**
3.1 Probleemsituatie	19
3.2 Doelgroep	22
3.3 Theoretische onderbouwing	22
3.4 Doelstellingen	24
3.5 Werkwijze	25
3.6 Randvoorwaarden	29
3.7 Organisatie	30
3.8 Schematisch overzicht	31
4 Verloop project	**33**
4.1 Startfase	33
4.2 Vervolg	37
4.3 Ervaringen	41
5 Beschrijving deelnemers bij instroom	**47**
5.1 Deelnemer A	47
5.2 Deelnemer B	48
5.3 Deelnemer C	49
5.4 Deelnemer D	50
5.5 Deelnemer E	51
5.6 Deelnemer F	52
5.7 Deelnemer G	53
5.8 Deelnemer H	54
5.9 Deelnemer I	55
5.10 Deelnemer J	57

6 Resultaten leefgebieden **59**
6.1 Huisvesting 60
6.2 Geestelijke gezondheid 64
6.3 Lichamelijke gezondheid 67
6.4 Sociale omgeving 69
6.5 Dagbesteding 73
6.6 Preventie crisissituaties 75
6.7 Verslaving 77
6.8 Overlast 80
6.9 Financiën 81
6.10 Resumé 83

7 Resultaten projectdoelen **87**
7.1 Regie over het eigen leven 87
7.2 Kwaliteit van leven 90
7.3 Gevoel van eigenwaarde 92
7.4 Verbinding met de samenleving 94
7.5 Gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven 95
7.6 Afname van crisissituaties 97
7.7 Toename van sociale contacten 99
7.8 Resumé 101

8 Beschrijving deelnemers bij afronding project **103**
8.1 Deelnemer A 103
8.2 Deelnemer B 104
8.3 Deelnemer C 105
8.4 Deelnemer D 105
8.5 Deelnemer E 106
8.6 Deelnemer F 107
8.7 Deelnemer G 108
8.8 Deelnemer H 109
8.9 Deelnemer I 110
8.10 Deelnemer J 111

9 Samenvatting en conclusies **113**
9.1 Project 113
9.2 Interventielogica 114
9.3 Uitvoering 118
9.4 Behaalde doelen en werkzame mechanismen 120
9.5 Aandachtspunten 124

Literatuur **129**

Bijlage 1: Profielschets deelnemers **135**
Bijlage 2: Uitkomsten statistische testen levensgebieden **137**
Bijlage 3: Uitkomsten statistische testen verwachte doelen **139**

1. INLEIDING

Onderzoeks- en adviesbureau Breuer&Intraval heeft in opdracht van Lentis en met financiering van ZonMw het innovatieproject 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture'[1] onderzocht. In dit project wordt geëxperimenteerd met verschillende interventies met als doel het verkrijgen van kennis over het verbinden van 'verwarde personen' aan de samenleving en vice versa.

1.1 Aanleiding

In de media zijn in de afgelopen jaren steeds meer signalen verschenen over (een toename van) zogenoemde verwarde personen. 'Verwarde personen' is een containerbegrip voor een zeer heterogene groep mensen die te kampen heeft met verschillende (combinaties van) aandoeningen en/of beperkingen en op verschillende levensgebieden problemen hebben.[2] Verward gedrag heeft vele verschijningsvormen, oorzaken en achtergronden.[3,4] Spreken over 'de verwarde persoon' doet daarom geen recht aan de grote verscheidenheid van verward gedrag en de achtergronden daarvan.

Verschillende instanties hanteren verschillende definities van 'verwarde personen' en 'verward gedrag'. Ook de wijze en mate waarin zij in bijbehorende categorieën in registratiesystemen geregistreerd worden verschilt per instantie. Cijfers over het aantal verwarde personen moeten daarom met de nodige voorzichtigheid worden beschouwd.[5]

Het aantal meldingen van 'overlast door een verward persoon' die bij de politie binnenkomen is in de afgelopen jaren gestegen van 44.569 meldingen in 2012 tot 117.372 in 2020.[6,7,8,9] Een deel van de meldingen heeft betrekking op dezelfde personen; het aantal

[1] In de rest van het rapport wordt gesproken over het project of het project 'Verbindende Hulpverlening'.
[2] Mulder, C.L., J. van Weeghel, A. Wierdsma, J. Zoeteman en A. Schene (2017). Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. Tijdschrift voor Psychiatrie. Jaargang 59.
[3] Bon, M. van, A. Lempens, J. Nuijen, M. Planije, G. van Dick, E. Tromp, M. Jongeneel, L. Raaijmakers, M. Rombouts, H. Beeksma, P.F. van Boven, A. Veen, M. van den Berg, L. den Broeder, H. van Oers, N. Post, A. Spijkerman, A. Verweij en M. Weda (2019). Verschillende bronnen, één mozaïek. Eindverslag van het project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant'. RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant en de PraktijkIndex (Consortiumpartners regionale pilots), Bilthoven.
[4] Koekkoek, B. (2019a). De kwestie verwarde personen. Lannoo Campus, Amsterdam.
[5] Koekkoek, B. (2019a).
[6] Bron: https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?dl=2FF74
[7] In een groot deel van 2020 was er sprake van een coronapandemie. Mogelijk heeft dit effect gehad op het aantal meldingen van verwarde personen in 2020. Er is echter sprake van een structurele stijging in het aantal meldingen van verwarde personen. In 2019 zijn er 99.662 meldingen binnengekomen bij de politie.
[8] In de gemeente Groningen is het aantal meldingen van 'overlast door verward persoon' gestegen van 1.024 in 2021 naar 2.796 in 2020.
[9] In het administratiesysteem van de politie wordt sinds 2011 'overlast door een verward persoon' genoteerd onder de categorie E33. Onder deze code vallen in principe geen personen die onder invloed van middelen zijn, dakloos zijn of een suïcidepoging hebben gedaan. In de praktijk zijn de criteria voor een E33-melding ruim en toekenning gebeurt ad-hoc, niet pas na het langslopen van een lijst met criteria. De E33-registratie vormt de meerderheid van de meldingen met betrekking tot verward gedrag, maar is net compleet. Bron: Koekkoek, B. (2019a).

unieke personen met verward gedrag is aanzienlijk lager. Volgens het RIVM waren er in 2016 van de 80.000 meldingen van overlast door verward gedrag ruim 61.000 meldingen te herleiden tot bijna 34.000 unieke personen.[10] De forse toename van meldingen van 'overlast door een verward persoon', betekent niet per se dat er sprake is van een vergelijkbare stijging in het aantal personen met verward gedrag.

Cijfers over het aantal meldingen van verwarde personen zeggen weinig over de ernst of impact van een melding. In de afgelopen jaren hebben verschillende incidenten van personen met verward gedrag de media bereikt en hierin grote aandacht gekregen. Tegelijk wordt er aandacht gevraagd voor het stigma dat personen met verward gedrag (dreigen te) krijgen en voor ruimte, compassie en aandacht die in de samenleving nodig is voor mensen met verward gedrag.[11] Naar aanleiding van deze signalen is in 2015 een 'Aanjaagteam Verwarde Personen' opgericht. In 2016 is het team opgevolgd door een 'Schakelteam', dat in oktober 2018 eindigde.[12] Via het Verbindend Landelijk Ondersteunings Team (VLOT) blijft de aandacht voor 'verwarde personen' bestaan, ook omdat nog niet geheel duidelijk is wat werkt en welk beleid op welk niveau verder gevoerd moet worden.[13] VLOT richt zich op kwetsbare personen die door verschillende oorzaken onvoldoende levensbrede hulp ontvangen en daardoor onvoldoende kunnen deelnemen aan de samenleving. Dit zijn onder meer personen met verward gedrag, maar ook personen die zorg uit de weg gaan (zorgmijders), die moeite hebben hun leven op orde te krijgen of te houden na verblijf in een gevangenis of instelling of personen met geestelijke kwetsbaarheden.

Achtergrond

Samenleven is je verbinden en verbonden voelen met de mensen om je heen. Erbij willen horen, waardering krijgen en gewaardeerd worden zijn sterke motivators om gedrag aan te passen aan de wensen van de sociale omgeving.[14] Bij sommige mensen zijn verbinding met de sociale omgeving en een gevoel van eigenwaarde uit beeld verdwenen. Het gaat hierbij om burgers die (regelmatig) de grip op hun leven verliezen, waardoor het risico bestaat dat zij zichzelf of anderen (ernstige) schade toebrengen. Zonder passende interventies komen sociaal geïsoleerde mensen steeds verder van de samenleving af te staan: ze nemen nauwelijks deel aan de samenleving, vullen zelfredzaamheid in op een manier die anderen niet begrijpen en belanden ongewild maar vaak bij professionele instellingen en voorzieningen.[15]

Probleemstelling

Er is een kleine groep mensen in de gemeente Groningen die leven in een cyclisch crisispatroon.[16] Het gaat om mensen die zich buitengesloten voelen en vanwege hun

[10] RIVM (2017). Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. RIVM, Bilthoven.
[11] RIVM (2018). Factsheet Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. Ministerie van VWS, Den Haag.
[12] Koekoek, B. (2019a).
[13] Koekoek, B. (2019b). Rapportage verkenning verward gedrag. In opdracht van ZonMw / ministerie van VWS.
[14] Maslow, A. (1968). Towards a Psychology of Being. Wiley, New York.
[15] Machielse, A. (2006). Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement. Jan van Arkel, Utrecht.
[16] Het project zou zich oorspronkelijk richten op mensen die 'ernstig overlast geven'. Tijdens het project is gebleken dat een deel van de doelgroep c.q. deelnemers geen ernstige overlast geeft.

beperkte mogelijkheden en slechte ervaringen niet het nut of de noodzaak (in)zien om zich aan de basale (impliciete en expliciete) regels van de maatschappij te houden ('meedoen').[17] Ook is het mogelijk dat zij dusdanig beschadigd zijn dat zij er niet in slagen om 'mee te doen'. Reacties van anderen op deze personen die 'niet meedoen', zijn over het algemeen negatief dan wel afwijzend van aard, waardoor hun (negatieve) overtuigingen en ervaringen voortdurend bevestigd worden.

Het huidige (zorg)aanbod en de maatschappelijke voorzieningen – waar veelal vanuit systemen, diagnoses en behandelingen wordt gedacht - sluiten onvoldoende aan op de behoeften en complexe meervoudige problematiek van deze groep. Een eensluitende aanpak bestaat niet, daarvoor zijn deze personen (en hun problematiek) te divers.[18] Hulpverleners die intensief met deze personen (samen)werken, weten wat hun individuele cliënten nodig hebben, maar zitten vast in regels, protocollen en systemen. Omdat de systeemwereld niet aansluit bij de leefwereld van de cliënt valt deze keer op keer tussen wal en schip.

1.2 Project[19]

Het innovatieproject 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture' is gericht op het verkrijgen van kennis over het verbinden van verwarde personen aan de samenleving en vice versa.[20] Vanuit het primaire hulpverleningsproces wordt gezocht naar werkzame bestanddelen om deelnemers 'iets te verliezen' te geven, waarmee ze verleid worden (af en toe) weer 'mee te doen' in de samenleving en verbindingen aan te gaan. Daarbij wordt geëxperimenteerd met verschillende niet-vrijblijvende (zelf)hulp strategieën waarbij persoonlijk[21] en maatschappelijk herstel[22] belangrijke uitgangspunten vormen.

Het project 'Verbindende hulpverlening als Joint Venture' gaat ervan uit dat:

- de basisbehoefte van 'erbij willen horen' en ertoe doen bij iedereen (latent) aanwezig is; en
- wanneer iemand zich verbonden voelt met de samenleving en daar waarde aan hecht hij/zij geneigd zal zijn rekening te houden met zijn/haar omgeving.

[17] In dit rapport spreken we regelmatig over 'meedoen'. Hieronder verstaan we 'je gedragen naar c.q. houden aan impliciete en expliciete (gedrags)regels die in de maatschappij gelden'.
[18] www.gelderlander.nl/arnhem/de-verwarde-mens-bestaat-niet-zegt-onderzoeker-bauke-ga-anders-om-met-deze-groep~ab3dddfe/?referrer=https%3A%2F%2F
[19] In hoofdstuk twee gaan we verder in op de veronderstellingen die aan het project ten grondslag liggen.
[20] In dit rapport spreken we regelmatig over 'verbinden', zoals het verbinden van 'verwarde personen' aan de samenleving en vice versa. Met 'verbinding' bedoelen we: onderlinge erkenning, waardering, 'gezien worden', 'erbij horen'.
[21] Onder 'persoonlijk herstel' wordt verstaan: het zelf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en meer grip krijgen op het eigen leven. Bron: Subsidieoproep ZonMw. 'Maatschappelijk en persoonlijk herstel bij psychische problemen'. 3 april 2017.
[22] Onder 'maatschappelijk herstel' wordt verstaan: de verbetering van de positie van het individu op het vlak van wonen, werk, inkomen en sociale relaties. Het gaat hierbij om het benutten of vergroten van de kansen die de samenleving biedt om de autonomie te vergroten. Bron: Subsidieoproep ZonMw. 'Maatschappelijk en persoonlijk herstel bij psychische problemen'. 3 april 2017.

De centrale vraag van het project luidt als volgt:

Hoe krijgen verwarde en vaak ernstig beschadigde en sociaal geïsoleerde personen 'iets te verliezen' en is dat voor hen voldoende om zich aan te passen?

Term onbegrepen in plaats van verward

De term 'verward' suggereert dat dit een objectief vast te stellen eigenschap is, terwijl iemand een 'verward persoon' noemen juist vaak betekent dat het gedrag van deze persoon door anderen niet wordt begrepen, een ander hier last van heeft en/of zich hierover zorgen maakt, het is een oordeel over iemands gedrag.[23,24] Planije en Van Hoof (2016) merken op dat de term verwarde personen wellicht tot veel discussie heeft geleid, maar wel de aandacht heeft gevestigd op het signaleren van maatschappelijke risicofactoren voor (escalatie van) psychosociale problematiek bij kwetsbare personen al dan niet resulterend in 'verward gedrag' of zoals zij het omschrijven 'leidend tot acute zorgnood'.[25] Mogelijk komt een term als 'mensen met een acute zorgnood' of 'mensen met een acute zorgvraag' beter tegemoet als aanduiding van de schrijnende situaties waar politie, hulpverleners en andere dienstverleners mee te maken hebben.

Het gedrag wordt, ook door hulpverleners, vaak als moeilijk hanteerbaar ervaren. Dit gedrag wordt bijna altijd veroorzaakt door meerdere factoren tegelijkertijd. Omdat menselijk gedrag ontstaat door een ingewikkelde interactie van biologische, psychologische en sociale en fysieke omgevingsfactoren is een duidelijke oorzaak van probleemgedrag niet altijd aan te wijzen en is er meestal ook niet één oplossing.[26] Andere gebruikte bewoordingen voor probleemgedrag zijn complex gedrag, ontwrichtend gedrag of onbegrepen gedrag. In het kader van het project spreken we daarom niet van 'verwarde personen', maar van 'personen met onbegrepen gedrag' of 'onbegrepen personen' en niet van 'verward gedrag', maar van 'onbegrepen gedrag'.

Doelstellingen

Het doel van het project is het verzamelen van kennis over hoe ervoor kan worden gezorgd dat ernstig beschadigde en/of geïsoleerde personen zich weer verbonden voelen met de maatschappij. De vraag daarbij is hoe deze personen zich (weer) zodanig verbonden gaan voelen met hun sociale omgeving dat ze bereid en in staat zijn om rekening te houden met hun omgeving. Welke (werkzame principes van) methodieken en (zelf)hulpstrategieën die erop zijn gericht om personen met onbegrepen gedrag sterker te verbinden aan de samenleving helpen voor welke personen en in welke situaties? Met het project willen we inzicht krijgen in wat nu werkelijk werkt bij persoonsgerichte hulpverlening.

Verwacht wordt dat deelname aan het project bij de deelnemers zal leiden tot:

- een zelf ervaren betere kwaliteit van leven: zowel fysiek, psychisch als materieel;
- substantiële afname van ervaren zorg en overlast van buren en relevante anderen;
- substantiële afname van gebruik van politie- en crisisdiensten.

[23] Koekkoek, B. (2019a).
[24] https://www.trimbos.nl/kennis/verward-gedrag Geraadpleegd dd: 31-03-2021
[25] Planije, M. en F. van Hoof (2016). 'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood'? Trimbos-instituut, Utrecht.
[26] Zuidema, S.U., M. Smalbrugge, W.M.E. Bil, R. Geelen, R.M. Kok, H.J. Luijendijk, I. van der Stelt, A.M. van Strien, M.T. Vink en H.L. Vreeken (2018). Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie. Verenso, NIP, Utrecht.

Verder wordt verwacht dat het project zal leiden tot:
- overdraagbare kennis over effectievere en efficiëntere inzet van hulp;
- reductie van zinloze kosten die nu aan deze personen verloren gaan.

Doelgroep

Het project richt zich op personen die leven in een cyclisch crisispatroon in de gemeente Groningen[27] die bekend zijn bij Lentis, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) of BinG.[28,29,30] Het gaat om personen met complexe problematiek op verschillende leefgebieden die zich buitengesloten voelen en die vanwege hun beperkte mogelijkheden en slechte ervaringen er niet in slagen om mee te doen, terwijl ze dat wel graag zouden willen.

1.3 Onderzoek

Praktijkbegeleidend onderzoek is onderdeel van het project, waarbij praktijk het onderzoek voedt en vice versa. Doel van het onderzoek is het onderscheiden van werkzame mechanismen, succes- en faalfactoren van methodieken om personen met onbegrepen gedrag met hun leefomgeving te verbinden. De kennis en ervaringen die in de praktijk worden opgedaan en/of in het onderzoek boven tafel komen, worden continu aan de betrokkenen teruggekoppeld, zodat direct van de opgedane kennis gebruik kan worden gemaakt.

Methoden

In het onderzoek maken we gebruik van verschillende methoden. Allereerst is een Realistic Evaluation uitgevoerd, waarmee inzichtelijk is gemaakt welke veronderstellingen ten grondslag liggen aan het project. Hiervoor hebben we een literatuurstudie uitgevoerd en zijn personen geïnterviewd die betrokken zijn bij het opzetten van het project.

Tijdens het project zijn gedurende meerdere jaren tien personen[31] gevolgd. In deze periode hebben we in kaart gebracht hoe het met de deelnemers gaat, hoe zij zich ontwikkelen op verschillende leefgebieden en persoonlijke doelen en welke acties de hulpverleners hebben ingezet om hen weer deel te laten nemen aan de maatschappij. Hiervoor hebben we regelmatig gesprekken gevoerd met de deelnemers, kwantitatieve vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers, gesprekken gevoerd met de hulpverleners en registratiegegevens verzameld.
Daarnaast zijn we nagegaan hoe de interactie tussen de betrokken partijen is verlopen, wat hierin goed is gegaan en wat hierin de knelpunten waren en koppelden we onze

[27] De gemeente Groningen is gedurende de loop van het project - per 1 januari 2019 - samengegaan met de gemeenten Haren en Ten Boer.
[28] BinG staat voor 'Bemoeizorg in Groningen' en levert de bemoeizorg in de gemeente Groningen.
[29] Het project zou zich oorspronkelijk richten op 'ernstig overlastgevende personen'. Tijdens het project bleek echter dat een deel van de doelgroep c.q. deelnemers geen (ernstig) overlast veroorzaakt.
[30] In eerste instantie zou het project zich richten op personen die bekend zijn bij politie en de crisisdienstverlening van Lentis. Voorafgaand aan en tijdens het project bleek dat een deel van de (beoogde) deelnemers niet (recent) in beeld is bij politie en/of de crisisdienst van Lentis. Wel zijn ze allen bekend bij één of enkele hulpverleningsinstanties waar de leden van het kernteam werkzaam zijn, namelijk Lentis, VNN en BinG.
[31] In het onderzoek worden de personen die worden gevolgd aangeduid als 'deelnemers'.

bevindingen tussentijds terug aan de betrokkenen. Hiervoor hebben we periodiek interviews gehouden met betrokken partijen en observaties uitgevoerd tijdens projectoverleggen van de bij de deelnemers betrokken hulpverleners. In hoofdstuk 3 gaan we uitgebreider in op de gebruikte onderzoeksmethoden.

1.4 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen met betrekking tot het project luiden als volgt:

1. Welke doelen worden met het project Verbindende Hulpverlening nagestreefd?
2. Op welke wijze dienen de doelen te worden bereikt?
3. Wat is de beoogde doelgroep van het project? In hoeverre is de beoogde doelgroep bereikt?
4. Wat is de (beoogde) meerwaarde van het project t.o.v. de reguliere hulpverlening?
5. Op welke wijze is het project Verbindende Hulpverlening uitgevoerd en hoe is het door de betrokkenen ervaren?
6. In hoeverre zijn de beoogde doelen van het project behaald en hoe uit zich dat op de verschillende leefgebieden?
7. Wat zijn de werkzame mechanismen van het project?

1.5 Leeswijzer

In dit rapport doen we verslag van het begeleidend onderzoek. Na dit inleidende hoofdstuk behandelen we in hoofdstuk twee de onderzoeksopzet, waarna we in hoofdstuk drie de interventielogica bespreken. In hoofdstuk vier beschrijven we het verloop van het project. Hoofdstuk vijf geeft een beeld van de situatie van de deelnemers op het moment dat zij instromen in het project. In de hoofstukken zes en zeven bespreken we achtereenvolgens de resultaten op verschillende leefgebieden van de deelnemers en de resultaten op de veronderstelde doelen. In hoofdstuk acht wordt de situatie van de deelnemers bij afronding van het project beschreven. In hoofdstuk negen behandelen we de conclusies aan de hand van de deelvragen en de centrale vraag van dit project.

2. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

In dit hoofdstuk gaan we in op de methoden en instrumenten die we hebben gebruikt voor de uitvoering van het praktijkbegeleidende onderzoek van het project Verbindende Hulpverlening als Joint Venture. Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van de Realistic evaluation benadering en actieonderzoek.

Realistic evaluation is ontwikkeld door Pawson en Tilley.[1] Met deze evaluatiebenadering hebben we inzichtelijk gemaakt welke veronderstellingen ten grondslag liggen aan het project en wat de werkzame mechanismen van het project zouden moeten zijn. Actieonderzoek of praktijkgericht onderzoek is gericht op veranderen, leren en kennisontwikkeling.[2] Daarbij is er voortdurend aandacht geweest voor de unieke context van de deelnemers. Door te experimenteren en hiervan te leren wordt kennis ontwikkeld en stijgt de handelingsbekwaamheid van alle betrokkenen.[3]

Allereerst hebben we bij de start van het project een interventielogica opgesteld, die in hoofdstuk 2 uitgebreid is besproken. Hoe we die hebben opgesteld wordt in paragraaf 3.1 toegelicht. Vervolgens is een procesevaluatie uitgevoerd. Deze bespreken we in paragraaf 3.2. De methoden die we voor de resultaatmeting hebben gebruikt behandelen we in paragraaf 3.3. Ten slotte gaan we in 3.4 in op de door ons uitgevoerde analyses.

2.1 Opstellen interventielogica

Voorafgaand aan de instroom van deelnemers aan het project hebben we een interventielogica opgesteld. In de interventielogica zijn de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het project en de wijze waarop verwacht wordt dat de beoogde resultaten zullen worden behaald in kaart gebracht. De interventielogica vormt de basis voor het onderzoek. Aan de hand van de interventielogica hebben we de doelen van het project geoperationaliseerd en de meetinstrumenten van het onderzoek opgesteld. Om de interventielogica op te stellen is gebruik gemaakt van een literatuur- en documentstudie en zijn interviews gehouden met initiatiefnemers van het project. De interventielogica wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk 3.

Document- en literatuurstudie

Allereerst hebben we een document- en literatuurstudie uitgevoerd door in zoekmachines, op internet en in databases met wetenschappelijke literatuur te zoeken naar relevante documenten en publicaties. Daarnaast is aan deskundigen en personen die bij het opstellen van het project betrokken zijn geweest, gevraagd om relevante wetenschappelijke

[1] Pawson, R. en N. Tilley (1997). Realistic Evaluation. Sage, London.
[2] ZonMw. 30 maart 2021. Wat is actieonderzoek? Geraadpleegd van: https://publicaties.zonmw.nl/actieonderzoek-voor-lokale-netwerken-in-de-ouderenzorg/wat-is%20 actieonderzoek /#c49631
[3] https://www.managementimpact.nl/artikel/actieonderzoek-wat-is-het-precies/

literatuur en documenten te delen met de onderzoekers. Verder is – al bij het opstellen van de subsidieaanvraag en het projectplan – door ervaringsdeskundigen literatuur en documenten aangeleverd. Verder zijn verslagen en relevante websites bestudeerd. De literatuurstudie is gedurende de uitvoering van het project voortgezet.

Interviews

Voor het opstellen van de interventielogica hebben we, naast de document- en literatuurstudie, tevens interviews gehouden met de initiatiefnemers van het project. Voor deze gesprekken is gebruik gemaakt van een itemlist. De itemlist is voorgelegd en besproken met de projectleider. Opmerkingen van de projectleider zijn verwerkt alvorens het instrument definitief is vastgesteld.

In de gesprekken met de projectopstellers is met name aandacht besteed aan de aanleiding, de beoogde doelgroep en de doelstellingen van het project. Verder is gevraagd naar de beoogde werkwijze en de theorie die hieraan ten grondslag ligt, bijvoorbeeld hoe de beoogde werkwijze ervoor zorgt dat de doelen op maatschappelijk en persoonlijk niveau worden behaald. Verder hebben we gevraagd naar de randvoorwaarden, mogelijke knelpunten en neveneffecten.

2.2 Procesevaluatie

Voor het volgen van de uitvoering van het project hebben we een procesevaluatie uitgevoerd. Hiervoor is op verschillende momenten in kaart gebracht hoe de uitvoering van het project verloopt, in hoeverre dit gaat zoals is beoogd, wat de knelpunten zijn en wat goed gaat. We hebben daarbij aandacht besteed aan zowel het uitvoeringsproces als de bijbehorende context.

Startfase project

In het najaar van 2019 hebben we de startfase van het project geëvalueerd op zowel project - als uitvoerend niveau. Hiervoor hebben we de projectopstellers, initiatiefnemers, de projectleider, de voormalig teamleider, en de (destijds) betrokken hulpverleners geïnterviewd aan de hand van een aandachtspuntenlijst en overleggen van teamleider en hulpverleners bijgewoond.

Interviews

In de gesprekken is gevraagd naar de periode waarin het project is opgestart en de ervaringen in de eerste maanden waarin het project wordt uitgevoerd. Er is specifiek aandacht besteed aan de knelpunten in de startfase van het project, zoals de – op dat moment – moeizaam verlopende instroom van deelnemers en mogelijke oplossingen hiervoor. In totaal hebben we hiervoor negen interviews gehouden.

Bijwonen bijeenkomsten

Naast deze interviews hebben we overleggen van initiatiefnemers, leidinggevenden en hulpverleners bijgewoond. Daarvan hebben we aan de hand van een lijst met

aandachtspunten beknopte verslagen gemaakt van de belangrijkste besproken punten en acties tijdens deze fysieke bijeenkomsten.

Verslag

Van de ervaringen in de startfase hebben we een verslag opgesteld. Deze is vervolgens aan de geïnterviewden voorgelegd en met de project- en teamleider en hulpverleners besproken. De evaluatie heeft ertoe geleid dat de uitvoering van het project in de praktijk is aangepast. Dit komt in hoofdstuk vier uitgebreider aan de orde.

Verloop project na startfase

Begin 2021 hebben we het verdere verloop van het project van september 2019 tot en met december 2020 geëvalueerd. Hierbij is vooral de nadruk gelegd op het uitvoerende niveau. We hebben de projectleider, de teamleider en de betrokken hulpverleners geïnterviewd aan de hand van een aandachtspuntenlijst.

Interviews

In de gesprekken hebben we met name aandacht besteed aan hoe het project is verlopen vanaf het moment dat deelnemers zijn ingestroomd, of deelname aan het project voor de deelnemers en de hulpverleners van meerwaarde is geweest en zo ja, wat deze meerwaarde was, in hoeverre de beoogde doelgroep is bereikt en de mate waarin beoogde interventies zijn ingezet en zijn verlopen zoals bedoeld. De teamleider en projectleider hebben we daarnaast enkele aanvullende vragen gesteld over de beoogde en gerealiseerde inrichting van en communicatie binnen het project.

Bijwonen bijeenkomsten

Net als in de evaluatie van de startfase hebben we de overleggen van het ‘kernteam’ (project- en teamleider en betrokken hulpverleners) bijgewoond, hiervan beknopte verslagen gemaakt en gedeeld. In de verslagen hebben we beschreven wie (niet) bij de overleggen aanwezig zijn geweest, en wat de belangrijkste aandachtspunten en acties zijn. In tegenstelling tot de startfase hebben deze bijeenkomsten ook digitaal plaatsgevonden als gevolg van de coronamaatregelen.

Tijdens de bijeenkomsten hebben we tevens gebruik gemaakt van een observatielijst. Aan de hand hiervan hebben we informatie over de huidige situatie van de deelnemers op de negen verschillende leefgebieden, de ontwikkelingen en de ingezette acties hierop vastgelegd. De negen leefgebieden zijn: huisvesting; geestelijke gezondheid; lichamelijke gezondheid; verslaving; sociale omgeving; overlast; dagbesteding; preventie crisisdienst; en financiën. De negen leefgebieden zijn opgesteld op basis van de verwachte output van het project: toename van verbinding met de samenleving in de vorm van bijvoorbeeld een werkplek en/of een woonplek; toename van sociale contacten; afname van crisissituatie(s). Daarnaast komen ze voort uit één van de uitgangspunten van het project de 'zelfredzaamheid' van deelnemers.

2.3 Resultaatmeting

Voor het meten van de resultaten van het project hebben we ook gebruik gemaakt van de methode 'systematisch N=1 onderzoek'. Dit houdt in dat we informatie over dezelfde deelnemer hebben verzameld vanuit verschillende perspectieven. De N=1 benadering wordt gezien als een gedegen methode om de resultaten van een interventie met kleine aantallen in kaart te brengen.[4] We hebben hiervoor informatie verzameld bij de deelnemers van het project en de betrokken hulpverleners, de omgeving c.q. naasten van de deelnemers en overige betrokken organisaties (politie en gemeente). Daarvoor hebben we naast een informed consent meerdere instrumenten opgesteld: een kwantitatieve vragenlijst en verschillende itemlijsten en aandachtspuntenlijsten. De meetinstrumenten zijn voorgelegd en besproken met de projectleider en de teamleider. Hun opmerkingen zijn verwerkt alvorens we deze definitief hebben gemaakt.

Bij instroom in het project is elke deelnemer gekoppeld aan één onderzoeker, zodat de deelnemer steeds contact heeft met dezelfde persoon. Voordat de hulpverlener de deelnemer met de onderzoeker in contact heeft gebracht heeft hij het project en onderzoek in hoofdlijnen toegelicht. Wanneer een potentiële deelnemer hier positief op reageerde is een afspraak gemaakt voor een kennismakingsgesprek met de aan hem of haar gekoppelde onderzoeker.

Informed consent

Voorafgaand aan de instroom van de deelnemers is een informed consent c.q. samenwerkingsformulier opgesteld door de projectleider en de onderzoekers. De tien deelnemers aan het project hebben allen dit informed consent ondertekend. Daarmee hebben ze onder meer aangegeven dat zij vrijwillig deelnemen aan het project en dat de hulpverleners informatie over hen mogen delen met de onderzoekers. Daarbij is duidelijk opgemerkt dat er zeer zorgvuldig met hun gegevens omgegaan wordt. Het informed consent en wat deelname aan het onderzoek inhoudt is daarnaast mondeling toegelicht door zowel de hulpverlener als de onderzoeker.

Deelnemers

Bij de deelnemers hebben we meerdere keren een kwantitatieve vragenlijst afgenomen, semigestructureerde gesprekken gevoerd en notities gemaakt van onze observaties. De vragenlijsten zijn bij instroom afgenomen en vervolgens is geprobeerd dit elke zes maanden te herhalen. Tussen deze afnamemomenten door hebben de onderzoekers regelmatig telefonisch en/of face-to-face contact gehad met de deelnemers om bij te praten over hoe het met hen gaat. Wanneer de situatie van de deelnemer of de ontwikkelingen omtrent de deelnemer daar aanleiding toe gaven, is er vaker contact geweest.

[4] Spreen, M. (2015). De meerwaarde van een N=1 benadering. In: De systemische N=1. Verkenningen in de praktijk. Lectoraat Social Work & Arts Therapies, Stenden Hogeschool.

Kwantitatieve vragenlijst

Om de kwantitatieve ontwikkelingen van de deelnemers gedurende de looptijd van het project in kaart te brengen is een gestructureerde, kwantitatieve vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is voor het eerst bij de deelnemers afgenomen op het moment dat hij/zij instroomt in het project. Vervolgens hebben we ongeveer elke zes maanden en ten slotte bij het einde van het project de vragenlijst nogmaals afgenomen.[5] In totaal is de vragenlijst 32 keer afgenomen, met een minimum van tweemaal en een maximum van vijfmaal bij dezelfde deelnemer.

De vragenlijst hebben we ontwikkeld op basis van de uitkomsten die we bij de deelnemers verwachten op basis van de opgestelde interventielogica. Onderwerpen die aan de orde komen zijn: persoonlijk herstel; maatschappelijk herstel; gevoel van eigen regie; tevredenheid over ontvangen hulp; kwaliteit van leven; zorgbehoefte; gevoel van verantwoordelijkheid van eigen leven; en de omvang en kwaliteit van de sociale omgeving. We hebben gebruik gemaakt van (delen van) bestaande (gevalideerde) vragenlijsten en instrumenten[6] en door Breuer&Intraval zelf ontwikkelde vragenlijsten.[7] Om de vragenlijst zo goed mogelijk af te stemmen op de (beoogde) doelgroep van het project hebben we items uit bestaande (gevalideerde) vragenlijsten laten vervallen. Daarnaast hebben we enkele items toegevoegd.

Semigestructureerde gesprekken

De onderzoekers hebben ook regelmatig laagdrempelige (telefonische) gesprekken gevoerd met de deelnemers en hier verslagen van gemaakt. Hierbij is gebruik gemaakt van een kwalitatieve itemlijst die is ontwikkeld op basis van de interventielogica. In de gesprekken is aandacht besteed aan de huidige situatie op negen verschillende leefgebieden, de ontwikkelingen hierin en de ingezette acties en de ervaringen daarmee. In totaal hebben we ongeveer zestig semigestructureerde gesprekken met de deelnemers gevoerd.

Notities observaties

Tijdens onze afspraken met de deelnemers, bijvoorbeeld voor het afnemen van een vragenlijst, hebben we op basis van onze observaties aanvullende kwalitatieve informatie verzameld. Deze bevindingen hebben we vastgelegd in een notitie. Hiervoor is geen specifiek instrument ontwikkeld, maar is gebruik gemaakt van losse aantekeningen die later zo veel mogelijk zijn uitgewerkt naar de reeds eerdergenoemde negen leefgebieden.

---

[5] Het project is eind 2020 geëindigd. Geen van de deelnemers is vroegtijdig met het project gestopt.

[6] Waaronder de Client-centred care questionnaire (CCCQ; Hogeschool Zuyd, 2003), Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA; Nieuwenhuizen, Ch. van, A.H. Schene & M.W.J. Koeter, 2000), Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule (CANSAS; Busschbach, J. van, 2000), De Nederlandse Empowerment Vragenlijst (NEL; Boevink, W., 2009), Graphic Ego-centered Network Survey Interface (GENSI; Stark, T. H. & Krosnick, J. A. (2016).

[7] Kruize, A., M. Boendermaker, R. Mennes, P. Löwik en B. Bieleman. (2017). Onderzoek Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang centrumgemeente Assen. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam

Hulpverleners

Voor de dataverzameling onder de hulpverleners hebben we semigestructureerde interviews gehouden, gesprekken met de hulpverleners gevoerd, casus-overleggen bijgewoond en dossierinformatie verzameld.

Semigestructureerde interviews

Gemiddeld genomen hebben we elke twee à drie maanden gesprekken gevoerd met de hulpverleners. Tijdens deze gesprekken is gebruik gemaakt van een kwalitatieve itemlijst die ook is gebruikt voor de gesprekken met de deelnemers. Van de gesprekken zijn vervolgens verslagen gemaakt. Verder hebben de hulpverleners de onderzoekers op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen met betrekking tot de leefsituatie van de deelnemers.

In de interviews en gesprekken is aandacht besteed aan de huidige situatie op de negen verschillende leefgebieden, de ontwikkelingen hierin en de ingezette acties en de ervaringen daarmee. Aan het einde van het project hebben we uitgebreidere gesprekken met de hulpverleners gevoerd. In deze eindgesprekken hebben we vragen gesteld over de hele looptijd van het project, de resultaten die zijn bereikt en hoe die volgens hen tot stand zijn gekomen. In totaal hebben we meer dan tachtig gesprekken met de hulpverleners gevoerd.

Bijwonen bijeenkomsten 'Kernteam'

Tijdens bijeenkomsten van het kernteam zijn de deelnemers besproken en is aandacht besteed aan potentiële deelnemers. Het kernteam is ongeveer eens in de twee maanden bij elkaar gekomen. Aan de hand van een observatielijst hebben we de informatie tijdens bijeenkomsten van casus-overleggen van het kernteam gestructureerd vastgelegd. In de observatielijst is aandacht besteed aan de huidige situatie van de deelnemers op de negen verschillende leefgebieden, de ontwikkelingen hierin en de ingezette acties en de ervaringen daarmee.

Dossiergegevens

Bij de hulpverleningsinstellingen die bij het project betrokken zijn (VNN, Lentis en BinG) hebben wij dossiergegevens opgevraagd van de deelnemers. Het betreft alle relevante gegevens van de periode waarin zij aan het project deelnemen, maar ook relevante informatie over enkele jaren voordat zij in het project instroomden. Van één deelnemer hebben we geen dossiergegevens opgevraagd, omdat deze persoon hiervoor geen toestemming heeft gegeven.

Naasten deelnemers

Aan de deelnemers is door de onderzoekers gevraagd of zij contact mochten opnemen met één of enkele van hun naasten om vast te stellen of en zo ja, welke veranderingen zij zien bij de deelnemer en wat volgens hen de invloed is van de hulpverlening die de deelnemer krijgt. Van twee deelnemers hebben we hiervoor toestemming gekregen. De onderzoekers hebben vervolgens aan de deelnemer gevraagd of zij hun naasten ervan op de hoogte wilden brengen dat de betrokken onderzoeker contact met hen zal opnemen. Aan de hand van een aandachtspuntenlijst is vervolgens een gesprek gevoerd met de naaste van de

deelnemer. In dit gesprek zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen: algemene situatie van de deelnemer; veranderingen en ontwikkelingen hierin in de afgelopen periode; of en hoe de relatie tussen de naaste en de deelnemer is veranderd; of en hoe hulpverlening hier (mogelijk) een rol in heeft gespeeld; of er bepaalde momenten zijn te benoemen waarop de veranderingen bij de deelnemer hebben plaatsgevonden.

Bij de meeste deelnemers is het spreken van naasten niet mogelijk gebleken omdat we hiervoor geen toestemming van de deelnemers hebben gekregen, bijvoorbeeld omdat ze hun naasten hier niet mee willen belasten of omdat de deelnemers zeggen geen naasten in hun omgeving te hebben.

Gegevens gemeente

Uit de interventielogica komt naar voren dat door deelname aan het project een afname van het gebruik van politie- en crisisdiensten en een afname van ervaren zorg en overlast van buren en relevante anderen wordt verwacht. Om dit na te gaan hebben we bij elke deelnemer, zowel aan henzelf als aan de betrokken hulpverlener(s) gevraagd naar de frequentie en aard van hun contacten met de politie, zowel voor hun deelname aan het project als tijdens hun deelname aan het project. Ook is in de dossiergegevens die we hebben gekregen van de hulpverleners voor een aantal deelnemers informatie opgenomen over de ontwikkelingen in politiecontacten.

Daarnaast hebben we voor vijf deelnemers gegevens opgevraagd bij het 'meldpunt Overlast en Zorg' van de gemeente Groningen. Voor de andere vijf deelnemers hebben we geen gegevens bij het meldpunt opgevraagd. In verband met de verblijfslocaties van deze personen voor en tijdens het project verwachtten we geen relevante informatie vanuit het meldpunt te ontvangen. Deze deelnemers verbleven gedurende het grootste deel van deze periode buiten de gemeente Groningen. Eén van de deelnemers gaf geen toestemming voor het opvragen van informatie over hem bij het meldpunt. Het opvragen van gegevens uit het meldpunt blijkt een zeer arbeidsintensieve actie, omdat er niet op naam van de overlastgever wordt geregistreerd. Hierdoor hebben wij slechts beperkt informatie kunnen ontvangen over de vijf deelnemers. Deze informatie bevat twee meldingen van overlast en/of zorg over twee deelnemers.

2.4 Analyse

In de startfase hebben we de interventielogica (zie hoofdstuk 2) verder uitgewerkt. Halverwege het project hebben we een rapportage over de startfase van het project (onderdeel van hoofdstuk 4) opgesteld. Deze rapportages zijn verstrekt aan en/of besproken met de projectleider, teamleider en/of hulpverleners, zodat deze kennis heeft kunnen bijdragen aan de doorontwikkeling van de aanpak in het vervolg van het project. Voor het vaststellen van de met de deelnemers behaalde resultaten hebben we gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens.

Kwantitatieve gegevens

De antwoorden van de deelnemers op de kwantitatieve vragenlijst zijn ingevoerd in SPSS en Microsoft Excel. Omdat we de vragenlijsten periodiek hebben afgenomen, hebben we de ontwikkelingen van de deelnemers in de tijd kunnen volgen. Met de programmeertaal R is een syntax geschreven die: de ingevoerde data in SPSS ontsluit en opschoont; de ontwikkelingen van de deelnemer in de tijd weergeeft; en het verschil tussen de eerste en laatste meting (van elke deelnemer apart en de deelnemers gezamenlijk) toetst. De resultaten van deze kwantitatieve analyses staan in de figuren en tabellen van hoofdstuk 6 en 7.

De kwantitatieve vragenlijst hebben we op basis van de interventielogica ontwikkeld en opgesteld. Daarom hebben we eerst de samenhang (interne consistentie) tussen meerdere items gemeten.

Schalen beoogde doelen

De kwantitatieve vragenlijst hebben we opgedeeld in zeven schalen, waarbij we voor vier schaalscores kunnen berekenen en toetsen: toename gevoel van regie over eigen leven, toename kwaliteit van leven, toename gevoel van eigenwaarde en sterkere verbinding met samenleving. Bij vrijwel alle vragen waaruit deze schalen zijn opgebouwd is gebruik gemaakt van antwoordcategorieën op een 5-punts Likert-schaal.[8] Om inzicht te krijgen in de mate waarin de vier schalen onder de tien deelnemers hetzelfde onderliggende kenmerk meten (interne consistentie) hebben we eerst een Cronbach's alpha analyse uitgevoerd. De uitkomsten van deze analyse voor de output indicatoren staat weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Overzicht van de Cronbach's alpha scores van de schalen voor de output indicatoren van de tien deelnemers

Schaal	Aantal items	Cronbach's alpha
Toename gevoel van regie over eigen regie	10	0,80
Toename kwaliteit van leven	7	0,56
Toename gevoel van eigenwaarde	9	0,86
Sterkere verbinding met samenleving	14	0,86

Uit de analyse blijkt dat de schaal 'Kwaliteit van leven' lastig te meten is en de interne consistentie relatief laag is. Deze lage interne consistentie hangt sterk samen met de vraag aan de deelnemer naar de mate van tevredenheid over de eigen lichamelijke gezondheid. Deelnemers schatten de eigen gezondheid vaak positief in, ook wanneer er sprake is van onderliggende aandoeningen waarvoor zij medicatie krijgen. Omdat dit item relevant is voor het meten van de ervaren kwaliteit van leven, is ervoor gekozen dit wel mee te nemen in de schaal. Daarnaast hebben we voor indicatoren 'toename gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven', 'afname crisissituaties' en 'toename sociale contacten' geen schaalscores. Het aantal vragen dat we daarover hebben gesteld is te beperkt om een schaal van te construeren. Deze resultaten op deze leefgebieden beschrijven we kwalitatief.

[8] Deze schalen lopen van 1 ('helemaal mee oneens', 'heel ontevreden' of 'heel onbelangrijk') tot 5 ('helemaal mee eens', 'heel tevreden' of 'heel belangrijk').

Schalen leefgebieden

Om ook de situatie van de deelnemers op de negen leefgebieden (huisvesting; geestelijke gezondheid; lichamelijke gezondheid; verslaving; sociale omgeving; overlast; dagbesteding; preventie contact met crisisdiensten; en financiën) op basis van kwantitatieve gegevens met elkaar te kunnen vergelijken en toetsen hebben we items die over een leefgebied gaan samengevoegd tot schalen. Voor zes van de negen leefgebieden hebben we schalen geconstrueerd die uit genoeg items bestaan (minimaal drie) en voldoende interne consistentie laten zien (zie tabel 2.2). De leefgebieden verslaving en overlast is door twee items uitgevraagd, waardoor hier geen schaal voor kan worden gemaakt. De Cronbach's alpha score op het leefgebied financiën is dusdanig laag dat voor dit leefgebied geen betrouwbare schaal kan worden geconstrueerd. Deze resultaten op deze drie leefgebieden beschrijven we uitsluitend kwalitatief.

Tabel 2.2 Overzicht van de Cronbach's alpha scores van de schalen voor de negen leefgebieden

Schaal	Aantal items	Cronbach's alpha
Huisvesting	3	0,69
Geestelijke gezondheid	8	0,81
Lichamelijke gezondheid	3	0,63
Sociale omgeving	9	0,85
Dagbesteding	7	0,71
Preventie crisisdiensten	5	0,70
Financiën	3	0,24
Verslaving	2	-
Overlast	2	-

Schaalscores berekenen

We hebben schaalscores voor de output indicatoren en zes leefgebieden berekend op basis van de som van de items van de schaal (elk item loopt van 1 tot en met 5) gedeeld door het totaal aantal ingevulde items van de schaal. Op deze wijze krijgen we voor elke indicator – voor elke deelnemer op elke meting - een gemiddelde schaalscore die tussen de 1 (meest negatief) en 5 (meest positief) ligt.

Toetsen

Om vast te stellen of sprake is van een significante vooruit- of achteruitgang bij een deelnemer hebben we drie toetsen uitgevoerd op een 95% betrouwbaarheidsniveau: Reliable Change Index (RCI), Paarsgewijze Wilcoxon Test en tekentoets. Om te bepalen of de deelnemers als groep vooruit zijn gegaan hebben we daarnaast een Paarsgewijze Wilcoxon Test op groepsniveau uitgevoerd.

Betekenisvolle verandering: Reliable Change Index (RCI)

Om vast te stellen of een deelnemer vooruit is gegaan is gebruik gemaakt van de Reliable Change Index. De Reliable Change Index drukt de mate uit waarin het verschil tussen de scores van de voor- en nameting buiten de 95% range van de meetfout van het instrument valt. Indien het verschil buiten de range van de meetfout van het instrument valt, spreken we van een betrouwbare verandering (reliable change). We hebben de RCI's berekend en

getoetst voor het verschil tussen de eerste en laatste meting.[9] Criteria die we hebben gebruikt om vast te stellen of sprake is van een betekenisvolle betrouwbare verandering tussen de twee meetmomenten zijn: sterke verbetering: RCI ≥ 1,96; enige vooruitgang: 1,65 ≤ RCI < 1,96; stabiel: 1,65 > RCI > -1,65; enige achteruitgang: -1,65 ≥ RCI > -1,96; sterke achteruitgang: RCI ≤ -1,96. Tevens hebben we de RCI's berekend voor de tussentijdse metingen, waarbij we hebben vastgesteld of er sprake is van een tussentijdse verbetering of verslechtering op een leefgebied.

Consistente verandering op deelnemer(s) niveau: Wilcoxon en Tekentoets

Om te bepalen of naast een betekenisvolle verandering ook sprake is van een consistente verandering (lees: een verandering op meerdere items waarop de schaalscores zijn gebaseerd) bij deelnemers hebben we tevens een Paarsgewijze Wilcoxon Test en een (statistisch conservatievere) Tekentoets (Sign-test) op alle schalen uitgevoerd. De nul-hypotheses in deze testen zijn: de verandering binnen de schaal is random, terwijl de alternatieve hypotheses zijn: de verandering binnen de schaal is systematisch (consistent). Ten slotte is voor alle deelnemers gezamenlijk een paarsgewijze Wilcoxon Test uitgevoerd om vast te stellen of deelnemers als geheel vooruit zijn gegaan.

Kwalitatieve gegevens

Voor de resultaatmeting hebben we - parallel aan de toetsing van de kwantitatieve gegevens - op basis van kwalitatieve informatie chronologische notities opgesteld op deelnemer niveau. In deze notities is periodiek informatie verwerkt die uit de kwalitatieve dataverzameling naar voren is gekomen. Hiervoor hebben we onder meer periodiek semigestructureerde gesprekken met de deelnemers en hulpverleners gevoerd, notities gemaakt tijdens het bijwonen van casus-overleggen en informatie gehaald uit dossiers die door hulpverleningsorganisaties aan de onderzoekers ter beschikking zijn gesteld.

Deze chronologische notities hebben we zoveel mogelijk gestructureerd aan de hand van de kwalitatieve itemlist met de negen leefgebieden (huisvesting; geestelijke gezondheid; lichamelijke gezondheid; verslaving; sociale omgeving; overlast; dagbesteding; preventie crisisdiensten; en financiën). Per leefgebied hebben we de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden beschreven evenals de door de hulpverleners ingezette acties en de ervaringen van de deelnemers daarmee. Op deze wijze is een kwalitatieve beschrijving gegeven van de leefsituatie van de deelnemers, de veranderingen daarin en de acties die zijn uitgevoerd gedurende de gehele looptijd van het project.

Triangulatie c.q. kruisvalidatie

De onderzoeksaanpak is in meerdere opzichten een 'all sources analysis'. De informatie uit de verschillende bronnen die we hebben gebruikt levert een triangulatie (driehoeksmeting) van onderzoeksresultaten op. Dat wil zeggen dat we een combinatie van

[9] Jacobson, N. S. en P. Truax (1991). Clinical significance: A statistical approach to de-fining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology,59(1), 12–19.; Veerman, J. W. en B. Bijl (2017). Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten [Methods for quantifying and testing of effects]. In T. A. van Yperen, J. W.Veerman en B. Bijl (Eds.). Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector (pp. 419–438). Rotterdam: Lemniscaat.; en Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change and recommendations for future directions. Journal of Personality Assessment, 82(1), 50–59.

onderzoeksmethoden en -technieken hebben gebruikt waarvan de resultaten in samenhang zijn geanalyseerd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van: literatuur en beleidsdocumenten; gegevens uit registraties en dossiers; observaties; en interviews met deelnemers en hulpverleners. Het toepassen van verschillende methoden en technieken heeft tot doel de interne validiteit te vergroten. De meerwaarde hiervan is dat de conclusies die we uit de ene bron hebben verkregen hebben aangevuld en ondersteund door conclusies uit een andere bron. De methode van triangulatie past bij exploratief onderzoek, waarbij het beeld van de werkelijkheid geleidelijk wordt opgebouwd. De informatie uit de verschillende bronnen zijn in eerste instantie apart geanalyseerd en pas daarna gerelateerd.

Voor het toepassen van deze triangulatie hebben de onderzoekers meerdere sessies gehouden. In de sessies hebben we in kaart gebracht in hoeverre de verschillende kwantitatieve en kwalitatieve informatie(bronnen) met elkaar in overeenstemming zijn en of de onderzoeksresultaten convergeren, complementeren of divergeren. In het geval van convergentie is er sprake van wederzijdse validering: de resultaten leiden tot dezelfde conclusie. Wanneer de resultaten complementair zijn, betekent dit dat zij betrekking kunnen hebben op verschillende aspecten of verschijnselen en daarin aanvullend aan elkaar kunnen zijn. Bij divergentie komen de resultaten niet overeen. In dat geval zijn we nagegaan hoe deze divergentie kan worden verklaard door (nogmaals) de verschillende bronnen naast elkaar te leggen, de divergentie te duiden en te verklaren. In een enkel geval hebben we de hulpverlener of deelnemer nogmaals op het divergerende resultaat bevraagd. De resultaten hiervan worden in de hoofdstukken 6 (leefgebieden) en 7 (beoogde doelen) behandeld.

3. INTERVENTIELOGICA

In dit hoofdstuk gaan we in op de interventielogica die ten grondslag ligt aan het innovatieproject Verbindende Hulpverlening als Joint Venture. Door het reconstrueren van de interventielogica wordt inzichtelijk wat de beoogde uitkomst is van het project – zowel op het niveau van de deelnemers als op maatschappelijk niveau - en op welke wijze deze uitkomst tot stand zou moeten komen door uitvoering van het project.

De interventielogica vormt de basis voor het praktijkbegeleidend onderzoek. Aan de hand van de interventielogica zijn de doelstellingen geoperationaliseerd en zijn de meetinstrumenten opgesteld. Ook vormt de interventielogica een interpretatiekader voor de gemeten resultaten: hoe sterker het beschreven verband tussen de inzet van het project en de beoogde uitkomst, des te aannemelijker is het dat de gemeten resultaten daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan het project.[1]

Voor het achterhalen van de interventielogica is de beschikbare documentatie over het project bestudeerd en zijn interviews gehouden met personen die betrokken zijn geweest bij het opstellen van het project. Ook is gebruik gemaakt van literatuur over de in te zetten hulpverleningsmethodieken en literatuur waarmee de aannames die in de interventielogica worden gedaan nader zijn onderbouwd.

3.1 Probleemsituatie

In deze paragraaf bespreken we de aanleiding voor het project. Daarmee geven we antwoord op de vraag voor welk probleem het project een oplossing moet bieden. Ook beschrijven we de context van deze problematiek.

Sociale verbinding

Samenleven is verbinden en je verbonden voelen met de mensen om je heen. Erbij willen horen, waardering krijgen en gewaardeerd worden zijn sterke motivators om gedrag aan te passen aan de wensen van de sociale omgeving. In de sociale psychologie wordt in dit kader gesproken over sociale gedragsnormen.[2] Bij sommige mensen is de verbinding met hun sociale omgeving en het gevoel van eigenwaarde echter uit beeld verdwenen. Vaak gaat het hier om personen die de grip op hun leven geregeld verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Ze voelen zich buitengesloten en slagen er vanwege hun beperkingen en slechte ervaringen niet in mee te doen aan de samenleving, terwijl ze dat eigenlijk wel zouden willen. Zonder gerichte interventies lopen deze vaak sociaal geïsoleerde personen het risico steeds verder van de samenleving af te komen staan: ze nemen niet of nauwelijks deel aan het sociale leven, vullen

[1] Bieleman, B en M. Boendermaker (2010). Onderzoek pilotprojecten campussen. 3: Eindrapport: proces- en effectevaluatie. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam.
[2] Zimbardo, P.G, A.L. Weber en R.L. Johnson (2009). Psychologie: een inleiding. Pearson Education Benelux.

zelfredzaamheid in op een manier die anderen niet begrijpen en belanden ongewild maar vaak bij professionele voorzieningen.[3]

Rol van de samenleving

Om beschadigde burgers weer te verbinden aan de samenleving is ook de draagkracht in de samenleving van belang. De huidige samenleving – waarin veel waarde wordt toegekend aan individuele keuzevrijheid, zelfontplooiing en zelfredzaamheid - brengt naast kansen ook grote onzekerheden met zich mee die kunnen bijdragen aan sociaal isolement.[4] In de afgelopen decennia hebben sociale gemeenschappen, waarin het contact tussen mensen grotendeels was voorgestructureerd, plaatsgemaakt voor een samenleving waar het zelf opbouwen van sociale netwerken een belangrijke plaats inneemt.[5] De toegenomen individualiteit, het afnemende belang van maatschappelijke instituties en het afbrokkelen van de gemeenschapszin hebben ertoe geleid dat mensen vaak meer op zichzelf zijn gericht dan op de collectiviteit.[6] Dit heeft gevolgen voor de onderlinge relaties en de sociale bindingen in de samenleving; solidariteit en sociale cohesie worden minder vanzelfsprekend. Er is daarmee steeds minder ruimte voor mensen die op de één of andere manier afwijken.[7] Mensen die er niet bij horen omdat ze niet kunnen, mogen of willen, raken sneller geïsoleerd, wat ervoor kan zorgen dat zij vreemde gedachten krijgen en afwijkend gedrag vertonen.[8]

Zorgaanbod

Daar komt bij dat maatschappelijke voorzieningen en het (zorg)aanbod met de vele daarbij behorende protocollen en regels vaak onvoldoende aansluiten op de behoeften en de vaak complexe meervoudige problematiek van deze personen, waardoor zij keer op keer tussen wal en schip belanden. Een geïnterviewde merkt hierover op dat het gaat om mensen die zich vaak met de 'goede vragen' bij het 'verkeerde loket' melden. De manier waarop ze hun problemen kenbaar maken en/of de wijze waarop de problemen zichtbaar worden - bijvoorbeeld via overlast of politiecontacten - maakt dat ze niet altijd de hulp krijgen die ze nodig hebben.

De moeizame aansluiting van het zorgaanbod op de problematiek en de behoeften van deze groep burgers is volgens de geïnterviewden mede geworteld in de kloof tussen systeemwereld en leefwereld. Het huidige zorgaanbod is geënt op de systeemwereld, dat wil zeggen de wereld van ordening en controle, protocollen en regels, waarin doelrationeel denken en handelen centraal staan.[9] Bij het bieden van passende hulp en ondersteuning

---

[3] Machielse, A. (2006). Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement. Jan van Arkel, Utrecht.
[4] Oberon (2008). Sociaal geïsoleerden en Ruimte voor Contact-projecten. Kwalitatieve deelstudie 2007. Oberon, Utrecht.
[5] Houten, D. van (1999). De standaardmensen voorbij. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen. Aangehaald in Lohuis G, R. Schilperoort en G. Schout (2008). Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGZ. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.
[6] Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen, (2003). Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Elsevier Overheid, Den Haag. Aangehaald in Rijk, M. de, P. van den. Heiligenberg (2009) Eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen in de gemeente Weesp. Utrecht.
[7] Vos de Wael, N. (2016). Op weg naar een duurzame aanpak op basis van preventie en zelfregie. In: Tijdschrift voor werk, inkomen en zorg. Whitepaper van sociaal bestek 2016 – mensen met verward gedrag.
[8] Koekkoek, B. (2019). De kwestie verwarde personen. Lannoo Campus, Amsterdam.
[9] Stam, M. (2016). Het kan zoveel mooier, beter en slimmer. Outreachende professionals aan het woord over ervaringskennis. Afscheidsrede. Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam.

aan ernstig beschadigde en/of geïsoleerde burgers is het juist van belang de leefwereld van deze burgers centraal te stellen en de systeemwereld daarop te laten aansluiten. In de leefwereld - de sociale, maatschappelijke en culturele kring waarin iemand leeft met bijbehorende normen, waarden en gebruiken - staat de menselijke factor centraal, met veel aandacht voor sociale relaties en ervaringskennis van personen in precaire situaties.[10] Om de leefwereld daadwerkelijk centraal te kunnen stellen dient speelruimte te worden gecreëerd voor patiënten en hulpverleners om datgene te doen wat volgens hulpverlener en patiënt nodig is.

Ontwikkelingen zorgaanbod

In de afgelopen decennia zijn verschillende zorgvormen ontwikkeld om passende hulp te kunnen bieden aan deze groep sociaal geïsoleerde burgers. Zo is begin jaren negentig in Groningen het Zorgcoördinatieproject uitgevoerd, bedoeld voor cliënten die niet de zorg kregen waar ze gezien hun ernstig psychiatrisch ziektebeeld recht op hadden. Als vervolg hierop is halverwege de jaren negentig gestart met bemoeizorg, waarbij vanuit de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) op basis van signalen uit de omgeving hulp wordt geboden aan mensen met psychische problemen die tussen wal en schip dreigen te vallen.[11] De methodiek stelt de cliënt in het middelpunt, want zonder aansluiting bij de leefwereld van de cliënt zal de hulpverlening minder effectief zijn.

Recente ontwikkelingen in het zorglandschap, waarbij er sprake is van een verschuiving van zorg binnen instellingen naar zorg in de wijk, zou om een herpositionering van de bemoeizorg vragen.[12] Er is sprake van ambulantisering van de GGZ: het aantal opnameplekken in psychiatrische klinieken wordt teruggebracht. Het streven is om mensen met psychische problemen meer mogelijkheden en ondersteuning te bieden bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en bij het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven.[13] De zorgverlening aan deze mensen wordt op wijkniveau georganiseerd volgens het credo 'zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig'. Binnen de context van deze veranderingen moeten de (organisatorische) kaders en werkwijzen van de bemoeizorg worden herzien: er moet worden voorzien in een continuüm van klinische zorg naar zorg in de wijk.

De bedoeling is dat het innovatieproject Verbindende Hulpverlening als Joint Venture voortborduurt op de ervaringen die in het Zorgcoördinatieproject en de bemoeizorg zijn opgedaan. Daarbij levert het tegelijkertijd een bijdrage aan de herpositionering van de bemoeizorg binnen het huidige zorglandschap.

---

[10] Stam, M. (2016).
[11] Lohuis G., R. Schilperoort en G. Schout (2008). Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGZ. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.
[12] Mulder, N., J. van Weeghel, A. Wierdsma, J. Zoetman en A. Schene (2017). Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. Tijdschrift voor Psychiatrie. Jaargang 59.
[13] Hoof, F. van, A. Knispel, L. Hulsbosch, C. Place, C. Muusse, M. van Vugt, M. Planije, H. Michon en H. Kroon (2016). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Trimbos-instituut, Utrecht.

3.2 Doelgroep

Het project richt zich op personen in de gemeente Groningen die gedrag vertonen dat door een groot deel van de samenleving niet begrepen wordt: 'onbegrepen gedrag'. Het gaat om mensen die leven in een cyclisch crisispatroon en die zich buitengesloten voelen en vanwege hun beperkte mogelijkheden en slechte ervaringen er niet in slagen mee te doen, terwijl ze dat eigenlijk wel zouden willen. Het huidige (zorg)aanbod en de maatschappelijke voorzieningen sluiten, zoals hierboven beschreven, vaak onvoldoende aan op de behoeften en complexe meervoudige problematiek van deze groep, waardoor ze keer op keer vastlopen in hun contacten met instanties en instellingen. De doelgroep van het innovatieproject voldoet aan één of meer van de onderstaande kenmerken:

- leeft een cyclisch crisispatroon;
- maakt ongewild veel gebruik van de GGz crisisdienst;
- is overmatig bekend bij politie en justitie;
- veroorzaakt in zijn of haar omgeving zorg en overlast;
- komt in aanmerking voor verplichte zorg in het kader van de Wet Verplichte GGZ (Wvggz) en/of de Wet zorg en dwang (Wzd)[14] op grond van psychische problematiek;
- hecht erg aan vrijheid en eigen regie;
- is onthecht en kent de vrijheid van 'niets te verliezen'.

In de stad Groningen gaat het vermoedelijk om circa 70 personen. Het gaat om mensen die (overmatig) bekend zijn (de crisisdienst van) Lentis, VNN en/of BinG. Deelnemers dienen over leervermogen te beschikken. Neurologische aandoeningen (bijvoorbeeld dementie of Korsakov) vormen om die reden een contra-indicatie. Verder beschikken zij over een verblijfsvergunning en wonen of verblijven al enige tijd in de gemeente Groningen.

3.3 Theoretische onderbouwing

Het project 'Verbindende hulpverlening als Joint Venture' sluit aan bij de gedachtegang dat erbij willen horen, waardering krijgen en gewaardeerd worden sterke motivators zijn om gedrag aan te passen aan de wensen van de sociale omgeving. Het basisidee van het project is tweeledig:

- de basisbehoefte van erbij willen horen en ertoe doen is bij iedereen (latent) aanwezig;
- wanneer iemand zich verbonden voelt met de samenleving en daar waarde aan hecht zal hij/zij eerder geneigd zijn rekening te houden met zijn/haar omgeving.

In deze paragraaf beschouwen we deze aannames vanuit de theorie van het sociaal kapitaal en de theorie over sociale gedragsnormen. Ook gaan we in op het belang van autonomie.

[14] Sinds 1 januari 2020 gelden de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Daarvoor viel dit onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Sociaal kapitaal

Een eerste theorie die relevant is in het kader van de aannames van het project is de theorie van sociaal kapitaal.[15] Deze theorie stelt dat sociale relaties belangrijke hulpbronnen zijn voor het vermogen van mensen om een zelfstandig leven te leiden en daarmee een positieve invloed hebben op het welbevinden.[16]

Sociale integratie en anomie

Binnen de theorie van sociaal kapitaal worden sociale relaties gezien als hulpbron voor sociale integratie. Daarmee geven ze invulling aan de elementaire menselijke behoefte om 'ergens bij te horen'. Als mensen zich onderdeel voelen van een sociale groep waarmee ze zich identificeren, ontstaan betrokkenheid, vertrouwelijkheid en vriendschappen.[17]

De tegenhanger van sociale integratie is 'anomie'.[18] Bij anomie overheerst het gevoel niet (meer) tot de maatschappij te behoren. Kenmerkend daarbij is het ontbreken van de identificatiemogelijkheden met anderen, een verlies van geïnternaliseerde normen en waarden en het gevoel weinig invloed te hebben op gebeurtenissen (locus of control).[19]

Als de relatie met de samenleving eenmaal verstoord is, worden de kansen om daadwerkelijk in de samenleving te participeren steeds kleiner.[20] Er is dan sprake van een negatieve spiraal van cumulatie en reproductie van sociale ongelijkheid.[21]

Sociale identiteit

Daarnaast dragen sociale relaties bij aan het vormen van identiteit, zelfrespect en zelfwaardering. Mensen ontwikkelen zich binnen en door relaties met anderen.[22] Gedrag wordt binnen sociale relaties voortdurend beoordeeld en geëvalueerd. In de ethiek wordt in dit kader gesproken van relationele autonomie. Relationele autonomie wil zeggen dat wie wij zijn wordt bepaald door onze relaties met anderen.[23] Door het herwinnen van contact met anderen kan daarmee iemands identiteit, zelfrespect en zelfwaardering toenemen.

Sociale gedragsnormen

In het verlengde van de theorie van het sociaal kapitaal is ook de theorie van sociale gedragsnormen relevant voor de onderbouwing van de aannames van het project. De

---

[15] Putnam, R.D. (1993). Making democracy work. Princeton University Press, New Jersey.
[16] Putnam, R.D. (1993); Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003). Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Elsevier Overheid, Den Haag.
[17] Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen (2003). Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Elsevier Overheid, Den Haag.
[18] Lohuis, G., R. Schilperoort en G. Schout (2008).
[19] Lohuis, G., R. Schilperoort en G. Schout (2008); Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen (2003).
[20] Wilson, W.J.W. (1987). The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy. Chicago/London: The University of Chicago Press. Aangehaald in Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen (2003).
[21] Flap, H.D. en F. Tazelaar (1988). De rol van informele sociale netwerken op de arbeidsmarkt: flexibilisering en uitsluiting. In: H.D. Flap en W. Arts. De Flexibele arbeidsmarkt. Theorie en praktijk (pp. 48-64). Van Loghum Slaterus, Deventer. Aangehaald in Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003).
[22] Heller, K. en K.S. Rook (2001). Distinguishing the theoretical functions of social ties: Implications for support interventies. In: B. Sarason en S. Duck, Personal relationships: Implications for clinical and community psychology (pp. 119-139). John Wiley, New York. Aangehaald in Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003).
[23] https://www.trouw.nl/home/ook-de-autonome-mens-is-niet-alleen~a0102cfb/

theorie van sociale gedragsnormen stelt dat mensen geneigd zijn gedragingen, attitudes en meningen over te nemen van de leden van de groep waarvan zij onderdeel (willen) uitmaken[24], ook wel aangeduid met de term conformisme. Het onderdeel (willen) uitmaken van een netwerk kan daarmee wenselijk gedrag stimuleren. Individuen die zijn ingebed in een samenhangend netwerk van sociale banden zijn minder geneigd tot riskant of afwijkend gedrag.[25] Zij zullen zich tot op zekere hoogte aan de normen van de groep aanpassen om niet buitengesloten te worden.[26] De neiging om te conformeren neemt toe op het moment dat er meer op het spel staat.[27] Deze theorie ondersteunt de aanname dat mensen meer geneigd zijn zich aan te passen als ze iets te verliezen hebben. Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat het ook mogelijk is dat men zich aanpast aan de normen in een 'negatief' netwerk, bijvoorbeeld van (andere) dak- en thuislozen of verslaafden.

Autonomie

In een interview met één van de opstellers is aan de orde gekomen dat de kans bestaat dat sommige mensen uit de doelgroep waarop dit project zich richt nauwelijks tot geen behoefte hebben aan sociale contacten. De theorieën van sociaal kapitaal en sociale gedragsnormen zullen voor deze doelgroep in dat geval in mindere mate van toepassing zijn: als iemand geen enkele behoefte voelt onderdeel te zijn van een groep ontbreekt ook de motivatie om het gedrag aan te passen om daarmee uitsluiting te voorkomen.

Verondersteld wordt dat het 'haakje' om deze mensen te motiveren gevonden kan worden in het behoud van autonomie. Autonomie wordt gezien al een belangrijke voorwaarde voor geluk.[28] Juist mensen die geen behoefte voelen onderdeel te zijn van een groep zullen sterk hechten aan hun autonomie. Het veroorzaken van zorg of overlast kan leiden tot een inperking van deze autonomie en – in het uiterste geval – tot gedwongen opname. De verwachting is dat deze mensen geneigd zijn rekening te houden met hun omgeving om daarmee verlies van autonomie te voorkomen.

3.4 Doelstellingen

Het doel van het project is het verzamelen van kennis over hoe ervoor kan worden gezorgd dat ernstig beschadigde en/of geïsoleerde burgers zich weer verbonden voelen met de maatschappij. Hoe kan worden bereikt dat ze zich weer zodanig verbonden voelen met hun sociale omgeving dat ze bereid en in staat zijn rekening te houden met hun omgeving. Vanuit het primaire hulpverleningsproces gaan we op zoek naar werkzame bestanddelen om mensen te verleiden weer mee te doen in de samenleving.

Hoofddoel

Hoofddoel van het project is het verschaffen van inzicht in de werkzame principes van hulpstrategieën die erop zijn gericht om personen met onbegrepen gedrag (weer) te

[24] Zimbardo P.H., R.L Johnson en V. McCann (2011). Psychologie. Een inleiding. Pearson Education, Amsterdam.
[25] Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen (2003).
[26] Vonk, R. (red.) (2007). Sociale psychologie. Boom Uitgevers, Amsterdam.
[27] Hoijting, T.A.E. (2001). De kracht van groepen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
[28] Veenhoven, R. (2006). Gezond geluk. Effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg. ZonMw, Den Haag.

verbinden aan de samenleving. Met dit innovatieproject proberen we inzicht te krijgen in wat werkt bij persoonsgerichte hulpverlening. Deze kennis is bruikbaar voor (het ontwikkelen van) vergelijkbare interventies elders in het land, maar wellicht ook voor interventies gericht op minder complexe doelgroepen. Binnen dit hoofddoel hebben we subdoelen onderscheiden op maatschappelijk niveau en op het niveau van de deelnemers.

Subdoelen op maatschappelijk niveau

Het project zal op maatschappelijk niveau moeten leiden tot:

- substantiële afname van gebruik van politie- en crisisdiensten
- overdraagbare kennis over effectievere en efficiëntere inzet van hulp
- reductie van de zinloze kosten die nu aan deze burgers verloren gaan
- op termijn een grotere draagkracht van de samenleving

Subdoelen op niveau van deelnemers

De doelen op het niveau van de deelnemers zijn afhankelijk van de behoefte van de individuele deelnemers. Wel is er een aantal algemeen geldende subdoelen, die voor alle deelnemers in meer of mindere mate van toepassing zullen zijn:

- toename van gevoel van regie over het eigen leven
- een door de deelnemer ervaren betere kwaliteit van leven, zowel fysiek, psychisch als materieel
- toename van gevoel van eigenwaarde
- toename van verbinding met de samenleving in de vorm van bijvoorbeeld een dagbesteding of een woonplek
- toename van gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen leven
- een afname van crisissituatie(s), zowel in aantal als in ernst (mate en duur van het controleverlies)
- toename van sociale contacten

Aandachtspunten

Het verminderen van middelengebruik behoort volgens de geïnterviewden niet tot de (primaire) doelstellingen van het project. Wel kan er – in het geval van problematisch middelengebruik – worden gewerkt aan het verminderen van de mate waarin dit gebruik gevolgen heeft voor deelname aan het maatschappelijke leven. Daarnaast wordt opgemerkt dat bij het vaststellen van doelen uitdrukkelijk de leefwereld van de deelnemer centraal moet staan: hoe ervaart hij/zij de eigen situatie? Tot slot is het van belang dat het 'zich staande kunnen houden in de samenleving' voor de meeste personen uit de doelgroep al een doel op zich is. Het voorkomen van escalatie van problemen (in de vorm van bijvoorbeeld crisissituaties of overlast) is dus al winst.

3.5 Werkwijze

Het uitvoerend kernteam van het project bestaat uit hulpverleners van Lentis, VNN en BinG bemoeizorg. In de begeleiding van de deelnemers zoeken de hulpverleners naar manieren om de disfunctioneel geworden overlevingsstrategieën van de deelnemers te doorbreken. Het feit dat de beoogde doelgroep zo veel gebruik maakt van crisisdiensten bevestigt dat

reguliere interventies voor hen niet zonder meer van toepassing zijn. Het is daarom van belang dat experimenteerruimte is ingebouwd in het project zonder dat vooraf is vastgelegd wat precies aan hulpverlening en ondersteuning zal plaatsvinden. Gaandeweg het project zal duidelijk dienen te worden welke elementen van de aanpak werkzaam zijn en welke niet. De leefwereld van de deelnemers is daarbij leidend.

Uitgangspunten

De werkwijze van de aanpak bouwt voort op de ervaringen die begin jaren negentig zijn opgedaan met het Groningse Zorgcoördinatieproject.[29] Een aantal uitgangspunten lichten we hieronder kort toe.

Persoonlijk en maatschappelijk herstel

Bij persoonlijk herstel staan individuele doelen centraal. De nadruk ligt daarbij op perspectief, ankerpunten, zingeving en het terugvinden van belangrijke anderen. Mensen moeten de gelegenheid krijgen om zelf de verantwoordelijkheid voor hun eigen doen en laten te ervaren en meer grip te krijgen op hun eigen leven. Herstel is daarbij niet hetzelfde als genezing. Mensen kunnen tijdens hun herstel nog steeds symptomen hebben, maar met aanpassingen en gepersonaliseerde steun zijn zij in staat om een nieuw en betekenisvol leven op te bouwen.[30] Soms is een vorm van drang nodig, maar waar enigszins mogelijk wordt gebruik gemaakt van op het individu afgestemde verleidingsstrategieën. Maatschappelijk herstel kan op verschillende manieren worden vormgegeven, bijvoorbeeld door het bieden van een woonplek, werkplek, inkomen of gelegenheid voor het leggen van sociale contacten.

Van belang bij grip krijgen op het eigen leven is het leren van ervaringen door terug te kijken op de crisismomenten.[31] Het gaat daarbij om het reconstrueren wat er voorafging aan een crisis, de voortekenen van een crisis te inventariseren en acties vast te leggen die in dat geval ondernomen moeten worden. Een belangrijk onderdeel van verbindende hulpverlening is mensen te laten ontdekken hoeveel ze eigenlijk zelf kunnen doen en sturen in hun leven. Dat voorkomt dat mensen onnodig afhankelijk worden van hulpverleners.

Persoonsgerichte aanpak (aansluiten bij leefwereld)

In het project is sprake aan een persoonsgerichte aanpak, het sluit aan bij de eigen behoeften en de leefwereld van de deelnemers. Wat betekent herstel in zijn/haar beleving? Er wordt daarbij veel tijd geïnvesteerd in het zoeken naar een gemeenschappelijke basis voor contact. Het gaat erom dat de hulpverlener de patiënt daadwerkelijk weet te raken en het 'haakje' weet te vinden (of te creëren) waarmee de patiënt gemotiveerd kan worden zich in te zetten. Dit vergt afstemming met de omgangsrituelen van de cliënt *(tuning)*.[32] Bovendien wordt er rekening gehouden met alle levensgebieden, zoals wonen, inkomen, zorg en financiën.[33]

---

[29] Polstra L. en P. Baart (1994). Zorg en coördinatie. Wolters-Noordhoff, Groningen.
[30] Boevink, W. (2017). HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Trimbos-instituut, Utrecht.
[31] Boevink, W. (2000). Ervaring, ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid. In: Deviant, nr. 26.
[32] Polstra L. en P. Baart (1994); Lohuis G., R. Schilperoort en G. Schout (2008).
[33] Op weg naar een persoonsgerichte aanpak. Eindrapportage Schakelteam voor personen met verward gedrag. (2018). Schakelteam, Den Haag.

Zelfredzaamheid

Om zich te kunnen verbinden met de samenleving is het van belang dat men in staat is mee te doen aan de maatschappij en zich te verhouden tot de systeemwereld. Hierbij kan in eerste instantie worden gedacht aan iemands lichamelijke, psychische, cognitieve en financiële vermogen, maar ook aan iemands 'doenvermogen'. Hiermee wordt aangesloten bij de invulling van zelfredzaamheid in een publicatie van de Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid.[34] Daarin wordt het 'doenvermogen' van mensen beschreven als non-cognitieve vermogens, zoals een doel stellen, een plan maken, in actie komen, volhouden en omgaan met verleiding en tegenslag. Juist deze vaardigheden zijn relevant om te kunnen deelnemen aan het normale maatschappelijke verkeer.

Wederkerige en wederzijdse inspanningsverplichting

Voorwaarde voor het verbinden van beschadigde burgers is wederkerigheid: een samenleving dient erop gericht te zijn om iedereen aan boord te houden en iedereen de kans te geven om op eigen wijze mee te doen, ook burgers met buitengewoon gedrag (ook wel aangeduid met het begrip Koers Inclusief[35]). Met deze speelruimte nemen de mogelijkheden voor maatschappelijk herstel en zelfredzaamheid toe.

Betrokkenheid sociale omgeving

Om mensen een kans te geven zich (weer) verbonden te voelen met hun leefomgeving, dienen 'belangrijke anderen' betrokken te worden. Te denken valt aan familie, professionals, vrienden, wijkagent of de winkel op de hoek. Het is handig en verstandig dat zij leren om 'niet-pluis-signalen' te helpen herkennen, duidelijk te zijn en over en weer grenzen te respecteren.

Oplossingsgericht

In het innovatieproject wordt niet meer dan nodig is gekeken naar de psychiatrische problematiek op grond waarvan mensen in een isolement zijn beland, maar ligt de focus vooral op hun actuele situatie. De deelnemer zelf zoekt samen met de hulpverlening en de omgeving naar oplossingen en verbeterpunten. Uitgangspunt is dat niemand altijd en op alle aspecten van zijn leven 'niet toerekeningsvatbaar' en verward is. De mogelijkheden die er (op goede momenten) zijn, worden in het project optimaal benut.

Aandacht voor cultuurgevoeligheid

In het project staat de leefwereld van de individuele patiënt voorop, hetgeen betekent dat voor patiënten van zowel Nederlandse als niet-Nederlandse komaf rekening wordt gehouden met cultuurspecifieke factoren. De praktijk laat zien dat onder de potentiële deelnemers cultuurdiversiteit fors toeneemt, hetgeen nogal eens leidt tot handelingsverlegenheid van hulpverleners en gemiste kansen. Gezien de samenstelling van de doelgroep wordt ervan uitgegaan dat mensen met verschillende culturele achtergronden zullen deelnemen aan het project.

---

[34] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). Weten is nog geen doen. WRR, Den Haag.
[35] Jonge, M. de, J. Bruinig en L. Polstra (2014). Koers inclusief. Zo doe je dat in de praktijk. Kenniscentrum Arbeid Hanzehogeschool Groningen, Groningen.

Methodieken

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling nieuwe methodieken te ontwikkelen. Er is gebruik gemaakt van methoden en technieken uit de bemoeizorg.[36] Enkele toegepaste methodieken worden hieronder kort toegelicht.

Motiverende gespreksvoering

Het uitgangspunt van motiverende gespreksvoering, ontwikkeld door Miller en Rollnick[37], is dat bereidheid tot gedragsverandering niet wordt gezien als een vaststaand kenmerk van een cliënt, maar als een resultaat van interpersoonlijke interactie. Dat wil zeggen dat motivatie om te veranderen wordt beschouwd als iets wat de hulpverlener bij een cliënt kan uitlokken of versterken. Van de hulpverlener wordt verwacht dat hij reserves die de cliënt ervaart ten aanzien van een behandeling of (gedrags)verandering herkent en dit samen met de cliënt onderzoekt en probeert op te lossen. Miller en Rollnick onderscheiden verschillende uitgangspunten die daarbij van belang zijn, waaronder een empathische houding, het vermijden van discussies en het omgaan met weerstand.[38]

Presentie-grondhouding

De presentiebenadering van Baart[39] is gericht op het overbruggen van de kloof tussen de (chaotische) leefwereld van de cliënt en de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. De kern van de benadering is door aandachtige betrokkenheid te laten zien dat de hulpverlener in de ander geïnteresseerd is en bereid is de cliënt tot steun te zijn. De presentiebenadering doet een beroep op de mogelijkheden die mensen hebben en probeert ze te verbinden met de samenleving.[40]

Betekenisgerichte c.q. narratieve zorg[41]

Betekenisgericht of narratieve zorg is gebaseerd op het constructivisme, dat ervan uitgaat dat mensen een eigen beeld construeren van de werkelijkheid. De werkelijkheid is veelzijdig en kan op veel manieren bekeken worden. In de hulpverlening wordt volgens deze benaderingswijze gepoogd na te gaan op welke wijze overtuigingen, beelden van de werkelijkheid en de beelden die een persoon van zichzelf heeft diens ontwikkeling in de weg staan. Het veranderen van deze beelden, verhalen, constructen en schema's is het doel van de hulpverlening.

Verbindende gesprekstechniek

De verbindende gesprekstechniek van Tielens[42] is gericht op het beoordelen van de oordeelsbekwaamheid van de cliënt. Daarbij is de hulpverlener de verantwoordelijke om het contact aan te gaan. Zeker wanneer er sprake is van oordeels*on*bekwaamheid dient de hulpverlener het contact op actieve wijze aan te gaan en te onderhouden. Het is een

---

[36] Zie onder meer: Lohuis, G., R. Schilperoort en G. Schout (2008); Roeg, D., S. van der Lindt, L. van Doorn en G. Lohuis (2015). Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende zorg. SWP, Amsterdam.
[37] Miller, W.R. en R. Rollnick (2014). Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen. Ekklesia, Ouderkerk a/d IJssel.
[38] Bartelink, C. (2013). Wat werkt: motiverende gespreksvoering? Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.
[39] Baart, A. (2001). Een theorie van presentie. Lemma, Utrecht.
[40] Lohuis, G., R. Schilperoort en G. Schout (2008).
[41] Bohlmeijer, E., L. Mies en G. Westerhof (2007). De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
[42] Tielens, J. (2012). *In gesprek met psychose. Verbindende Gesprekstechniek, praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met psychotische mensen.* De Tijdstroom, Utrecht.

methode die gericht is op het omgaan met mensen met psychotische problemen en gericht op het communiceren met mensen met psychotische stoornissen. Het is een motivationele gesprekstechniek die nu opgenomen wordt in de opleiding voor psychiater en in het werkveld van agogen en verpleegkundigen.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen[43]
Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is een werkwijze waarmee mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid ondersteund kunnen worden bij hun herstelproces. Binnen deze methodiek werkt de cliënt onder meer aan het omgaan met kwetsbaarheid, het versterken van sociale netwerken en het verbeteren van de kwaliteit van leven.[44] De interventie Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is in maart 2015 erkend als Goed Onderbouwd door de erkenningscommissie Langdurige GGZ.

3.6 Randvoorwaarden

In de interviews met opstellers zijn verschillende randvoorwaarden aan de orde gekomen die van belang zijn voor het verloop van het project.

Professionaliteit hulpverleners
De medewerkers in het kernteam dienen affiniteit en ervaring te hebben met de beoogde doelgroep, in staat te zijn om gedurende langere tijd – met wisselende intensiteit – contact te onderhouden met patiënten en dienen overstijgend en "out of the box" te kunnen denken. De hulpverleners moeten in staat zijn de cliënt centraal te stellen, met onzekerheden kunnen omgaan, lange adem hebben, goed kunnen omgaan met conflicterende belangen, ertegen kunnen dat hij/zij relationeel op de proef wordt gesteld, eigenwijs zijn, een altruïstische instelling hebben en durven om boven het maisveld uit te steken.

De medewerkers blijven binnen hun eigen instellingen werken. Ze zijn op basis daarvan gehouden aan hun professionele verantwoordelijkheid, waaronder geheimhoudingsplicht en het waarborgen van de rechten van de cliënten.

Intervisie en rugdekking
Hulpverleners moeten in het project speelruimte krijgen om buiten gebaande paden te treden en creatief en pragmatisch te zijn in hun werkwijze. Essentiele voorwaarden hiervoor zijn intervisie en rugdekking. Intervisie – dat wil zeggen intercollegiale reflectie – geeft hulpverleners de gelegenheid onderling te kunnen sparren over wat nodig, zinvol en verantwoord is om te doen in de hulpverlening aan een patiënt. Daarnaast worden hulpverleners door intervisie in staat gesteld de nodige afstand te bewaren om te voorkomen dat ze worden meegesleurd in de waan van de dag.[45]

---

[43] Hollander, D. den en J.P. Wilken (2011). Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. SWP, Amsterdam.
[44] Hollander, D. den en J.P. Wilken (2011).
[45] Bieleman, B., M. Boendermaker, R. Nijkamp en J. Snippe (2012). Dwars door verbanden. Evaluatie pilot aanpak multiprobleemgezinnen stad Groningen. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam.

Wanneer van hulpverleners wordt verwacht dat zij afwijken van gebaande paden en richtlijnen is het daarnaast essentieel dat deze medewerkers zich hierin gesteund voelen door hun organisatie. De organisaties van waaruit de hulpverleners van het kernteam gedetacheerd zijn moeten erop vertrouwen dat hun hulpverleners professionele keuzes maken. Ook als deze keuzes niet direct leiden tot het gewenste effect of (aanvankelijk) mogelijk zelfs tot ongewenste effecten moeten de hulpverleners zich verzekerd weten van rugdekking door hun organisatie.

Samenwerking betrokken organisaties

Voor het succesvol kunnen uitvoeren van het project is samenwerking tussen de betrokken organisaties essentieel. De systeemwereld moet in zekere mate meebuigen met de leefwereld om daadwerkelijk zorg op maat te kunnen bieden. Dit vraagt om een flexibele houding van deze organisaties.

Registraties

Bij personen met onbegrepen gedrag zijn vaak meerdere (verschillende) instanties betrokken. Een veel voorkomend obstakel bij de begeleiding en hulpverlening van deze personen zijn de wettelijke beperkte mogelijkheden om gegevens met elkaar uit te wisselen.[46] Voor het project is het belangrijk dat registraties over het hulpverleningsproces dusdanig worden ingericht dat alle medewerkers in staat zijn om elkaars werkzaamheden te volgen en waar nodig informatie met elkaar te delen. De registraties dienen daarnaast voor de onderzoekers toegankelijk en inhoudelijk dermate uitgerust te zijn, dat de voor het onderzoek benodigde informatie hieruit ontsloten kan worden.

Delen van informatie

Zowel voor de samenwerking tussen organisaties als voor het verbinding leggen met belangrijke anderen (buurtbewoners, familie et cetera) is het kunnen delen van informatie essentieel. Met de patiënt en met de betrokken organisaties moeten afspraken gemaakt worden over welke informatie wanneer gedeeld kan en moet worden om geïntegreerde zorg te kunnen bieden en de verbinding met de samenleving te kunnen bevorderen.

3.7 Organisatie

Het kernteam van het project bestaat uit medewerkers van Lentis, VNN en BinG, en een projectleider en een teamleider. De projectleider en teamleider werken beide bij Lentis. De projectleider is ervaringsdeskundige en heeft met name een aanjagende en verbindende rol binnen het project. Tevens is zij aanspreekpunt en contactpersoon voor externe organisaties en probeert zij voor deelnemers en hulpverleners zaken te regelen met externe partijen, zoals verschillende hulpverleningsinstanties, sociale wijkteams en gemeente. De teamleider geeft sturing aan het kernteam. Het team begeleidt maximaal twaalf deelnemers gedurende twee jaar. Wanneer één van de deelnemers uitvalt, zal deze vervangen worden. Onderzoekers van onderzoeks- en adviesbureau Breuer&Intraval voeren het praktijkbegeleidende onderzoek uit.

[46] Kamerstukken. Kamerbrief. Kenmerk: 1710043-207324-CZ

3.8 Schematisch overzicht

In figuur 3.1 is de interventielogica van de verbindende hulpverlening als joint venture schematisch weergegeven.

Figuur 3.1 Schematisch overzicht interventielogica

Probleem
Sommige mensen voelen weinig verbinding met hun sociale omgeving en hebben nauwelijks gevoel van eigenwaarde. Vaak gaat het om burgers die de grip op hun leven geregeld verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Het huidige (zorg)aanbod en de maatschappelijke voorzieningen sluiten onvoldoende aan op de behoeften en complexe meervoudige problematiek van deze groep, waardoor zij keer op keer tussen wal en schip belanden.

Doelgroep
Het project richt zich op mensen met onbegrepen gedrag in de gemeente Groningen. De deelnemers voldoen aan één of meer van de volgende kenmerken: leven een cyclisch crisispatroon; maken ongewild veel gebruik van de GGz crisisdienst; zijn overmatig bekend bij politie en justitie; veroorzaken in hun omgeving zorg en overlast; komen in aanmerking voor verplichte zorg in het kader van de Wet Verplichte GGZ (Wvggz) en/of de Wet zorg en dwang (Wzd) op grond van psychische problematiek; hechten erg aan hun vrijheid en eigen regie; kennen onthechting en de vrijheid van 'niets te verliezen'. In de stad Groningen gaat het vermoedelijk om circa 70 personen. Het gaat om mensen die (overmatig) bekend zijn bij (de crisisdienst van) Lentis, VNN en/of Bemoeizorg. Maximaal twaalf personen zullen deelnemen aan het project.

Werkwijze van het project
- Werken aan persoonlijk en maatschappelijk herstel
- Persoonsgerichte aanpak
- Zelfredzaamheid
- Wederkerige inspanningsverplichting
- Betrokkenheid sociale omgeving
- Oplossingsgericht
- Aandacht voor cultuurgevoeligheid

Randvoorwaarden
- Professionaliteit hulpverleners
- Intervisie en rugdekking
- Samenwerking betrokken organisaties
- Goede registraties
- Delen van informatie

Input
Maximaal twaalf deelnemers worden begeleid door een team, bestaande uit hulpverleners van Lentis, VNN en BinG. In de begeleiding van de deelnemers zoeken de hulpverleners naar manieren om de disfunctioneel geworden overlevingsstrategieën van deze personen te doorbreken.

Output
Verschaffen van inzicht in de werkzame principes van hulpstrategieën die erop zijn gericht om mensen met onbegrepen gedrag sterker te verbinden aan de samenleving.

Outcome op niveau van de deelnemers
- Toename van gevoel van regie over het eigen leven
- Toename van gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen leven
- Een door de deelnemer ervaren betere kwaliteit van leven, zowel fysiek, psychisch als materieel
- Een afname van crisissituatie(s), zowel in aantal als in ernst
- Toename van gevoel van eigenwaarde
- Toename van verbinding met de samenleving
- Toename van sociale contacten

Outcome op maatschappelijk niveau
- Substantiële afname van gebruik van politie- en crisisdiensten
- Overdraagbare kennis over effectievere en efficiëntere inzet van hulp
- Reductie van de zinloze kosten die nu aan deze burgers verloren gaan
- Op termijn een grotere draagkracht van de samenleving

4. VERLOOP PROJECT

In september 2017 is het project Verbindende Hulpverlening gestart, het project is beëindigd eind december 2020. In dit hoofdstuk beschrijven we het verloop van het project. We beginnen met de startfase, ruwweg de eerste anderhalf jaar van het project. Vervolgens gaan we in op het vervolg. Tenslotte besteden we aandacht aan enkele belangrijke ervaringen die gedurende het project zijn opgedaan.

Om het verloop in beeld te krijgen hebben we een procesevaluatie uitgevoerd. Hiervoor zijn diverse interviews gehouden. De eerste interviewronde over de startfase heeft plaatsgevonden in de zomer van 2019.[1] Begin 2021 is de tweede interviewronde gehouden waarin aandacht is besteed aan het verloop van het project sinds de instroom van de deelnemers.[2] Daarnaast maken we gebruik van onze eigen bevindingen en ervaringen tijdens het project.

4.1 Startfase

In deze paragraaf beschrijven we het verloop van het project vanaf de start - in september 2017 – tot het moment waarop enkele deelnemers zijn ingestroomd en de instroom van meer deelnemers op gang kwam (ruwweg de zomer van 2019): ook wel de startfase genoemd. Hiervoor maken we gebruik van de bevindingen uit de eerste interviewronde en onze eigen ervaringen.

Aanloopperiode

Eind 2017 heeft de projectleider, mede op verzoek van ZonMw, op het congres 'Shared Decision Making' een presentatie gegeven over het project Verbindende Hulpverlening. Tevens heeft de projectleider verschillende gesprekken gevoerd met medewerkers van betrokken organisaties, waaronder de gemeente Groningen en verschillende hulpverleningsinstellingen. Tijdens deze overleggen is draagvlak gecreëerd voor het project en is gezocht naar hulpverleners die willen plaatsnemen in het kernteam van het project.

Het samenstellen van een uitvoerend team verliep in deze fase moeizaam door verschillende factoren. Zo was er in deze periode al sprake van een groot aantal andere projecten binnen de deelnemende organisaties en binnen de gemeente Groningen. Ook werd de werkdruk bij de verschillende hulporganisaties door de hulpverleners als hoog ervaren. Hoewel hulpverleners de meerwaarde en mogelijkheden van het project zonder meer inzagen, waren zij door deze omstandigheden minder bereid deel te nemen aan een nieuw project. De factoren die zorgden voor vertraging van het project in de aanloopperiode bespreken we hieronder.

[1] In deze interviewronde zijn de projectleider, de voormalig teamleider, de betrokken hulpverleners en enkele opstellers van het project uitgebreid gesproken.
[2] In deze tweede ronde zijn de projectleider, teamleider en de betrokken hulpverleners uitgebreid gesproken.

Andere projecten

Landelijk was in deze periode veel aandacht voor 'verwarde personen'. Zo werd in 2015 het 'aanjaagteam Verwarde Personen' opgericht met de opdracht te realiseren dat alle gemeenten een sluitende aanpak opstellen voor mensen met verward gedrag. Hierdoor werden zowel op landelijk, regionaal als gemeentelijk niveau meerdere verschillende projecten gestart gericht op mensen met verward gedrag. Tijdens de start van het project Verbindende Hulpverlening bleek dat hulpverleners nauwelijks overzicht meer hadden over de verschillende projecten in Groningen die zich tegelijkertijd op deze doelgroep richtten. De projectleider heeft daarom destijds met het Veiligheidshuis afgesproken dat zij samen met de gemeente een overzicht zouden maken van alle lopende projecten inclusief alle hulpverleners die bij deze projecten betrokken waren. Door een reorganisatie bij het Veiligheidshuis - waardoor het Veiligheidshuis is opgeheven en een doorstart heeft gemaakt onder de naam Actiecentrum Veiligheid en Zorg Groningen (AVZ) – en het vertrek van de directeur van het Veiligheidshuis, is dit overzicht niet opgesteld.

Zoals gezegd liepen er in deze periode in de gemeente Groningen diverse andere projecten die zich richtten op een vergelijkbare doelgroep en die medewerking van dezelfde groep hulpverleners vereisten. Het lukte de projectleider en de teamleider in deze periode onvoldoende om de negatieve gedachten over 'weer een nieuw project' onder hulpverleners weg te nemen. De medewerkers van de hulpverleningsinstanties waren, mede door deze onduidelijkheden en onzekerheden, minder enthousiast en daardoor minder bereid om deel te nemen in het kernteam van 'Verbindende Hulpverlening'. Hierop heeft (met name) de projectleider extra gesprekken gevoerd met hulpverleners en managers om het project en de mogelijkheden die het project biedt voor deelnemende cliënten nader toe te lichten waardoor het enthousiasme onder hulpverleners voor het project vergroot werd.

Volgens de tijdsplanning zou begin 2018 worden begonnen met het werven van de deelnemers en zou de instroom van de deelnemers worden gestart. Er was in die periode zoals gezegd veel concurrentie van andere, vergelijkbare projecten in de gemeente Groningen die zich richtten op dezelfde doelgroep als het project 'Verbindende Hulpverlening'. Een voorbeeld hiervan was 'de Gele Loper'. Dit project startte begin 2018 in de gemeente Groningen op verzoek van de toenmalige burgermeester. Het projectteam werd samengesteld met hulpverleners uit dezelfde hulpverleningsinstellingen. De projectleider van 'Verbindende Hulpverlening' is vervolgens tijdens een binnenstadsoverleg in gesprek gegaan met de gemeente over de overlap van de projecten en de gevolgen hiervan voor beide projecten. In dit overleg werd duidelijk dat, hoewel beide projecten naast elkaar kunnen bestaan, de prioriteit leek te liggen bij 'de Gele Loper'. Enkele hulpverleners die hun medewerking aan 'Verbindende Hulpverlening' hadden toegezegd zijn vervolgens overgestapt naar 'de Gele Loper'.

Ontwikkelingen binnen betrokken organisaties

Een andere belangrijke complicerende factor in de startfase was dat er bij enkele betrokken organisaties sprake was van (de nasleep van) een reorganisatie en van andere interne ontwikkelingen die de samenwerking tegenwerkten. Zo was bij één van de betrokken organisaties sprake van onrust door een interne herstructurering waardoor baanonzekerheid ontstond en de teams erg gericht waren op hun eigen organisatie. In deze periode lag de nadruk op productiviteit en efficiëntie, waardoor veel teamleiders

volgens één van de geïnterviewden in de 'overlevingsmodus' zaten. Deze houding zorgde ervoor dat er weinig ruimte was voor vernieuwende projecten en een inhoudelijk andere aanpak, zoals bij 'Verbindende Hulpverlening'. Een ander voorbeeld van interne ontwikkelingen bij betrokken organisaties zijn de sociale wijkteams in Groningen. Sinds 2015 is de nieuwe structuur van de wijkteams 'WIJ Groningen' fasegewijs ingevoerd.

Vertrek teamleider

Daarnaast was er bij verschillende organisaties een aanzienlijk verloop onder medewerkers die bij het project Verbindende Hulpverlening betrokken waren. Zo stopte de teamleider van het project - een medewerker van Lentis en één van de belangrijkste aanjagers van het project - in de zomer van 2018 met zijn werkzaamheden bij Lentis. Het heeft relatief lang geduurd voordat er voor zijn werkzaamheden binnen 'Verbindende Hulpverlening' een vervanger was gevonden en benoemd. Hierdoor was in deze periode onvoldoende sturing op het project: het was niet duidelijk wie voor welk onderdeel van het project verantwoordelijk was en wie welke taken op zich zou nemen. Bovendien waren er bij potentiële leden van het kernteam onduidelijkheden over de verantwoording van de uren die door de hulpverleners aan het project zouden worden besteed. In deze periode zijn verschillende bijeenkomsten georganiseerd om hulpverleners te enthousiasmeren, maar vanwege andere prioriteiten en ontbreken van doelgerichte sturing was de opkomst vaak beperkt en lukte het nauwelijks geschikte leden voor het kernteam te vinden.

Gebrek aan draagvlak

Een andere oorzaak die als verklaring van de moeizame start van het project door de geïnterviewden is genoemd, is het feit dat het project 'bottom-up' tot stand is gekomen. De projectleider van 'Verbindende Hulpverlening' zag mogelijkheden om een projectplan op te stellen waarmee de hulpverlening omtrent 'verwarde personen' in Groningen op een vernieuwende manier kon worden ingevuld en georganiseerd. Zij heeft vanuit haar overtuiging en enthousiasme een enthousiast team om zich heen verzameld en financiering voor het project gerealiseerd. Volgens één van de initiators van het project lijkt het lastiger om op deze wijze voldoende draagvlak binnen een organisatie te creëren dan wanneer een project vanuit het bestuur – 'top-down' – wordt geïnitieerd. Taken – of in deze situatie de participatie in een projectteam – kunnen dan meer worden opgelegd, terwijl het in de hier gevolgde werkwijze meer vanuit de hulpverleners zelf moet komen. Dit lijkt, zeker in de onzekere fase waarin de organisaties zich destijds bevonden, moeilijker tot stand te komen.

Dit alles zorgde ervoor dat het niet lukte in de eerste maanden na de start van het project tot een kernteam van hulpverleners te komen. In de tweede helft van 2018 – toen de rust in de organisaties was wedergekeerd - is er vanuit Lentis een nieuwe teamleider voor het project aangewezen. Dit gaf een positieve impuls aan het tot stand komen van het kernteam waardoor in relatief korte tijd een definitief kernteam tot stand is gekomen, bestaande uit twee hulpverleners van Lentis, twee hulpverleners van BinG en één hulpverlener van VNN.

Instroom deelnemers

In december 2018 zijn de eerste deelnemers ingestroomd. In deze periode verliep de instroom van deelnemers moeizaam. In de zomer van 2019 lag het aantal deelnemers op

zes. De moeizame instroom in deze periode werd veroorzaakt door een aantal factoren die hieronder worden besproken.

Aantal cliënten uit beoogde doelgroep

Verschillende leden van het kernteam geven aan geen cliënten in zorg te hebben die voldoen aan de inclusiecriteria van het project. Enkele geïnterviewden zeggen dat het opmerkelijk is dat er volgens de hulpverleners niet voldoende geschikte kandidaten zijn. Volgens hen zijn er namelijk wel voldoende potentiële deelnemers in de gemeente Groningen. Sommige geïnterviewden vermoeden dat hulpverleners terughoudend zijn om hun cliënten in te laten stromen in het project, omdat deze nieuwe werkwijze voor de hulpverleners onbekend en spannend is en, doordat er geen vastomlijnde systematiek is, vol onzekerheden zit. Bovendien werken hulpverleners meestal vrij individueel. Het expliciet delen van zelf voorgestelde en nieuwe werkwijzen om daaruit gezamenlijk lering te trekken zou de hulpverleners een kwetsbaar gevoel kunnen geven. Daarnaast merken sommige geïnterviewden op dat er sprake kan zijn van een gevoel van concurrentie tussen de hulpverleners van de verschillende deelnemende organisaties. Het kan door hulpverleners als bedreigend worden ervaren om informatie over hun eigen organisatie te delen met hulpverleners van andere organisaties. Het lijkt er volgens deze geïnterviewden op dat dit gedrag versterkt wordt door de voorafgaande interne veranderingen binnen de betrokken organisaties en de onzekerheden die dat met zich meebracht.

Daarnaast merkt één van de hulpverleners op dat verschillende potentiële deelnemers al deelnamen aan andere projecten gericht op deze doelgroep, zoals bijvoorbeeld de Gele Loper.

Profielschets deelnemers

Voor de start van het project is een profielschets opgesteld. Dit document bevatte informatie voor de hulpverleners over de beoogde doelgroep/ deelnemers van het project. De hulpverleners gaven gedurende de startfase aan dat deze profielschets enkele onduidelijkheden bevatte, bijvoorbeeld met betrekking tot de inclusiecriteria en voorwaarden voor deelname. Naar aanleiding van deze signalen is de profielschets aangepast. De hulpverleners gaven daarop aan dat er zeer weinig personen in hun cliëntenbestand zijn die aan alle voorwaarden voldoen. Daarop is besloten dat deelnemers van het project niet aan alle omschreven voorwaarden hoeven te voldoen, maar aan ten minste drie.[3,4]

Weigering deelname

Eén van de teamleden geeft aan dat er zo'n 30 personen benaderd zijn met de vraag om deel te nemen aan het project (inclusief het onderzoek), waarvan er uiteindelijk tien zijn ingestroomd. In totaal hebben dus zo'n 20 personen deelname geweigerd. Zij gaven daarvoor verschillende redenen. Zo bleek een aantal potentiële deelnemers zich niet te kunnen vinden in het informed consent, het toestemmingsformulier waarmee zij aangeven dat zij deel willen nemen aan het onderzoek. Met name de woorden die de doelgroep

[3] De profielschets van de deelnemers is te vinden in Bijlage 1.
[4] Met het aanpassen van de inclusiecriteria is niet de doelgroep aangepast. In paragraaf 4.3 gaan we na in hoeverre de beoogde doelgroep is bereikt.

omschrijven, zoals 'outsiders' en 'overlevers van onmogelijke omstandigheden' riepen enige weerstand op. Naar aanleiding van deze signalen is het informed consent aangepast. Enkele potentiële deelnemers gaven aan überhaupt geen documenten (dus ook geen informed consent) te willen ondertekenen. Anderen wilden niet meedoen aan het project omdat het voor hen niet direct een duidelijk, concreet resultaat zou opleveren, zoals het krijgen van een woning of een uitkering. Hierbij speelt mee dat veel potentiële deelnemers wat achterdochtig zijn door eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners, politie en justitie. Eén van de leden van het kernteam merkt daarbij op dat er vertrouwen moet zijn om tot samenwerking (met de cliënt) te kunnen komen. Het is aannemelijk dat er, door slechte ervaringen in het verleden, onvoldoende vertrouwen was bij sommige potentiële deelnemers om deel te nemen aan het project.

Geen instroom via heroïne behandel unit

Om het aantal potentiële deelnemers te vergroten is verkend of cliënten van de heroïne behandel unit (HBU) zouden kunnen instromen in het project. Hierover zijn gesprekken gevoerd met een medewerker van de HBU. Door persoonlijke omstandigheden kon deze medewerker, die beoogd werd als nieuw lid van het kernteam, niet aansluiten bij het project. Dit had tot gevolg dat er geen deelnemers zijn geworven via de HBU.

Leerpunten

Eén van de belangrijkste leerpunten uit de startfase is dat er bij het opstellen van het projectplan en de uitvoering ervan voldoende aandacht moet zijn voor de (organisatorische) situatie waarin deelnemende organisaties zich bevinden en de invloed die dit heeft op de medewerkers en hun deelnamebereidheid aan (experimentele) projecten.

4.2 Vervolg

In deze paragraaf beschrijven we het vervolg van het verloop van het project. Allereerst gaan we in op de dataverzameling bij de doelgroep en de dataverzameling bij de hulpverleners en ten slotte op de overige informatie die is verzameld.

Deelnemers

De hulpverleners van het kernteam hebben cliënten die bij hen in zorg zijn en die voldoen aan de inclusiecriteria gevraagd of zij aan het project willen deelnemen. Uiteindelijk zijn tien personen ingestroomd in het project, waarvan de eerste in december 2018 en de laatste in mei 2020. Vier deelnemers zijn aangemeld door de hulpverlener van VNN, vier door de hulpverleners van Lentis en twee door de hulpverlener van BinG.

Voor de start van het onderzoek is afgesproken dat deelnemers die niet langer in de gemeente Groningen verblijven, zullen uitstromen uit het project. In totaal zijn drie van de tien deelnemers gedurende het project naar een locatie buiten de gemeente verhuisd, waardoor zij uit zorg raakten bij de hulpverleners uit het kernteam. Eén deelnemer is door een verhuizing binnen de gemeente Groningen uit zorg geraakt bij de hulpverleners in het kernteam, omdat de hulpverleners uitsluitend binnen bepaalde postcodegebieden (mogen)

werken. In overleg met de deelnemers en het kernteam hebben de onderzoekers besloten deze personen wel te blijven volgen om na te kunnen gaan of de interventie effect heeft gehad. De gesprekken met de deelnemer zijn voortgezet en er zijn gesprekken gevoerd met de nieuwe hulpverlener van de deelnemer. Op deze wijze hebben we de tien deelnemers die zijn ingestroomd allen tot het einde van het project (december 2020) gevolgd.[5]

Contact met deelnemers

Omdat enkele deelnemers soms (tijdelijk) minder goed of niet bereikbaar zijn, hebben we niet alle metingen om de zes maanden kunnen uitvoeren. Deelnemers zijn soms niet of minder goed bereikbaar door: verblijf in detentie of in een kliniek; een gewijzigd telefoonnummer of emailadres of het niet hebben van een telefoonnummer of emailadres; dusdanig onder invloed van middelen en/of psychisch verward zijn dat gesprekken niet mogelijk of potentieel zelfs gevaarlijk zijn; wonen/verblijven op straat of bij andere (gewelddadige) personen; en/of naar buiten de grenzen van de gemeente Groningen te zijn verhuisd. Vaak zijn de deelnemers in deze periodes ook voor de hulpverleners moeilijk of niet te bereiken.

Verder heeft de komst van het coronavirus begin 2020 en de als gevolg daarvan genomen coronamaatregelen (o.a. afstand houden, beperkt mensen ontvangen en/of bezoeken) het contact met de deelnemers verder bemoeilijkt. De onderzoekers hebben voor de gesprekken en de afname van de vragenlijsten afspraken gemaakt met de deelnemers over of – en zo ja, de wijze waarop - het contact voortgezet kon worden.

De mate waarin en het niveau waarop de deelnemers in staat zijn om deel te nemen aan het onderzoek, te praten over hun ervaringen en de vragen uit de kwantitatieve vragenlijst te beantwoorden, verschillen per deelnemer en per contactmoment. Waar enkele deelnemers goed in staat zijn de vragen te beantwoorden en helder over hun huidige omstandigheden kunnen vertellen, zijn anderen door middelengebruik en/of hun psychische omstandigheden (tijdelijk) niet in staat helder te communiceren. Deze factoren hebben mede bepaald hoe vaak en hoe veel gesprekken er zijn gehouden met de deelnemers en hoe vaak er een vragenlijst is afgenomen.

Kwantitatieve vragenlijst

De wijze waarop de kwantitatieve vragenlijst onder de deelnemers is afgenomen verschilt. De vragenlijst is bij voorkeur door de onderzoekers 'face-to-face' bij de deelnemers afgenomen. Dit blijkt echter niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld omdat zij in detentie of in een kliniek verblijven of omdat hun verblijfslocatie tijdelijk onbekend is. In dat geval is de vragenlijst zodra het mogelijk was alsnog face-to-face afgenomen.

De kwantitatieve vragenlijst zou bij instroom van de deelnemer in het project en vervolgens elke zes maanden worden afgenomen om de voortgang van de deelnemers in kaart te brengen. Op deze meetmomenten hebben de onderzoekers met de deelnemers afgesproken op een locatie die de voorkeur heeft van de deelnemer. Dit kan zowel het huis of de verblijfslocatie van de deelnemer zijn, maar ook het kantoor/pand van de

[5] Eén deelnemer hebben we in het laatste kwartaal van de looptijd van het project niet meer kunnen bereiken.

hulpverleningsinstelling. Tijdens de coronacrisis is met een aantal deelnemers buiten afgesproken. Wanneer de deelnemer dit graag wil, is de hulpverlener bij afspraken tussen de onderzoeker en de deelnemer aanwezig geweest.

Enkele deelnemers zijn goed in staat gebleken de vragen te beantwoorden, terwijl dit bij andere deelnemers moeizamer gaat of niet volledig is gelukt. Hierbij blijkt dat de deelnemers het vooral lastig vinden hun antwoord te plaatsen op een schaal. Daarnaast blijkt de vragenlijst voor enkele deelnemers te lang of worden bepaalde vragen ook na uitleg van de onderzoeker niet begrepen.

Enkele deelnemers zijn op bepaalde momenten niet in staat of bereid de vragen te beantwoorden. Om toch een beeld te krijgen van de deelnemers op dat moment is ervoor gekozen op die momenten (indien mogelijk) wel een (informeel) gesprek te voeren met de deelnemer. Op een later tijdstip is alsnog geprobeerd een vragenlijst af te nemen.[6]

Informele gesprekken

Tussen de afnamemomenten van de kwantitatieve vragenlijsten door is regelmatig contact geweest tussen de onderzoekers en de deelnemers. Tijdens deze gesprekken, met een meer informeel karakter, hebben de onderzoekers met de kwalitatieve itemlist in het achterhoofd gesprekken gevoerd met de deelnemer over hoe het met hen gaat, de ontwikkelingen in hun leven op verschillende leefgebieden en de hulpverlening die zij krijgen. Eén van de deelnemers is in de loop van het project steeds moeilijker te bereiken voor de onderzoekers, maar ook de hulpverlener geeft aan dat hij merkt dat de deelnemer het contact met hem afhoudt. Dit lijkt met name samen te hangen met het zorgmijdende karakter van de deelnemer.

Alle eerdergenoemde factoren hebben er soms toe geleid dat de vragenlijsten of informele gesprekken later of (voor de zekerheid) iets eerder dan beoogd zijn afgenomen. Periodiek - bijvoorbeeld wanneer het slechter met de deelnemers gaat, er grote veranderingen in hun leven zijn geweest, ze erg zorgmijdend zijn, of om ons niet bekende redenen - zien de deelnemers tijdelijk af van deelname aan de gesprekken met de onderzoeker (en hulpverleners). Op deze momenten worden door deelnemers soms gesprekken ook op het laatste moment afgezegd, staan onderzoekers voor een dichte deur, of zijn deelnemers tijdelijk onbereikbaar. Wanneer we vervolgens vragen aan de deelnemer of hij of zij zich liever terug wil trekken uit het project geven ze allen aan graag de gesprekken te continueren.

Gesprekken naasten

De onderzoekers hebben de deelnemers na verloop van tijd gevraagd of zij contact mogen opnemen met één of enkele van hun naasten. Twee deelnemers hebben hier toestemming voor gegeven. De andere deelnemers geven aan hun naasten niet te willen belasten met hun problemen en/of met het onderzoek en/of geen naasten te hebben die voor het onderzoek benaderd kunnen worden. Van de twee deelnemers die wel toestemming

[6] Eén deelnemer is gedurende het hele project niet in staat om de vragen op de lijst te beantwoorden. Twee van zijn hulpverleners hebben, onafhankelijk van elkaar, de vragenlijst voor de deelnemer zowel voor instroom als tijdens afronding van het project ingevuld.

hebben gegeven zijn in totaal drie naasten gesproken. Uit de gesprekken met de naasten komt met name een bevestiging naar voren van het beeld dat de onderzoekers van de deelnemers hebben gekregen tijdens het project. Alle naasten benadrukken bovendien expliciet het belang van de hulpverlening en deze specifieke hulpverlener(s) voor de betreffende deelnemer.

Kernteam

In de zomer van 2019 is één van de leden van het kernteam gestopt omdat hij twijfels heeft over de meerwaarde van deelname aan het project voor zijn cliënten, hij van mening is dat er te veel onduidelijkheden zijn rondom het project (zoals het wegschrijven c.q. verantwoorden van uren) en omdat hij het gevoel heeft dat hij 'niets te halen had in het kernteam, maar alleen wat te brengen'. Er zijn op dat moment nog geen cliënten van deze hulpverlener ingestroomd in het project.

Bijeenkomsten kernteam

Tijdens de loop van het project is het kernteam één keer per kwartaal bij elkaar gekomen, ook de onderzoekers zijn hierbij aanwezig. Tijdens de bijeenkomsten van het kernteam zijn casussen van potentiële deelnemers besproken en is verkend of deze persoon geschikt zou zijn als deelnemer aan het onderzoek. Ook is door de hulpverleners soms een terugkoppeling gegeven van de redenen waarom een potentiële deelnemer al dan niet wil meedoen. Verder is gesproken over de (ontwikkelingen van) deelnemers en de acties die daarbij zijn ingezet. Tevens hebben de hulpverleners tijdens deze bijeenkomsten punten aangedragen waar zij tegenaan lopen bij de hulpverlening aan de deelnemers. Het gaat bijvoorbeeld over het niet kunnen vinden van passende huisvesting of dagbesteding, een bekende van een deelnemer die de hulpverlening bemoeilijkt of een deelnemer waarmee het steeds slechter gaat, maar waarvan de hulpverlener niet (meer) weet welke acties nog kunnen helpen c.q. mogelijk zijn. De overige hulpverleners, de teamleider, de projectleider en de onderzoekers kunnen dan meedenken met de hulpverlener over oplossingen voor deze knelpunten. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de onderzoekers informatie verzameld over de huidige en potentiële deelnemers, de hulpverleningsmethoden en de knelpunten waar de hulpverleners tegenaan lopen. Daarnaast hebben de onderzoekers inhoudelijke vragen gesteld over het proces.

Eén van de geïnterviewden geeft aan dat wat haar betreft het kernteam vaker bij elkaar zou zijn gekomen om de voortgang te bespreken, zaken af te stemmen, voor intervisie en inhoudelijke werkbespreking. Dit is ook beoogd bij het opstellen van het project. Zij is verder van mening dat creatieve oplossingen met name bedacht worden door er gezamenlijk over na te denken en te bespreken. Desgevraagd geeft één van de teamleden aan dat de hulpverleners geen tijd hebben gehad om vaker bij elkaar te komen. De werkdruk en caseload bij de uitvoerende organisaties is dusdanig groot dat het niet mogelijk is om vaker dan één keer per kwartaal bij elkaar te komen.

Gesprekken hulpverleners

De onderzoekers en de hulpverleners hebben naast de bijeenkomsten van het kernteam ook regelmatig één op één contact met elkaar gehad om de (ontwikkelingen in de) situatie van de deelnemer en de ingezette acties c.q. interventies te bespreken. Voor deze

gesprekken is gebruik gemaakt van de kwalitatieve itemlist. Wanneer er veel ontwikkelingen zijn rondom een deelnemer is er vaker contact geweest tussen de onderzoeker en de hulpverlener dan wanneer er weinig tot geen ontwikkelingen zijn. Verder is gedurende het project met regelmaat contact gehouden met korte telefonische updates.

Gesprekken hulpverleners buiten kernteam

Tijdens het project hebben we naast hulpverleners in het kernteam ook – met toestemming van de deelnemers - meerdere hulpverleners gesproken die geen lid zijn van het kernteam. De inhoud van de gesprekken komt overeen met de interviews met de hulpverleners in het kernteam. Er is bij deze gesprekken gebruik gemaakt van dezelfde kwalitatieve itemlist. De gesprekken zijn soms van kortere duur geweest dan met de hulpverleners van het kernteam. Dit komt mogelijk doordat deze hulpverleners geen tijd hebben kunnen schrijven voor hun deelname aan het project.

Politie

De politie is niet – zoals beoogd – aangesloten bij het kernteam of intensief betrokken geweest bij het project. Eén van de kernteamleden geeft desgevraagd aan dat hulpverleners terughoudend zijn in het spreken over cliënten met of (wijk)agenten. Cliënten kunnen dit als vervelend en onveilig ervaren hetgeen consequenties kan hebben voor de vertrouwensband die de hulpverlener heeft (of probeert op te bouwen) met de cliënt.

4.3 Ervaringen

In deze paragraaf gaan we na in hoeverre de beoogde doelgroep is bereikt en in hoeverre aan een aantal randvoorwaarden voor het slagen van het project is voldaan. Ook bespreken we enkele specifieke punten waar de hulpverleners mee te maken hebben gekregen tijdens de uitvoering van het project.

Beoogde doelgroep

Voor de start van het project is in de projectaanvraag de doelgroep beschreven waarop het project zich richt. Uit gesprekken met leden van het kernteam komt naar voren dat de meeste deelnemers volgens hen grotendeels aan de vooraf opgestelde criteria voldoen. Ze geven aan dat de criteria 'overmatig bekend bij politie en justitie' en 'ongewild veel gebruik maken van de GGZ-crisisdienst' het minst op de deelnemers van toepassing zijn, terwijl de criteria 'leven een cyclisch crisispatroon', 'veroorzaken in hun omgeving zorg en overlast' en 'hechten erg aan hun vrijheid en eigen regie' op vrijwel alle deelnemers van toepassing zijn. Ook is opgemerkt dat de doelgroepomschrijving over het algemeen beter past bij de cliënten van BinG en VNN dan bij de cliënten van Lentis. Eén van de geïnterviewden merkt op dat ze bij het opzetten van het project een zwaardere doelgroep voor ogen had met meer en ernstiger problemen op verschillende leefgebieden.

Dilemma

Enkele leden van het kernteam geven aan dat zij er moeite mee hebben gehad dat er voor deelnemers aan het project mogelijkheden zouden zijn die er niet zijn voor cliënten die niet deelnemen aan het project. Hoewel zij de waarde hiervan erkennen, is dit voor hen een dilemma. Dit kan er mogelijk toe hebben geleid dat de hulpverlening die de deelnemers hebben ontvangen tijdens hun deelname aan het project grotendeels hetzelfde is geweest als de hulpverlening die zij zouden hebben ontvangen wanneer zij niet aan het project zouden hebben deelgenomen. De hulpverleners hebben wekelijks extra tijd aan de deelnemers kunnen besteden ten opzichte van hun andere cliënten en er is sprake geweest van een budget voor bijzondere uitgaven en intervisie en casusoverleg met de andere leden van het kernteam.

Meerwaarde voor deelnemers

De leden van het kernteam geven aan dat de hulpverlening die zij aan de deelnemers hebben gegeven tijdens het project grotendeels overeenkomt met de hulpverlening die zij zouden hebben gegeven als zij niet aan het project zouden deelnemen. Een belangrijke meerwaarde voor de deelnemers is echter dat de hulpverleners meer mogelijkheden hebben gehad om casussen aan elkaar voor te leggen en elkaar om advies te vragen (intervisie). Normaliter is er over het algemeen uitsluitend sprake van intervisie binnen de eigen organisatie. Door intervisie tussen de organisaties mogelijk te maken, hebben hulpverleners meer mogelijkheden voor de deelnemers kunnen verkennen, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, dagbesteding en lichamelijke gezondheid. Hierdoor is de kans op een passende oplossing groter geweest. Buiten het project om worden hulpverleners hier vaak in geremd door drukte, (privacy)regels en protocollen.

Daarnaast is er voor de deelnemers ook extra budget beschikbaar om praktische zaken te regelen. Zo is een garagebox gehuurd om de spullen van een deelnemer op te slaan die tijdelijk is opgenomen en is er de mogelijkheid geweest om een deelnemer ondersteuning te geven van een hulpverlener van Lentis, terwijl de deelnemer hier formeel niet in zorg was. Hulpverleners merken op dat in de afgelopen jaren ‘potjes’ voor dergelijke, incidentele acties om verschillende redenen zijn verdwenen. Enkele managers geven aan dat het desondanks in de reguliere zorg nog steeds mogelijk is extra financiering aan te vragen voor incidentele uitgaven. Volgens hulpverleners dient voor elke uitgave echter een officiële aanvraag te worden ingediend. Dit kost tijd en zorgt ervoor dat hulpverleners de ondersteuning niet per direct kunnen geven.

Een andere meerwaarde voor de deelnemers is dat de hulpverleners meer tijd voor hen hebben gehad, waardoor zij meer persoonlijke aandacht aan de deelnemers hebben kunnen besteden. Zo is een casereview georganiseerd voor één van de deelnemers, heeft een huisbezichtiging samen met een deelnemer buiten de gemeente plaatsgevonden en is er bij een andere deelnemer ruimte om hem nog eens op te zoeken nadat hij uit zorg is geraakt door een verhuizing naar een ander postcodegebied in de gemeente. Buiten het project zijn dergelijke tijdrovende en persoonlijke acties over het algemeen niet mogelijk. Dergelijke acties worden als zeer waardevol ervaren door zowel de deelnemers als de hulpverleners. Acties zoals het bezoeken en afscheid nemen van de deelnemer die uit zorg

is geraakt, zorgt volgens de hulpverlener voor meer 'menselijkheid' in de zorg en geeft de cliënt het gevoel dat hij waardevol is en gezien wordt.

Tenslotte is het contact met de onderzoekers door de deelnemers over het algemeen als 'extra aandacht' en 'prettig' ervaren. Voor een aantal deelnemers zijn we tijdens het project de enige constante factor in hun leven geweest. Door een verhuizing of opname heeft een aantal deelnemers immers van hulpverlener moeten veranderen. Een aantal deelnemers heeft buiten deze wisselende hulpverleners niet of nauwelijks andere sociale contacten, waardoor onze aanwezigheid en de vertrouwelijke gesprekken die we met hen hebben gevoerd, voor en volgens hen van waarde is geweest.

Meerwaarde voor hulpverleners

De intervisie die de hulpverleners tijdens het project hebben kunnen plegen met andere hulpverleners en onderzoekers is niet alleen van meerwaarde geweest voor de deelnemers, maar ook voor de hulpverleners. Door met andere hulpverleners (van andere organisaties) te bespreken waar de knelpunten liggen, merken de hulpverleners dat zij niet de enige zijn die deze knelpunten ervaren. Ook kunnen de hulpverleners met elkaar meedenken, waardoor zij zeker weten dat zij alle opties hebben verkend, bijvoorbeeld met betrekking tot huisvesting en dagbesteding. Verder hebben hulpverleners bepaalde oplossingsrichtingen kunnen aandragen die voor hen in het verleden hebben gewerkt, of hebben zij andere niet-werkende acties van andere hulpverleners kunnen voorkomen. De leden van het kernteam hebben het als prettig ervaren dat er altijd een hulplijn binnen handbereik is die mee kan denken. Bovendien hebben hulpverleners van een andere instelling soms een andere blik op een casus, zijn zij op de hoogte van andere mogelijkheden of hebben zij andere contacten c.q. ingangen bij relevante organisaties, waardoor de hulpverlener kan beschikken over een grotere sociale kaart. Ook wordt op deze wijze sneller duidelijk wanneer een persoon bij meerdere hulpverleningsinstellingen bekend is en wanneer de verschillende instellingen langs elkaar heen werken.

Enkele managers die wij hebben gesproken geven aan dat intervisie met hulpverleners van andere organisaties in de reguliere hulpverlening ook mogelijk is. De hulpverleners merken echter op dat dit in de praktijk erg lastig is, omdat dan voor elk onderwerp waarover contract wordt gezocht met een hulpverlener van een externe organisatie opnieuw toestemming gevraagd moet worden aan de cliënt.

Tenslotte merken de hulpverleners op dat zij het interessant hebben gevonden dat mensen van buiten de hulpverlening (de onderzoekers) hebben meegekeken en meegedacht bij de casussen, wat soms tot verrassende vragen en nieuwe inzichten heeft geleid.

Langs elkaar heen werken

Tijdens het project is naar voren gekomen dat een belangrijk struikelblok binnen de hulpverlening is dat bij een cliënt vaak verschillende organisaties betrokken zijn. Deze organisaties zijn vaak niet (volledig) op de hoogte van elkaars contact met en ingezette hulpverleningsacties bij een cliënt. Als de cliënt hier geen toestemming voor geeft, mogen organisaties onderling geen informatie over de cliënt uitwisselen, ook al is deze in zorg bij beide instanties. Volgens één van de teamleden heeft het project inzicht gegeven in wat

allemaal mogelijk is als de deelnemer toestemming geeft om informatie over hem/haar te delen met hulpverleners van andere instellingen waar deze persoon bekend is. Leden van het kernteam geven aan dat zij vaker proactief aan hun cliënten kunnen vragen of zij ook in zorg zijn bij andere organisaties en of zij toestemming geven om informatie over hem/haar te delen. Dat gebeurt op dit moment niet structureel, waardoor organisaties langs elkaar heen werken en soms zelfs acties inzetten die tegenstrijdig met elkaar kunnen zijn. Eén van de teamleden merkt op dat dit deels wordt veroorzaakt door het 'hokjesdenken' binnen de hulpverlening en binnen de samenleving als geheel. De doelgroep van dit project is echter moeilijk in een hokje te plaatsen, waardoor een eenduidige oplossing niet mogelijk is. Daarnaast behartigen de organisaties niet alleen de belangen van de cliënt, maar ook die van de organisatie waarvoor zij werken, welke soms tegenstrijdig kunnen zijn.

Creatieve oplossingen

Tijdens het project zou op creatieve wijze geprobeerd worden om regels geen belemmering meer te laten zijn om de cliënt te geven wat hij/zij nodig zegt te hebben en/of volgens de hulpverlener nodig heeft. De mogelijkheden tot het inzetten van creatieve oplossingen blijkt beperkt door privacyregels, onmacht, het afhaken van deelnemers, een 'dichtgetimmerd' hulpverleningssysteem en het door de hulpverleners gevoelde dilemma. Ook regels van andere organisaties, die geen onderdeel zijn van het project, kunnen de mogelijkheden beperken. Bovendien is er voor sommige problemen simpelweg geen oplossing. Anderzijds zijn er bij een aantal deelnemers creatieve oplossingen gezocht en ingezet die zonder deelname aan het project niet mogelijk zouden zijn geweest. De leden van het kernteam hebben daarvoor veel verschillende mogelijkheden verkend. Een flexibele en creatieve houding van andere betrokken organisaties is daarbij van belang. Deze instelling blijkt in de praktijk niet altijd aanwezig.

Angstcultuur

Volgens één van de geïnterviewden zijn veel organisaties terughoudend in het zoeken naar creatieve oplossingen doordat er binnen veel organisaties sprake is van een angst- en afrekencultuur. Ook in gesprekken met andere geïnterviewden wordt de onduidelijkheid benoemd over wie precies waarvoor en wanneer verantwoordelijk is en de onzekerheid die hieruit voortvloeit. Dit sluit aan bij de bevindingen van Koekkoek die opmerkt dat zorginstellingen en –professionals die liever op safe spelen dan dat ze risico's nemen daarvoor worden beloond.[7]

Door het grote aantal regels en protocollen hebben hulpverleners weinig speelruimte om de hulpverlening anders in te richten dan de protocollen voorschrijven, ondanks dat dit afwijken van protocollen volgens de hulpverleners hun cliënten ten goede zou komen. Volgens één van de geïnterviewden komt deze afrekencultuur zowel voort uit de eigen organisatie als uit de media. Ze geeft aan dat er regelmatig fouten worden gemaakt binnen de hulpverlening zoals dat een casus niet goed afloopt, maar dat dit inherent is aan het werken met deze complexe doelgroep. Door het opstellen van een grote hoeveelheid regels en protocollen zou echter worden geprobeerd risico's uit te sluiten. Deze regels en protocollen zorgen ervoor dat het voor hulpverleners een uitdaging is om maatwerk te

[7] o.a. Koekkoek, B. (2019).

leveren. De complexiteit van het werken met deze doelgroep en de creativiteit die nodig is om aan te kunnen sluiten bij de leefwereld van deze personen en iemand te bewegen tot het accepteren van hulp wordt vaak onderschat.

Creatieve oplossingen kunnen alleen ontstaan als hulpverleners zich veilig en gewaardeerd voelen in hun organisatie. Binnen de organisaties die aan het project deelnemen is ruimte geweest om flexibeler om te gaan met de regels. Wanneer contact gezocht is met een organisatie buiten het project blijkt vaak dat de regels strikt worden nageleefd, waardoor creatieve oplossingen niet altijd mogelijk zijn gebleken.

Medewerking andere organisaties

Bij het opstellen van het projectplan is verondersteld dat verschillende organisaties in de gemeente Groningen een – in meer of mindere mate – actieve rol zouden spelen bij het project. Om verschillende redenen is dit niet gelukt of gedaan, bijvoorbeeld omdat de werkdruk bij een organisatie (te) hoog was. Tijdens de tweede interviewronde (na afloop van het project) is door een aantal hulpverleners opgemerkt dat zij nauwe betrokkenheid van één of meerdere instanties hebben gemist en dat dit volgens hen van meerwaarde zou kunnen zijn geweest. Zo merkt één hulpverlener op dat een meer intensieve betrokkenheid van de gemeente en de wijkteams een meerwaarde zou zijn geweest voor het project, omdat zij goed weten wat er in de wijken leeft. Een andere hulpverlener geeft aan dat in het kernteam van het project meer ketenpartners (zoals de gemeente en de woningbouw) hadden moeten zitten om echt iets voor elkaar te kunnen betekenen. Dan zouden er volgens deze hulpverlener meer mogelijkheden zijn geweest om binnen het kernteam te zoeken naar (creatieve) oplossingen, bijvoorbeeld met betrekking tot huisvesting of dagbesteding.

Enkele leden van het kernteam geven aan vanuit hun organisatie voldoende steun te hebben gevoeld en ontvangen voor hun deelname aan het project en om te proberen binnen de hulpverlening van de deelnemers naar creatieve oplossingen te zoeken. Andere leden merken op dat zij onvoldoende steun hebben ontvangen vanuit de betrokken organisaties om de bijdrage aan het project te kunnen leveren die zij zouden willen, bijvoorbeeld door buiten de protocollen te werken en te experimenteren met creatieve oplossingen en extra tijd te besteden aan de deelnemers.

5. BESCHRIJVING DEELNEMERS BIJ INSTROOM

In dit hoofdstuk beschrijven we de situatie van de deelnemers op het moment dat zij instromen in het project. We gaan daarbij in op hun woonsituatie, hun geestelijke en lichamelijke gezondheid, hun dagbesteding - waarbij we ook kijken naar hun sociale contacten en contacten met crisisdienst, politie en justitie - en tenslotte hun financiële situatie.

5.1 Deelnemer A

Deelnemer A is een man van middelbare leeftijd en is in een ander land en een andere cultuur opgegroeid dan de Nederlandse. A is aan het eind van 2018 door een hulpverlener van VNN voor het project Verbindende Hulpverlening aangemeld. De hulpverlener geeft aan dat A voor het project is aangemeld omdat A: op zoek is naar een geschikte woonvorm; detox wil van alcohol en harddrugs; en softdrugs wil blijven gebruiken. Dit mag echter niet in de huidige woonsituatie. A is bekend bij meerdere (zorg)instanties vanwege forse alcoholproblematiek, met als gevolg dat hij zich agressief heeft geuit en veel in aanraking is gekomen met politie en justitie. A moet vlak na instroom in het project een korte celstraf uitzitten in een Penitentiaire Inrichting (PI).

Huisvesting

A verblijft in een beschermde woonvorm, maar geeft als gevolg van alcoholgebruik veel overlast en uitzetting bij deze locatie dreigt. A was voor langere tijd clean, mede als gevolg van een ziekenhuisopname, maar deze huidige woonplek tussen andere personen die veelvuldig gebruiken lijkt niet geschikt voor A. De hulpverlening kijkt – terwijl het de vraag is of hij wordt uitgezet - of elders een meer passende woonruimte beschikbaar is. Op lange termijn wenst A (clean) terug te keren naar zijn land van herkomst en om zich daar te herenigen met zijn familie.

Gezondheid

A is als gevolg van middelengebruik voor aanvang van het project opgenomen geweest in een ziekenhuis. Hij ervaart lichamelijke problemen, maar is desondanks wel redelijk tevreden met zijn lichamelijke gezondheid. Hij heeft verder een chronische ziekte en dient rekening te houden met zijn voeding en is hiervoor ook medicijnafhankelijk. A is minder tevreden over zijn geestelijke gezondheid. Volgens hulpverleners is er sprake van psychische, persoonlijke en psychosociale problematiek.

Dagbesteding

A heeft geen dagbesteding en is op zoek naar een zinvolle invulling van zijn dagen. Hij lijkt een wens te hebben om bij te dragen aan de maatschappij, en wil niet afhankelijk zijn van een uitkering.

Financiën
A heeft schulden die hij wenst af te lossen. A heeft een bewindvoerder en zegt deze ruim voor aanvang van het project op eigen initiatief te hebben geregeld.

5.2 Deelnemer B

Deelnemer B is een vrouw van middelbare leeftijd. In december 2018 meldt een hulpverlener van VNN haar aan voor het project Verbindende Hulpverlening. Op het moment dat B instroomt zit zij een gevangenisstraf uit voor een klein vergrijp. Eind december 2018 zal zij vrijkomen. De hulpverlener verwacht dat de situatie van B dan onstabiel zal zijn, met name omdat zij kampt met verslavingsproblematiek en het nog niet duidelijk is waar zij kan gaan wonen als zij vrijkomt.

Huisvesting
Op het moment dat B instroomt in het project verblijft zij in een PI waaruit zij nog dezelfde maand zal vrijkomen. Het is dan nog onduidelijk waar ze na haar vrijlating zal gaan wonen/verblijven. Het sociale netwerk van B bestaat voornamelijk uit personen die drugs gebruiken en/of hierin handelen. Aangezien ze zelf niet meer gebruikt sinds zij in de PI zit en de wens heeft om abstinent te blijven van drugs, is het niet wenselijk dat zij weer in contact komt met gebruikende personen uit haar (oude) sociale netwerk en/of hier (tijdelijk) verblijft.

Gezondheid
B heeft een lange geschiedenis van middelengebruik achter de rug, het gaat met name om harddrugs zoals heroïne en cocaïne. Het middelengebruik van B hangt sterk samen met haar sociale omgeving, die voornamelijk bestaat uit personen die drugs gebruiken en/of hierin handelen. Sinds haar verblijf in de PI is B abstinent van harddrugs en is zij goed ingesteld op methadon. Ze heeft een sterke wens om te stoppen met het gebruik van drugs en een stabiel leven op te bouwen, omdat over enkele maanden haar eerste kleinkind zal worden geboren. B heeft enkele chronische lichamelijke klachten die deels samenhangen met haar voormalige middelengebruik. Hiervoor krijgt zij medicijnen. De geestelijke gezondheid van B is op het moment van instromen stabiel. Wel staat zij bekend als zorgmijder.

Dagbesteding
Op het moment van instromen in het project verblijft B in een PI. Zij heeft de wens om op termijn (weer) betaald werk te gaan verrichten, maar wil zich nadat zij vrijkomt eerst richten op stabiliseren. B heeft in het verleden regelmatig contact gehad met politie en justitie.

Financiën
B verblijft op het moment dat zij instroomt in het project in een PI, waardoor zij op dat moment geen inkomen heeft. B heeft verschillende openstaande boetes van in totaal een paar duizend euro. Omdat ze geen vaste woon- of verblijfplaats heeft kunnen deze boetes niet bezorgd worden en lopen ze steeds verder op.

5.3 Deelnemer C

Deelnemer C is een man van middelbare leeftijd. Hij is al gedurende een groot aantal jaren bekend bij verschillende hulpverleningsinstellingen. In december 2018 meldt een medewerker van VNN hem aan voor het project. Hoewel C al geruime tijd stabiel is, vreest de hulpverlener voor een terugval in (onder meer) middelengebruik doordat de huidige woonsituatie van C niet langer passend is. De hulpverlener geeft aan dat de voornaamste reden om C aan te melden is dat hij verwacht door het project beter en volledig(er) zicht te krijgen op de woonmogelijkheden voor C in Groningen.

Huisvesting

Zelfstandig wonen is in het verleden meerdere malen niet goed gegaan, zo is C onder meer enkele jaren geleden vanwege een huurachterstand uit huis gezet. Tevens is een proefwonen-traject meermaals mislukt doordat hij te veel bezoek ontving van andere personen met multi-problematiek, waardoor overlast werd veroorzaakt. Vervolgens verbleef C bij verschillende opvangvoorzieningen en bij vrienden.

Wanneer C instroomt in het project verblijft hij al gedurende enkele jaren in een voorziening in Groningen. Hier deelt hij een kamer met een andere bewoner en is beperkt middelengebruik toegestaan, mits er geen overlast veroorzaakt wordt. Hoewel het hier goed gaat en C stabiel is, geeft hij aan dat hij het inmiddels moeilijk vindt met meerdere mensen (die middelen gebruiken) samen te wonen en in de voorziening zijn rust niet (meer) te kunnen vinden. Hij wil erg graag verhuizen naar een (meer) zelfstandige woning c.q. woonvorm en dringt er bij zijn hulpverlener op aan hem hiermee te helpen. De hulpverlener merkt op dat C stabiel is in zijn geestelijke gezondheid en zijn middelengebruik sinds hij in de voorziening verblijft. Er dient daarom een weloverwogen keuze te worden gemaakt voor een alternatieve woonvorm, waarbij eventuele risico's op terugval zoveel mogelijk worden beperkt.

Gezondheid

C is in het verleden verslaafd geweest aan verschillende middelen. Bij instromen is hij goed ingesteld op methadon en gebruikt hij af en toe heroïne en/of cocaïne bij. Daarnaast drinkt hij dagelijks enkele blikjes bier. Het middelengebruik van C is stabiel, er is al gedurende een langere periode geen sprake van een noemenswaardige toe- of afname. Bovendien zorgt het middelengebruik niet voor problemen. C heeft geen wens om te stoppen of te minderen met zijn gebruik.

Bij C is sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en hij geeft aan 'altijd' stemmen te horen, hij krijgt hiervoor al langere tijd psychiatrische hulp. In verband met meerdere psychosen is hij in het verleden korte tijd opgenomen geweest in een kliniek en krijgt hij antipsychotica via depot. Sinds C antipsychotica krijgt, heeft hij geen psychoses meer gehad. Bij instroom in het project is C al gedurende langere tijd geestelijk stabiel.

C heeft, met uitzondering van een chronische longziekte, geen lichamelijke klachten.

Dagbesteding

C heeft op het moment dat hij instroomt in het project al gedurende langere tijd geen dagbesteding. Wel helpt hij een goede vriendin regelmatig met wat klusjes en geeft hij aan zich verder overdag 'wel te vermaken'. C geeft aan open te staan voor dagbesteding.

De sociale omgeving van C is beperkt, maar hij is daar tevreden mee. Hij geeft zelf aan geen behoefte te hebben aan meer contact met andere mensen. Op het moment dat C instroomt in het project veroorzaakt hij al geruime tijd geen overlast meer en heeft hij tevens al geruime tijd geen contact meer met politie, justitie en/of de crisisdienst.

Financiën

Op het moment dat C instroomt in het project krijgt hij al gedurende enkele jaren een bijstandsuitkering en heeft hij bewindvoering. Dit gaat goed en C is hier tevreden over. Daarnaast heeft C nog enkele schulden die hij in het verleden heeft gemaakt.

5.4 Deelnemer D

Deelnemer D is een man van middelbare leeftijd. Hij heeft geen historie bij hulpverleningsinstellingen. Er is bij hem geen sprake van middelengebruik of psychiatrische problematiek, wel heeft hij een hulpvraag op het gebied van financiën, huisvesting en gezondheid. In februari 2019 meldt een medewerker van Lentis hem aan voor het project. Op dat moment verblijft hij in een op een illegale ligplaats gelegen onverwarmde boot en heeft hij zowel fysieke als mentale klachten.

Huisvesting

D leeft op een boot. De leefruimte aan boord is beperkt en bestaat uit een kleine kajuit en een slaapgedeelte. De kajuit wordt verwarmd met een oliekachel. D heeft echter geen geld om olie te kopen. Overdag kan hij vanwege de winterkou niet op de boot verblijven. Hij brengt zijn tijd grotendeels door op het hoofdstation in Groningen, in de buurt van een stopcontact zodat hij zijn laptop en telefoon kan opladen. De afstand tot zijn boot is ongeveer vijf kilometer. Omdat hij geen uitkering ontvangt en krap bij kas zit, loopt hij die afstand dagelijks 's ochtends en 's avonds heen en weer. De boot ligt zo ver weg omdat er op dichterbijgelegen locaties voor woonboten geen plek beschikbaar is. D heeft zijn boot illegaal aangemeerd aan een provinciale waterweg.

D kan het allemaal niet goed meer verwerken. Hij wordt radicaler in zijn uitspraken over wie hij wat zal aandoen. Zeker wanneer er iemand aan zijn boot zou komen. Hij heeft geen familie of vrienden in Groningen waar hij terecht zou kunnen. De nachtopvang is dan nog de enige mogelijkheid. Slapen in de nachtopvang vindt hij geen optie, dat is voor hem een schrikbeeld waar hij niet aan wil denken en ook niet over wil praten. Hij zet al zijn kaarten op de reparatie van de motor van de boot om zo de boot te kunnen verplaatsen.

Gezondheid

D klaagt bij instroom over de kou op zijn boot en de afstanden die hij dagelijks moet afleggen. Hij is ook vermagerd. Verder vindt hij het moeilijk te verteren dat hij zijn boot

niet kan repareren en naar een locatie kan verplaatsen waar de boot mag liggen. Hij klaagt over hoofdpijn, waar hij meer last van zegt te hebben gekregen.

Dagbesteding

D heeft op het moment dat hij instroomt in het project al langere tijd geen dagbesteding. Hij brengt zijn tijd hoofdzakelijk door op het hoofdstation. Hij vindt dit zelf niet zijn grootste probleem. Hij vermaakt zich wel op het station. Hij maakt makkelijk contact en is behulpzaam. Van de kioskhouder krijgt hij af en toe een kop koffie. Met de BOA's heeft hij goed contact en die laten hem met rust. Hij valt niemand lastig, ziet er verzorgd uit en gedraagt zich vriendelijk en voorkomend. Hij zegt geen contact te hebben met politie, justitie en/of de crisisdienst.

Het aantal personen waarmee D contact heeft is beperkt, maar hij is daar tevreden mee. Hij geeft aan geen behoefte te hebben aan meer contact met andere mensen dan een vriendelijk praatje. Hij heeft een vriendin. Zij woont in een dorp op ongeveer 30 kilometer van de stad Groningen. Omdat hij geen geld heeft kan hij niet naar haar toe, zij komt af en toe wel bij hem langs.

Financiën

D leefde van een bijstandsuitkering. Hij had een zogenoemd briefadres bij een locatie van de maatschappelijke opvang van het Leger des Heils. Omdat hij niet voldeed aan de voorwaarden is zijn uitkering stopgezet. Bij instroom heeft hij zeven maanden geen uitkering meer ontvangen. Hij ontvangt wekelijks 70 euro leefgeld van de Sociale Dienst.

5.5 Deelnemer E

Deelnemer E is een man van middelbare leeftijd. In het voorjaar van 2019 wordt E door hulpverleners van het FACT-team van Lentis aangemeld voor het project. De hulpverleners geven aan dat E voor het project is aangemeld omdat: hij geen goede huisvesting heeft; hij geen goede dagbesteding heeft; en zijn geestelijke gezondheid te wensen overlaat. E heeft een jarenlange voorgeschiedenis in de GGZ en is zich ervan bewust dat hij op meerdere leefgebieden hulp nodig heeft.

Huisvesting

E heeft in het verleden op verschillende plekken in Noord-Nederland gewoond. Voor deelname aan het project heeft E kort op straat gezworven en in een dak- en thuislozenopvang gewoond. Bij aanvang van het project woont hij al enige tijd in een beschermde woonvorm. In de voorziening zitten mensen met psychische problemen, al dan niet gecombineerd met verslaving, die begeleiding en ondersteuning nodig hebben. E is niet tevreden over de woonsituatie, voornamelijk omdat het contact met de medebewoners slecht verloopt. E dreigt weg te lopen uit de voorziening en weer op straat te gaan zwerven. E heeft voor zijn geestelijke gezondheid behoefte aan een rustige omgeving, waarin weinig 'stimuli en triggers' zijn.

Gezondheid
E geeft aan veel problemen met zijn geestelijke gezondheid te hebben. Hij voelde zich nooit begrepen door naasten en anderen. E gebruikt meerdere medicijnen: om rustig te worden; tegen alcoholgebruik; om geestelijke problematiek te voorkomen; en om zijn maag tegen deze medicijnen te beschermen. Zijn lichamelijke gezondheid is slecht, zo geeft hij aan moe te worden van traplopen, weinig te bewegen en een kleine actieradius te hebben.

Dagbesteding
E heeft in de woonvoorziening waar hij verblijft geen dagbesteding en een minimale daginvulling. Hij komt niet of nauwelijks uit het huis. E staat open voor vrijwilligerswerk, maar ageert volgens de hulpverleners tegen de term 'dagbesteding'.

Financiën
E heeft in een ver verleden een eigen bedrijf gehad, en moest daarvoor zelf de financiën regelen. Dat is niet goed gegaan, met als gevolg dat hij schulden heeft gekregen. E heeft al voor het project een bewindvoerder gekregen. Financiën worden nu voor hem geregeld en hij ontvangt wekelijks geld voor dagelijkse boodschappen, overlegt met de bewindvoerder voor aanschaf van grotere dingen (bijvoorbeeld gordijnen), en maakt soms gebruik van de voedselbank.

5.6 Deelnemer F

Deelnemer F is een vrouw van middelbare leeftijd die op verschillende leefgebieden vastloopt of dreigt vast te lopen. Zij is een alleenstaande moeder van meerdere kinderen, waarvan één minderjarig. In het voorjaar van 2019 wordt F door hulpverleners van het FACT-team van Lentis aangemeld voor het project. Hoewel de hulpverleners aangeven dat zij de situatie rondom F redelijk goed in beeld hebben, maken zij zich vooral zorgen over de situatie rondom het jongste kind van F die op dat moment niet bij haar woont. Door F aan te melden voor het project Verbindende Hulpverlening hopen de hulpverleners zicht te krijgen op de situatie van het kind, alle partijen en organisaties die hierbij betrokken zijn en de acties die zij wel of niet ondernemen. Ook hopen zij op deze wijze alle organisaties aan tafel te krijgen om tot een eenduidig beeld en een gezamenlijk plan te komen.

Huisvesting
Wanneer F instroomt in het project woont zij alleen in een zelfstandige huurwoning in Groningen. Ze heeft verschillende traumatische gebeurtenissen meegemaakt in deze woning en voelt zich hier regelmatig onprettig en onveilig. Bovendien heeft zij het gevoel dat zij in de gaten gehouden wordt. Zij heeft aangegeven dat zij daarom graag zou willen verhuizen.

Gezondheid
Door verschillende traumatische ervaringen heeft F een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkeld. De trauma's hebben dagelijks invloed op haar leven, zo is er sprake van nachtmerries, herbelevingen, angsten en paranoïde en achterdochtige gedachten.

Daarnaast is er sprake van een eetstoornis. F heeft in het verleden verschillende behandelingen gevolgd in verband met depressieve klachten en eetproblematiek. Verder is er bij F – soms in meerdere, soms in mindere mate - sprake van psychotische belevingen, desorganisatie en ontremmingen. Enkele maanden voordat ze instroomt in het project wordt zij vrijwillig, kortdurend opgenomen in de kliniek van Lentis vanwege achterdocht en paranoïde gedachten, mogelijk vanuit een psychotische toestand. Zij is op dat moment in verwarde toestand door de politie naar de kliniek gebracht. In perioden dat het niet goed gaat met F eet zij onvoldoende en zorgt zij niet goed voor zichzelf. Ze heeft dan de neiging zich terug te trekken in haar huis.

F is jarenlang afhankelijk geweest van valium. Zij is hier enkele jaren geleden zelfstandig mee gestopt. Op het moment dat ze instroomt in het project gebruikt zij periodiek cannabis ter zelfmedicatie.

Dagbesteding

In het verleden heeft F verschillende werkzaamheden verricht. Tevens heeft zij vrijwilligerswerk gedaan en is zij mantelzorger geweest. Op het moment dat F instroomt in het project heeft zij geen dagbesteding. Wel heeft zij de wens om op termijn betaalde werkzaamheden, vrijwilligerswerk of een dagbesteding te gaan doen.

F heeft een beperkte sociale kring en is hier tevreden mee. F veroorzaakt geen overlast.

Met enige regelmaat heeft F contact met de politie in verband met onveiligheid en 'vreemde gebeurtenissen' die zij ervaart in de directe omgeving van haar woning.

Financiën

F krijgt een uitkering en is cliënt van de Groningse Kredietbank (GKB). Ze is hierover tevreden.

5.7 Deelnemer G

Deelnemer G is de jongste deelnemer. Ze is een vrouw van middelbare leeftijd die al jarenlang bekend is bij de GGZ in verband met recidiverende (manisch) psychotische toestanden. Daarnaast is er sprake van middelengebruik. In de zomer van 2019 wordt G door de hulpverlener van BinG aangemeld voor deelname aan het project. De hulpverlener geeft aan dat zij haar aanmeldt omdat het een zeer kwetsbare vrouw is met verschillende wensen met betrekking tot wonen, zingeving en dagbesteding.

Huisvesting

G heeft in het verleden op verschillende plekken gewoond. Zo verbleef zij onder meer periodes bij haar ouders, bij vrienden en op straat. Op het moment van instromen zit G in een beschermde woonvorm. G erkent dat het een plek is waar veel verleidingen zijn wat betreft middelengebruik. Zij heeft de wens om op termijn ergens te wonen waar zij meer zelfstandigheid heeft. Door de woongeschiedenis van G zijn de reguliere organisaties die woonplekken aanbieden echter zeer terughoudend. Omdat er bovendien sprake is van

zowel verslaving als psychiatrische problematiek, is er sprake van een contra-indicatie bij veel reguliere woonvormen. De hulpverlener vraagt zich af wat op dit moment een passende en beschikbare woonvorm is voor G.

Gezondheid

G is al decennialang bekend in de GGZ in verband met een achtergrond van onveiligheid, verwaarlozing en recidiverende (manisch) psychotische episoden. De psychoses gaan soms gepaard met fysieke agressie, tevens is er sprake van waanbeelden. G is meerdere keren zowel vrijwillig als binnen het gedwongen kader opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek. De psychiatrische behandelingen verlopen gefragmenteerd omdat ze zich steeds aan de behandeling onttrekt en terugvalt in middelengebruik. Op het moment dat G instroomt in het project is ze psychisch redelijk stabiel. Ze krijgt antipsychotica via depot, als zij deze medicatie neemt is zij relatief helder in het contact.

G heeft een chronische ziekte waarvoor zij regelmatig in het ziekenhuis heeft gelegen. Daarnaast heeft zij reumatische klachten. Het lukt haar slechts ten dele om goed voor zichzelf te zorgen. Ze gebruikt al jarenlang (grote hoeveelheden) soft- en harddrugs en alcohol. Op het moment dat ze instroomt in het project krijgt zij methadon bij de VNN. Verder gebruikt zij voornamelijk cocaïne en heroïne. G is van mening dat het gebruik van heroïne een positief effect heeft op haar chronische ziekte.

Dagbesteding

Enkele mensen uit de familie van G zijn zeer betrokken bij haar, hebben regelmatig contact met haar en proberen haar te steunen. G helpt één van haar familieleden enkele dagdelen in de week met een baantje. Daarnaast leidt ze een zwervend bestaan. In het verleden heeft ze aan dagbesteding gedaan. G geeft aan wel weer aan dagbesteding te willen gaan doen, maar ze heeft hiertoe nog geen acties ondernomen.

G veroorzaakt regelmatig overlast als zij in een psychotische toestand verkeert. Ook wanneer ze onder invloed van middelen is, kan zij zich verward gedragen en is zij slecht aanspreekbaar. Ze pleegt bovendien regelmatig delicten, zoals diefstal. Zij heeft dan ook regelmatig contact met politie, justitie en/of de crisisdienst.

Financiën

G krijgt een (relatief hoge) uitkering, waardoor zij in vergelijking met personen in een vergelijkbare situatie veel geld tot haar beschikking heeft. Er zijn mensen in de directe omgeving van G die hier misbruik van maken; ze geeft dan (een deel van) het geld weg aan anderen. Sinds kort heeft ze bewindvoering, daarnaast krijgt ze met enige regelmaat wat geld van familieleden.

5.8 Deelnemer H

Deelnemer H is een man van middelbare leeftijd die al jarenlang bekend is bij zorginstellingen. Hij is in het najaar van 2019 door de hulpverlener van BinG aangemeld voor deelname aan het project. De hulpverlener geeft aan dat H is aangemeld omdat: geen

personen of instanties meer verantwoordelijkheid voor hem willen oppakken; hij geen goede huisvesting heeft; geen zorgverzekering; geen geldig identiteitsbewijs; en zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid te wensen overlaat.

Huisvesting

H heeft voor het project jarenlang op verschillende plekken gewoond: in de buitenlucht; in zorginstellingen; en is jaren geleden door een woningcorporatie uit een zelfstandige woonvorm gezet. H woont bij instromen in het project buiten in de open lucht zonder enige voorzieningen. Enkele weken voor instroom woonde hij op een (mogelijk onofficiële) gedooglocatie die - door andere personen die daar verbleven of aanwezig waren - onveilig en onhoudbaar voor hem is geworden. H is daarom enkele weken voorafgaand aan de instroom in het project verhuisd naar een nieuwe locatie.

Gezondheid

H verkeert in een redelijke lichamelijke gezondheid. Hij traint elke dag en vindt lichamelijke gezondheid belangrijk. Wel ervaart H enkele terugkerende klachten aan zijn ogen en benen. Omdat hij elke dag alcohol drinkt accepteert hij van hulpverleners vitaminen om - als gevolg van het middelengebruik - een tekort aan mineralen te voorkomen. H ervaart zelf niet of nauwelijks problemen met zijn geestelijke gezondheid en weigert hulp hiervoor. De hulpverlener schat in dat hij kenmerken lijkt te hebben van een (persoonlijkheid)stoornis, maar stelt dat een feitelijke diagnose niet is gesteld.

Dagbesteding

H heeft niet of nauwelijks dagbesteding, maar wel een daginvulling. Hij koopt dagelijks boodschappen, waaronder alcohol en cannabis, regelt enkele kleine praktische zaken en onderhoudt enkele sociale contacten in de buurt. H heeft een relatief kleine actieradius. Het lijkt hem niet te lukken om iets grotere taken op te pakken, zoals het vinden van een geschikte sociale huurwoning, (vrijwilligers)werk, huishouden, et cetera.

Financiën

H ontvangt een daklozenuitkering, waardoor hij genoeg geld heeft voor dagelijkse boodschappen, om in het gebruik van middelen te blijven voorzien, en om af en toe praktische (verlengsnoeren) of luxeproducten (muziek) aan te schaffen. H beheert zelf het geld.

5.9 Deelnemer I

Deelnemer I is een man van middelbare leeftijd die al jarenlang bekend is bij VNN vanwege alcoholgebruik. Daarnaast gebruikt hij opiaten, cocaïne, amfetamine en hypnoticum. Januari 2020 wordt I via FACT en de hulpverlener van VNN aangemeld voor deelname aan het project. De hulpverlener geeft aan dat hij hem aanmeldt, omdat het alcohol- en middelengebruik zorgelijke vormen heeft aangenomen. I drinkt onder meer spiritus gemengd met cola. Overdag zwerft hij door de stad, ’s nachts maakt hij gebruik van de nachtopvang.

Huisvesting

Na een reeks van omzwervingen langs meerdere opvangvoorzieningen in tenminste vijf gemeenten in het noorden van het land, trekt I eind 2019 weer in bij zijn moeder. Na een melding van huiselijk geweld is hij door de politie aangehouden. Er wordt een locatieverbod afgegeven, hij mag niet langer in het huis van zijn moeder verblijven. Als gevolg hiervan is I dakloos geraakt. De dakloosheid heeft geleid tot incidenten, zoals diefstallen en geweld, waardoor hij uiteindelijk zes maanden in detentie doorbrengt.

Na detentie is I teruggekeerd in Groningen waar hij enkele jaren in een voorziening met 24-uurs begeleiding heeft gewoond. In januari 2020 verblijft hij de nachten in de nachtopvang. Hij is in zorg bij het FACT. Zij zoeken naar een woonruimte voor hem, maar dit blijkt een lastige opgave. Door zijn alcoholgebruik en zijn agressieve gedrag zijn er geen instellingen meer bereid hem op te nemen. Op het moment dat hij instroomt in het project is hem de toegang tot de nachtopvang ontzegd voor een periode van twee weken, omdat hij agressief is geweest naar personeel en medebewoners en spiritus in het slaapverblijf heeft geconsumeerd. Hij overnacht dan op straat.

Gezondheid

De situatie van I verslechtert in de maand januari. Hij gebruikt dan spiritus, cocaïne en af en toe methadon. Zijn cyclische patroon van alcoholmatiging en overmatig alcohol- en drugsgebruik doet zich al meer dan tien jaar voor. Er zijn in die tien jaar ook periodes geweest dat hij geen alcohol en drugs gebruikte. Dat hing vaak samen met een stabiele woonomgeving. Zodra hij echter weer begint te drinken, vertoont hij regelovertredend en agressief gedrag naar personeel en medebewoners, waardoor hulpverleners gedwongen zijn hem de toegang tot voorzieningen te ontzeggen. Een ander terugkerend patroon is dat hij regelmatig vanwege een alcoholvergiftiging moet worden opgenomen in het ziekenhuis en voor een nabehandeling in een detox van VNN.

Eind 2019 wordt vanuit VNN de optie tot crisismaatregel onderzocht aangezien I inmiddels somatisch nog verder achteruitgaat en hiermee een gevaar voor zichzelf zou vormen. Mede door zijn ongezonde leefstijl en hoge alcoholconsumptie heeft hij last van een hoge bloeddruk, hoge cholesterol, lever- en alvleesklierklachten en problemen met zijn hart. Daarnaast kampt hij met zwaar overgewicht. Omdat hij geen acute psychische klachten heeft, zouden er op dat moment onvoldoende gronden zijn die een crisismaatregel rechtvaardigen. Wanneer in januari 2020 sprake blijkt te zijn van dagelijks spiritusgebruik door I, is de regiebehandelaar bij FACT van mening dat hij een gevaar is voor zichzelf en wordt besloten tot het aanvragen van een zorgmachtiging die nu wel gerechtvaardigd zou zijn.

Dagbesteding

De dagbesteding van I bestaat uit bier en spiritus drinken in de openbare ruimte in de stad Groningen. Hij brengt veel tijd door in het centrum van de stad, vaak alleen, soms in gezelschap van andere alcoholisten. Hij slaapt in de nachtopvang of buiten.

Financiën

I staat onder bewindvoering. De kosten voor de nachtopvang waarvan hij gebruik maakt worden betaald door de bewindvoerder.

5.10 Deelnemer J

Deelnemer J is een man van middelbare leeftijd die al ongeveer een jaar of tien in de GGZ zit, waaronder langdurige opnames in gesloten instellingen. In het voorjaar van 2020 wordt J via de hulpverlener van FACT Lentis aangemeld voor deelname aan het project, omdat hij op korte termijn geholpen moet worden met het vinden van huisvesting. Daarna kan hulp geboden worden bij zijn geestelijke gezondheid.

J is al enige jaren bij FACT bekend via een crisisaanvraag en een paar jaar geleden opnieuw bij het FACT-team aangemeld. Voor deze aanmelding is J een huis kwijtgeraakt, dakloos geworden, tijdelijk onverzekerd geraakt, in schulden gekomen, een identiteitsbewijs kwijtgeraakt, en contacten met anderen kwijtgeraakt. Dit is gebeurd nadat J uit zorg is geraakt omdat een zorginstelling geen behandelingen meer kon aanbieden.

Huisvesting

J woont tijdelijk in een beschermde woonvorm in de gemeente Groningen. Sinds de uitbraak van de coronacrisis is het verblijf in de woonvorm volgens hem erg onrustig en onveilig, onder andere in verband met de anderhalve meter maatregel om besmetting met het virus te voorkomen. Bovendien loopt de indicatie om er te mogen verblijven op zeer korte termijn af, en komt hij niet in aanmerking voor verlening van de indicatie.

J heeft (sinds kort) een partner die een uitkering ontvangt. J verblijft soms in het huis van deze persoon, maar wil geen voorwaarden overtreden die voor het ontvangen van de uitkering aan de partner zijn gesteld. Zodoende verblijft hij momenteel op verschillende adressen, waaronder soms in het huis van de partner en soms in de beschermde woonvorm. De hulpverlener heeft vlak voor aanmelding bij het project uitgezocht dat J niet in aanmerking kan komen voor een sociale huurwoning, omdat zijn inkomen te hoog zou zijn. J en de hulpverlener zijn daarom huisvesting aan het zoeken in de particuliere huursector.

Gezondheid

J verkeert in redelijke lichamelijke gezondheid. Hij ervaart wel problemen met zijn gebit en beweegt weinig. Over de mentale gezondheid is hij ontevreden. J ervaart stemmingsproblemen en angsten. Hiervoor ontvangt hij zorg van een psychiater en wordt medicatie voorgeschreven. Het verbinding aangaan met anderen, waaronder met de partner, levert hem emotionele en rationele problemen op.

Dagbesteding

J heeft niet of nauwelijks dagbesteding. Hij ervaart ook problemen met de daginvulling en komt niet of nauwlelijks in actie.

Financiën

J heeft een stabiel en relatief hoog inkomen waarmee hij goed kan rondkomen. Daarnaast heeft hij ook enig eigen vermogen. Sinds kort heeft hij weer grip op zijn administratie en financiën.

6. RESULTATEN LEEFGEBIEDEN

In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van de deelnemers op de negen leefgebieden: huisvesting; geestelijke gezondheid; lichamelijke gezondheid; sociale omgeving; dagbesteding; preventie crisissituaties; verslaving; overlast; en financiën. Voor de eerste zes leefgebieden hebben we van vragen die we aan de deelnemers hebben gesteld meetschalen gemaakt en hebben we de resultaten per meting gekwantificeerd. Voor deze zes leefgebieden geven we in dit hoofdstuk de door de deelnemer ervaren ontwikkelingen op de leefgebieden allereerst in grafieken weer.[1]

Voor de overige drie leefgebieden (overlast, verslaving en financiën) beschikken we alleen over de kwalitatieve informatie uit de dossiers van de deelnemers en uit de interviews met deelnemers en hulpverleners. We kunnen hier geen gebruik maken van kwantitatieve gegevens. Er worden voor deze leefgebieden daarom geen grafieken getoond.

In gesprekken met deelnemers en hulpverleners hebben we aanvullende vragen gesteld over de ontwikkelingen op deze leefgebieden en aan de hulpverleners hebben we gevraagd welke interventies zij daarbij hebben ingezet. Daarnaast hebben we informatie verzameld uit de dossiers van de deelnemers. Met deze aanvullende informatie kunnen we de ontwikkelingen in de kwantitatieve gegevens nader duiden en verklaren. Waar de ervaringen van hulpverleners en/of onderzoekers over de ontwikkelingen van de deelnemers substantieel afwijken van de ervaringen van de deelnemers zelf, wordt dit benoemd en waar mogelijk verklaard. Aan de hand van de verzamelde informatie gaan we na of de interventie tot een verandering op de eerste zes leefgebieden heeft geleid.

Toelichting figuren

Met de Reliable Change Index (RCI) zijn we nagegaan in hoeverre een individueel verschil tussen de scores op de leefgebieden bij de nulmeting en het laatste meetmoment een significante (betekenisvolle) verandering weergeeft. Bij een individuele RCI > 1,96 is het waarschijnlijk ($p < 0,05$) dat de verschilscore van die persoon significant is. Voor elke deelnemer is dit per leefgebied vastgesteld. Voor de omschrijving van de ontwikkelingen die deelnemers op leefgebieden laten zien, maken we een onderscheid in:

- 'Achteruitgang': betekenisvolle achteruitgang tussen meting instroom en meting uitstroom;
- 'Dal': tussentijdse betekenisvolle achteruitgang geweest, maar geen significant verschil tussen meting instroom en meting uitstroom;
- 'Stabiel': geen (tussentijdse) betekenisvolle verandering geweest;
- 'Berg': tussentijdse betekenisvolle vooruitgang geweest, maar geen significant verschil tussen meting instroom en meting uitstroom;
- 'Vooruitgang': betekenisvolle vooruitgang tussen meting instroom en meting uitstroom.

Rode onderbroken lijn: grensscore om betekenisvolle vooruitgang te kunnen vaststellen.

[1] Bij deelnemer H was het niet mogelijk om de vragenlijst af te nemen. De vragen over leefgebieden zijn door zijn hulpverleners beantwoord.

Groene onderbroken lijn: grensscore om betekenisvolle achteruitgang te kunnen vaststellen.

Verder hebben we de Wilcoxon en de stringentere Tekentoets (zie ook hoofdstuk 3) gebruikt om na te gaan of er sprake is van een consistente verandering op een leefgebied. We spreken van een consistente verandering wanneer we op meerdere items van een leefgebied een verschil zien.

6.1 Huisvesting

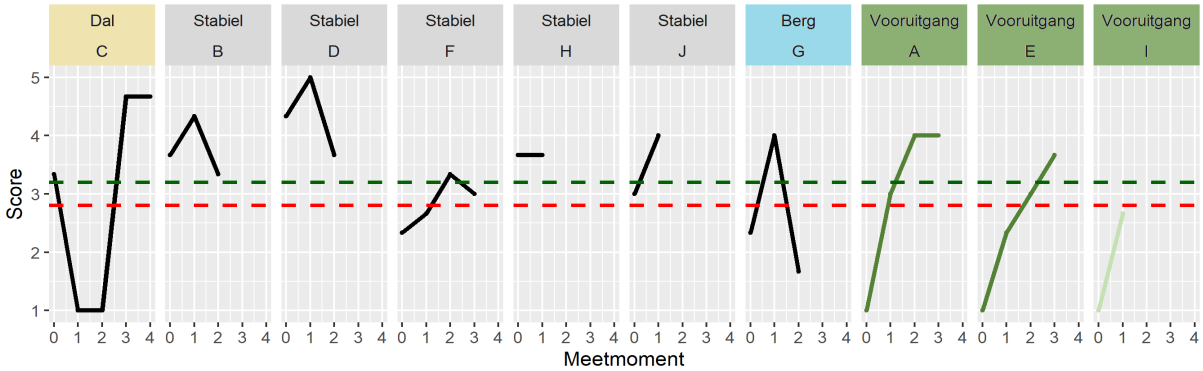
Een woning is een eerste levensbehoefte. Gebrek aan behoorlijke en passende huisvesting kan leiden tot overlast gevend gedrag en grote(re) problemen met onder andere gezondheid, sociale contacten en dagbesteding. We hebben de deelnemers gevraagd of zij in hun woning rust en veiligheid ervaren, tevreden zijn over hun woning en met de personen met wie zij daar al dan niet samenleven.

Mening deelnemers

Bij instroom zijn vier van de tien deelnemers (C, B, D en H) (redelijk) tevreden over hun woonsituatie (figuur 6.1). Bij de laatste meting zijn zij dat nog steeds, maar zien we dat drie andere deelnemers (J, A en E) dan ook (redelijk) tevreden zijn over hun woonsituatie.

Eén deelnemer (G) is zowel bij instroom als aan het einde van het project ontevreden over de beschermde woonvorm waarin zij verblijft. Tussendoor verblijft zij tijdelijk in een andere woonvoorziening, waarover zij meer tevreden is (zie de bergvorm in figuur 6.1). Deelnemer C is na de nulmeting snel minder tevreden over zijn huisvesting. Na de tweede vervolgmeting is hij verhuisd naar een zelfstandige woning, waardoor zijn score op huisvesting sterk is gestegen.

Figuur 6.1 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het leefgebied Huisvesting



Interventies

De interventies die de hulpverleners hebben ondernomen om de huisvesting van deelnemers te veranderen tijdens het project hebben alle betrekking op het helpen zoeken naar (passende) huisvesting. Bij drie deelnemers hebben de hulpverleners geen acties ondernomen om de huisvesting gedurende het project te veranderen. Wel is indirect bijgedragen aan het verbeteren van de woonsituatie. Ook is een praktische interventie ingezet om eigendommen van deelnemers te behouden op het moment dat zij dakloos raken, namelijk het opslaan van spullen in een garagebox.

Zoeken naar (passende) huisvesting

Bij zeven deelnemers (A, B, C, E, F, G en J) hebben de hulpverleners activiteiten ondernomen die erop gericht zijn een (meer) passende woonsituatie te vinden voor de deelnemers. Deelnemers A, C, E, F, G en J willen bij instroom in het project een andere woning, deelnemer B zit bij instroom in het project in de PI.

A voelt zich in de beschermde woonvorm niet op zijn plek, hij probeert abstinent van alcohol te blijven, terwijl zijn medebewoners middelen gebruiken. Na een verblijf in een penitentiaire inrichting verhuist hij naar een andere beschermde woonvorm, maar daar wordt hij naar zijn mening racistisch bejegend, is hij ontevreden over het eten in verband met zijn suikerziekte, en heeft hij niet of nauwelijks een klik met medebewoners en begeleiding. Hij vertrekt er op eigen initiatief en gaat tijdelijk bij een vriend wonen buiten de gemeente Groningen. Met behulp van medewerkers van de nachtopvang in zijn nieuwe woonplaats wordt hij in een beschermde woonvorm geplaatst. Hier wordt hij echter na agressief gedrag als gevolg van alcoholgebruik uitgezet. Na een verblijf in een verslavingskliniek lukt het hem om abstinent te blijven, krijgt hij een nieuwe kans en uiteindelijk een woning - met tuintje - waar hij zeer tevreden mee is.

C is al langere tijd ontevreden over zijn woonsituatie in het sociaal pension. De hulpverlener heeft alle mogelijke woonvormen in de gemeente Groningen die geschikt zouden kunnen zijn voor deelnemer C verkend. Geen van deze woonvormen blijkt op korte termijn plek te hebben voor C. Ook merkt de hulpverlener dat reguliere woonvoorzieningen terughoudend reageren als hij aangeeft dat hij belt voor een cliënt van VNN. De projectleider heeft daarop zelf met deze voorzieningen gebeld om te informeren naar de mogelijkheden. Zij heeft daarbij niet vermeld dat zij informeert voor iemand met een verslaving. De voorzieningen blijken minder terughoudend te zijn en de wachtlijst wordt (beduidend) korter ingeschat.

Nadat de hulpverlener C aanmeldt voor Housing First blijkt C schulden te hebben die eerst deels afbetaald dienen te worden voordat hij hiervoor in aanmerking komt. Met het vooruitzicht nog maanden in het sociaal pension te moeten blijven, worden zijn irritaties en ontevredenheid alleen maar groter (zie dalvorm in figuur 6.1). In gesprekken met C heeft de hulpverlener hem gemotiveerd voorlopig in het pension te blijven wonen en hem telkens weer hoop op een andere woning geboden nadat de schuld voldoende is afgelost. Wanneer deelnemer C – na zijn schuld voldoende te hebben afgelost - een woning vindt via Housing First helpt de hulpverlener hem met verhuizen. Vervolgens krijgt C, omdat hij een woning heeft gevonden via Housing First, wekelijks begeleiding van een hulpverlener van WerkPro. Deze hulpverlener kijkt of alles goed gaat met C en helpt hem bij allerlei praktische zaken, zoals het installeren van de televisie of van internet en het aanvragen van bijzondere bijstand voor huishoudelijke apparatuur.

De hulpverleners hebben samen met E gezocht naar sociale huurwoningen in meerdere gemeenten in de provincie Groningen. Ze hebben één woning bezichtigd en met meerdere woningcorporaties en gemeenten contact gehad. Er zijn echter geen woningen voor E beschikbaar, omdat hij geen urgentie, regiobinding en/of werk heeft. De hulpverleners merken bovendien dat gemeenten terughoudend zijn met het aanbieden van een huis aan E. E krijgt immers een uitkering en maakt gebruik van sociale voorzieningen. Verder voldoet E niet aan voorwaarden van andere huisvestingsinitiatieven, omdat hij onderdak

heeft, geen dagbesteding doet en middelen gebruikt. E dreigt eerst met weglopen uit zijn huis; hij is liever dakloos dan dat hij daar zou verblijven. De hulpverleners hebben hem ervan bewust gemaakt dat een dak beter is dan geen dak, en uiteindelijk is E hierdoor tevredener geworden. E gaat vanwege zijn autisme spectrumstoornis zo veel mogelijk verandering en stimuli uit de weg. Door met E samen een andere beschermde woonvorm informeel te bezoeken, en later het papierwerk voor de indicatie zo veel mogelijk uit handen te nemen, staat hij open voor een verhuizing naar deze nieuwe plek met meer zorg. Op de beschermde woonlocatie van E dient een bewoner redelijk zelfredzaam te zijn. E voelt zich er eenzaam, stoort zich aan medebewoners en vindt het vervelend dat hij de voorzieningen (douche, toilet en keuken) moet delen. Hij wil graag verhuizen. Na verloop van tijd heeft hij volgens de hulpverlening meer zorg en aandacht nodig dan hij in deze voorziening krijgt. Zijn hulpverleners vragen een zwaardere indicatie voor hem aan zodat hij terecht kan in een beschermde woonvorm met meer zorg. Wanneer hij daarheen verhuist zegt hij zich daar meer op zijn plek te voelen, de medebewoners zijn er volgens hem rustiger, hij krijgt er minder prikkels en slaapt ook beter.

Deelnemer F is tijdens het project niet verhuisd. Bij instroom in het project wil ze verhuizen omdat zij zich onveilig voelt in haar woning. De hulpverlener heeft haar door middel van gesprekken duidelijk weten te maken dat de angstgevoelens en onveiligheid die zij voelt in haar woning een probleem zijn dat in haar zelf zit en dat deze gevoelens met een verhuizing naar een andere woning niet zullen verdwijnen. F ziet uiteindelijk in dat verhuizen haar angstige gevoelens niet zal doen verdwijnen en ze besluit niet te verhuizen. In plaats daarvan heeft zij besloten traumatherapie te volgen.

Bij deelnemer G is het gelukt haar een meer passende woonvorm te bieden. Na een korte periode moet zij door het veelvuldig breken van de daar geldende coronaregels weer terugverhuizen naar de voorziening waar zij eerst verbleef. Zij is vervolgens nog meer ontevreden over haar huisvesting dan bij instroom in het project.

J woont bij instroom in een woonvorm, maar moet op zeer korte termijn vertrekken. De hulpverlener heeft J geholpen uit te zoeken of hij in aanmerking komt voor (urgentie voor) sociale huur. Dit blijkt vanwege zijn te hoge inkomen niet het geval. J onderneemt zelf verschillende acties en ook de hulpverleners zoeken contact met makelaars. Via het informele netwerk van de projectleider van Verbindende Hulpverlening komt J in contact met een makelaar die op basis van vertrouwen hem een particuliere woning voor meerdere maanden aanbiedt. J betaalt zijn huur maanden vooruit en verhuist. Aan het einde van het project gaat J – nadat hij onder andere hulp heeft gekregen voor zijn relatie – samenwonen met zijn partner.

Met deelnemer B, die tijdens de instroom in het project in detentie verblijft, heeft de hulpverlener voordat zij vrijkomt al contact gezocht en een beschermde woonplek gevonden waar zij de gehele periode van het project woont. Volgens de hulpverlener zou B wanneer zij geen woonplek had na detentie voor onderdak een beroep hebben gedaan op personen in haar sociale netwerk die op dat moment vooral uit drugsgebruikers bestaan. Het risico dat zij in dat geval zelf ook weer zou zijn begonnen met het gebruiken van drugs schat de hulpverlener als hoog in. B woont naar tevredenheid in de beschermde woonvorm,

maar heeft de wens op om op termijn te verhuizen naar een eigen woning buiten de stad. Zij neemt zelf zeer beperkt initiatief om dit te realiseren.

Geen acties

Bij drie deelnemers (D, H en I) hebben de hulpverleners niet meegeholpen met het zoeken naar een (meer) passende huisvesting. Bij instroom in het project is deelnemer D tevreden over zijn woonsituatie. Hij verblijft echter op een boot zonder verwarming die op een illegale plek ligt. Dit wordt door de hulpverleners als een zeer slechte woonsituatie beschouwd. Doordat de hulpverleners D helpen met het krijgen van een uitkering kan D zijn boot verwarmen, opknappen en repareren waarna hij de boot naar een legale ligplaats kan verplaatsen.

Deelnemer H verblijft in de buitenlucht en weigert zich te conformeren aan regels. De hulpverlener zet voornamelijk in op 'in contact blijven' met H. In de gesprekken lukt het niet H te overtuigen dat hij van andere – meer comfortabele - huisvesting gebruik kan maken wanneer hij bereid is daar enige concessies voor te doen. De hulpverlener wacht verder gedurende het project op de gemeente voor een gedooglocatie voor een (sta)caravan, zodat H daar beter kan wonen. Deelnemer I is na instroom in het project al gauw opgenomen in het ziekenhuis met een overdosis en vervolgens geplaatst in een kliniek, waarna hij doorstroomt naar een beschermde woonvorm.

Deelnemer I leeft bij instroom op straat en slaapt in de nachtopvang. Hij gebruikt dagelijks forse hoeveelheden drugs en alcohol waardoor hij tijdens het project door een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis belandt. Vervolgens komt hij terecht in een verslavingskliniek en daarna in een opvang voor duurzaam verblijf van verslaafden in een andere gemeente. Zijn woonsituatie is in deze voorziening naar zijn mening in enige mate verbeterd in vergelijking met de periode dat hij een zwervend bestaan leidde. De eigen woning bevalt hem goed, maar hij heeft moeite met de medebewoners op het wooncomplex die ook een verslavingsachtergrond hebben. Hij zegt niet naar buiten te willen, hij wil afstand tot medebewoners houden, want hij is bang er een bekende te ontmoeten die hem drugs wil verkopen. Om die reden zegt hij uit deze voorziening weg te willen. Hij wil een eigen woning, ver van de bekenden uit de periode dat hij op straat leefde.

Praktische interventie

Een praktische interventie bij huisvesting is de inzet van een garagebox voor de opslag van persoonlijke eigendommen van deelnemers A en I geweest. Normaal gesproken is het de verantwoordelijkheid van een deelnemer zelf om zijn eigendommen ergens op te slaan, ook wanneer hij of zij dakloos is. Spullen die ergens voor langere tijd worden achtergelaten worden door de gemeente vernietigd. Het gaat hierbij om meubels, maar ook om persoonlijke spullen zoals fotoalbums. Hulpverleners mogen zonder toestemming van een cliënt geen spullen opslaan of verplaatsen. Er is ook geen vergoeding vanuit de gemeente of zorgverzekering beschikbaar om deze spullen op te kunnen slaan. In het project is een garagebox gehuurd waarin spullen van deelnemers A en I zijn opgeslagen toen zij dakloos raakten. Op deze wijze is voorkomen dat – op kosten van de gemeente – deze deelnemers later weer spullen hebben moeten aanschaffen. Bovendien zijn de deelnemers zeer blij dat hun persoonlijke spullen bewaard zijn gebleven.

6.2 Geestelijke gezondheid

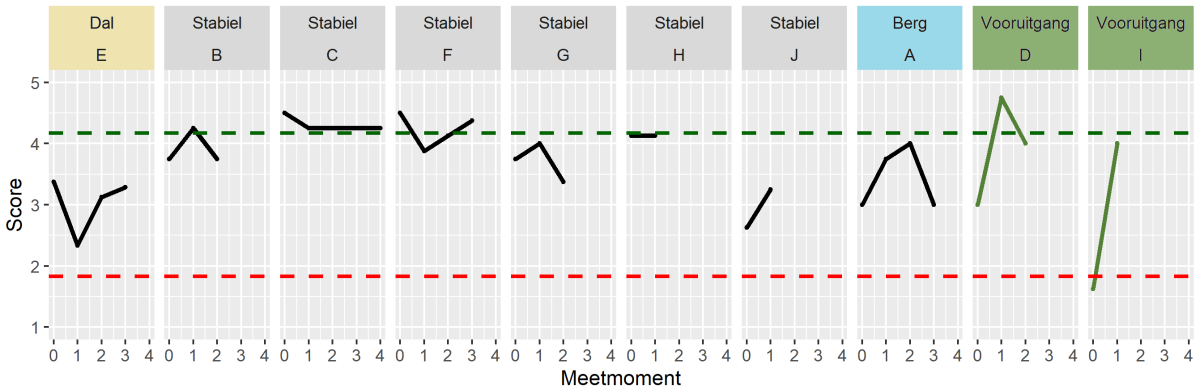
Bij geestelijke gezondheid gaat het om geestelijke beperkingen (zoals een licht verstandelijke beperking (LVB)), gedragsproblemen (zoals adhd en add) en psychische en psychiatrische aandoeningen (zoals PTSS of een psychotische stoornis). We gaan na hoe iemand met deze aandoeningen omgaat, de hulp en/of medicatie die hij daarvoor krijgt en de mate waarin dit invloed heeft op het dagelijks functioneren.

Het stabiel houden van de geestelijke gezondheid van mensen met complexe problematiek is geen sinecure. Eén van de hulpverleners merkt op dat stabiel houden dan wel voorkomen van terugval bij deze doelgroep vaak ook al winst is. Bij alle deelnemers is er in het contact met de hulpverleners aandacht voor hun geestelijke gezondheid. Hulpverleners bouwen een band met hen op, zoeken naar mogelijkheden om contact te krijgen en te houden, er voor hen te zijn en in hun behoeften te voorzien. Indien van toepassing geven zij de deelnemers hun medicatie (via depot).

Mening deelnemers

Zes (B, C, F, G, H, J) van de tien deelnemers beoordelen hun geestelijke gezondheidssituatie gedurende de looptijd van het project als stabiel (figuur 6.2). Bij twee andere deelnemers (E en A) is er weinig verschil in hun waardering tussen begin en einde van het project, terwijl bij E zich in de tussenliggende periode een tijdelijke verslechtering (dal) voorgedaan en bij A een sterke terugval in de laatste meting na een aanvankelijke verbetering (berg). E is gedurende het project soms vrolijk en dan weer somber. Bij A gaat de geestelijke gezondheid tijdens het project vooruit, maar de laatste meting treffen we hem op een stressvolle dag. Daarnaast zien we bij twee deelnemers, D en I, een significante verbetering van hun geestelijke gezondheid.

Figuur 6.2 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het leefgebied Geestelijke gezondheid



Interventies

De interventies die de hulpverleners inzetten voor de geestelijke gezondheid van de deelnemers worden naar gelang de situatie van de deelnemers ingezet. De hulpverleners proberen daarbij op z'n minst 'in contact' te blijven en streven ernaar uiteindelijk aan te kunnen zetten tot actie.

In contact blijven

Met deelnemer G gaat het vanaf enkele maanden na instroom in het project snel slechter. Door haar toenemende middelengebruik en contacten met andere gebruikers wordt het contact met de hulpverleners minder consequent en vluchtiger waardoor de hulpverlener zich met name focust op 'in contact blijven'. Waar mogelijk zoekt de hulpverlener naar haakjes om G te wijzen op haar verslechterende situatie en de urgentie hier iets aan te doen. G staat hier op dat moment echter niet of nauwelijks voor open. De hulpverleners moeten bovendien steeds meer moeite doen om G te bereiken zodat ze haar haar medicatie (antipsychotica) kunnen geven. De hulpverleners hebben de indruk dat zij de medicatie voornamelijk neemt om de hulpverlener tevreden te houden, niet omdat ze zelf van mening is dat zij het nodig heeft.

Deelnemer H weigert elke vorm van hulp, ook met betrekking tot zijn geestelijke gezondheid. Hoewel hulpverleners vermoedens hebben van een persoonlijkheidsstoornis, kan dit niet worden vastgesteld, omdat H niet wil meewerken aan onderzoeken.

Steunen

Bij deelnemers C en F ligt de nadruk van de hulpverlening op het gebied van geestelijke gezondheid op het ondersteunen van de deelnemers.

De geestelijke gezondheid van deelnemer C is gedurende het project stabiel. Wel geeft hij aan zich zorgen te maken over zijn geestelijke gezondheid als hij nog langer in het sociaal pension moet blijven wonen. De hulpverlener steunt C en motiveert hem om nog even door te zetten totdat hij in aanmerking komt voor een eigen woning.

De psychische gesteldheid van F is fragiel. F is achterdochtig en is van mening dat ze in de gaten wordt gehouden. Verder heeft ze in het verleden verschillende trauma's meegemaakt waarvoor ze een traumabehandeling krijgt. Haar periodieke gebruik van cannabis ziet ze als zelfmedicatie. Hulpverleners zijn zich bewust van hun reactie op haar verhalen, zij vertonen geen twijfel en oordelen niet over haar klachten en wanen. Door hun neutrale houding groeit het vertrouwen van F en vertelt zij steeds meer. Nu zij zich serieus genomen voelt en er een vertrouwensband is gegroeid, ontstaat er voor de hulpverleners ruimte om de situatie vanuit een ander perspectief te benaderen en F er op een andere manier naar te laten kijken. F geeft aan het gevoel te hebben er niet langer alleen voor te staan en de ondersteuning als een grote hulp te ervaren.

Aanzetten tot actie c.q. actie ondernemen

Wanneer er een band is tussen hulpverlener en deelnemer is er ruimte voor de hulpverlener om aan te sturen op het ondernemen van actie. Voorzichtigheid en een rustig tempo zijn hierbij van belang, voor veel deelnemers is het ondernemen van acties die gericht zijn op het bewerkstelligen van een verandering erg spannend.

De hulpverleners hebben bijvoorbeeld bij deelnemer F voornamelijk ingezet op ondersteuning. Doordat er een vertrouwensband is gegroeid tussen F en de hulpverleners en F zich gesteund voelt, stimuleren de hulpverleners F om haar trauma's aan te pakken. F heeft voldoende vertrouwen gekregen in de hulpverleners om te durven starten met een traumabehandeling.

De geestelijke gezondheid van A is tijdens het project verbeterd doordat hij is afgekickt en gesprekken heeft gevoerd met een psycholoog. Hij zegt dat deze gesprekken ertoe hebben geleid dat hij meer zelfinzicht heeft gekregen. Daarnaast heeft hij cognitieve gedragstherapie gekregen van een verslavingszorgmedewerker en heeft A een zinvolle dagbesteding gevonden. Bij de laatste meting treffen we A op een stressvolle dag. A heeft net een conflict gehad met zijn zorgaanbieder en is bang alles weer te verliezen wat hij in de afgelopen maanden heeft opgebouwd. De zelf gerapporteerde geestelijke gezondheid valt hierdoor lager uit.

Ook met deelnemer J, die depressief is, niet meer wil leven en goede periodes met minder goede afwisselt, voert de hulpverlener veel gesprekken. De levenseinde wens van J komt in deze gesprekken weinig aan bod. In de gesprekken probeert de hulpverlener vooral praktisch te blijven en hem aan te zetten tot enige activiteit met betrekking tot de basale activiteiten van het dagelijks leven, hem in beweging te krijgen en te houden om negatieve gedachten van zich af te kunnen zetten en tijd en aandacht te besteden aan zijn nieuwe partner. De hulpverlener geeft aan cognitieve gedragstherapie in te zetten om negatieve gedachten om te buigen, problemen te normaliseren, en J te leren hoe om te gaan met emoties. Langzaamaan slaat deze benadering aan. J begint plannen te maken voor de toekomst, kan meer genieten van het leven, lacht vaker en lijkt sneller te herstellen van minder goede periodes.

Actie ondernemen

Soms lukt het de hulpverlener niet om de deelnemer aan te zetten tot actie, heeft de deelnemer hulp nodig bij deze acties of betreft het kleine acties die de hulpverlener voor de deelnemer kan doen.

Zo geeft deelnemer C nadat hij is verhuisd aan dat hij zich eenzaam voelt. Het feit dat zijn dagbesteding stilligt door corona draagt daaraan bij. Hij zou graag wat gezelschap willen, bijvoorbeeld in de vorm van een huisdier. De hulpverlener heeft hem hierbij geholpen en bij het einde van het project woont C samen met twee katten.

Bij deelnemer E is sprake van een verstandelijke beperking. Daarnaast heeft hij hersenschade als gevolg van alcoholgebruik. E is afhankelijk van medicatie om stabiel te blijven en is met name door zijn autisme snel ontregeld. Doordat deelnemer E zijn medicatie niet trouw inneemt, neemt zijn zorgbehoefte toe. Hij oogt verwarder en slijt zijn dagen steeds vaker achter tv en computer. E is zelf niet in staat acties te ondernemen die in verband met zijn geestelijke gezondheid goed voor hem zouden zijn. De hulpverlener zorgt voor een hogere zorgindicatie voor E waardoor hij in een beschermde woonvoorziening kan worden geplaatst waar meer zorg is.

Geen interventies

De geestelijke gezondheid van deelnemer B is gedurende haar deelname aan het project stabiel. De hulpverlener maakt regelmatig een praatje met haar en vraagt hoe het met haar gaat als zij haar methadon komt halen, maar er worden geen interventies ingezet.

De geestelijke gezondheid van D en I is verbeterd, zonder dat er door hulpverleners actie op is ondernomen. Beide deelnemers zijn van mening dat zij geen psychische problemen

hebben. In de projectperiode hebben ze het gevoel gekregen dat ze meer voor een ander (hun vriendin) zijn gaan betekenen en mede daardoor meer doel in hun leven hebben gekregen. Voor deelnemer I geldt tevens dat hij weer meer op zichzelf is gaan vertrouwen.

6.3 Lichamelijke gezondheid

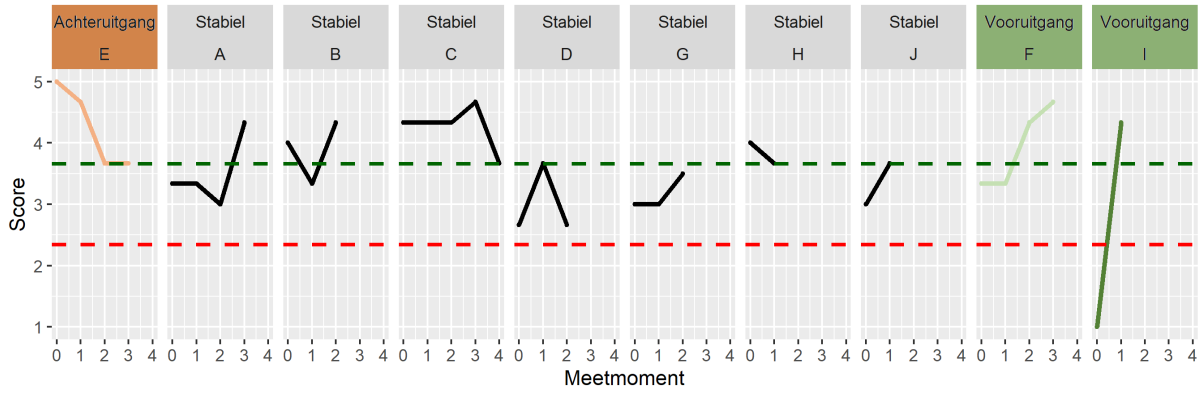
Lichamelijke gezondheid heeft betrekking op de aan- of afwezigheid van een lichamelijke aandoening en - indien aanwezig - hoe de persoon hiermee omgaat. Het kan hierbij gaan om acute lichamelijke aandoeningen, zoals verwondingen, maar ook om lichamelijke klachten ten gevolge van chronische ziekten, zoals COPD of reuma. Behandeltrouw speelt bij de lichamelijke gezondheid een belangrijke rol. Ook dagelijkse verzorging (zoals voldoende eten) en het bezoeken van een (huis)arts indien nodig spelen zijn factoren die meespelen bij de lichamelijke gezondheid.

Bij alle deelnemers komen lichamelijke ongemakken voor. Deze zijn vaak het gevolg van langdurig en veelvuldig drugs- en/of alcoholgebruik en/of langdurige verwaarlozing en/of dakloosheid (A, B, C, D, E, G, H, I, J). Verder hebben meerdere deelnemers (tevens) (een) chronische aandoening(en), onder meer aan de longen (B en C) en darmen (G), is er sprake van reuma (B), diabetes (A) en overgewicht (E en I). Ongeveer de helft van hen gebruikt medicatie voor deze chronische aandoeningen. A gebruikt geen medicijnen, maar houdt sterk rekening met zijn voeding en deelnemer H doet dagelijks oefeningen om gezond te blijven. G is van mening dat het gebruik van heroïne een positief effect heeft op haar ziekte.

Mening deelnemers

We hebben de deelnemers gevraagd hoe tevreden zij zijn met hun lichamelijke gezondheid. Eén deelnemer (E) geeft aan dat zijn lichamelijke gezondheid is achteruitgegaan, terwijl twee deelnemers (F en I) van mening zijn dat hun lichamelijke gezondheid tijdens het project is verbeterd (figuur 6.3). Voor I geldt dat zijn lichamelijke gezondheid bij instroom dusdanig slecht was dat het alleen maar beter kon worden. De lichamelijke gezondheid van de overige deelnemers is gedurende het project stabiel gebleven.

Figuur 6.3 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het leefgebied Lichamelijke gezondheid



Interventies

De lichamelijke gezondheid van de deelnemers is voortdurend een punt van aandacht bij de hulpverleners, maar er zijn tijdens het project weinig specifieke interventies ingezet voor het verbeteren van de lichamelijke gezondheid van de deelnemers. Dit komt mede omdat de lichamelijke gezondheid van de deelnemers bij aanvang van het project redelijk tot goed is en er geen directe urgentie is deze te verbeteren. De hulpverlening bij deze deelnemers is met name gericht op het consolideren van de huidige situatie. Wanneer de deelnemers hiervoor open staan worden zij jaarlijks onderzocht door een (verslavings-) arts. Ook wijzen de hulpverleners de deelnemers regelmatig op de lichamelijke gevolgen van middelengebruik.

Wanneer de lichamelijke gezondheid van de deelnemers verslechtert, of wanneer hulpverleners er redenen c.q. noodzaak toe zien om de lichamelijke gezondheid (proberen) te verbeteren, proberen zij de deelnemers aan te zetten tot acties of ondernemen zijzelf acties.

Consolideren

Omdat een groot deel van de lichamelijke klachten van de deelnemers chronisch zijn, zetten de hulpverleners met name in op consolideren van de huidige lichamelijke gezondheid. Zij streven ernaar ervoor te zorgen dat de lichamelijke gezondheid in ieder geval niet slechter wordt. Zo stimuleren zij de deelnemers hun medicatie in te nemen en zich regelmatig te laten onderzoeken door een arts. Wanneer een deelnemer aangeeft meer klachten te ervaren stimuleren zij de deelnemer om naar een arts te gaan en, indien nodig, maken zij de afspraak en gaan zij met de deelnemer mee.

Deelnemer H weigert elke vorm van zorg en bemoeienis. De hulpverleners hebben in het contact met H voortdurend oog voor zijn lichamelijke gezondheid en spreken hem hier indien nodig op aan.

Acties

Bij zes deelnemers (D, E, F, G, I en J) hebben de hulpverleners acties ondernomen of de deelnemer gestimuleerd acties te ondernemen voor de lichamelijke gezondheid. Bij instroom ligt deelnemer D met zijn boot ver van het centrum van de stad. Omdat hij in die periode geen uitkering ontvangt, heeft hij geen geld om brandstof te kopen voor het verwarmen van zijn boot. Dagelijks loopt hij de ruim vijf kilometer naar het Centraal Station waar hij warm kan zitten en zijn laptop en telefoon kan opladen. Door gebrek aan geld bespaart hij op zijn voeding. De dagelijkse inspanning is hem na enkele maanden aan te zien, hij vermagert. Om hem enigszins te ontlasten heeft de hulpverlener vanuit het project een tweedehands fiets voor hem gekocht. De fysieke gesteldheid van D verbetert daarna weer.

Ondanks pogingen lukt het de hulpverlener niet of nauwelijks om E, wiens lichamelijke gezondheid significant achteruit is gegaan, in beweging te krijgen. Door zijn inactiviteit wordt hij steeds minder fit. Alleen wanneer één van de hulpverleners E bij de hand neemt, door samen een wandeling te maken, is E in beweging te krijgen. E wijt zijn inactiviteit met name aan zijn autisme, en zegt zo veel mogelijk prikkels te willen vermijden.

Hoewel G zelf van mening is dat haar lichamelijke gezondheid tijdens het project stabiel is gebleven, geven de hulpverleners aan dat zij door haar toegenomen drugsgebruik is vermagerd, minder eet en minder goed voor zichzelf zorgt. De hulpverleners spreken haar hier regelmatig op aan en proberen er door toezicht op haar beschermd wonen locatie voor te zorgen dat ze zelf haar eten opeet en dit niet op straat weggeeft. Door de grote hoeveelheid middelen die G gebruikt en haar vluchtige gedrag is het echter lastig G goed in de gaten te houden en ertoe te bewegen beter voor zichzelf te zorgen.

Deelnemer J is een zorgmijder, ook waar het gaat om bezoek aan tandarts en huisarts. Tijdens gesprekken proberen de hulpverleners J te motiveren de huisarts en de tandarts niet langer te vermijden, maar zich aan zijn klachten te laten behandelen. Nadat J hiermee instemt heeft de hulpverlener afspraken bij de artsen voor hem ingepland. Daarnaast probeert de hulpverlener J meer te laten bewegen. Ze doet dit onder meer door hem te vragen op de fiets naar hun afspraken te komen en niet meer naar hem toe te gaan.

De lichamelijke gezondheid van F is tijdens het project verbeterd. F heeft een eetstoornis en heeft met name in periodes waarin zij veel stress en spanning ervaart moeite om voldoende en goed te eten. Hulpverleners spreken met haar over het belang van gezonde voeding en het binnenkrijgen van voldoende calorieën, juist in stressvolle periodes. Aan het einde van het project geeft F aan dat zij de situaties waarin zij onvoldoende eet steeds beter herkent en zich dan beseft dat zij goed voor zichzelf moet blijven zorgen. F is in het verleden een fanatiek sporter geweest en de hulpverleners stimuleren haar om het sporten weer op te pakken.

De lichamelijk gezondheid van I is bij instroom in het project extreem slecht door een combinatie van verschillende lichamelijke aandoeningen als gevolg van middelengebruik en dak- en thuisloosheid en chronische ziektes. Hoewel ook bij I sprake is van inactiviteit is zijn lichamelijke gezondheid tijdens het project verbeterd. Nadat I met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis belandt, wordt hij opgenomen in een verslavingskliniek. In deze periode is zijn conditie sterk verbeterd.

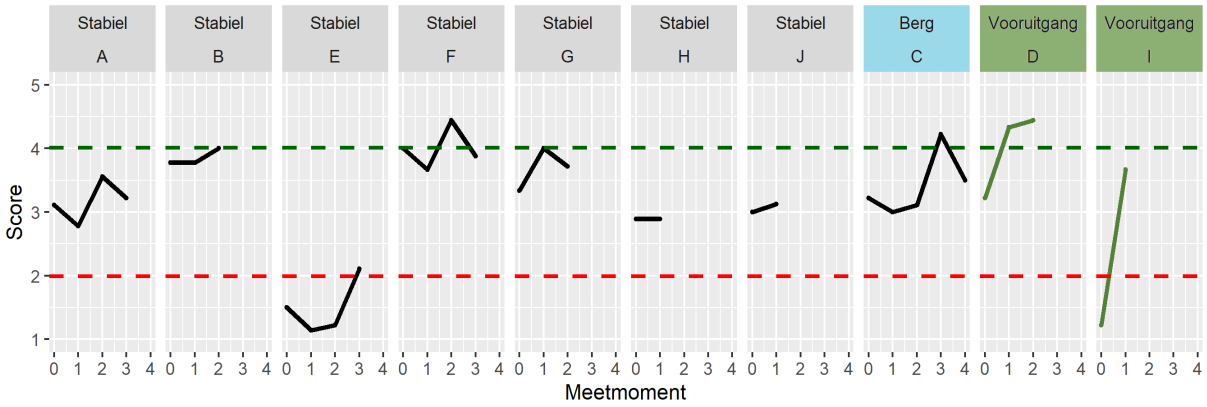
6.4 Sociale omgeving

De sociale omgeving gaat over het aantal en de kwaliteit van relaties met vrienden, familie en kennissen. Wanneer een persoon ondersteuning nodig heeft, wordt eerst nagegaan wat iemand zelf kan en wat met ondersteuning van personen uit de eigen omgeving mogelijk is. Een aandachtspunt binnen dit leefgebied is of een deelnemer voldoende personen om zich heen heeft die steun en begeleiding kunnen bieden wanneer de deelnemer daaraan behoefte heeft. Daarnaast is de kwaliteit van de sociale omgeving van belang, omdat een deelnemer personen om zich heen kan hebben die een negatieve invloed hebben op het gedrag van de persoon, omdat zij bijvoorbeeld tot drank- en drugsgebruik of crimineel gedrag aanzetten.

Mening deelnemers

Bij zeven (A, B, E, F, G, H, J) van de tien deelnemers is de sociale omgeving stabiel gebleven, ondanks de coronamaatregelen die in de laatste tien maanden van het project van kracht waren (figuur 6.4). Deelnemers A, E, H en J hebben weinig sociale contacten, maar de (kwaliteit van de) contacten die zij hebben zijn hetzelfde gebleven of nog iets verbeterd, zoals bij E. Ook bij deelnemers B, F en G is het aantal en de kwaliteit van hun sociale contacten tijdens de onderzoeksperiode stabiel gebleven. Bij deelnemer (C) zien we bij de derde meting een sterke verbetering in zijn sociale contacten, maar in de laatste meting zien we toch weer een daling. Bij twee deelnemers (D en I) is de sociale omgeving significant verbeterd. Zij zeggen meer en betere contacten met anderen te hebben gekregen.

Figuur 6.4 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het leefgebied Sociale omgeving



Interventies

Om ervoor te zorgen dat deelnemers positieve contacten met anderen opbouwen is bij veel deelnemers ingezet op dagbesteding. Daarnaast besteden de hulpverleners bij een aantal deelnemers aandacht aan de wijze waarop zij overkomen op en omgaan met anderen. Tenslotte blijkt het uitbreiden van het sociale netwerk bij enkele deelnemers (op bepaalde momenten in het hulpverleningstraject) geen urgentie te hebben. Bijvoorbeeld omdat de deelnemer aangeeft tevreden te zijn met zijn/haar sociale netwerk of omdat op andere levensgebieden urgente(re) problemen zijn die de aandacht van de hulpverlener en de deelnemer vragen.

Dagbesteding

Bij zeven (A, B, C, E, F, G en J) deelnemers is tijdens de looptijd van het project geprobeerd het sociale netwerk van de deelnemer te vergroten door middel van dagbesteding. Bij vier (E, F, G en J) van hen zijn er uitsluitend gesprekken gevoerd om de deelnemer te motiveren en/of om te verkennen welke vorm van structurele dagbesteding bij de deelnemer past en wat de mogelijkheden zijn. De overige drie deelnemers zijn gestart met een dagbesteding. Aan het einde van het project is deelnemer B gestopt met de dagbesteding. De dagbesteding van deelnemer C is op dat moment tijdelijk gestopt vanwege de coronamaatregelen.[2]

[2] In paragraaf 6.5 gaan we uitgebreider in op dagbesteding.

Contact herstellen

Vier deelnemers (D, E, F, I) hebben tijdens het project (weer) meer contact gekregen met familieleden of buren.

De vooruitgang van D op 'sociale omgeving' hangt samen met het vrijwilligerswerk dat hij tijdelijk gedaan heeft en waarbij hij veel contact had met anderen. Door een verhuizing naar een andere gemeente kan hij dit vrijwilligerswerk niet langer uitvoeren. Door de verhuizing komt hij wel terecht in een kwalitatief betere woonomgeving, waar voldoende ruimte en comfort is om samen met zijn vriendin te kunnen wonen. Bovendien heeft hij bij zijn nieuwe woning contact gekregen met zijn buren. Ze spreken elkaar dagelijks; D vindt dit contact erg prettig.

Bij deelnemer E is gedurende het project veelvuldig ingezet op het weer in contact brengen van E met zijn familie. E heeft dit echter tijdens het hele project afgehouden uit schaamte en het willen voorkomen van teleurstellingen bij zijn familie. Omdat E tijdens het project verhuisd is naar een andere voorziening, heeft hij een nieuwe hulpverlener gekregen. Wanneer de hulpverlener van het FACT-team bij E langsgaat om op een informele manier afscheid te nemen, komt het gesprek op een foto van een familielid die in de kamer van E staat. E geeft vervolgens aan het contact met dit familielid te willen herstellen, waarna de hulpverlener direct contact heeft opgenomen met deze persoon. Aan het einde van het project heeft E zijn familielid weer ontmoet. E is hier erg blij mee, hetgeen zich vertaald in een hogere score op 'sociale contacten' bij de laatste meting.

In de eerste maanden nadat F is ingestroomd in het project woont zij alleen in haar woning en is zij verwikkeld in een voogdijstrijd om haar zoon. Omdat de hulpverleners van F geen (goed) zicht hebben op de reden waarom de zoon niet bij F woont, is een zorgconferentie georganiseerd waarbij alle organisaties die betrokken zijn bij F en haar zoon bij elkaar zijn gekomen om de casus te bespreken. Dit blijken in totaal meer dan 20 organisaties c.q. afdelingen te zijn die niet (volledig) op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid en ingezette acties. Gedurende het project is haar zoon weer bij haar komen wonen, iets waar F enorm blij mee is.

Deelnemer I verblijft aan het einde van de looptijd van het project op een locatie waar hij gebruik kan maken van wifi. Hierdoor heeft hij het contact met een vroegere vriendin en enkele familieleden weten te herstellen, wat resulteert in een sterke toename in de tevredenheid van I met zijn sociale omgeving. I heeft dit zelf gedaan, zonder interventies van de hulpverleners.

Hulpverleners moedigen verschillende deelnemers bovendien aan hun hobby (weer) uit te gaan voeren in het gezelschap van andere mensen. Zo meldt de hulpverlener C aan voor de band van VNN en stimuleren de hulpverleners F om te gaan sporten.

Omgaan met anderen

Door de hulpverleners is ook aandacht besteed aan de wijze waarop deelnemers om gaan met anderen.

F is met enige regelmaat te vinden in het nachtleven van Groningen, waar zij met name aan het dansen is. F merkt op dat zij veel aanspraak heeft van andere mensen, met name van mannen. Deze personen kunnen volgens F opdringerig zijn. Ook geeft F aan dat zij op straat regelmatig wordt aangesproken of wordt aangestaard. De hulpverlener van F gaat hierover met F in gesprek. Ze voeren gesprekken over de wijze waarop F zich gedraagt, welke signalen zij hiermee afgeeft en hoe dit overkomt op andere mensen en/of welke verwachtingen daardoor bij andere mensen gewekt worden. De hulpverlener werkt met F aan verschillende technieken hoe zij beter haar grenzen kan aangeven en duidelijker en eenduidiger kan communiceren, zowel verbaal als non-verbaal.

Enkele maanden na instroom in het project ontmoet G een man waarmee zij een relatie krijgt. Waar eerst nog gesproken wordt over het doen van dagbesteding vervalt G door deze relatie in veelvuldig middelengebruik, waardoor haar sociale netwerk grotendeels bestaat uit medegebruikers en dealers. De hulpverlener van G spreekt haar zorgen over deze ontwikkeling uit naar G en probeert hierover met haar in gesprek te komen. G geeft echter aan niet ontevreden te zijn over de personen waar zij mee omgaat. G heeft gedurende het hele project regelmatig contact met enkele familieleden. Deze proberen haar waar mogelijk zo veel mogelijk te steunen.

J heeft bij instroom in het project geen behoefte aan sociale contacten. Hij wil graag dood en hij wil daarom geen relaties met anderen aangaan. J zegt vroegere vrienden in verband met zijn doodwens bewust op afstand te houden. Vlak voor de start van het project heeft J echter een relatie gekregen. De vriendin van J weet dat hij dood wil. Tijdens het project wordt de relatie steeds serieuzer. De hulpverlener praat met J over zijn doodwens in relatie tot zijn sociale omgeving. Door deze gesprekken wordt J zich ervan bewust dat een sociale omgeving, ook bij een levenseindewens, steunend kan zijn. Hierdoor staat J meer open voor relaties met anderen. De hulpverlener voert ook gesprekken met J over het stellen van grenzen en het aangaan van een gelijkwaardige partnerrelatie.

Geen doel

Met enige regelmaat zien we dat er niet of nauwelijks interventies worden ingezet door de hulpverleners voor het ontwikkelen of versterken van een gezond sociaal netwerk. Dit kan verschillende redenen hebben. Deelnemers geven (op bepaalde momenten in het zorgtraject) zelf aan dat zij tevreden zijn met het beperkte netwerk dat zij hebben. Zij zijn erg op zichzelf en hebben geen behoefte om (meer) sociale contacten aan te gaan. Hulpverleners geven aan hier wel aandacht voor te houden, maar op dat moment niet verder aan te dringen.

Bij een aantal deelnemers zien we bovendien dat er dusdanig urgente problematiek is op andere levensgebieden (onder andere deelnemer G en I) dat het geen zin heeft in te zetten op het ontwikkelen van een sociaal netwerk zolang deze problemen niet (deels) zijn opgelost.

Deelnemer H is volgens zijn hulpverlener niet goed in staat een relatie met anderen op te bouwen. Zijn contacten bestaan uit vluchtige gesprekken met voorbijgangers en buurtbewoners, waarbij het vaak over dezelfde onderwerpen gaat: religie, muziek, natuur en invloed van technologie. De hulpverlener kan alleen 's ochtends met H contact maken,

later op de dag gaat dit lastig door zijn alcoholgebruik. De gesprekken zijn vaak kort vanwege de korte spanningsboog van H. Verder gaan ze vooral over praktische problemen en komt het niet tot het stellen van doelen en het overgaan tot acties. De belevingswereld van H lijkt (hiervoor te) ver van de maatschappij af te staan.

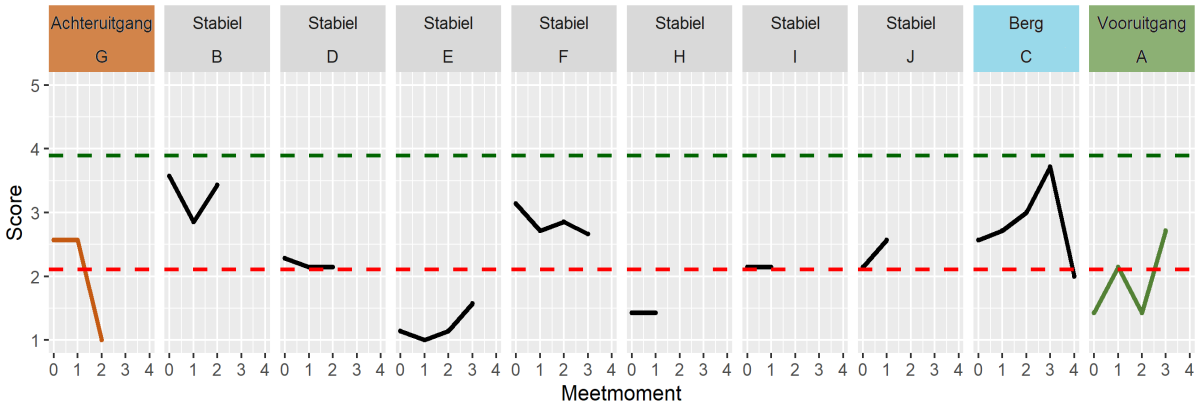
6.5 Dagbesteding

Met dagbesteding wordt een structurele invulling van de dag bedoeld. Het kan gaan om betaald werk, maar ook om vrijwilligerswerk of een – door een instelling georganiseerde - dagbesteding. Doelen van dagbesteding zijn onder anderen het aanbrengen van structuur in het leven van de deelnemers, bijdragen aan een gezond dag- en nachtritme, behouden of vergroten van vaardigheden, zingeving en het vergroten van het sociale netwerk.

Mening deelnemers

Over het algemeen zijn de deelnemers van mening dat zij een weinig zinvolle en bevredigende dagbesteding hebben (figuur 6.5). Zeven deelnemers (B, D, E, F, H, I, J) zijn bovendien van mening dat zij zich hierin niet ontwikkeld hebben. Uitzonderingen zijn deelnemers G, C en A. Bij deelnemer G is sprake van een negatieve ontwikkeling. Haar dagbesteding staat in de laatste meting geheel in het teken van (de financiering van haar) drugsgebruik. Deelnemer C laat eerst een verbetering zien. Door corona is zijn dagbesteding echter tijdelijk gestopt, waardoor de score van C op 'dagbesteding' weer afneemt. Deelnemer A zegt na een paar mislukte dagbestedingen een passende plek te hebben gevonden.

Figuur 6.5 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het leefgebied Dagbesteding



Interventies

Bij een aantal deelnemers is het starten met en het uitvoeren van een dagbesteding (op bepaalde momenten tijdens het hulpverleningstraject) niet aan de orde. Bijvoorbeeld omdat zij dusdanig veel middelen gebruiken dat dit hun hele leven beheerst (G en I). Deelnemer H staat absoluut niet open voor het doen van dagbesteding; hij geeft op zijn eigen manier een zinvolle invulling aan zijn dag en houdt zich verder zo veel mogelijk afzijdig van de maatschappij. D is tijdens het project tijdelijk werkzaam geweest als vrijwilliger op de locatie waar hij op dat moment woont. Hulpverleners hebben hierin geen rol gespeeld. Bij zeven deelnemers (A, B, C, E, F, G en J) hebben de hulpverleners acties

ondernomen met betrekking tot dagbesteding voor de deelnemers. Deze acties vallen allen in de categorie 'motiveren en verkennen'. Bij drie van hen heeft dit daadwerkelijk (tijdelijk) geleid tot een dagbesteding.

Vanaf het moment dat deelnemer A instroomt in het project geeft hij aan graag een zinvolle dagbesteding te willen doen. De hulpverleners dragen verschillende vormen van dagbesteding aan, waarvan hij er een paar probeert tijdens het project. A vindt de activiteiten echter niet voldoende zinvol. A zegt door gebrek aan zingeving weer alcohol te zijn gaan drinken. Na zijn verblijf in een verslavingskliniek heeft de hulpverlener weer een nieuwe dagbesteding voor hem gevonden. Dit keer vrijwilligerswerk buiten in de natuur. Dit bevalt A zeer goed en A geeft aan dat deze zinvolle invulling van zijn dagen hem helpt geen alcohol meer te drinken. Aan het einde van het project heeft A zicht op een betaalde baan in de sector waarin hij vrijwilligerswerk doen.

B heeft tijdens het project een korte periode een dagbesteding gedaan. Hoewel zij eerst twijfelde over het doen van een dagbesteding, heeft zij het op aanraden van de hulpverlener toch een kans gegeven, waarna zij hier ook daadwerkelijk plezier aan beleeft. In verband met haar reuma heeft B echter moeten stoppen met deze dagbesteding. B heeft vervolgens geen andere vormen van dagbesteding geprobeerd, maar geeft aan zich overdag goed te vermaken en geen behoefte te hebben aan een georganiseerde vorm van dagbesteding.

Ook deelnemer C is op zoek geweest naar een passende dagbesteding. De hulpverlener heeft verschillende opties met hem verkend, maar C vond het moeilijk hiervoor open te staan zolang hij geen woonplek had waar hij zich prettig voelt. Op aanraden van de hulpverlener heeft C toch een dagbesteding geprobeerd, wat hem erg goed bevalt. Gedurende meerdere dagen per week doet C een dagbesteding. C geeft aan het contact met zijn collega's prettig te vinden. In de laatste maanden van de looptijd van het project ligt de dagbesteding van C tijdelijk stil in verband met corona. C merkt op dat hij door het wegvallen van zijn dagbesteding moeite heeft om een goed dag- en nachtritme aan te houden.

Ook deelnemer E zegt bij instroom in het project open te staan voor het doen van een dagbesteding. E merkt echter op dat hij door zijn autisme negatieve ervaringen heeft met het doen van een dagbesteding. De hulpverleners verkennen verschillende opties die aansluiten bij de interesses van E, zoals vrijwilligerswerk bij een voetbalvereniging of bij een klusbus. Bij afspraken om kennis te maken met deze organisaties komt E echter niet opdagen, ook niet als hulpverleners aanbieden met hem mee te gaan. Gedurende het project heeft E geen dagbesteding gedaan.

De hulpverleners spreken regelmatig met deelnemer F over het doen van dagbesteding. F staat hier zeker voor open, maar twijfelt of zij een dagbesteding of vrijwilligerswerk wil gaan doen of dat zij wil proberen een betaalde baan te krijgen. Door het uitbreken van corona lijkt het de hulpverleners niet verstandig dat F in deze periode met een dagbesteding of met vrijwilligerswerk start. Bovendien zijn de mogelijkheden daartoe op dat moment beperkt. Starten met dagbesteding of vrijwilligerswerk wordt daarom uitgesteld.

Op het moment dat G instroomt in het project helpt zij haar vader regelmatig met klusjes en is zij voornemens op korte termijn met een dagbesteding te starten. G verkent samen met haar hulpverlener welke vormen van dagbesteding er zijn en wat goed bij haar zou passen. Enkele maanden na instroom van het project neemt het middelengebruik van G snel toe doordat zij een nieuwe vriend heeft leren kennen. G heeft geen behoefte meer aan het doen van een dagbesteding. Zij besteedt haar dagen vanaf dat moment aan bedelen en hosselen om geld te verdienen om in haar gebruik te kunnen voorzien.

De hulpverlener heeft met deelnemer J gesproken over (de voordelen van het doen van een) dagbesteding. J geeft in de eerste maanden na instroom in het project echter aan eerst aan andere – voor hem meer urgente – problemen te willen werken en houdt dagbesteding bewust af. Aan het einde van het project lijkt J meer open te staan voor het doen van een dagbesteding, maar zijn hiertoe nog geen concrete acties ondernomen.

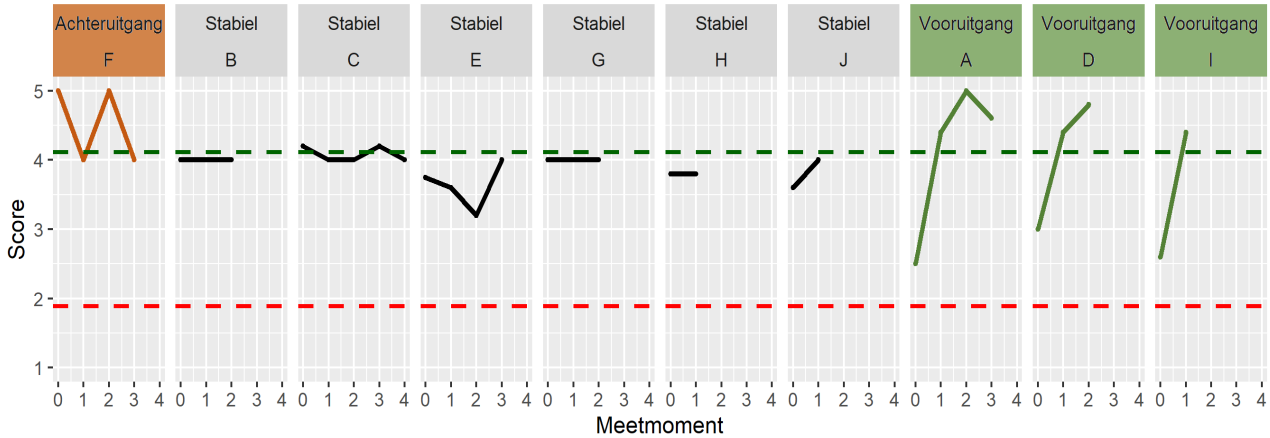
6.6 Preventie crisissituaties

Preventie van crisissituaties gaat over het voorkomen van contact met crisisdiensten (ambulance, GGZ), politie en justitie. Naast dat een crisissituatie vervelend is voor de persoon zelf, kunnen (nieuwe) politie- en justitiecontacten ook de zorg en ondersteuning belemmeren. Wanneer een deelnemer zaken bij justitie heeft lopen kan dat invloed hebben op een eventueel zorg-, huisvesting- of dagbestedingstraject. Het hebben van een strafblad kan van invloed zijn op arbeidstoeleiding. Vaak moeten justitiële zaken worden gesloten voordat andere trajecten kunnen worden gestart.

Mening deelnemers

Deelnemers is gevraagd of zij – met de hulp die zij op dat moment ontvangen – kunnen voorkomen dat zij in crisissituaties terecht komen. Als deelnemers weten op welke momenten zij steun moeten vragen, bij wie zij steun moeten vragen en hoe zij deze personen kunnen bereiken, is het aannemelijk dat zij beter in staat zijn om een crisis te voorkomen. Zes (B, C, E, G, H, J) van de tien deelnemers zijn van mening dat zij in staat zijn een crisis te voorkomen. Hoewel de mate waarin deelnemer F vindt dat zij in staat is om crisissen te voorkomen tussen de eerste en de laatste meting significant is gedaald, is haar score nog dusdanig hoog dat we kunnen aannemen dat zij in staat is crisissen te kunnen voorkomen.[3] Drie deelnemers (A, D, I) geven aan dat zij aan het einde van het project beter in staat zijn een crisissituatie te voorkomen dan bij de start van het project. Deelnemer I laat een sterke stijging zien in zijn vermogen crisissituaties te kunnen voorkomen. Dit komt doordat I tijdens het project na een opname in het ziekenhuis en in een verslavingskliniek gestopt is met middelengebruik, waardoor hij beter in staat is voor zichzelf te zorgen en met hulpverleners te communiceren.

Figuur 6.6 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het leefgebied Preventie crisissituaties



Interventies

Om ervoor te zorgen dat de deelnemers zelf inzien wanneer zij (extra) hulp nodig hebben om een crisissituatie te voorkomen, is het van belang dat de deelnemers de hulpverleners laagdrempelig kunnen benaderen en dat het vertrouwen tussen deelnemer en hulpverlener dusdanig groot is dat de deelnemer de hulpverlener op kwetsbare momenten om hulp durft te vragen. Hulpverleners proberen door middel van psycho-educatie deelnemers meer inzicht te geven in hun eigen handelen en de gevolgen daarvan. Daarnaast merken we dat het opbouwen van een vertrouwensband met de deelnemer van belang is om de deelnemers het gevoel te geven dat zij ook daadwerkelijk met hun zorgen bij de hulpverlener terecht kunnen.

Psycho-educatie

De hulpverleners voeren met alle deelnemers gesprekken over hun gedrag en hun acties en de wijze waarop dit overkomt bij andere mensen. Op deze wijze proberen ze de deelnemers meer inzicht te geven in de gevolgen van hun handelen en meer begrip te creëren voor de manier waarop andere mensen op hen reageren en/of hen behandelen. Ook voeren zij gesprekken over onderwerpen waar de deelnemers tegen aanlopen en proberen zij de deelnemers handvatten te geven over hoe zij op een positieve manier met de situatie om kunnen gaan. Voorbeelden hiervan zijn deelnemers A en F.

Deelnemers A heeft een historie van overlastgevend en agressief gedrag na drank- en drugsgebruik. Het patroon van perioden met veel en perioden met minder gebruik blijft zich herhalen. A geeft aan met name te drinken om te kunnen omgaan met teleurstellingen en discriminerende opmerkingen over zijn afkomst. Tijdens en na zijn opname in een verslavingskliniek heeft A gesprekken met een psycholoog waarbij onder meer cognitieve gedragstherapie wordt ingezet. A zegt hierdoor meer inzicht te hebben gekregen in zijn gedachten en zijn gedrag. Hij heeft leren herkennen wanneer zijn emotionele grenzen worden overschreden en is van mening dat hij heeft geleerd beter met teleurstelling om te kunnen gaan. Zijn drankgebruik en agressieve gedrag dat vaak uit die teleurstellingen en overschrijdingen van zijn grenzen voortkwam is sterk afgenomen.

Deelnemer F geeft aan dat zij door gesprekken met de hulpverleners meer inzicht heeft gekregen in de herkomst van haar klachten. Ook heeft zij geleerd beter de signalen te herkennen die aangeven dat het minder goed met haar gaat. Eén van deze signalen is het feit dat F de neiging heeft om minder te gaan eten als het niet goed met haar gaat. F heeft door de gesprekken met de hulpverleners geleerd deze signalen te herkennen waardoor zij weet wanneer zij de hulpverleners om (extra) hulp moet vragen.

Vertrouwen

De hulpverleners geven aan dat het van groot belang is een band op te bouwen met de deelnemers. Alleen als er een vertrouwensband is tussen de hulpverlener en de deelnemer kan een goede zorgrelatie ontstaan. Daarvoor is het immers van belang dat de deelnemer eerlijk en open is naar de hulpverlener, aangeeft wat hij/zij wil en waar hij/zij tegenaan loopt. Bovendien moet een hulpverlener bereikbaar zijn voor een deelnemer als dat nodig is. Het opbouwen van een band is van belang bij alle deelnemers. Deelnemers D en E zijn voorbeelden van deelnemers die op tijd om hulp hebben gevraagd en zo een crisis hebben voorkomen.

Deelnemer D verkeert bij instroom in een slechte woonsituatie. Het lukt hem zelf niet deze situatie op te lossen en als gevolg daarvan is hij verbaal agressief naar hulpverleners en medewerkers van de sociale dienst. Door de hulpverleners toe te laten in zijn woonboot en te vertellen over zijn problemen kunnen de hulpverleners hierop acties ondernemen. Zij zorgen ervoor dat D weer een uitkering ontvangt, zijn woonboot kan repareren en vervolgens op een legale ligplaats kan aanleggen. Als gevolg van deze acties is de dreigende crisis rondom D verdwenen.

Ondanks dat deelnemer E over het algemeen stabiel is in zijn alcoholgebruik, heeft hij tijdens het project van zijn vakantiegeld drank gekocht en heeft hij in een paar dagen erg veel gedronken. Omwonenden hebben hiervan ernstige overlast ervaren en dit ook gemeld. De aanbieder van zijn beschermde woonvorm dreigt hem na dit voorval uit de voorziening te zetten. E heeft zijn hulpverleners om hulp gevraagd. De hulpverleners hebben kunnen voorkomen dat hij uit zijn woning is gezet, waarna het middelengebruik van E weer is gestabiliseerd. Met de bewindvoerder is vervolgens afgesproken dat E vakantiegeld in het vervolg gefaseerd uitbetaald krijgt.

Een vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en de deelnemer is niet alleen belangrijk zodat een deelnemer om hulp durft te vragen wanneer dit nodig is. Een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en deelnemer kan ook dusdanig sterk zijn dat een deelnemer een hulpverlener laat ingrijpen wanneer de deelnemer zelf de urgentie hier niet van ziet. Voorbeelden hiervan is deelnemer G.

Hoewel deelnemer G van mening is dat zij zelf kan voorkomen dat zij in een crisissituatie terecht komt, lijkt zij gedurende het project op een crisissituatie af te stevenen. Haar middelengebruik neemt sterk toe en zij is voornamelijk in het gezelschap van andere verslaafden of dealers. Daarnaast is zij haar beschermde woonvorm uitgezet en is zij de hele dag bezig met bedelen en hosselen om in haar middelengebruik te kunnen voorzien. Als gevolg hiervan is zij minder therapietrouw met haar antipsychotica. Bovendien wordt G mishandeld door haar vriend. Dit alles zorgt voor een dusdanig (dreigende) crisissituatie dat de hulpverleners een moreel beraad houden. Hierbij komen de betrokken hulpverleners samen en spreken zij hun ernstige zorgen uit over de situatie van G. Ook bespreken zij met elkaar hoe zij het beste om kunnen gaan met de situatie. Ook G en haar vader zijn aanwezig bij dit moreel beraad. Na het horen van de ernstige zorgen die de hulpverleners zich om haar maken, geeft G aan dat zij ook inziet dat het niet goed met haar gaat en geeft zij aan dat zij openstaat voor een opname in een verslavingskliniek.

6.7 Verslaving[5]

Bij middelengebruik gaat het over (overmatig) drugs- en alcoholgebruik en welke invloed dit heeft op het dagelijks functioneren van de deelnemer. Wanneer een deelnemer in

[5] Voor dit leefgebied en overlast en financiën beschikken we alleen over de kwalitatieve informatie uit de dossiers van de deelnemers en uit de interviews met deelnemers en hulpverleners. We kunnen hier geen gebruik maken van kwantitatieve gegevens. Er worden voor deze leefgebieden daarom geen grafieken getoond.

behandeling is voor zijn middelengebruik nemen we ook behandeltrouw in ogenschouw Bij verslaving kijken we met name naar gebruik (frequentie en hoeveelheid), de gevolgen van het gebruik en de wijze waarop in het gebruik voorzien wordt.

Mening deelnemers

Van de tien deelnemers zeggen twee (D en J) geen middelen te gebruiken. Eén deelnemer (F) zegt uitsluitend af en toe cannabis te gebruiken voor recreatief gebruik.

De overige zeven deelnemers (A, B, C, E, F, G, H) hebben allen tijdens het project alcohol gebruikt. Deelnemers B en H gebruiken daarnaast regelmatig cannabis. Drie personen gebruiken ook harddrugs (C, G en A). Vier deelnemers (B, C, G en A) ontvangen in het kader van hun verslavingsbehandeling methadon.

Ontwikkeling tijdens project

Bij instroom gebruiken vijf van de zeven deelnemers (A, E, G, H en I) grote hoeveelheden drugs en/of alcohol. In de loop van het project zijn twee van hen met hun middelengebruik gestopt (A en I), terwijl E en H onverminderd met hun middelengebruik zijn doorgegaan. Het middelengebruik van G is toegenomen.

De twee deelnemers (B en C) waarvan het middelengebruik bij instroom in het project beperkt was, zijn stabiel gebleven in het gebruik.

Interventies

Hoewel deelnemer B regelmatig alcohol en softdrugs gebruikt zijn er geen specifieke interventies opgezet met betrekking tot haar middelengebruik. Deelnemer H gebruikt dagelijks alcohol en cannabis. Hij gebruikt al decennialang en zegt kracht te halen uit de middelen. Zo is hij ervan overtuigd dat alcohol hem sterker maakt. H houdt bemoeienis van de hulpverleners af. Wel heeft de hulpverlener ervoor kunnen zorgen dat H regelmatig thiamine injecties krijgt om een tekort aan vitamine B1 te voorkomen, een veelvoorkomend probleem bij alcoholverslaving.

Bij de overige zes deelnemers waarbij sprake is van middelengebruik wordt met name door middel van (motiverende) gesprekken getracht hen meer inzicht te geven in de gevolgen van hun middelengebruik en hen te motiveren hiermee te minderen dan wel te stoppen. Drie deelnemers (A, G en I) gebruiken dusdanig veel middelen dat zij zijn opgenomen in een verslavingskliniek of dat een opname wordt overwogen.

(Motiverende) gesprekken

Voordat A instroomt in het project is hij opgenomen geweest in een ziekenhuis vanwege zijn middelengebruik en is daarna naar een verslavingskliniek gegaan. Hij zegt zijn ziekenhuisopname als een waarschuwing te hebben ervaren. Dat heeft hem gemotiveerd met zijn verslaving aan de slag te gaan. Hij is langdurig verslaafd geweest aan alcohol en drugs. Voor de behandeling van zijn drugsgebruik krijgt hij methadon. A woont tijdens het project een tijd in een woonvorm waar ook (alcohol)verslaafden verblijven en waar alcoholgebruik is toegestaan. A heeft er in die periode extra moeite mee om nuchter te blijven en valt een paar keer terug. Tijdens een volgende opname in een kliniek tijdens het

project voert A gesprekken met een psycholoog. Deze gesprekken ervaart A als een wake-up call. Ze geven hem inzicht in de gevolgen van traumatische gebeurtenissen in zijn leven. Ook krijgt hij inzicht in waar zijn 'trek' vandaan komt en hoe hij hiermee om kan gaan. Tevens overlijdt in die periode een goede vriend die ook verslaafd is aan alcohol. A geeft aan veel steun te ervaren vanuit de verslavingszorgmedewerkers die hem wekelijks motiveren om niet weer te gebruiken.

Deelnemer C gebruikt dagelijks een relatief beperkte hoeveelheid alcohol. Af en toe gebruikt hij ook cocaïne of heroïne bij. Dit zorgt echter niet voor dusdanig grote problemen dat C hiervoor een hulpvraag heeft. Deelnemer C krijgt eveneens methadon. De hulpverlener houdt het middelengebruik van C in de gaten door hier met C over te praten en er niet over te oordelen. Hierdoor durft C eerlijk tegen de hulpverlener te zijn over zijn gebruik. Zo geeft C aan dat hij graag wil minderen met methadon. Hierdoor blijkt hij echter meer trek te krijgen in anderen middelen, waarna de dosering weer wordt verhoogd. De hulpverlener geeft aan dat C een mate van gebruik gevonden heeft die voor hem acceptabel is en hem stabiel houdt. Bovendien zorgt het gebruik niet voor financiële of lichamelijke klachten. De hulpverlener ziet daarom geen redenen om aan te sturen op volledig afbouwen van gebruik.

E drinkt vanwege zijn psychische problematiek. Volgens hem dempt het alcoholgebruik de negatieve symptomen van zijn autisme. Hoewel de hulpverlener hem ervan probeert te overtuigen dat het goed voor hem zou zijn als hij zou minderen of stoppen, wil of kan E dit niet. Ondanks gesprekken met de hulpverlener lijkt E geen relatie te zien tussen zijn drankgebruik en zijn slechte gezondheid. Wel is hij na aandringen van de hulpverlener in gesprek gegaan met een medewerker van de verslavingszorg en een ervaringsdeskundige. Na deze gesprekken heeft E enkele dagen geen alcohol gedronken.

Deelnemer F gebruikt uitsluitend af en toe cannabis voor recreatief gebruik. De hulpverleners vertellen F dat cannabis haar achterdochtige gevoelens kan verergeren.

Tijdens het project is het gebruik bij deelnemer G toegenomen. Zij is de hele dag bezig met bedelen en hosselen om geld te verdienen om er drugs van te kunnen kopen. Haar contacten bepreken zich grotendeels tot medegebruikers. De methadon die ze krijgt ruilt ze soms tegen geld of andere middelen. Wanneer de hulpverlener de deelnemer aanspreekt op haar toenemende gebruik en het feit dat ze slecht voor zichzelf zorgt, probeert G haar steeds gerust te stellen. Op vragen over wat zij denkt dat er moet gebeuren en hoe ze beter voor zichzelf zou kunnen zorgen, gaat ze niet echt in.

Ook I is tijdens het project opgenomen geweest in een verslavingskliniek. Hier heeft hij onder meer gesprekken met hulpverleners die hem helpen inzicht te krijgen in de redenen voor zijn gebruik en de gevolgen daarvan. Ook wordt hem geleerd hoe hij buiten de kliniek de verleidingen kan weerstaan.

Opname in verslavingskliniek

A en I waren dusdanig verslaafd dat zij tijdens het project zijn opgenomen in een verslavingskliniek. Daar zijn zij afgekickt van de middelen waaraan zij verslaafd waren.

Daarnaast hebben zij in de kliniek meer inzicht gekregen in hun motieven om te gebruiken en de gevolgen daarvan.

Uit gesprekken die de hulpverlener tegen het einde van het project heeft met G blijkt dat G zelf ook inziet dat het niet goed met haar gaat. Ze geeft aan graag naar een verslavingskliniek te willen om af te kicken, waarop de hulpverlener haar aanmeldt bij een kliniek. G wordt op de wachtlijst geplaatst. De hulpverlener merkt op dat het de vraag is in hoeverre G daadwerkelijk bereid is om naar een kliniek te gaan als er daadwerkelijk een pek voor haar is. Aan het einde van het project staat G nog op de wachtlijst voor de kliniek.

6.8 Overlast

Met overlast bedoelen we gedrag waarvan anderen in de omgeving van de deelnemer of in de samenleving hinder (kunnen) ondervinden. Dit kan leiden tot politiecontacten of een boete door een buitengewoon opsporingsambtenaar (BOA). Om na te gaan of een deelnemer overlast veroorzaakt hebben we hen gevraagd of zij dat wel eens doen en hebben we dit tevens aan de hulpverleners gevraagd. Daarnaast hebben we informatie uit de dossiers van de deelnemers gebruikt. Tenslotte hebben we gebruik gemaakt van gegevens uit het meldpunt overlast en zorg die we van de gemeente hebben ontvangen.

Mening deelnemers en hulpverleners

Vijf deelnemers (A, E, G, H en I) hebben voor en tijdens het project met enige regelmaat overlast veroorzaakt. Van de overige vijf deelnemers hebben we geen aanwijzingen dat zij regelmatig overlast veroorzaken of veroorzaakten: zijzelf en de hulpverleners geven aan dat dit niet het geval is. Er zijn ook geen meldingen gevonden over deze personen in de gegevens van het meldpunt overlast en zorg.

Twee deelnemers (A en I) veroorzaken bij instroom in het project of vlak daarvoor frequent overlast door hun overmatige middelengebruik. Nadat zij zijn opgenomen in een verslavingskliniek en er (meer passende) huisvesting en begeleiding voor hen is gevonden, veroorzaken zij niet of nauwelijks overlast meer. Deelnemer D heeft tijdens het project eenmalig overlast veroorzaakt toen hij, nadat hij vakantiegeld had gekregen, zoveel had gedronken dat omwonenden hiervan melding hebben gemaakt. Deelnemers G en H vertonen gedrag dat als overlast ervaren kan worden (bedelen, harde muziek, omgeving vervuilen), maar die is (nog) niet als overlast bij instanties gemeld.

Soorten overlast en acties

Omdat de deelnemers relatief weinig overlast veroorzaken zijn door de hulpverleners nauwelijks specifieke acties ingezet om overlast te voorkomen of te beperken. Hieronder beschrijven we van de vijf deelnemers kort de overlast die zij veroorzaken en – indien er acties zijn ingezet door de hulpverleners – welke acties dit zijn.

Overlast onder invloed

Deelnemers A en I veroorzaken voor en vlak na instroom in het project regelmatig overlast. Wanneer zij onder invloed zijn van drugs of alcohol zijn zij agressief naar hun hulpverlener

en naar bewoners en medewerkers van de voorziening waar zij op dat moment verblijven. Het gedrag van I is meerdere malen dusdanig geëscaleerd dat de politie moet komen om hem uit de voorziening te verwijderen. Beide deelnemers zijn tijdens het project gestopt met middelengebruik waardoor zij geen overlast meer veroorzaken. A heeft bovendien een agressie regulatie therapie gevolgd wat hem helpt beter met zijn frustraties om te gaan. Deelnemer H zegt meer inzicht in en grip op zijn leven te hebben gekregen.

Overlastgevend gedrag zonder meldingen

Deelnemers G en H vertonen tijdens het project gedrag dat als overlastgevend kan worden ervaren, zoals bedelen, vervuilen van de omgeving en draaien van harde muziek. De hulpverleners geven echter aan dat er geen meldingen van overlast veroorzaakt door G en H zijn gedaan. Wel geeft de hulpverlener van G aan dat zij denkt dat het een kwestie van tijd is voordat dit wel gebeurt als G blijft bedelen en hosselen. Zij geeft aan dat G 'aandoenlijk' kan overkomen, waardoor mensen minder snel geneigd zijn een melding te maken. Bij het meldpunt overlast en zorg van de gemeente is wel een zorgmelding met betrekking tot G binnengekomen. Het betreft een melding over zorg over een persoon waar G vaak verblijft en de gevolgen die dit verblijf voor deze persoon heeft. Ook heeft G tijdens het project een diefstal gepleegd waarvan het slachtoffer geen aangifte heeft gedaan.

Deelnemer H leeft en woont onconventioneel in een provisorisch onderkomen. Hij heeft de muziek soms hard aan en vervuilt de omgeving waarin hij verblijft, onder meer door afval en door zijn behoefte in de struiken te doen. Omdat hij op een redelijk afgelegen locatie verblijft stoort niemand zich hieraan en zijn er geen meldingen van overlast gedaan. H wijst elke vorm van hulp en bemoeienis af, waardoor er niet of nauwelijks mogelijkheden voor de hulpverleners zijn om acties in te zetten. De hulpverleners hopen dan ook dat er meldingen zullen worden gedaan over overlast die door H veroorzaakt wordt. Wanneer er meldingen van overlast worden gedaan, krijgen de hulpverleners meer mogelijkheden om in te grijpen. Tegelijkertijd hebben de hulpverleners een vuilnispas voor H geregeld, zodat hij zijn afval weg kan brengen.

Incidentele overlast

Nadat deelnemer E vakantiegeld heeft ontvangen heeft hij hiervan alcohol gekocht en zo veel gedronken dat het ontaardt in geluidsoverlast, vervuiling van de omgeving, agressiviteit naar medebewoners en het overtreden van de huisregels. E heeft voor dit gedrag een waarschuwing gekregen. Achteraf zegt hij zich voor zijn gedrag te schamen, biedt hij zijn excuses aan en belooft hij dat het niet weer zal gebeuren.

6.9 Financiën

Voor het leefgebied 'financiën' gaan we na of de deelnemers beschikken over voldoende financiële middelen om in hun basisbehoeften te voorzien, of inkomsten en uitgaven in balans zijn en of er geen (nieuwe) schulden worden gemaakt. We inventariseren of ze in staat zijn in hun dagelijkse levensonderhoud te voorzien door eten, drinken en kleding te kopen, de huur, zorgverzekering en overige rekeningen zoals voor gas, water en licht te betalen en eventuele schulden af te lossen.

Financiële situatie deelnemers

Alle deelnemers hebben recht op een uitkering. Acht deelnemers ontvangen een bijstandsuitkering, één deelnemer ontvangt een Wajong-uitkering en één deelnemer is volledig en duurzaam arbeidsongeschikt en ontvangt een zogenoemde WIA IVA uitkering. Hierin heeft zich in de projectperiode geen verandering voorgedaan.

Bij instroom hadden acht van de tien deelnemers schulden, alleen deelnemers G en J waren schuldenvrij. De financiële situatie van vijf deelnemers (B, C, D, E en F) is tijdens het project verbeterd, met name omdat zij hun schulden afbetalen. Bij vier van hen (B, C, E en F) is sprake van inkomens- en/of budgetbeheer om te voorkomen dat nieuwe schulden ontstaan of dat zij betalingsachterstanden oplopen. De financiële situatie van A, I en J is tijdens het project niet veranderd, terwijl de financiële situatie van G en H is verslechterd.

Het aanvragen van een uitkering en het regelen van financiële zaken is complex. De acties die hulpverleners inzetten om de financiële situatie van de deelnemers te verbeteren zijn daardoor vaak praktisch van aard en bestaan voornamelijk uit het toeleiden naar de juiste ondersteuning, zoals een bewindvoerder of budgetbeheer. Wanneer een deelnemers is toegeleid naar een passende vorm van ondersteuning voor de financiën – en er geen grote veranderingen zijn in de situatie van de deelnemer – worden door de hulpverleners geen acties meer ingezet. Wel blijft de financiële situatie een punt van aandacht in het contact met de deelnemer, zodat eventuele problemen tijdig worden opgemerkt.

Praktische ondersteuning

Bij vijf deelnemers (B, C, D, E en G) hebben de hulpverleners tijdens het project praktische ondersteuning geboden met betrekking tot de financiële situatie van de deelnemers.

Vlak nadat B is ingestroomd in het project komt zij vrij uit de PI. Haar hulpverleners helpen haar in deze periode met inschrijven bij de gemeente, aanvragen van een uitkering en inschrijven bij een zorgverzekering. Ook blijkt in deze periode dat B nog een openstaande schuld heeft die steeds verder oploopt. De hulpverlener weet het oplopen van de schuld te stoppen, waarna B deze schuld kan afbetalen.

Nadat de hulpverlener C heeft aangemeld voor Housing First blijkt C nog een openstaande schuld te hebben die hij deels moet afbetalen alvorens hij in aanmerking komt voor Housing First. Met hulp van zijn hulpverlener zijn de schulden voldoende afgelost, is hij aangemeld en heeft hij een woning bij Housing First gevonden.

Deelnemer D heeft bij instroom geen uitkering. De hulpverlener heeft in overleg met de sociale dienst de bijstandsuitkering voor D met terugwerkende kracht weten te herstellen. De voorschotten die D heeft ontvangen van de sociale dienst zijn met de uitbetaling van de achterstallige uitkering verrekend. Sindsdien houdt D zijn inkomsten en uitgaven goed in de gaten. Een verhuizing naar een andere gemeente is wat betreft zijn bijstandsuitkering probleemloos verlopen.

E, die vlak voor instroom in het project zijn schulden al heeft afbetaald, heeft in het begin van het project geld geleend aan een gokverslaafde vriend. De hulpverlener heeft dit voorval aangegrepen om E door middel van gesprekken weerbaarder te maken tegen

dergelijke verzoeken. E heeft een bewindvoerder en weet zo geld te sparen. Op het moment dat hij vakantiegeld krijgt heeft E tijdelijk meer te besteden. Dit resulteert tijdens het project in overmatig alcoholgebruik. Om te voorkomen dat een dergelijke situatie zich in de toekomst weer voordoet krijgt E zijn vakantiegeld voortaan gefaseerd uitbetaald. De hulpverleners van E maken zich daarnaast zorgen over het feit dat E zijn weekbudget voornamelijk aan alcohol besteedt, waardoor hij niet voldoende eet. De hulpverleners verkennen mogelijke oplossingen hiervoor. Tijdens het project zijn hier geen acties op ondernomen.

Deelnemer G, die bij instroom geen schulden heeft, gebruikt dagelijks drugs waar zij steeds meer geld aan uitgeeft. Haar relatief hoge Wajong uitkering is onvoldoende om deze levensstijl te financieren waardoor zij extra inkomsten vergaart door te bedelen en te hosselen. Nadat er fraude is gepleegd met haar bankpas, is deze door de bank ingetrokken. De hulpverlener heeft daarna geregeld dat zij daggeld ontvangt van de voorziening waar zij verblijft.

Geen acties

Bij de overige vijf deelnemers (A, F, H, I en J) hebben de hulpverleners tijdens het project geen concrete acties ingezet om de financiële situatie te verbeteren. Wel blijven de financiën een onderwerp waarvoor de hulpverleners aandacht houden dat zij regelmatig ter sprake brengen in hun contact met de deelnemers.

Deelnemers A en I hebben allebei een bewindvoerder. Zij beschikken niet over hun eigen geld, maar hebben een bewindvoerder waarvan zij wekelijks een bedrag ontvangen om van te leven. De bewindvoerder draagt verder zorg voor de betaling van hun vaste lasten en de afbetaling van hun schulden.

Deelnemer F krijgt een uitkering en heeft bewindvoering. Dit gaat goed en F is hier tevreden mee.

H regelt zijn eigen financiën, zoals hij alles graag zelf regelt. Bij instroom in het project heeft H geen zorgverzekering. Hij is van mening dat hij niet voor zorg hoeft te betalen die hij niet wenst (de bemoeizorg). Uiteindelijk lukt het de hulpverleners H toch weer verzekerd te krijgen. Maandelijks pint H in één keer het restant van zijn uitkering dat overblijft nadat zijn zorgverzekering is betaald. Van dat geld koopt hij zijn dagelijkse boodschappen, drank en drugs. Zijn schulden lost hij niet af. Omdat hij geen vast woonadres heeft kunnen schuldeisers hem niet vinden.

Ook J regelt zijn eigen financiën, maar J beschikt over een goed inkomen en eigen vermogen, waardoor hij geen financiële problemen heeft.

6.10 Resumé

In tabel 6.1 worden de veranderingen van de deelnemers tijdens het project per leefgebied weergegeven.[6] Voor de eerste zes leefgebieden (huisvesting, geestelijke gezondheid,

[6] In Bijlage 2 worden per deelnemer en per leefgebied de uitkomsten van de drie testen (Reliable Change Index (RCI), Tekentoets en de Paarsgewijze Wilcoxon Test) weergegeven.

lichamelijke gezondheid, sociale omgeving, dagbesteding en preventie crisissituaties) geldt dat de mening van de deelnemer bij instroom (nulmeting) en de meting van de deelnemer bij uitstroom (laatste meting) met elkaar zijn vergeleken. Hiervoor is gebruik gemaakt van de scores van de deelnemers op de kwantitatieve vragenlijsten.

Voor de laatste drie leefgebieden (verslaving, overlast en financiën) zijn geen kwantitatieve scores vastgesteld. De ontwikkelingen op deze drie leefgebieden zijn bepaald aan de hand van de mening van de deelnemer, de mening van de hulpverlener en de observaties van de onderzoeker.

Tabel 6.1 Overzicht van de veranderingen tussen de eerste en de laatste meting van de deelnemers op de verschillende leefgebieden

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Huisvesting	++	0	0	0	++	0	0	0	+	0
Geestelijke gezondheid	0	0	0	++	0	0	0	0	++	0
Lichamelijke gezondheid	0	0	0	0	-	+	0	0	++	0
Sociale omgeving	0	0	0	++	0	0	0	0	++	0
Dagbesteding	++	0	0	0	0	0	--	0	0	0
Preventie crisissituaties	++	0	0	++	0	--	0	0	++	0
Verslaving	++	0	0	0	0	0	--	0	++	0
Overlast	++	0	0	0	0	0	0	0	++	0
Financiën	0	++	++	++	++	++	--	--	0	0

Verandering tussen twee meetmomenten	
++	Sterke verbetering
+	Enige verbetering
0	Stabiel
-	Enige achteruitgang
--	Sterkte achteruitgang

In totaal zijn er bij de tien deelnemers op de negen leefgebieden meer verbeteringen (22) te constateren dan verslechteringen (zes). Zes deelnemers (A, B, C, D, E, F en I) zijn op tenminste één leefgebied vooruitgegaan, terwijl vier deelnemers (E, F, G en H) op tenminste één leefgebied een achteruitgang laten zien. Bij één deelnemer is op geen enkel

leefgebied een significante verandering waargenomen. Voor de groep als geheel zien we op geen van de leefgebieden geen betekenisvolle verandering.
Een stabilisering van een deelnemer op een leefgebied betekent niet dat hier acties op zijn ondernomen. Hulpverleners hebben gedurende het gehele project relatief veel tijd en aandacht aan de deelnemers besteed. Een groot deel van die aandacht is besteed aan gesprekken met deelnemers, met name om ze te motiveren vol te houden en aan hun eigen doelen te blijven werken. Het realiseren van een stabilisering – en daarmee voorkomen van een achteruitgang - op een leefgebied is in sommige gevallen het maximaal haalbare geweest en kan veel inspanningen hebben gekost.

Deelnemers A en I laten op de meeste leefgebieden positieve veranderingen zien. Bij instroom in het project is hun situatie op verschillende leefgebieden zo slecht dat een vooruitgang op deze leefgebieden noodzakelijk is. Bij deelnemer G zien we de sterkste achteruitgang. Haar middelengebruik en contacten met andere gebruikers zijn tijdens het project sterk toegenomen en zorgen voor een negatieve ontwikkeling op verschillende leefgebieden.

Op het leefgebied financiën zien we de meeste vooruitgang (bij vijf deelnemers), gevolgd door huisvesting (3) en preventie van crisissituaties (3). De financiële situatie van de meeste deelnemers is redelijk stabiel. Zij maken gebruik van budgetbeheer of een bewindvoerder, waardoor hun financiële zaken goed geregeld zijn, er geen (nieuwe) financiële problemen ontstaan en eventuele schulden worden afgelost. Overigens laten twee deelnemers op het leefgebied financiën een sterke achteruitgang zien.

7. RESULTATEN PROJECTDOELEN

In dit hoofdstuk behandelen we de resultaten die de deelnemers op de doelen van het project hebben gerealiseerd. Zoals in hoofdstuk twee reeds is besproken, gaat het om de volgende zeven doelen die achtereenvolgens aan de orde komen:

- toename van gevoel van regie over het eigen leven;
- een door de deelnemer ervaren betere kwaliteit van leven, zowel fysiek, psychisch als materieel;
- toename van gevoel van eigenwaarde;
- toename van verbinding met de samenleving in de vorm van bijvoorbeeld een dagbesteding of een woonplek;
- toename van gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen leven;
- een afname van crisissituatie(s), zowel in aantal als in ernst (mate en duur van het controleverlies);
- toename van sociale contacten.

Voor de eerste vier doelen – regie over een leven, betere kwaliteit van leven, gevoel van eigenwaarde en verbinding met de samenleving – maken we gebruik van meetschalen gebaseerd op de vragenlijst die we bij de deelnemers periodiek hebben afgenomen. De resultaten daarvan presenteren we ook in figuren. Bij de overige drie doelen beschikken we alleen over de kwalitatieve informatie uit de dossiers en uit de interviews met deelnemers en hulpverleners. Omdat we hierbij geen gebruik kunnen maken van kwantitatieve gegevens, worden voor deze doelen geen grafieken getoond.

7.1 Regie over het eigen leven

Uit de interventielogica is naar voren gekomen dat met het project onder de deelnemers een toename van gevoel van regie over het eigen leven wordt verwacht. Hoewel medewerkers in de zorg aan de term 'eigen regie' gewend zijn geraakt en hiernaar in gesprekken vaak verwijzen, is niet altijd duidelijk wat er precies mee wordt bedoeld. We hebben in het onderzoek de definitie van Brink e.a. voor zelfregie als uitgangspunt genomen: het hebben van zeggenschap over het eigen leven.[1] Met andere woorden: het hebben van zelfbeschikkingsrecht - het recht op het maken van eigen keuzes - en het voorkomen van onnodige afhankelijkheid.

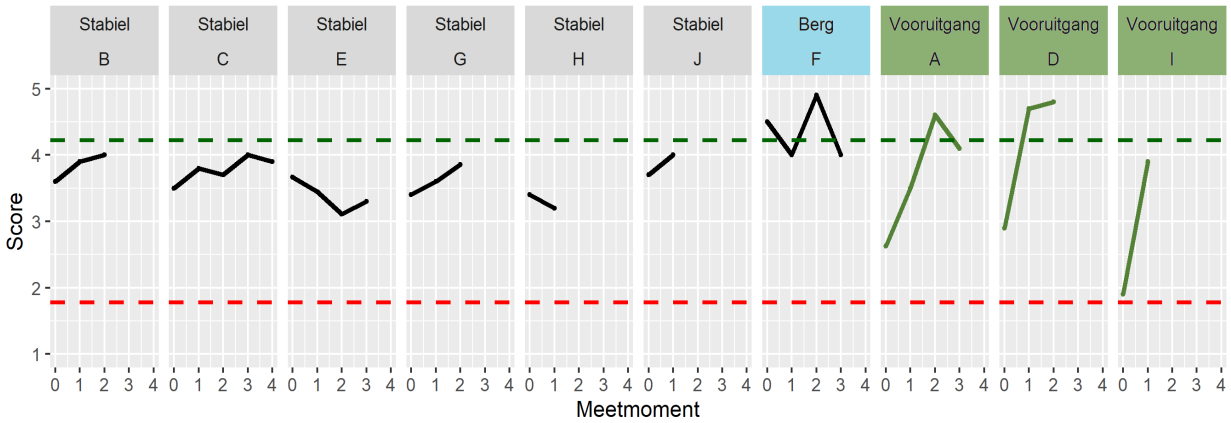
Omdat het project zich richt op een doelgroep waarbij de verwachting was dat deelnemers tijdens en na het project niet direct volledig zelfstandig hun eigen leven kunnen leiden, hebben we het begrip 'eigen regie' verder afgebakend als: de mate waarin deelnemers bepalen op welke momenten zij welke ondersteuning krijgen en of ze een actieve rol in

[1] Brink, C., A. Lucassen, M. van Middelaar en A. Poll (2013). Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties (3de ed.). Movisie.

deze ondersteuning kunnen hebben. Hierbij kan ondersteuning uit zowel het informele (het eigen netwerk) als het formele (hulpverleners) netwerk bestaan.

Uit de kwantitatieve vragenlijst blijkt dat bij zes (B, C, E, G, H, J) van de tien deelnemers de regie over het eigen leven gedurende het project redelijk stabiel is gebleven (figuur 7.1).[2] Eén deelnemer laat een tussentijdse toename (F) in eigen regie zien, en bij drie deelnemers (A, D en I) zien we tussen de eerste en laatste meting een duidelijke verbetering.

Figuur 7.1 Ontwikkeling schaalscores van deelnemers op het verwachte doel: Toename van gevoel van regie over eigen leven



Verbetering

De drie deelnemers (A, D, I) die tijdens het project vooruit zijn gegaan verkeerden – in tegenstelling tot de andere zeven deelnemers - bij instroom in een situatie waarin hun zelfstandig functioneren lastig was. Twee van de drie kampten op dat moment met een zware verslaving en leefden op straat of bij andere gebruikers, en waren vanwege sancties tijdelijk in een nachtopvang niet meer welkom. D had wel een onderkomen, maar die verkeerde in slechte staat, en het ontbrak hem aan de financiële middelen om daar zelf verandering in aan te brengen.

Aan het eind van het project zijn hulpverleners erin geslaagd in de basisbehoeften van deze drie deelnemers te voorzien. Zo hebben ze betere huisvesting gekregen, ontvangen ze een vast inkomen en gebruiken A en I na verblijf in een afkickkliniek niet of nauwelijks meer middelen. Hun situatie is hiermee sterk verbeterd, hun gevoel van machteloosheid is afgenomen, en ze zijn in staat gebleken de regie over hun eigen leven weer (grotendeels) terug te nemen.

Het voorzien in basisbehoeften stelt deze drie deelnemers in staat om keuzes over het eigen leven te maken. De deelnemers geven aan pas eigen regie te kunnen nemen wanneer hun woonsituatie zekerheid biedt en zij er in rust en veiligheid kunnen verblijven. Eigen regie lijkt tevens samen te hangen met het hebben van keuzevrijheid en de mate van ervaren invloed.

[2] Een praktische toelichting over de figuren is te vinden in hoofdstuk 6.

Tijdelijke verbetering

Deelnemer F – die alleen tussentijds een toename in eigen regie laat zien - scoort gedurende het hele project hoog in de regie over haar eigen leven. De tijdelijke toename van gevoel van regie over het eigen leven lijkt het directe gevolg van het feit dat haar kind weer bij haar is komen wonen na een complexe strijd over de voogdij. Ze geeft aan in deze periode een gevoel van machteloosheid te ervaren en afhankelijk te zijn van anderen.

Stabilisering

Hulpverleners hebben tijdens het project veel rekening gehouden met de eigen regie van de deelnemers. Zij zeggen daarnaast samen met de deelnemers de keuzemogelijkheden te verkennen, de mogelijke gevolgen te schetsen en keuzeopties helder voor te leggen. Volgens de deelnemers is dat ook een voorwaarde om ondersteuning te accepteren bij de keuzes die ze (moeten) maken. Voorwaarden die deelnemers noemen voor het accepteren van hulp zijn: serieus genomen worden; als gelijke of als een autonoom denkend en handelend persoon te worden gezien en te worden behandeld; en dat hulpverleners niet oordelen over de keuzes die deelnemers uiteindelijk maken.

Wanneer deelnemers besluiten een deel van de regie uit handen te geven, bijvoorbeeld door het accepteren van een bewindvoerder in verband met schulden, vinden zij vooral communicatie over de gemaakte keuzes belangrijk. Ze willen weten wat de mogelijkheden zijn en wanneer er weer verandering in hun situatie komt. Ook een reden waarom iets niet mogelijk is, is van belang voor de deelnemers. Het afstaan van eigen regie naar een vorm van gezamenlijke regie lijkt soms op een spel of onderhandeling tussen deelnemer en hulpverlener. We zien daarbij dat hulpverleners hierbij deelnemers inzicht proberen te geven in hun gedrag en de effecten daarvan om ze zo voor te bereiden op de keuzes die gemaakt moeten worden. Daarbij zijn hulpverleners vaak begrensd in hun handelingsmogelijkheden. De (praktische) hulp die hulpverleners kunnen bieden is soms beperkt, bijvoorbeeld door de wachtlijsten voor therapie, verslavingsklinieken, sociale huurwoningen of overige beschikbare woonruimte. Ook kunnen ze soms bepaalde zorg niet bieden door een te lage of te hoge indicatie of is de zorg niet te leveren binnen de huidige woonsituatie. De hulpverleners nemen dan vaak de rol aan van belangenvertegenwoordiger van de deelnemer en kloppen bij de desbetreffende instanties aan om te zorgen dat de (keuze)mogelijkheden van de deelnemers toenemen. Dat lukt niet altijd, bijvoorbeeld bij het thema wonen, omdat de druk op de woningmarkt hoog is en een zelfstandige woning voor sommige deelnemers gezien hun voorgeschiedenis met overlastgevend gedrag (nog) niet binnen de mogelijkheden ligt.

We zien eveneens dat hulpverleners bij gestabiliseerde deelnemers op sommige momenten juist een afwachtende houding aannemen, ook al omdat er op dat moment geen duidelijke hulpvraag van de deelnemer is. Wanneer de hulpverlener alle evidence-based of protocollair beschreven interventies en op verandering gerichte motiveringsstrategieën heeft geprobeerd, maar de cliënt komt niet (meer) in beweging of beweegt juist de kant op die de hulpverlener niet wil, dan zien we dat de hulpverlener achterover leunt en geen initiatieven onderneemt. Zij verwachten een respons van de deelnemer, pakt de deelnemer zelf de regie of zit hij bij de pakken neer en wacht hij op een externe impuls van de hulpverlener? Conform de presentiebenadering zijn zij er wel voor de deelnemer, zij blijven

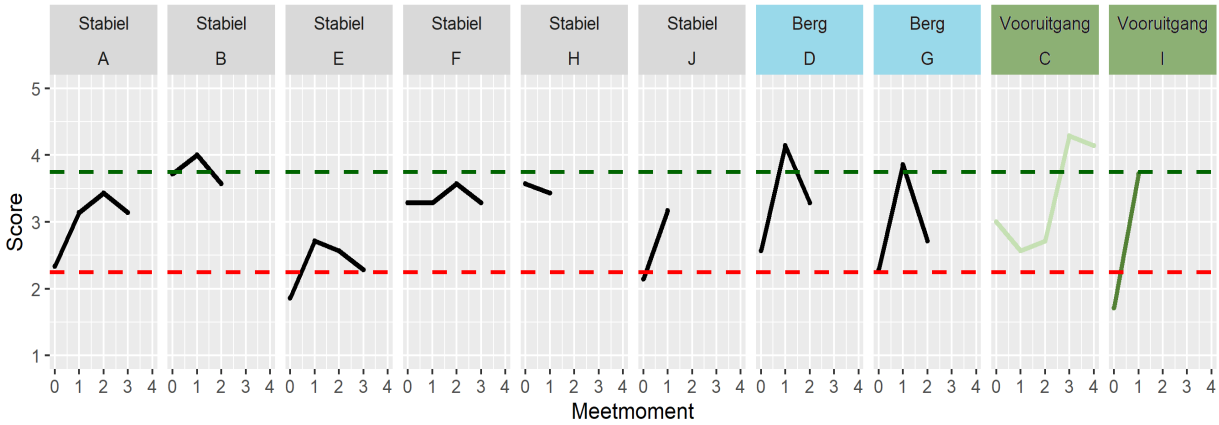
betrokken maar zijn nemen even niet de verantwoordelijkheid van de deelnemer over. Zij blijven met de deelnemer in contact en zijn er zodra het moment om een verandering in gang te zetten zich voordoet. Met name bij de deelnemers die stabiel zijn gebleven, zien we dat dat (ook) deze methode (nog) niet tot vooruitgang heeft geleid.

7.2 Kwaliteit van leven

Met het project wordt verwacht dat de deelnemers bij uitstroom een toename ervaren in kwaliteit van leven. Onder ervaren kwaliteit van leven verstaan we het functioneren van een persoon op fysiek, psychisch, sociaal en materieel gebied en de subjectieve evaluatie daarvan.

In de kwantitatieve vragenlijst hebben we kwaliteit van leven onder de deelnemers bevraagd als tevredenheid met: het leven als geheel; vriendschappen en familie; de lichamelijke en geestelijke gezondheid; en huisvesting. Hieruit blijkt dat twee deelnemers tijdens het project betekenisvol vooruit zijn gegaan (C en I), terwijl twee anderen alleen tijdelijk een betekenisvolle vooruitgang hebben laten zien (D en G) (figuur 7.2). De andere zes deelnemers (A, B, E, F, H, J) zijn gedurende het project stabiel gebleven.

Figuur 7.2 Ontwikkeling schaalscores van deelnemers op het verwachte doel: Toename van kwaliteit van leven



Verbeteringen

De vooruitgang van ervaren kwaliteit van leven bij C hangt samen met het krijgen van een eigen woning. Hij heeft enige tijd moeten wachten, maar is nu zeer tevreden met zijn woning. Ook heeft hij gedurende het project met hulp van de hulpverlener een passende dagbesteding gevonden waar hij het naar zijn zin zegt te hebben.

Bij I is de vooruitgang op zijn kwaliteit van leven groot. Bij instroom leefde hij op straat en scoorde hij laag. Na een ziekenhuisopname en een verblijf in een verslavingskliniek, is I naar een voorziening voor duurzaam verblijf gegaan. Zijn levensstandaard is gedurende het project in relatief korte tijd sterk verbeterd, zijn gezondheid is verbeterd en psychische klachten zegt hij nu niet te ervaren.

Deelnemer D is in het begin van het project met name op gang geholpen door hulpverleners waarbij zij hem ook sterk hebben gemotiveerd om zelf in actie te komen.

Fysiek is hij gedurende het hele project redelijk in orde, materieel is hij er met een nieuwe woning sterk op vooruitgegaan. Na het betrekken van de woning is hij wel zijn daginvulling kwijtgeraakt. De nieuwe woning is in een andere gemeente, waar hij niet of nauwelijks mensen kent. Op zijn oude woonplek was de mogelijkheid vrijwilligerswerk te doen. Door de relatief grote afstand en omdat hij niet over eigen vervoer beschikt is dat niet langer mogelijk. Op zijn nieuwe woonplek is hij zoekende naar een zinvolle dagbesteding.

Deelnemer G kon vlak na instroom in het project terecht in een andere beschermde woonvorm, waar zij zich prettiger voelde. Haar middelengebruik was redelijk stabiel en ze nam maandelijks haar medicatie. Samen met de hulpverlener keek zij in die periode naar mogelijkheden om een dagbesteding te gaan doen. Er is dan sprake van een verbeterde situatie. In de periode die hierop volgt ontmoet G een nieuwe vriend, die eveneens verslaafd is. Omdat G hem ontvangt in haar kamer in de woonvoorziening, wat niet is toegestaan vanwege de op dat moment geldende coronamaatregelen, is ze uit de voorziening gezet en is zij teruggekeerd naar de beschermde woonvoorziening waar zij voorheen woonde. Het middelengebruik van G neemt in deze periode toe, overdag houdt zij zich samen met haar vriend voornamelijk bezig met 'hosselen' om in hun verslaving te kunnen voorzien. Ook komt zij haar afspraken met de hulpverleners, bijvoorbeeld om haar medicatie te krijgen, minder goed na en is zij voor de hulpverleners steeds moeilijker te bereiken. Daarnaast wordt G mishandeld door haar vriend. G's kwaliteit van leven neemt hierdoor af.

Verschillen in interpretatie

Zoals hierboven reeds beschreven ervaren twee deelnemers een betere kwaliteit van leven aan het einde van het project. Wanneer we de situatie van alle deelnemers vanuit de ogen van hulpverleners en onderzoekers bekijken merken we dat de situatie dan soms anders wordt beoordeeld. Er zit een verschil in de interpretatie van de beoordeling van kwaliteit van leven. Bij de meeste deelnemers zien hulpverleners en onderzoekers tijdens het project een vooruitgang in de leefsituatie van de deelnemers. Ze hebben betere huisvesting, werken meer aan hun geestelijke en lichamelijke gezondheid en hebben een betere daginvulling of –besteding. Drie deelnemers vormen hierop een uitzondering (E, G en H). E laat weinig verandering zien, met uitzondering van meer waardering voor zijn woning. G is in een onveiligere en instabielere situatie beland. Deelnemer H zegt hoge kwaliteit te ervaren, terwijl zijn woonsituatie niet meer is dan een tentdoek en slaapzak op een verscholen plek zonder voorzieningen.

Uit gesprekken met de hulpverleners en onze eigen observaties blijkt dat de beleving van de deelnemers sterk kan afwijken van de inschatting van de hulpverleners. Zo blijkt dat een hulpverlener van mening is dat een deelnemer grote stappen vooruit heeft gemaakt, terwijl de deelnemer dit niet onderkent of zegt dit niet zo te ervaren. Ook merken we dat de ervaringen van de deelnemers sterk wisselen. Ze hebben goede en slechte dagen. Afhankelijk van hun stemming zijn zij positiever of negatiever over hun leefsituatie en kwaliteit van leven.

Een andere reden voor het verschil in de beoordeling van de kwaliteit van leven tussen deelnemers en hulpverleners lijken de hoge verwachtingen van de deelnemers te zijn over de ondersteuning die hulpverleners kunnen bieden. De zorgpraktijk is echter weerbarstig.

Deelnemers hebben gedurende het project vaak moeten wachten totdat ze kunnen verhuizen, tot een verslavingskliniek worden toegelaten of psychologische hulp kunnen krijgen. Ook kan een hulpverlener vanwege wachtlijsten niet altijd de zorg bieden die op dat moment nodig is of die de deelnemer zou willen krijgen. Dat geldt bijvoorbeeld voor een deelnemer die net is afgekickt en bij gebrek aan beter dient te verblijven in een omgeving waar andere bewoners middelen gebruiken.

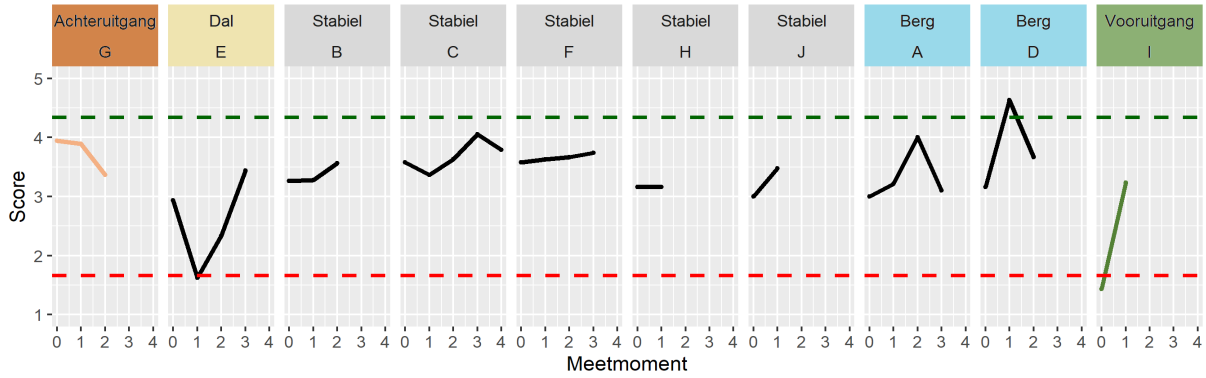
Hulpverleners proberen de deelnemers een realistisch beeld te schetsen van de zorg die wel en niet mogelijk is, maar bij de meeste deelnemers blijft een verschil bestaan tussen de verwachtingen van de deelnemer en de zorg en ondersteuning die op dat moment geboden kan worden. De verwachtingen zijn met name hoog op het gebied van wonen (graag een huis met tuin), dagbesteding (graag morgen) en het regelen van een uitkering of zorgindicatie (ook graag morgen, maar het liefst vandaag nog). De ervaren kwaliteit van leven lijkt samen te hangen met deze soms te hoge verwachtingen.

7.3 Gevoel van eigenwaarde

Door deelname aan het project wordt verwacht dat bij de deelnemers het gevoel van eigenwaarde toeneemt. Gevoel voor eigenwaarde betekent het gevoel dat je wat waard bent en iets betekent voor anderen, los van hoe zij daadwerkelijk over je denken. Dit zelfbeeld hoeft niet overeen te komen met de visie van anderen, zoals die van hulpverleners en onderzoekers.

De term eigenwaarde wordt in de literatuur vaak in samenhang gebruikt met begrippen als empowerment c.q. eigen kracht. Bij deze begrippen speelt naast de eigenwaarde ook de sociale omgeving een rol bij het oplossen van problemen en het ondernemen van acties.[3] Het gevoel van eigenwaarde hebben we vastgesteld met de kwantitatieve vragenlijst. Door die periodiek af te nemen kunnen we zien hoe de deelnemers zich ontwikkelen. Het blijkt dat tijdens het project één deelnemer (G) enige achteruitgang laat zien, terwijl bij een andere deelnemer (I) het gevoel van eigenwaarde sterk is verbeterd. Bij drie deelnemers zien we een tijdelijke daling (E) of een tijdelijke stijging (A en D). De overige vijf deelnemers (B, C, F, H, J) zijn stabiel gebleven.

Figuur 7.3 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het doel: Toename van gevoel van eigenwaarde



[3] Brink, 2013.

Vooruitgang

Op het moment van instromen scoort deelnemer I erg laag op gevoel van eigenwaarde. Hij is dakloos en drinkt dagelijks grote hoeveelheden alcohol. Aan het einde van het project heeft I weer eigen woonruimte, drinkt hij niet, heeft een dag- en nachtritme, draagt hij schone kleren en heeft hij weer contact met een vriendin en dochter. Het afkicken en voorzien in basisbehoeften heeft als gevolg gehad dat zijn gevoel van eigenwaarde sterk is verbeterd.

Tijdelijke verbetering

Gedurende het project zien we dat de eigen kracht en het gevoel van eigenwaarde van deelnemer A toeneemt. Dit is vooral het gevolg geweest van een dagbesteding die hij zelf als zinvol omschrijft. Vanaf de instroom – wanneer hij nog erg veel problemen ervaart - geeft hij aan een bijdrage te willen leveren aan de maatschappij en onafhankelijk te willen zijn van een uitkering en hulpverlening. Hij heeft een helder doel voor ogen: via zinvolle dagbesteding groeien naar een betaalde baan, geld sparen en ten slotte terugkeren naar zijn land van herkomst. De start is moeizaam, het duurt maanden voordat A stabiel genoeg is om aan een zinvolle dagbesteding te beginnen. De hulpverlener wil A zolang hij verslaafd is niet met mensen laten werken. Aan het eind van het project – wanneer het een stuk beter met hem gaat - heeft hij zicht op een betaalde baan. Helaas valt de aangevraagde lagere zorgindicatie niet in het aanbod van de zorginstelling waar hij verblijft. Hij dreigt hier daardoor uit zorg te gaan en de zorginstelling wil hem laten verhuizen naar een andere gemeente, waardoor hij de kans op de betaalde baan zal verliezen. Bij de laatste meting – waar we hem spreken in deze onzekere tijd - voelt hij zich weer erg afhankelijk; in dit geval van de regels van de zorginstelling, en heeft zijn grotendeels herstelde gevoel van eigenwaarde weer een flinke deuk opgelopen.

Bij deelnemer D zien we in het begin van het project zijn eigenwaarde toenemen, terwijl het later weer is gedaald. Hij heeft in de loop van het project meer zelfvertrouwen gekregen, onder meer door het op orde krijgen van zijn financiën. Hij neemt zelf een vrijwilligersrol op zich en maakt zich daarmee nuttig voor anderen. Aan het eind van het project is hij verhuisd naar een andere gemeente. Zijn vrijwilligerswerk is vanwege de afstand met zijn oude verblijflocatie weggevallen. Het nieuwe huis bevalt hem goed, maar het ontbreekt hem daar aan dagbesteding. Als gevolg hiervan ervaart hij minder waardering en daalt zijn zelfvertrouwen. Hij mist het gevoel nuttig te zijn en een bijdrage te kunnen leveren.

Achteruitgang

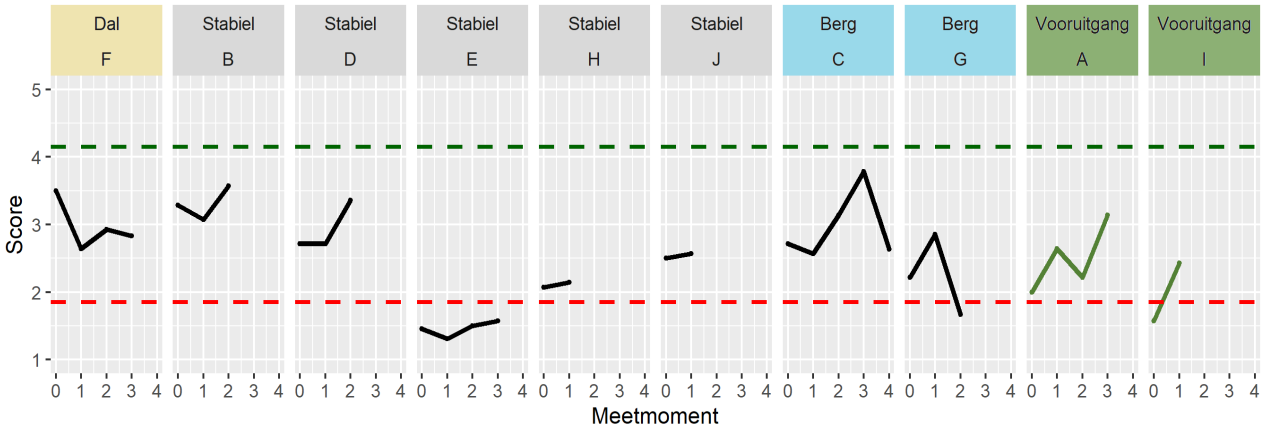
Bij deelnemer G zien we een lichte achteruitgang in haar gevoel van eigenwaarde. G komt na een redelijk stabiele periode tijdens instroom steeds meer in de problemen. Directe aanleiding hiervan is haar vriend die drugs gebruikt en een negatieve invloed op haar heeft. Ze raakt haar woonruimte en controle op haar eigen drugsgebruik kwijt en de hulpverlener krijgt steeds moeilijker contact met haar.

7.4 Verbinding met de samenleving

Verbinding met de samenleving hebben we in het onderzoek nader uitgewerkt onder de noemer 'maatschappelijk herstel'. Het is een breed gesteld doel van het project dat onder andere gaat over het zelfstandig kunnen functioneren, het opbouwen van sociale contacten, participeren, toewerken naar werk en uiteindelijk het verwerven van een eigen inkomen.

Met de kwantitatieve vragenlijst hebben we het maatschappelijk herstel van de deelnemers op meerdere momenten uitgevraagd. We zien dat twee deelnemers tijdens het project vooruitgaan (A en I). C en G laten een tijdelijke vooruitgang zien, terwijl bij F sprake is van een tijdelijke achteruitgang in het maatschappelijk herstel. Bij de overige vijf deelnemers (B, D, E, H, J) zien we geen verandering.

Figuur 7.4 Ontwikkeling schaalscores van de deelnemers op het verwachte doel: Toename van verbinding met de samenleving



Vooruitgang

Aan het eind van het project heeft A met hulp van een zorginstelling en de sociale dienst uitzicht op betaald werk. Hij verricht al vrijwilligerswerk, woont zelfstandig en ontvangt nog meerdere keren ambulante hulp. In het begin van het project was A dakloos en verslaafd. Zijn maatschappelijke herstel lijkt te zijn begonnen na afkicken in een kliniek, krijgen van geestelijke hulp, en onvoorwaardelijke steun van een verslavingszorgmedewerker. De medewerker verleent nog elke week steun door hem te blijven motiveren en maakt daarbij soms gebruik van cognitieve gedragstherapie. A heeft zijn zwakke punten en valkuilen leren kennen, en kan met de huidige ondersteuning zich steeds meer verbinden aan de maatschappij.
De sterke vooruitgang bij I is het directe gevolg van de woonruimte die I heeft gekregen vanuit hulpverlener. Toen hij dakloos was en veel middelen gebruikte lukte het hem niet om verbinding met anderen aan te gaan.

Tijdelijke verbetering

Bij deelnemer C zien we een tijdelijke toename van zijn maatschappelijk herstel nadat hij een andere woning en een passende dagbesteding heeft gekregen. De afname van het maatschappelijk herstel lijkt het gevolg te zijn van de coronamaatregelen. De dagbesteding

viel door de coronamaatregelen weer weg. Met het wegvallen hiervan raakte hij ook een deel van zijn sociale contacten en maatschappelijke betrokkenheid weer kwijt.

Bij G zien we in het begin van het project een toename van haar maatschappelijk herstel als gevolg van een verhuizing naar een andere woonvorm en meer stabiliteit in haar gebruik. Ze komt echter in aanraking met een vriend die drugs gebruikt en door wie zij zich laat meeslepen in een toenemend middelengebruik waardoor zij in een negatieve spiraal belandt. Haar leven wordt geïsoleerder en haar contacten beperken zich tot medegebruikers. Contact met haar familie – met name haar vader -, hulpverlening en onderzoekers vindt minder frequent plaats. Haar daginvulling bestaat nu uit het verkrijgen van geld om drugs van te kopen.

Tijdelijke achteruitgang

Bij F zien we een tijdelijke achteruitgang in het maatschappelijk herstel. Deze tijdelijke achteruitgang is zowel voor de onderzoekers als de hulpverleners lastig te verklaren. Mogelijk hangt het samen met de uitbraak van het coronavirus en de daarbij behorende maatregelen.

Stabiel laag

Deelnemer E scoort stabiel, maar zeer laag in maatschappelijk herstel.[4] Dit is het gevolg van de geestelijke gezondheid van E. Hij ondervindt veel problemen van zijn autisme spectrum stoornis en steeds slechter wordende geheugen. Zijn afhankelijkheid naar zorg neemt toe en aan het einde van het project is ook het zelfstandig functioneren afgenomen, zodat de hulpverlener overweegt hem te verplaatsen naar een locatie waar hier beter in kan worden voorzien (bijvoorbeeld verstrekken van dagelijkse maaltijden). Dat E maatschappelijk niet herstelt kan het gevolg zijn dat hij dat vanwege ASS niet kan, of dat hij het niet wil. Hij spreekt uit te willen veranderen, maar hij komt in het project niet of nauwelijks tot actie. Alleen wanneer hij bij de hand wordt genomen, bijvoorbeeld voor het ophalen van medicatie, het bezichtigen van een huis of het bellen van een familielid, lukt het hem om in actie te komen.

7.5 Gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven[5]

Met het project wordt verwacht dat de deelnemers bij uitstroom een toename hebben ervaren in gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen leven. Onder verantwoordelijkheid verstaan we de bereidheid om verantwoording af te leggen over gemaakte keuzes.

We hebben in het project het gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen leven in de kwantitatieve vragenlijst op meerdere onderwerpen die vaak samenhangen met leefgebieden bevraagd. Daaruit blijkt dat deelnemers zich in het algemeen

[4] Onder de rode lijn houdt in dat we van deze scores geen statistische daling kunnen vaststellen.
[5] Voor de beoogde doelen 'verantwoordelijkheid voor eigen leven', afname van crisissituaties' en 'toename van sociale contacten' beschikken we over onvoldoende kwantitatieve gegevens om hiervoor schalen op te stellen. Er worden voor deze leefgebieden daarom geen grafieken getoond.

verantwoordelijk voelen voor hun eigen leven. Alle deelnemers voelen zichzelf verantwoordelijk voor hun persoonlijke verzorging (zoals wassen en kleden), eigen veiligheid, lichamelijke en geestelijke gezondheid, en – indien van toepassing - (stoppen met) hun middelengebruik (alcohol en/ of drugs). Zes deelnemers voelen zich voor (vrijwel) elk leefgebied verantwoordelijk. De overige vier deelnemers voelen zich op enkele leefgebieden niet verantwoordelijk, met name niet voor hun financiën waarvoor zij ook een bewindvoerder hebben. Bij twee deelnemers (A en D) zien we dat hun verantwoordelijkheidsgevoel op meerdere leefgebieden is toegenomen tijdens het project. Het blijkt wel dat een gevoel van verantwoordelijkheid niet betekent dat er ook echt verantwoordelijkheid wordt genomen. A en D ervaren daarnaast aan het einde van het project minder afhankelijkheid van hulpverleners. De overige acht deelnemers zijn stabiel gebleven, maar zes van hen zijn van mening dat het aantal leefgebieden waarbij hulpverleners (mede) de verantwoordelijkheid dragen is afgenomen. Deze afname is echter onvoldoende om te kunnen spreken van een betekenisvolle vooruitgang.

Huisvesting

Op het leefgebied huisvesting zijn er vier deelnemers (A, D, H en I) die aangeven zich hiervoor - tijdelijk - niet verantwoordelijk te hebben gevoeld. Zij hebben op die momenten hun verantwoordelijkheid afgestaan aan c.q. zijn afhankelijk geweest van acties van hulpverleners. Voorbeeld zijn: het uitzoeken van het verkrijgen van urgentie bij een woningbouworganisatie; het aanmelden bij een online platform om in aanmerking te komen voor een sociale huurwoning; of het invullen van formulieren voor een (beschermde woonvorm) indicatie.

Financiën en middelengebruik

Op het leefgebied financiën is bij zeven deelnemers (A, B, C, E, F, G en I) sprake van gedeelde verantwoordelijkheid. Deze deelnemers kunnen zelf geen grote financiële beslissingen (meer) nemen. Een bewindvoerder, in een enkel geval een budgetbeheerder, helpt hen met hun financiële situatie door hun financiën, schulden en vermogen te beschermen en beheren. De deelnemers krijgen weekgeld en maken met dit vaak beperkte budget hun eigen keuzes. Hierin zien we grote verschillen tussen de deelnemers. Waar de één juist gezond eten koopt (A), geeft de ander vooral geld uit aan verdovende middelen waardoor per week enkele maaltijden worden overgeslagen (E).

Ondanks dat de deelnemers in het algemeen zeggen zich verantwoordelijk te voelen, zien we dat ze niet altijd even bereid of in staat zijn om hun verantwoordelijkheid op een leefgebied te nemen. Aan het einde van het project overweegt een betrokken hulpverlener voor E, die relatief veel geld aan verdovende middelen uitgeeft, een zwaardere indicatie aan te vragen. Hierdoor zal hij moeten verhuizen naar een nieuwe beschermde woonlocatie, een locatie waar een maaltijd per dag onderdeel is van het zorgaanbod. Deze beslissing heeft ze op dat moment nog niet aan de deelnemer voorgelegd. De hulpverlener is daarnaast bezig - om via een alternatieve wijze (bijvoorbeeld een fonds) - wat geld te zoeken zodat ze E van de dagelijkse maaltijden kan voorzien.

Verder geeft A aan het einde van het project aan dat hij bij instroom in het project nog geen (volledige) verantwoordelijkheid wilde nemen om zijn middelengebruik en geestelijke

gezondheidsproblemen aan te pakken. Hij voelt zich in retrospectief schuldig naar de hulpverlener die volgens hem alles heeft geprobeerd om hem hierbij te helpen. De deelnemer waardeert de doortastendheid en het geloof in hem van de hulpverlener, maar A voelde zich destijds mede door zijn verslaving naar eigen zeggen nog niet voldoende verantwoordelijk om te kunnen veranderen. Aan het einde van het project voelt A zich weer volledig verantwoordelijk voor zijn eigen leven. Dit heeft hij ook zijn hulpverlener medegedeeld.

Deelnemer I heeft bewindvoering. Hij is van mening dat hij zelf zijn financiën wel weer zou kunnen regelen, maar is tevreden met de huidige situatie. Het zelf regelen van de financiën komt wel meent hij. Zelf gaat hij daarin voorlopig geen actie ondernemen.

Deelnemer D heeft zich altijd verantwoordelijk gevoeld voor zijn leven en handelt daar ook naar, maar in de periode dat hij geen goede huisvesting had en geen geld om daar verandering in aan te brengen was hij ten einde raad. De hulpverlener en de gemeente hebben geregeld dat hij weer een uitkering ontvangt. Hij heeft zelf voor een woning gezorgd. In contacten met instanties ervaart D een terugkerend probleem. Medewerkers van instanties doen vaak beloftes die zij volgens hem niet tijdig of volledig nakomen. Omdat hij van mening is dat de andere partij in gebreke is gebleven, wijst hij ze op de mondelinge afspraken en wordt boos wanneer er niet op korte termijn een oplossing mogelijk is. Het contact verloopt hierdoor stroef of leidt zelfs tot beëindiging van het contact wanneer hij uit machteloosheid verbaal agressief wordt. Bij medewerkers van instanties die duidelijk met hem communiceren, oprecht zijn en bij niet nagekomen afspraken zich verontschuldigen heeft hij naar eigen zeggen dit probleem niet.

7.6 Afname van crisissituaties

Onder een crisissituatie verstaan we een complexe noodsituatie waarin acute zorg nodig is. Hulpverleners moeten in deze situatie vaak snel handelen en de-escalerend optreden. Personen in crisis kunnen soms flink in de war zijn, hun controle kwijtraken en hun wensen en gevoelens niet goed meer onder woorden brengen. De politie verleent hierbij soms assistentie, bijvoorbeeld wanneer sprake is van agressief gedrag.

Signaleringsplannen

Bij een aantal deelnemers is gewerkt met signaleringsplannen, andere methoden zoals crisiszorg- en hulpkaarten zijn niet toegepast. Over de meerwaarde van een signaleringsplan zijn de meningen van de hulpverleners verdeeld. De één vindt het een papieren werkelijkheid, terwijl de ander denkt dat het kan bijdragen aan het voorkomen van een crisis. Advies aan deelnemers over het voorkomen van een crisis heeft tijdens het project vooral plaatsgevonden door middel van psycho-educatie. De resultaten hiervan zijn beschreven in paragraaf 6.6.

Zorgmachtiging

Crisissituaties kunnen er ook toe leiden dat hulpverleners een zorgmachtiging aanvragen. Bij één van de deelnemers (I) is tijdens het project sprake geweest van een crisissituatie

waarbij een zorgmachtiging is aangevraagd. Deze aanvraag is uiteindelijk niet geëffectueerd vanwege een ziekenhuisopname. De basis van de aanvraag was zorg over het zeer risicovolle middelengebruik van I. Op basis van dossierinformatie zien we dat I een geschiedenis van gebruik en een terugkerend patroon van crisissituaties heeft. Hij is in de loop van het project gestabiliseerd en nieuwe crisissen zijn uitgebleven.

Zelfbeschikkingsrecht en ingrijpen

Bij enkele deelnemers is tijdens het project het aanvragen van een zorgmachtiging overwogen (G en H). Hun situatie is bijvoorbeeld besproken met andere hulpverleners tijdens een zogenoemd moreel beraad. Uitgangspunt hierbij is dat een deelnemer de eigen regie moet behouden, maar de hulpverleners merken dat behandelingen en hulp waarmee deelnemers (problemen die voortkomen uit) hun psychische problemen of situatie onder controle zouden kunnen krijgen worden geweigerd. Bij deze twee 'zorgmijdende' deelnemers leidt hun gedrag (nog) niet tot voldoende gevaar voor henzelf of anderen om een zorgmachtiging aan te vragen.

Bij G is sprake van een sterke toename in middelengebruik en een omgeving waarin sprake is van mishandeling. Uit het moreel beraad – waarbij G zelf aanwezig was – blijkt dat G van mening is dat het gerechtvaardigd is dat de hulpverleners ingrijpen in haar situatie. G moet worden behoed voor verdere teloorgang. Omdat G hier toestemming voor geeft is een zorgmachtiging niet meer nodig. G geeft aan graag naar een kliniek te willen om te stoppen met middelengebruik. De hulpverleners melden haar aan bij een kliniek. Er blijkt echter een wachtlijst te zijn waardoor G tijdens het project niet meer geplaatst wordt in een kliniek. De hulpverleners merken gedurende het project op dat het bij haar erg belangrijk is om 'het ijzer te smeden als het heet is'. Door de wachtlijst is G op het moment dat het project ten einde komt nog niet opgenomen. In de tussentijd gebruikt zij volop. De hulpverlener probeert G gemotiveerd te houden tot er een plek in een kliniek vrijkomt. Dit lukt slechts ten dele en de vraag is of G er ook daadwerkelijk gebruik van zal gaan maken op het moment dat de plek wel beschikbaar komt.

H woont in een geïmproviseerde tent en heeft niet of nauwelijks een daginvulling. Hij wil op alle gebieden volledig autonoom zijn en zegt geen hulp te accepteren. Hij ontvangt een uitkering, krijgt praktische hulp via bemoeizorg, ondersteuning van verslavingszorg, de kerk en van behulpzame passanten en bewoners uit de omgeving. Hulpverleners hebben hem omdat hij ook in koude winternachten weigert van de nachtopvang gebruik te maken onder meer voorzien van een slaapzak die hem beter beschermd tegen de winterkou. De verwachting is dat het inzetten van een zorgmachtiging zijn situatie eerder zal verslechteren dan verbeteren, omdat hij na een verplichte opname geen plek meer zal hebben waar hij op zijn voorwaarden kan en wil verblijven. Het welzijn van H is daarmee naar de mening van de hulpverleners niet gebaat. De kans dat hij tijdens een relatief kortdurende opname tot inzicht komt dat een conventionelere levensstijl een hogere kwaliteit van leven betekent, wordt door hulpverleners als laag ingeschat.

Volgens hulpverleners zou het goed zijn als er – in plaats van een zorgmachtiging - een andere conventionele woonvorm zou komen waar H zijn zelfgekozen levensstijl zou kunnen voortzetten. In het verleden verbleef hij in een woonvorm die voor hem (en anderen in een soortgelijke situatie) werkte. Voorwaarde hiervoor is een geschikte gedooglocatie in

de gemeente. De gemeente is van plan dit te realiseren, maar gedurende het project is dat nog niet gelukt.

7.7 Toename van sociale contacten

De verwachting is dat met het project het aantal sociale contacten en de kwaliteit ervan zal toenemen. Bovendien verwachten we dat de sociale contacten die de deelnemers hebben waardevoller zullen zijn en dat de deelnemers op meer terreinen meer vormen van steun kunnen ontvangen vanuit dit sociale netwerk (praktische steun, emotionele steun, advies en uitwisselen van informatie, gezelschap en indirecte steun). Naast de deelnemers zijn ook aan personen uit hun sociale netwerk vragen hierover gesteld.

We zien dat een deel van de deelnemers tevreden is met het sociale netwerk dat zij al hadden. Vrijwel alle deelnemers, behalve E, geven aan geen behoefte te hebben aan meer of andere sociale contacten. Wel zien we bij enkele deelnemers (D, I en J) tijdens het project een uitbreiding van belangrijke anderen in hun sociale netwerk. Verder geven alle deelnemers aan de contacten die zij hebben zelf te kunnen onderhouden.

Positieve ontwikkeling

Bij deelnemer J zien we een duidelijke, positieve verandering in zijn sociale netwerk. Op het moment dat hij instroomt in het project heeft hij de sterke wens om geen contacten aan te gaan c.q. een band op te bouwen met anderen. J heeft een sterke doodswens en is bang daarmee anderen pijn te doen. Wel heeft hij vlak voor zijn instroom in het project een vrouw ontmoet waarmee hij een relatie heeft gekregen. Dit bracht hem in de war gezien zijn wens om juist geen sociale relaties meer aan te gaan. Uiteindelijk blijkt de doodswens te kunnen bestaan naast zijn relatie, die volgens J ook steeds beter wordt. J heeft zijn wens om te overlijden ook gedeeld met de moeder van zijn vriendin. Hij voelt zich in zijn doodswens gesteund door de personen die hij in vertrouwen heeft genomen. Bij de beëindiging van het project heeft J nog geen concrete stappen gezet om zijn doodswens tot uitvoering te brengen.

Deelnemer D is in de loop van het project verhuisd naar een woning in een dorp buiten de gemeente Groningen. Hij heeft hier naar eigen zeggen een goed en vrijwel dagelijks contact met zijn nieuwe buren. Deelnemer I heeft tijdens het project zelf het contact met een vriendin en enkele familieleden weten te herstellen.

Stabiel

Deelnemers A, B, C en F hebben een beperkt sociaal netwerk en geven aan hiermee tevreden te zijn. Met name A, B en C hebben geen behoefte aan andere sociale contacten. Deelnemer F staat wel open voor het aangaan van nieuwe sociale contacten, maar ze geeft hier geen urgentie aan. Bovendien zijn de mogelijkheden hiertoe tijdens het project beperkt door de beperkende maatregelen als gevolg van de coronapandemie.

Deelnemer A heeft de wens om op termijn terug te keren naar zijn land van herkomst, waar zijn familie woont. Zijn familie wil hij nu zo min mogelijk belasten met zijn problemen.

Hij heeft enkele bekenden of vrienden waar hij sporadisch contact mee heeft. Hij heeft wat meer contact met enkele medewerkers van de organisatie waar hij vrijwilligerswerk doet. Deze collega's rekent hij echter niet tot 'belangrijke sociale contacten'. Omdat hij de wens heeft uit Nederland te vertrekken, heeft hij er geen behoefte aan hier een sociaal netwerk op te bouwen.

B, C en F hebben enkele vrienden en/of familieleden die dicht bij hen staan, wat voor hen voldoende is. De hulpverleners hebben deelnemers B en C in gesprekken gemotiveerd gebruik te maken van dagbesteding en hen tevens geholpen met het vinden ervan. Aan het einde van het project doet C nog steeds dagbesteding, hij zegt goed contact te hebben met z'n collega's, maar noemt hen niet als personen die belangrijk zijn in zijn leven. B is na een korte periode gestopt met haar dagbesteding. De belangrijkste verandering in haar sociale netwerk - in vergelijking met de situatie voor haar instroom in het project - is het feit dat zij minder contacten heeft met personen binnen de gebruikersscene. Dit lijkt met name samen te hangen met de geboorte van haar kleinkind, waarvoor zij wilde stoppen met drugsgebruik, en de aan het project voorafgaande korte periode waarin zij in een PI verbleef. Voor deelnemer F heeft het uitbreiden van haar sociale netwerk en het vinden van een dagbesteding lange tijd geen hoge prioriteit gehad. Haar aandacht en energie werden voornamelijk in beslag genomen door de voogdijstrijd die zij voerde over haar kind. Op het moment dat die strijd was gestreden, is het starten van een dagbesteding in het laatste jaar van het project bemoeilijkt door corona.

Deelnemer E heeft geen sociale contacten, maar wil wel meer contact. Tijdens vrijwel het hele traject zijn de hulpverleners de enige sociale contacten die hij heeft. Hij zou wel graag weer contact hebben met de personen in zijn leven die belangrijk voor hem zijn, zoals zijn kinderen, maar hij schaamt zich zo voor zijn leefwijze en problematiek dat hij hierin geen actie durft te ondernemen. Tegen het einde van het project is het de hulpverlener gelukt om E in contact te brengen met zijn broer. Tijdens een van de gesprekken met de hulpverlener gaf E vrij onverwachts toestemming aan de hulpverlener om contact op te nemen met zijn broer. De hulpverlener heeft hierop direct actie ondernomen en contact opgenomen. De broer van E was direct bereid tot een ontmoeting die kort daarna ook heeft plaatsgevonden.

Deelnemer H heeft vrijwel geen stabiele sociale contacten. De hulpverleners zijn van mening dat hij (op dit moment) ook niet in staat is om sociale relaties op te bouwen. De enige contacten die H heeft is met de hulpverleners en zo nu en dan met enkele voorbijgangers of buurtbewoners.

Negatieve ontwikkeling

De sociale omgeving van deelnemer G is erg beperkt. Bij instroom in het project geeft zij aan dagbesteding te willen gaan doen. De hulpverleners zetten hier in de eerste maanden na instroom in het project (ook) op in. Het doen van dagbesteding zal haar sociale netwerk kunnen vergroten. Enkele maanden na instroom in het project ontmoet G een man die al gauw haar vriend zal worden. Deze vriend kampt met psychische problemen en een drugsverslaving. In de daaropvolgende maanden is G altijd samen met haar nieuwe vriend. Hij stimuleert haar in haar drugsgebruik en is gewelddadig, hij mishandelt haar. In deze periode intensiveren de contacten van G met andere personen in de gebruikersscene.

Inzetten op dagbesteding of het vergroten van het netwerk van G is niet meer aan de orde, omdat het middelengebruik bij G op de voorgrond staat. Wel proberen de hulpverleners in gesprek te gaan met haar over de invloed die haar vriend op haar heeft en de wijze waarop hij haar behandelt. G staat echter dusdanig onder zijn invloed en is tevens zodanig afhankelijk van hem en van de middelen die zij op dat moment gebruikt, dat het moeilijk is om een serieus gesprek met haar te voeren. G lijkt op momenten zelf ook in te zien dat het, onder invloed van het contact dat zij met haar vriend heeft, steeds slechter met haar gaat. Zo geeft ze bij de hulpverleners tijdens een moreel beraad aan dat hulpverleners niet langer mogen toezien hoe het steeds slechter met haar gaat. Zelf onderneemt ze echter geen acties om de situatie structureel te veranderen.

7.8 Resumé

In tabel 7.1 worden de veranderingen van de deelnemers tijdens het project per doel weergegeven.[6] Voor vier doelen (gevoel van regie over eigen leven, kwaliteit van leven, gevoel van eigenwaarde en verbinding met de samenleving) geldt dat de mening van de deelnemer bij instroom (nulmeting) en bij uitstroom (laatste meting) door middel van hun scores op een kwantitatieve vragenlijst zijn vergeleken.

Voor de overige drie doelen (gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven, afname van crisissituaties en overlast en financiën) zijn geen kwantitatieve scores vastgesteld. De ontwikkelingen op deze drie leefgebieden zijn bepaald aan de hand van de mening van de deelnemer, de mening van de hulpverlener en de observaties van de onderzoeker.

Tabel 7.1 Overzicht van de ontwikkelingen van de deelnemers op de verwachte doelen van het project.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Toename regie over eigen leven	++	0	0	++	0	0	0	0	++	0
Toename kwaliteit van leven	0	0	+	0	0	0	0	0	++	0
Toename gevoel van eigenwaarde	0	0	0	0	0	0	-	0	++	0
Sterkere verbinding met samenleving	++	0	0	0	0	0	0	0	++	0
Toename gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven	++	0	0	++	0	0	0	0	0	0
Afname crisissituaties	0	0	0	0	0	0	0	0	+	0
Toename sociale contacten	0	0	0	+	0	0	-	0	0	++

[6] In Bijlage 3 worden per deelnemer en per verwacht doel de uitkomsten van de drie testen (Reliable Change Index (RCI), Tekentoets en de Paarsgewijze Wilcoxon Test) weergegeven.

Verandering tussen twee meetmomenten	
++	Sterke verbetering
+	Enige verbetering
0	Stabiel
-	Enige achteruitgang
--	Sterkte achteruitgang

De helft van de deelnemers (A, C, D, I en J) is op tenminste één van de gestelde doelen vooruitgegaan, terwijl één deelnemer (G) op twee doelen een achteruitgang laat zien. Bij de overige vier deelnemers is op geen enkel gesteld doel een significante verandering waargenomen, maar is sprake van een stabilisering.

Een stabilisering van een deelnemer op een gesteld doel betekent niet dat hier geen acties zijn ondernomen om een verbetering te bewerkstelligen. Hulpverleners hebben gedurende het gehele project relatief veel contact met alle deelnemers gehad, ook de deelnemers die stabiel zijn gebleven. Tijdens deze fysieke en telefonische contacten zijn deelnemers gemotiveerd aan hun doelen te blijven werken. Dit heeft niet altijd tot een verbetering geleid, maar voor enkele deelnemers geldt dat het realiseren van een stabilisering – en daarmee voorkomen van een achteruitgang – al als een succes kan worden beschouwd.

Deelnemers A en I laten op de gestelde projectdoelen de meeste sterke verbeteringen zien, respectievelijk drie en vier van de zeven doelen. Bij instroom in het project scoorden zij relatief laag, waardoor er ook relatief veel ruimte voor verbetering was. Zij hebben meer de regie over hun eigen leven genomen met name door hun middelengebruik te beteugelen. Ook zien we bij beiden dat hun sociale contacten zijn uitgebreid en verbeterd. A voelt zich tevens verantwoordelijker voor zijn eigen leven, wat onder meer tot uitdrukking komt in zijn huisvesting en dagbesteding. Bij I is het gevoel verantwoordelijk te zijn voor zijn eigen leven niet veranderd, maar hij vindt wel dat zijn leven er in kwaliteit op vooruit is gegaan en ook zijn gevoel van eigenwaarde is toegenomen.

Bij deelnemer D zijn twee doelen sterk verbeterd. Nadat zijn voornaamste probleem bij instroom - zijn uitkering bleek maanden geleden te zijn stopgezet - was verholpen, heeft hij met ondersteuning van hulpverleners weer meer de regie genomen over zijn eigen leven. Hij heeft zelf een woning geregeld, in de nieuwe woonomgeving nieuwe sociale contacten gekregen en zijn vriendin komt weer bij hem wonen. Alleen bij deelnemer G zien we enige achteruitgang, haar gevoel van eigenwaarde is enigszins gedaald en haar sociale netwerk is (nog) kleiner geworden.

8. BESCHRIJVING DEELNEMERS BIJ AFRONDING PROJECT

In dit hoofdstuk beschrijven we de situatie van de deelnemers op het moment dat het project wordt afgerond (december 2020). We gaan daarbij in op hun woonsituatie, hun geestelijke en lichamelijke gezondheid, hun dagbesteding - waarbij we ook kijken naar hun sociale contacten en contacten met crisisdienst, politie en justitie - en tenslotte hun financiële situatie.

8.1 Deelnemer A

Het laatste contact met A heeft in december 2020 plaatsgevonden. In het algemeen gaat het goed met hem en heeft hij zich goed ontwikkeld. Tussentijds zijn er periodes geweest waarin afspreken met hem niet mogelijk is gebleken vanwege verblijf in detentie, op straat, in een verslavingskliniek, middelengebruik en een nieuw telefoonnummer.

Huisvesting

A woont in een andere gemeente dan Groningen en woont zelfstandig - zonder huisgenoten - in een huis van een zorginstelling. Omdat het goed met A gaat wordt mogelijk de indicatie bij deze zorginstelling afgebouwd of – tegen zijn zin in - beëindigd. Hierdoor bestaat volgens hem een reële kans dat hij het huis moet verlaten en in een beschermde woonvorm in een andere gemeente moet gaan wonen. A maakt zich grote zorgen hierover en ervaart veel stress. Hij wil graag het huis overnemen van de zorginstelling, zijn vrijwilligerswerk in de buurt continueren en verblijven in een omgeving waar weinig triggers zijn en aanbod van verkoop van drugs niet of nauwelijks plaatsvindt.

Gezondheid

A is redelijk tevreden over zijn lichamelijke gezondheid. Hij is clean van harddrugs, met uitzondering van gereguleerd methadongebruik. Ook het drinken van alcohol doet hij – sinds een lange opname in een verslavingskliniek – naar eigen zeggen nauwelijks meer. Geestelijk gaat het beter met hem, ondanks de onzekere situatie met de indicatie en huisvesting. Door psychi(atri)sche hulp tijdens zijn opname is er meer zelfinzicht gekomen. A heeft minder nachtmerries, slaapt beter, en kan eigen gedrag en gedachten beter beïnvloeden. Hij ervaart nog steeds geestelijke problemen en overweegt hiervoor in therapie te gaan. A ziet het middelengebruik als gevolg van geestelijke problemen en gebeurtenissen uit het verleden. Hij zegt alleen goed aan zichzelf te (laten) werken wanneer hij blijft stoppen met het gebruik van middelen en de woonsituatie stabieler is.

Dagbesteding

Het vrijwilligerswerk dat A doet is kort voor het einde van het project gestopt. Volgens A is dit stopgezet door de zorginstelling die dit via de sociale dienst voor hem heeft geregeld. Reden is dat hij uit zorg gaat bij de zorginstelling. Sinds kort gaat A niet meer naar de

dagbesteding. Er is volgens hem een goede kans op betaald (en anders beschut) werk in deze gemeente, maar hij zegt ook daar niet meer in aanmerking voor te komen, omdat hij uit zorg gaat en naar een nieuwe gemeente zal moeten verhuizen die deze betaalde werkplek niet aanbiedt.

Financiën

A heeft voor schulden, weekbudget en dergelijke al jaren een bewindvoerder. Daarnaast ontvangt hij een uitkering. A heeft in de huidige gemeente perspectief op betaald werk, maar de vraag is of dat kan worden gerealiseerd wanneer hij naar een nieuwe gemeente zal (moeten) verhuizen.

8.2 Deelnemer B

In de loop van het project is het voor de onderzoeker steeds moeilijker geworden om contact te krijgen met B. Het laatste inhoudelijke contact tussen B en de onderzoeker is in september 2020. Er is in de maanden daarna nog wel contact geweest met de hulpverlener van VNN, maar deze heeft in die periode beperkt zicht op de situatie van B, omdat de hulpverlening voor een belangrijk deel is overgenomen door het Leger des Heils. De hulpverlener van het Leger des Heils wil alleen met de onderzoeker in gesprek als B daarbij aanwezig is. Dit is helaas niet gelukt. We beschrijven daarom hieronder de situatie van deelnemer B in september 2020.

Huisvesting

In september 2020 woont B in een woning met één huisgenoot waarbij zij ambulante woonbegeleiding krijgt van het Leger des Heils. Dit gaat goed en B is blij met haar woning. Wel heeft zij de wens om op korte termijn zelfstandig in een woning te gaan wonen. Hiervoor onderneemt zij echter niet of nauwelijks acties.

Gezondheid

De geestelijke gezondheid van B is stabiel, er doen zich geen problemen voor. Wel stelt B zich naar de onderzoeker steeds vermijdender op, hoewel zij niet aangeeft te willen stoppen met het onderzoek. Ook de lichamelijke gezondheid van B is stabiel. Zij heeft enkele chronische klachten, maar er is geen toename in de hinder die zij daarvan ondervindt. B gebruikt af en toe cannabis en is goed ingesteld op methadon.

Dagbesteding

B heeft geen dagbesteding. Wel is zij al enkele maanden voornemens een winkel te gaan exploiteren samen met de huidige eigenaar van deze winkel. B veroorzaakt geen overlast en heeft geen contact met politie, justitie en/of de crisisdienst. B heeft goed contact met haar zoon en schoondochter. Daarnaast heeft zij contact met een aantal vrienden, waarvan enkelen verslaafd zijn aan verdovende middelen.

Financiën

Deelnemer B krijgt een uitkering en heeft budgetbeheer bij de kredietbank. Dit gaat goed en ze is hier tevreden over.

8.3 Deelnemer C

Deelnemer C heeft tijdens het project meerdere stappen vooruit gemaakt, zo heeft hij nu een eigen woning en doet hij een dagbesteding.

Huisvesting

Eind 2020 woont C al ruim een half jaar in een zelfstandige woning via Housing First. Hij wordt daarin begeleid door hulpverleners van WerkPro. Zij helpen hem met praktische zaken en houden in de gaten of het goed gaat met hem. C is erg blij met zijn nieuwe woning.

Gezondheid

In het najaar van 2020 heeft C in toenemende mate last van zijn chronische longziekte. De hulpverlener van WerkPro ondersteunt hem in het contact hierover met artsen en bij de onderzoeken die hij moet ondergaan. De geestelijke gezondheid van C is stabiel, hij krijgt maandelijks zijn depot met antipsychotica. Wel geeft hij aan dat hij de lockdown en de avondklok in verband met de coronapandemie lastig vindt. Zo vindt hij het lastig een dagritme aan te houden nu hij geen dagelijkse bezigheden heeft. C gebruikt methadon en is hier onlangs zelf mee geminderd. C merkt dat hij in de afgelopen periode iets meer alcohol is gaan drinken. In overleg met de verslavingsarts is daarop besloten om de methadon weer iets te verhogen om zijn trek in andere middelen te doen afnemen.

Dagbesteding

C doet vier dagen in de week aan dagbesteding. Hij heeft het hier naar zijn zin en hij heeft goed contact met zijn collega's. Door de lockdown in verband met de coronapandemie ligt de dagbesteding tijdelijk stil. C geeft aan dat hij dit lastig vindt. Door de avondklok (ingesteld in verband met de coronapandemie) kan hij minder gemakkelijk zijn vriendin bezoeken. Hij dient er dan voortdurend rekening mee te houden dat hij op tijd weer thuis is. C komt regelmatig samen met bekenden in een park om gezamenlijk een biertje te drinken. Hij en zijn kennissen zijn inmiddels meerdere malen aangesproken door handhavers dat het samenzijn met meerdere personen in verband met de coronapandemie niet is toegestaan. C veroorzaakt verder geen overlast en heeft geen contact met politie, justitie en/of crisisdienst.

Financiën

C krijgt een bijstandsuitkering en heeft bewindvoering. Dit gaat goed en hij is hier tevreden mee. Op het moment dat het project eindigt is de hulpverlener aan het uitzoeken of C volledig afgekeurd kan worden zodat hij een arbeidsongeschiktheid uitkering kan krijgen.

8.4 Deelnemer D

Aan het eind van het project woont D ongeveer een half jaar in een gemeente in Oost-Groningen. D heeft geen werk of dagbesteding. Hij leeft van een uitkering en heeft geen schulden. In het dorp waar hij woont is volgens hem niet veel te doen. Hij is plannen aan het maken waarmee hij wat extra geld kan verdienen en ook om wat om handen te hebben.

Hij is tevreden met zijn woning, maar door de geïsoleerde ligging voelt hij zich wel beperkt. Zijn boot die in een jachthaven in Noord-Groningen ligt, is voor hem zo onbereikbaar.

Huisvesting

D woont in een eengezinswoning, een hoekwoning met een ruime tuin en veel open ruimte rond de woning. Dat wil hij ook graag. Zijn vriendin, waarmee hij al jarenlang een relatie heeft, verblijft veel bij hem. Nu hij de ruimte heeft, zal zij in de komende tijd bij hem intrekken en haar eigen woning opzeggen.

Gezondheid

De fysieke gezondheid van D is redelijk goed. Wel heeft hij last van een telkens terugkerende hoofdpijn. De pijn is minder dan op het moment dat hij instroomde in het project, maar erger dan bepaalde periodes tijdens het project. In die periode heeft hij niet of nauwelijks last van hoofdpijn gehad.

Dagbesteding

De dagen rijgen zich aaneen zonder dat er iets noemenswaardigs gebeurt: zitten, roken, tv-kijken, dagelijks een praatje met de buren en naar de supermarkt. In het gesprek met D aan het einde van het project vertelt hij dat hij een schuur in de tuin wil bouwen. In de schuur wil hij een draaibank plaatsen en zijn oude hobby, het opknappen van oude auto's, weer oppakken. Dat heeft hij in het verleden ook gedaan. Omdat hij zelf het geld er niet voor heeft, is hij van mening dat de gemeente met geld over de brug moet komen, zodat hij een schuur kan bouwen en aan de slag kan.

Financiën

Van zijn uitkering kan hij de huur van zijn woning, overige vaste lasten en de dagelijkse boodschappen betalen. Zijn boot ligt nu hij naar Oost-Groningen is verhuisd op een voor hem onbereikbare locatie. Hij heeft onvoldoende geld om er met het openbaar vervoer heen te gaan. Op de fiets vindt hij de afstand te groot. Zijn fysieke conditie is daarvoor niet goed genoeg, meent hij. Hij heeft het idee dat hij vastzit in zijn huidige woonplaats. Omdat hij blij is met zijn woning, zal hij er blijven wonen verwacht hij.

8.5 Deelnemer E

Eind 2020 woont deelnemer E beschermd. Hij is vergeetachtig en zegt last te ervaren van zijn geestelijke gezondheid. Zijn actieradius is erg klein. Hij vermijdt stimuli en veranderingen. E heeft geen dagbesteding. Hij drinkt dagelijks alcohol en vergeet regelmatig te eten. Zijn financiën zijn op orde, maar het geld dat hij te besteden heeft gaat hoofdzakelijk naar alcohol en tabak.

Huisvesting

Ongeveer een half jaar voor einde van het project is E verhuisd naar een andere beschermde woonvorm in de gemeente. Een plek waar meer ondersteuning en rust is om te zorgen dat hij meer stabiliteit heeft. Hij is daar aan het eind van het project nog steeds woonachtig. Een hulpverlener geeft echter aan het einde van het project aan dat het niet

goed gaat met E en verwacht dat hij niet zelfredzaam genoeg meer is om in deze woonvorm te kunnen blijven wonen.

Gezondheid

De lichamelijke gezondheid van E is niet goed. Hij is niet fit, beweegt weinig, is snel moe en gebruikt nog steeds dagelijks alcohol, medicijnen en tabak. Geestelijk laat hij een achteruitgang zien. Vooral het geheugen is achteruitgegaan en hij kan soms moeilijk goede zinnen vormen. Ook in het contact is E langzamer geworden.

Dagbesteding

E heeft geen dagbesteding. Hij zit veel achter de computer of televisie en gebruikt tabak en alcohol. Hij gaat af en toe naar de winkel of een gemeenschappelijke kamer in de woonvorm. Tijdens het project is een korte opleving geweest waarin E klusjes in de voorziening deed, maar hiervan is aan het einde van het project nog nauwelijks sprake.

Financiën

E is vrij van schulden en heeft gedurende het project gespaard, maar heeft nog steeds bewindvoering. De financiën zijn hierdoor goed geregeld, al komt hij toch moeilijk rond. Dit lijkt mede samen te hangen met zijn keuzes met het weekbudget; bijvoorbeeld dat na de aanschaf van tabak en alcohol soms geen geld meer over is voor eten. De hulpverlener zou graag vijf à tien euro per week meer hebben om te zorgen dat E elke dag kan eten. Verder is er volgens de hulpverlener sprake van een rechtszaak waarin de bewindvoering van E wordt overgenomen door de gemeente. De hulpverlener is bang dat dit negatieve gevolgen zal hebben voor E, omdat de huidige bewindvoerder goed om kan gaan met de ASS-problematiek van E. Het valt te bezien hoe dit gaat met de steeds wisselende contacten die te verwachten zijn bij bewindvoering via een gemeentelijke kredietbank.

8.6 Deelnemer F

F woont aan het einde van het project in dezelfde woning als bij instroom in het project. Haar zoon is wel na een pittige voogdijstrijd bij haar komen wonen.

Huisvesting

Eind 2020 woont F nog in dezelfde huurwoning als toen zij instroomde in het project, maar inmiddels woont haar jongste zoon weer bij haar. F voelt zich nog regelmatig onprettig in haar woning en twijfelt soms of zij wil verhuizen. Zij heeft momenteel echter geen concrete wens om te verhuizen.

Gezondheid

F volgt al gedurende enkele tijd traumatherapie om haar te helpen omgaan met de trauma’s uit haar verleden. Zij is erg positief over deze therapie. F geeft aan dat zij heeft geleerd om de signalen bij zichzelf te herkennen van momenten dat het niet zo goed met haar gaat. Ze geeft aan dan om hulp te vragen. F is zich er ook van bewust dat zij minder eet op momenten dat het minder goed met haar gaat. Ze weet dat het belangrijk is dat zij

ook op die momenten voldoende en gezond blijft eten. F is nu op gezond gewicht. Ze gebruikt af en toe cannabis voor recreatief gebruik. Verder krijgt zij slaapmedicatie.

Dagbesteding

Eind 2020 heeft F geen dagbesteding. Ze heeft wel de wens om op termijn dagbesteding of vrijwilligerswerk te gaan doen. Op dit moment is het door de maatregelen in verband met de coronapandemie niet mogelijk om hier een start mee te maken. F heeft een beperkt sociaal netwerk. Ze geeft aan ook niet veel mensen nodig te hebben. Ze veroorzaakt geen overlast en heeft momenteel geen contact met politie, justitie en/of de crisisdienst.

Financiën

Deelnemer F krijgt een bijstandsuitkering en is cliënt bij de kredietbank. Dit gaat goed en ze is hier tevreden mee.

8.7 Deelnemer G

Deelnemer G woont aan het einde van het project weer in de voorziening waar zij ook verbleef aan het begin van het project. Het gaat niet goed met G. Haar middelengebruik is sterk toegenomen en daarmee ook haar contacten met medegebruikers en dealers. Met betrekking tot haar medicatie is ze minder therapietrouw en haar dagen besteedt zij voor een groot gedeelte aan bedelen en hosselen om in haar gebruik te voorzien.

Huisvesting

Op het moment dat het project eindigt verblijft G weer in dezelfde woonvoorziening als waarin zij verbleef toen zij instroomde in het project. Ze is meerdere dagen per week bij vrienden of andere bekenden die elders in de stad wonen.

Gezondheid

Eind 2020 krijgt G methadon en gebruikt ze heroïne en cocaïne. Het is niet duidelijk hoeveel zij precies gebruikt, maar de hulpverleners weten wel dat ze voor een groot bedrag per dag gebruikt en dat het meer is dan bij instroom in het project. G brengt veel tijd door met haar huidige vriend, die ook gebruikt en grote invloed op haar heeft en op haar gedrag en haar gebruik. Om in hun gebruik te kunnen voorzien zijn zij de hele dag aan het 'hosselen', zo bedelen zij en verzamelen zij lege flessen. G geeft aan dat zij de wens heeft om af te kicken. Zij is door de hulpverleners aangemeld bij de beoogde instantie daarvoor. Op dit moment wacht ze al enkele weken op een intakegesprek. De vriend van G mishandelt haar met enige regelmaat. Als gevolg hiervan heeft ze enkele fysieke problemen.

Dagbesteding

G is de hele dag samen met haar vriend bezig om voldoende geld te verzamelen om in hun behoefte aan drugs te kunnen voorzien. Zij bedelen en verzamelen lege flessen. Er zijn nog geen meldingen gedaan dat ze overlast veroorzaakt, maar hulpverleners vrezen dat dit niet lang meer zal duren.

● ● ●

Financiën

G krijgt een Wajong uitkering. Zij heeft op dit moment geen bankpas, omdat er fraude is gepleegd met haar rekening. Zij krijgt nu daggeld via de woonvoorziening waar zij verblijft.

8.8 Deelnemer H

De situatie bij deelnemer H is aan het einde van het project in vergelijking met de start van het project nauwelijks veranderd. Hij leeft redelijk geïsoleerd van anderen en heeft een kleine actieradius. Verder heeft hij regelmatig gesprekken met hulpverleners van BinG, passanten en buurtgenoten. Hulpverleners helpen hem met name met praktische zaken, en zorgen ervoor dat ze met H in contact blijven. De schulden van H lopen op en hij gebruikt dagelijks softdrugs en alcohol. H participeert niet of nauwelijks in de maatschappij.

Huisvesting

H woont nog steeds op dezelfde locatie als tijdens de instroom in het project. Door deelnemer zelf, hulpverlening, buren en passanten is zijn woonsituatie iets uitgebreid, biedt het meer bescherming tegen het weer, en is het schoner geworden. H zegt alleen zonder voorwaarden of tegenprestaties in een woning te willen wonen. Volgens de hulpverlener zijn er geen (laagdrempelige) voorzieningen in de gemeente die aan zijn woonwensen kunnen voldoen. Het woningaanbod waar hij wel gebruik van zou kunnen maken, stelt eisen of heeft inclusiecriteria waaraan H niet wil voldoen. H zegt zelf op deze wijze te willen wonen en leven en wil niet dat hulpverleners zich met hem bemoeien.

Gezondheid

De geestelijke en lichamelijke gezondheid van H zijn aan het einde van het project vergelijkbaar met bij instroom in het project. H traint en beweegt nog steeds dagelijks en ontvangt met regelmaat vitaminen - om zo een tekort van mineralen tegen te gaan - van de hulpverlening. Met de geestelijke gezondheid ervaart H niet of nauwelijks problemen. Lichamelijk heeft hij wat klachten met zijn benen, maar H zegt hulp te krijgen van iemand in de omgeving. H heeft bovendien weer een zorgverzekering.

Dagbesteding

H heeft geen dagbesteding. Hij heeft stroom aangelegd en luistert met regelmaat muziek of bekijkt films. Daarnaast houdt hij de leefomgeving schoon. H onderhoudt enkele contacten in de buurt en doet zelf boodschappen. Het oppakken van iets grotere taken lijkt nog steeds niet te lukken.

Financiën

H heeft schulden die gedurende het project hoogstwaarschijnlijk zijn toegenomen. Volgens de hulpverlener maakt hij zich hierover niet druk. Eventuele schuldeisers kunnen hem hoogstwaarschijnlijk niet vinden. H leeft nog steeds van een daklozenuitkering en kan hiervan rondkomen. Vanwege coronamaatregelen is hij soms afhankelijk van hulpverlening om bepaalde producten aan te schaffen; bijvoorbeeld wanneer hij iets van een bouwmarkt

wil kopen. H wil namelijk niet met internet werken of geld overmaken; hij wil alleen met cash betalen.

8.9 Deelnemer I

I woont eind 2020 in een beschermd wonen voorziening van VNN buiten de stad Groningen. Hij beschikt er over een eigen woning met keuken en badkamer. Met medebewoners heeft hij niet of nauwelijks contact, met de hulpverlening ook weinig. Hij heeft geen dagbesteding en geen hobby's, vaak slaat de verveling toe. Hij gebruikt geen alcohol of drugs en staat nog onder bewindvoering.

Huisvesting

I is positief over zijn woning, maar negatief over de locatie. Volgens I wonen in de beschermd woonvoorziening veel personen die hij kent uit de stad Groningen. Het zijn volgens hem vooral drugsverslaafden en hij is bang dat ze hem lastigvallen wanneer hij zich buiten laat zien. Hij blijft daarom zoveel mogelijk binnen. Zolang hij met rust wordt gelaten gaat het goed meent hij. Het voordeel van zijn huidige woonsituatie is dat hij over een eigen woning beschikt en over een goede wifiverbinding, waardoor hij dagelijks contact met zijn vriendin in Brazilië kan leggen.

I wil niet meer in groepsverband wonen. Hij weet van zichzelf dat hij daar niet geschikt voor is en is bang dat het dan weer mis gaat. Hij omschrijft zichzelf als vriendelijk, maar zijn gedrag wordt al snel vervelend onder invloed van alcohol; 'als ik dronken ben, ben ik een vervelende klootzak'. Hij wil graag weer zelfstandig wonen, bij voorkeur met zijn vriendin. Waar dat zal zijn, maakt hem niet zoveel uit. Zelf vindt hij dat er te veel wordt gezocht in de omgeving waar hij vandaan komt. Van hem mag er ook naar verder weggelegen locaties worden gekeken.

Gezondheid

I is redelijk tevreden over zijn gezondheid. Zijn jarenlange gebruik van met name alcohol heeft zijn gezondheid schade toegebracht, maar het gaat nu redelijk goed met hem vindt hij zelf. Momenteel is hij het meest bezorgd over een tumor in zijn hoofd. Daar moet hij binnenkort aan worden geopereerd. Psychische klachten heeft hij niet. Die heeft hij volgens eigen zeggen ook nooit gehad.

Dagbesteding

I heeft weinig om handen en volgens hem wordt er op de locatie waar hij woont niets georganiseerd en is er ook geen dagbesteding beschikbaar. Hij neemt in elk geval nergens aan deel. Hij komt zijn woning niet of nauwelijks uit. Hij neemt zelf geen enkel initiatief. Kennelijk is hij tevreden met de dagelijkse internetcontacten met zijn vriendin. Ook met zijn moeder en dochter heeft hij af en toe contact. Zijn dochter heeft hem nooit laten vallen zegt hij. Dat contact is goed.

● ● ●

Financiën

I staat onder bewindvoering. Hij krijgt een bedrag aan weekgeld voor zijn dagelijkse boodschappen en daar redt hij het mee. Zijn financiën regelen zou hij zelf wel kunnen, maar dat is iets voor later meent hij.

8.10 Deelnemer J

J woont eind 2020 samen met zijn partner. Hij heeft nog wekelijkse gesprekken met de hulpverlener die met name in het teken staan van relaties aangaan met anderen, zijn zelfbeeld, het aangeven van grenzen en het omgaan met emoties. Verder onderneemt hij steeds meer zelf activiteiten op een dag en denkt hij na over sporten en dagbesteding.

Huisvesting

J en zijn partner zijn enkele maanden voor het einde van het project gaan samenwonen in het huis van de partner, omdat de relatie met de nieuwe partner goed is verlopen en de partner werk heeft gevonden. Daarvoor is hij enkele maanden na instroom door het project in contact gebracht met een makelaar met een 'sociale instelling'. De makelaar heeft gezorgd dat J gedurende enkele maanden een eigen woonplek heeft gehad.

Gezondheid

Mede door de hulpverlener zijn de lichamelijke problemen (gebit en benen) van J verholpen door na jaren weer naar de tandarts en de huisarts te gaan. Verder is J actiever geworden en fietst hij nu bijvoorbeeld naar afspraken met de hulpverlener. Ook in zijn geestelijke gezondheid aan het einde van het project beter dan bij instroom in het project. Hij realiseert dit zelf minder, maar geeft aan dat de hulpverlener een positieve trend ziet. J voelt en durft meer, geeft beter grenzen aan en heeft nu meer zelfinzicht. Gedurende het project zijn er betere en mindere dagen qua stemming en angst, maar J realiseert zich nu dat na een periode van slechte dagen ook weer betere dagen komen.

Dagbesteding

Aan het einde van het project heeft J nog geen dagbesteding. Hij is wel actiever geworden, en denkt meer over dagbesteding na. J geeft zelf aan dagbesteding eerst af te hebben gehouden, mede vanwege corona. Bovendien wilde hij eerst zijn eigen leven weer op orde hebben. E is momenteel als daginvulling bezig met de inrichting van het gemeenschappelijke huis en het doen van praktische klusjes. Ook heeft hij meer interesse gekregen in de actualiteit.

Financiën

J heeft financieel geen problemen en ontvangt voldoende inkomen. Wel zijn er nog financiële problemen uit het verleden die juridisch dienen te worden opgelost.

9. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Onderzoeks- en adviesbureau Breuer&Intraval heeft een begeleidend onderzoek uitgevoerd bij het project 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture'. Dit project is uitgevoerd door Lentis in samenwerking met Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) en gefinancierd door ZonMw.

In dit hoofdstuk beantwoorden we de deelvragen en bespreken we de conclusies. In paragraaf 9.1 besteden we kort aandacht aan de aanleiding van het project en gaan we in op de vraagstelling. In de paragrafen 9.2 tot en met 9.4 beantwoorden we de deelvragen waarna we in de laatste paragraaf - paragraaf 9.5 - enkele aandachtspunten bespreken.

9.1 Project

In de afgelopen jaren zijn in de media steeds meer signalen verschenen over (een toename van) verwarde personen. Ook het aantal meldingen dat bij de politie binnenkomt van 'overlast door een verward persoon' (E33 melding) is in de afgelopen jaren toegenomen. Het huidige zorgaanbod en de maatschappelijke voorzieningen lijken onvoldoende aan te sluiten bij de behoeften en wensen van deze personen, waardoor zij steeds tussen wal en schip vallen; er is een discrepantie tussen de systeemwereld met haar regels en protocollen en de leefwereld van de cliënt.

In het project 'Verbindende Hulpverlening als Joint Venture' is geprobeerd met de hulpverlening zo veel mogelijk aan te sluiten bij de leefwereld van de deelnemers. Door te experimenteren met verschillende (zelf)hulpstrategieën en methodieken gaan we na wat werkt bij een persoonsgerichte aanpak. In het project zijn tien personen intensief begeleid die leven in een cyclisch crisispatroon en die bekend zijn bij de geestelijke gezondheidszorginstelling Lentis, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en/of Bemoeizorg in Groningen (BinG). Het gaat om personen met complexe problematiek op verschillende leefgebieden.

Vraagstelling

De centrale vraag van het project luidt:

Hoe krijgen verwarde en vaak ernstig beschadigde en sociaal geïsoleerde personen 'iets te verliezen' en is dat voor hen voldoende om zich aan te passen?

De term 'verward' persoon suggereert dat dit een objectief vast te stellen feit is, dit is echter niet het geval. Er is vaak sprake van complexe problematiek op verschillende levensgebieden. Het gedrag wordt, ook door hulpverleners, vaak als moeilijk hanteerbaar ervaren. Daarom wordt vaak gesproken over 'onbegrepen gedrag'. In dit rapport doen wij dat ook.

Begeleidend onderzoek

Gelijktijdig met het project is praktijkbegeleidend onderzoek uitgevoerd, waarbij het project is geëvalueerd en waarbij praktijk het onderzoek voedt en vice versa. Doel van het onderzoek is het onderscheiden van werkzame mechanismen en succes- en faalfactoren van methodieken om personen met onbegrepen gedrag met hun leefomgeving en de samenleving te verbinden.

Allereerst is een Realistic Evaluation uitgevoerd, waarmee we inzichtelijk hebben gemaakt welke veronderstellingen ten grondslag liggen aan het project. Vervolgens zijn de tien deelnemers en hun hulpverleners door de onderzoekers gedurende maximaal twee jaar intensief gevolgd. Elke deelnemer is tijdens het project gekoppeld aan een onderzoeker. Er is regelmatig (telefonisch) contact geweest tussen de onderzoeker en de deelnemer, er zijn gesprekken gevoerd en er is periodiek een kwantitatieve vragenlijst afgenomen. Tevens zijn meerdere malen gesprekken gevoerd met de hulpverleners en overleggen bijgewoond. Verder is door de onderzoekers informatie verzameld uit de dossiers van de deelnemers en zijn – waar mogelijk – naasten van de deelnemers gesproken

Met deze onderzoeksactiviteiten hebben we in kaart gebracht hoe het met de deelnemers gaat, hoe zij zich ontwikkelen op verschillende leefgebieden en persoonlijke doelen en welke acties de hulpverleners hierbij hebben ingezet. Daarnaast zijn we nagegaan hoe het project is uitgevoerd, waarbij we met name hebben gelet op de interactie tussen de betrokken partijen, wat hierin is goed gegaan en wat hierin de knelpunten waren. Tussentijds hebben we onze bevindingen meermaals teruggekoppeld aan de betrokken hulpverleners, projectleider en teamleider.

9.2 Interventielogica

Onderzoekvragen:

1. Welke doelen worden met het project Verbindende Hulpverlening nagestreefd?
2. Op welke wijze dienen de doelen te worden bereikt?
3. Wat is de beoogde doelgroep van het project? In hoeverre is de beoogde doelgroep bereikt?
4. Wat is de (beoogde) meerwaarde van het project t.o.v. de reguliere hulpverlening?

Doelen

Het doel van het project is het verzamelen van kennis over hoe we ervoor kunnen zorgen dat ernstig beschadigde en/of geïsoleerde personen zich weer verbonden voelen met de maatschappij. Hiervoor is in het project geëxperimenteerd met methodieken en (zelf)hulpstrategieën die erop zijn gericht personen met onbegrepen gedrag sterker te verbinden aan de samenleving. Op deze wijze kunnen we inzicht verkrijgen in wat werkelijk helpt bij persoonsgerichte hulpverlening, voor welke personen en in welke situaties die methodieken en strategieën al dan niet werkzaam zijn.

Binnen dit hoofddoel zijn subdoelen op het niveau van de deelnemer onderscheiden. Deelname aan het project zal leiden tot:

- toename van gevoel van regie over het eigen leven;
- een door de deelnemer ervaren betere kwaliteit van leven, zowel fysiek, psychisch als materieel;
- toename van gevoel van eigenwaarde;
- toename van verbinding met de samenleving in de vorm van bijvoorbeeld een dagbesteding of een woonplek;
- toename van gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen leven;
- een afname van crisissituatie(s), zowel in aantal als in ernst (mate en duur van het controleverlies);
- toename van sociale contacten.

Werkwijze

Samenleven is verbinden en je verbonden voelen met de mensen om je heen. Erbij willen horen, waardering krijgen en gewaardeerd worden zijn sterke motivators om gedrag aan te passen aan de sociale omgeving. In het project is er van uitgegaan dat personen die zich verbonden voelen met hun sociale omgeving meer bereid en in staat zijn om rekening te houden met hun omgeving. Bij sommige mensen is de verbinding met de samenleving uit beeld verdwenen.

In de hulpverlening voor personen met onbegrepen gedrag is sprake van een discrepantie tussen de leefwereld van de cliënt en het aanbod van hulp. Het huidige zorgaanbod is gebaseerd op een wereld van ordening en controle, protocollen en regels, diagnoses en behandelingen, waarin rationeel denken en handelen centraal staan. Een eensluidende aanpak voor deze doelgroep op basis van orde en controle bestaat echter niet, daarvoor zijn hun problemen te divers en complex. Hulpverleners die intensief met deze personen (samen)werken, weten vaak heel goed wat deze individuele cliënten nodig hebben en zouden maatwerk kunnen leveren, maar zitten vast in regels, protocollen en systemen, waardoor zij onvoldoende bij de leefwereld van hun patiënt kunnen aansluiten. Om de leefwereld van de cliënt centraal te kunnen stellen is in dit project geprobeerd ruimte te creëren om datgene te doen wat nodig is voor de cliënt, niet of zo min mogelijk gehinderd door regels en protocollen.

In het project is vanuit het primaire hulpverleningsproces gezocht naar werkzame bestanddelen om deelnemers 'iets te verliezen' (of 'te winnen') te geven, waarmee ze verleid worden weer 'mee te doen' in de samenleving en de verbinding met anderen aan te gaan. Er is veel tijd besteed aan het zoeken naar een gemeenschappelijke basis voor contact. Het gaat erom dat de hulpverlener de patiënt daadwerkelijk weet te raken en het 'haakje' weet te vinden (of te creëren) waarmee de cliënt gemotiveerd kan worden zich in te zetten. Hierbij is gekeken naar alle levensgebieden. Er is geëxperimenteerd met verschillende niet-vrijblijvende (zelf)hulpstrategieën waarbij persoonlijk en maatschappelijk herstel belangrijke uitgangspunten vormen.

Persoonlijk en maatschappelijk herstel staan in het project centraal. Bij persoonlijk herstel staan individuele doelen centraal. De nadruk ligt daarbij op perspectief, zingeving en het terugvinden van belangrijke anderen. Deelnemers moeten de gelegenheid krijgen om zelf

de verantwoordelijkheid voor hun eigen doen en laten te ervaren en meer grip te krijgen op hun eigen leven. Herstel is daarbij niet hetzelfde als genezing. Maatschappelijk herstel kan op verschillende manieren worden vormgegeven, bijvoorbeeld door het bieden van een woonplek, werkplek, inkomen of gelegenheid voor het leggen van sociale contacten. Een belangrijk onderdeel van verbindende hulpverlening is er op gericht mensen te laten ontdekken hoeveel ze eigenlijk zelf kunnen doen en sturen in hun leven.

In het project is door de hulpverleners niet meer dan nodig gekeken naar de problematiek op grond waarvan mensen in een isolement zijn beland, maar ligt de focus vooral op hun actuele situatie. De deelnemer zelf zoekt samen met de hulpverlening en de omgeving naar oplossingen en verbeterpunten.

Doelgroep

Het project heeft zich gericht op personen in de gemeente Groningen die leven in een cyclisch crisispatroon. Zij vertonen gedrag dat door een groot deel van de samenleving niet begrepen wordt. Er is bij deze personen sprake van complexe en meervoudige problematiek op verschillende leefgebieden. Door hun beperkingen, beperkte mogelijkheden en (slechte) ervaringen lukt het hun niet mee te doen in de samenleving. Het zorgaanbod sluit onvoldoende aan bij hun wensen en behoeftes, waardoor zij steeds vastlopen in hun contacten met hulpverlening en instanties.

Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep van het project heeft één of meer van de volgende kenmerken:

- leeft een cyclisch crisispatroon;
- maakt ongewild veel gebruik van de GGz crisisdienst;
- is overmatig bekend bij politie en justitie;
- veroorzaakt in zijn of haar omgeving zorg en overlast;
- komt in aanmerking voor verplichte zorg in het kader van de Wet Verplichte GGZ (Wvggz) en/of de Wet zorg en dwang (Wzd) op grond van psychische problematiek;
- hecht erg aan vrijheid en eigen regie;
- is onthecht en kent de vrijheid van ‘niets te verliezen’.

Een belangrijke aanname is dat iedereen de basisbehoeften heeft om ‘erbij te willen horen’ en ‘ertoe te doen’. Mogelijk zijn deze behoeften latent aanwezig. In dit project is aangenomen dat ook de personen die tot de doelgroep behoren graag mee willen doen in de samenleving. Tevens is aangenomen dat iemand die zich (weer) verbonden voelt met de samenleving geneigd is rekening te houden met zijn of haar omgeving.

Gerealiseerde doelgroep

De instroom van deelnemers is in het begin van het project moeizaam verlopen. Er waren bij hulpverleners enkele onduidelijkheden over de inclusiecriteria. Ook gaven hulpverleners aan dat zij weinig cliënten hebben die aan alle inclusievoorwaarden voldeden, terwijl verschillende beoogde deelnemers die wel aan de inclusiecriteria voldeden al deelnamen in andere, vergelijkbare projecten.

In totaal zijn er zo'n 30 potentiële deelnemers benaderd. Het is lastig gebleken de beoogde doelgroep bereid te vinden aan het project deel te nemen. Kenmerkend voor leden van deze doelgroep is vaak dat zij lastig te bereiken zijn. Bovendien zijn zij (door ervaringen in het verleden) vaak wantrouwend ten opzichte van instanties en personen die 'iets van hen moeten'. Mede daardoor zijn zij eveneens terughoudend in het ondertekenen van documenten, zoals het noodzakelijke informed consent voor deelname aan het project. Verschillende potentiële deelnemers wilden inderdaad geen informed consent tekenen of konden zich niet vinden in de doelgroep omschrijving en weigerden daarom deel te nemen. Meerdere potentiële deelnemers zagen daarnaast af van deelname, omdat dit voor hen geen direct, concreet resultaat zou opleveren. De vraag is of deze weigeringen grote invloed hebben gehad op de resultaten van het project. Uiteindelijk zijn tien deelnemers ingestroomd in het project. Deze zijn allen tot het einde van het project gevolgd.

Ondanks deze problemen lijkt de beoogde doelgroep grotendeels bereikt. De deelnemers voldoen met name aan de criteria 'leven in een cyclisch crisispatroon', 'veroorzaken in hun omgeving zorg en overlast' en 'hechten erg aan hun vrijheid en eigen regie'. In mindere mate voldoen de deelnemers aan de criteria 'overmatig bekend bij politie en justitie' en 'maken ongewild veel gebruik van de GGZ-crisisdienst'. Deelnemers van BinG lijken over het algemeen het meeste aan de doelgroepomschrijving te voldoen. Deze doelgroep is per definitie moeilijk te bereiken, afspraken mee te maken, documenten te laten tekenen en deel te laten nemen in een project.

Meerwaarde

Het project heeft meerwaarde gehad voor zowel de deelnemers als de hulpverleners. Deze worden hieronder besproken.

Beoogde meerwaarde

Er wordt van uitgegaan dat tijdens het project de mogelijkheden worden vergroot om aan te sluiten bij de leefwereld van de deelnemers en op deze wijze maatwerk te leveren. Niet langer de systeemwereld met haar regels en protocollen staat centraal, maar de behoefte van de cliënt. Daarbij wordt vertrouwd op de expertise van de hulpverleners om datgene te doen waar hun cliënt naar hun oordeel behoefte aan heeft.

Gerealiseerde meerwaarde

Deelname aan het project heeft meerwaarde gehad voor zowel de deelnemers als de hulpverleners, alhoewel de hulpverlening die de deelnemers tijdens het project hebben gekregen volgens de hulpverleners voor een deel overeen is gekomen met de reguliere hulpverlening.

- Gerealiseerde meerwaarde voor deelnemers

In het kernteam zitten naast de teamleider en de projectleider ook hulpverleners van drie organisaties. Elk van hen heeft ruime kennis, ervaring en professionele contacten binnen het sociale domein in Groningen (en omstreken). In het project hebben de hulpverleners van het kernteam de mogelijkheid onderling hun deelnemers te bespreken, niet gehinderd door regels en protocollen. Op deze wijze kunnen de hulpverleners goed gebruik maken van elkaars expertise. Waar de ene hulpverlener vastloopt, kan een ander lid van het

kernteam aanvullend zijn op basis van zijn of haar kennis en ervaring. Door deze vorm van interdisciplinaire intervisie kunnen meer mogelijkheden voor de deelnemers worden verkend, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting of dagbesteding, wat de kans op een passende oplossing heeft vergroot.

Daarnaast is er op deze wijze voor de hulpverleners meer ruimte om met hun hulp en ondersteuning aan te sluiten bij de behoefte van de individuele deelnemer. Zo kan vaker of langer ondersteuning worden gegeven wanneer dit nodig is of kunnen acties worden ondernomen waar binnen de reguliere hulpverlening geen tijd of geld voor is of niet binnen de regels en protocollen past.

Daarnaast zijn de hulpverleners tijdens het project minder beperkt door budgetten. Er kan daardoor niet alleen meer tijd besteed worden aan de deelnemers, maar er is ook financiële ruimte voor creatieve oplossingen. Waar het volgens leidinggevenden in theorie goed mogelijk is extra financiële middelen te krijgen voor een deelnemer (mits goed beargumenteerd) merken hulpverleners op dat vrijwel alle 'potjes' waar zij in het verleden structureel gebruik van konden maken om hun cliënten (tijdelijk en acuut) te ondersteunen in de afgelopen jaren zijn verdwenen. Hoewel de redenen hiervoor volgens de hulpverleners niet altijd duidelijk zijn, beperkt dit de hulpverleners in het doen van kleine, acute ondersteunende acties. In het project is meer ruimte geweest om gebruik te maken van dergelijke 'potjes' en extra mogelijkheden, hetgeen bij verschillende deelnemers tot directe oplossingen heeft geleid.

- Gerealiseerde meerwaarde voor hulpverleners

Zoals hierboven beschreven zijn er tijdens het project meer mogelijkheden voor intervisie tussen hulpverleners van verschillende organisaties. Hulpverleners vinden het prettig de knelpunten waar zij tegenaan lopen bij de dagelijkse ondersteuning van hun cliënten interdisciplinair te kunnen bespreken en te ervaren dat zij niet de enigen zijn die deze knelpunten ervaren. Bovendien biedt dit de mogelijkheid om vanuit de gezamenlijke expertise naar oplossingen voor knelpunten te zoeken. Door de casussen van de deelnemers te bespreken wordt het bovendien sneller duidelijk wanneer deelnemers bij verschillende instanties bekend zijn. In theorie is het mogelijk over cliënten te spreken met hulpverleners van andere organisaties als de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven. In de praktijk ervaren de hulpverleners dit echter als lastig, omdat zij voor elk nieuw onderwerp en voor elke nieuwe contactpersoon opnieuw toestemming aan de cliënt dienen te vragen. Daarbij komt dat de doelgroep regelmatig lastig te bereiken is en over het algemeen terughoudend is met het ondertekenen van documenten.

Discrepantie beoogde en ervaren meerwaarde

Tijdens het project hebben de hulpverleners de mogelijkheid gekregen om (meer) aan te sluiten bij de leefwereld van de deelnemers, zonder daarbij beperkt te zijn door de beperkingen die de zorg met zijn regels en protocollen aan hen oplegt. Voor een deel is het de hulpverleners gelukt aan te sluiten bij de leefwereld van de cliënten. De systeemwereld blijkt echter vaak op de achtergrond toch nog een rol te spelen, zowel in de praktijk als in de beleving van de hulpverleners.

Om aan te sluiten bij de behoeften van de deelnemer zijn voorzieningen nodig die aansluiten bij de behoefte van de deelnemer. Deze voorzieningen zijn echter niet altijd (direct) beschikbaar en kunnen vaak ook niet (op korte termijn) gerealiseerd worden. Daarbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan een passende woonvorm of dagbesteding. Dit kan niet altijd op korte termijn worden gerealiseerd en eventuele wachtlijsten kunnen niet onmiddellijk worden weggenomen. Ook een uitkering of een plek in een verslavingskliniek kan niet afgedwongen worden door deelname aan het project. Aansluiten bij de behoeften van de deelnemer is bovendien complex omdat de behoeften van de deelnemer kunnen veranderen en soms onrealistisch zijn. Wel hebben de hulpverleners door het project, zoals hierboven beschreven, meer mogelijkheden gehad om in onderling overleg en gezamenlijkheid alle opties te verkennen.

9.3 Uitvoering

In deze paragraaf gaan we in op de uitvoering van het project. Tevens bespreken we hoe het project door betrokkenen is ervaren.

Onderzoekvraag:
5. Op welke wijze is het project Verbindende Hulpverlening uitgevoerd en hoe is het door de betrokkenen ervaren?

Aanloopperiode

In de beginfase van het project zijn de initiatiefnemers tegen enkele knelpunten aangelopen die ervoor hebben gezorgd dat het project een vrij lange aanlooptijd heeft gehad van zo'n 1,5 jaar. Met name het samenstellen van het kernteam is moeizaam verlopen door met name personele wisselingen, andere concurrerende projecten die zich (deels) op dezelfde doelgroep richten, ontwikkelingen binnen de betrokken organisaties en een gebrek aan draagvlak. Uiteindelijk is een kernteam samengesteld met een projectleider, een teamleider en vier hulpverleners en zijn potentiële deelnemers benaderd met de vraag deel te nemen aan het onderzoek.[1]

Uitvoering

Na de beginfase zijn meerdere potentiële deelnemers benaderd door de hulpverleners. Wanneer zij aangeven mee te willen doen aan het project hebben zij hiervoor een informed consent getekend. Hierdoor kunnen de hulpverleners de casussen van de deelnemers bespreken in het projectteam. Tijdens het project hebben de hulpverleners zoveel mogelijk geprobeerd aan te sluiten bij de leefwereld van de deelnemers. Wanneer zij hierin tegen knelpunten of belemmeringen aanlopen zijn deze besproken in het kernteam waarbij samen over mogelijke oplossingen kan worden nagedacht.

Ervaringen

Deelname aan het project is door de deelnemers over het algemeen als positief ervaren. Persoonlijke aandacht van hulpverleners wordt door cliënten over het algemeen vaak als

[1] Het kernteam startte aanvankelijk met vijf hulpverleners. Enkele maanden na de start van het project is één van hen gestopt.

positief ervaren, maar ook de aandacht van de onderzoekers is door de deelnemers positief gewaardeerd.

Ook de hulpverleners hebben het project positief ervaren. Met name de intervisie met hulpverleners van andere organisaties waarbij ervaringen zijn uitgewisseld en kennis gedeeld zijn voor hen waardevol gebleken. Ook geven zij aan zich minder beperkt te hebben gevoeld door regels en protocollen en hebben zij meer acties kunnen inzetten die buiten de reguliere hulpverlening vallen, maar positief uitpakken voor de deelnemer. Hieronder bespreken we enkele specifieke knelpunten waar de hulpverleners tegenaan zijn gelopen.

Invloed systeemwereld

Ondanks dat is afgesproken de systeemwereld in het project ondergeschikt te maken aan de leefwereld van de deelnemer, is de systeemwereld een belangrijke (beperkende) rol blijven spelen in de hulpverlening. Hoewel binnen de relatie van de hulpverlener en de deelnemer de systeemwereld van ondergeschikt belang is, gelden de regels van de systeemwereld nog steeds in contact met andere organisaties, bijvoorbeeld wanneer het gaat om huisvesting, financiën en zorg waarvoor wachtlijsten bestaan. Wanneer hulpverleners iets willen realiseren bij of in samenwerking met een organisatie die niet in het project participeert, worden zij nog steeds geconfronteerd en beperkt door geldende regels en protocollen. Hierdoor hebben hulpverleners zich wel eens beperkt gevoeld in de alternatieven die zij hun deelnemers hebben kunnen aanbieden.

Bovendien blijken hulpverleners en overige dienstverleners in samenwerkingsvormen vaak prioriteit te geven aan de belangen van hun eigen organisatie in plaats van die van de deelnemer. De belangen van de eigen organisatie kunnen echter conflicteren met de behoeften van de deelnemer, waardoor de belangen van de deelnemer ondergeschikt worden gemaakt aan die van een organisatie. Dit had deels voorkomen kunnen worden door meer partijen bij het project te betrekken, waardoor meer hulp- en dienstverleners zich niet gebonden zouden hebben gevoeld aan regels en protocollen en vaker maatwerk had kunnen worden geleverd.

Dilemma

Verschillende hulpverleners hebben er moeite mee gehad dat zij voor deelnemers van het project meer mogelijkheden hadden dan voor hun cliënten die niet deelnamen aan het project. Hoewel de hulpverleners de meerwaarde van het project erkennen voelt dit voor hen als oneerlijk en onethisch. Mogelijk heeft dit geleid tot enige terughoudendheid in het zoeken naar creatieve oplossingen buiten de gebaande paden.

9.4 Behaalde doelen en werkzame mechanismen

Onderzoekvragen:

6. In hoeverre zijn de beoogde doelen van het project behaald en hoe uit dat zich op de verschillende leefgebieden?
7. Wat zijn de werkzame mechanismen van het project?

Behaalde doelen

Het blijkt dat de helft (vijf) van de tien deelnemers op tenminste één van de gestelde doelen vooruit is gegaan, vier deelnemers stabiel zijn gebleven en één deelnemer is achteruitgegaan. Bij de afzonderlijke doelen blijkt op elk doel wel een deelnemer vooruit te zijn gegaan, maar hun aantal is beperkt. Op het doel gevoel van regie over het eigen leven hebben drie deelnemers zich significant verbeterd. Bij de overige zes doelen gaat het om ten hoogste twee deelnemers (vier doelen) of één deelnemer (twee doelen) die (licht) vooruit zijn gegaan. Voor het overige zien we geen verbetering bij de deelnemers, maar ook vrijwel geen achteruitgang. Op slechts twee doelen (gevoel van eigenwaarde en sociale contacten) is een lichte daling vastgesteld bij één deelnemer.

Zeven van de tien deelnemers zijn op tenminste één van de negen leefgebieden die we in dit onderzoek onderscheiden vooruitgegaan, twee deelnemers laten uitsluitend een achteruitgang zien en bij één deelnemer zien we geen positieve of negatieve veranderingen. Op elk leefgebied is de situatie van tenminste één van de deelnemers verbeterd, terwijl op vijf leefgebieden de situatie van één of twee deelnemers is verslechterd. Op het leefgebied financiën zien we de meeste veranderingen. De financiële situatie van vijf deelnemers is verbeterd, terwijl de financiële situatie van twee deelnemers is verslechterd. Bij drie deelnemers zien we op respectievelijk vier, vijf en zeven leefgebieden een significante vooruitgang. De overeenkomst tussen deze deelnemers is dat hun situatie bij aanvang in het project erg slecht was.

Het stabiel houden van deelnemers en voorkomen dat ze (verder) achteruitgaan betekent voor veel deelnemers en hun hulpverleners vaak al een forse inspanning. Bij instroom hebben alle deelnemers te maken met een combinatie van psychische, fysieke, sociale en financiële problemen. Soms zijn de problemen zo groot dat er geen ruimte is om aan doelen te werken. Allereerst dient bij sommige deelnemers aan basale levensbehoeften te worden voldaan. Financiële problemen en dak- of thuisloosheid zijn bij meerdere deelnemers de meest basale behoeften waarin acuut hulp dient te worden geboden voordat verdere ondersteuning op psychisch of sociaal gebied mogelijk is.

Drie deelnemers die geen geld en geen dak boven hun hoofd hebben, scoren op dat moment met name laag op eigen regie over hun leven en hebben weinig binding met de samenleving. Wanneer met hulp en ondersteuning van hulpverleners hun financiële situatie is hersteld en hun woonsituatie is verbeterd, zien we na verloop van tijd dat hun gevoel van regie over het eigen leven stijgt evenals hun binding met de samenleving. Ook op andere doelen, zoals verantwoordelijk voelen voor hun eigen leven en sociale contacten, zien we dat zij vooruit zijn gegaan.

Bij de overige deelnemers zijn er geen problemen met betrekking tot basale levensbehoeften, maar is sprake van manifeste en al jaren slepende fysieke, psychische en sociale problematiek. Bij hen zien we minder vooruitgang op de gestelde doelen, maar ook minder verbetering op leefgebieden, ook al omdat zij bij instroom vaak al wat hoger scoren en de ruimte voor verbetering beperkter is. Een stabilisering van gestelde doelen is in veel gevallen het maximaal haalbare gebleken.

Werkzame mechanismen

De werkzame mechanismen die wij in het project onderscheiden zijn: opbouwen van vertrouwensband met deelnemer; bieden van continuïteit van zorg; bemiddelingsrol van hulpverlener tussen deelnemer en instanties; en interdisciplinaire intervisie.

Opbouwen van vertrouwensband met deelnemer

Door het intensieve contact met de deelnemers en door de deelnemers op te zoeken in hun eigen omgeving ziet en begrijpt de hulpverlener beter wat hij voor een deelnemer kan doen en kan betekenen. De relatie is een hulpverlener-cliënt relatie, maar door de intensiteit en grote betrokkenheid van de hulpverlener lijkt het - met name voor de cliënt - vaak een vriendschappelijke relatie. Het opbouwen van een vertrouwensband met de deelnemers heeft vaak veel tijd gekost, meer tijd dan in een regulier cliëntcontact mogelijk zou zijn geweest.

Omdat een concrete zorgvraag van de deelnemer vaak ontbreekt, maar de hulpverlener wil werken aan het verbeteren van de leefsituatie en perspectieven van de deelnemer bouwt de hulpverlener een vertrouwensband met de deelnemer op. De stevigheid en diepgang van deze vertrouwensband relatie bepaalt in belangrijke mate de speelruimte die de hulpverlener heeft om hulp en ondersteuning te bieden. Vaak wil de hulpverlener dat de deelnemer in actie komt, bijvoorbeeld om te werken aan een zinvolle dagbesteding waaraan het bij veel deelnemers ontbreekt. De mening van de hulpverlener is belangrijk voor hen en wanneer de band sterk is durven ze op die mening te vertrouwen. Een sterke vertrouwensband zorgt bij de deelnemer voor een stabiele basis en versterkt zijn zelfvertrouwen. De deelnemer durft hierdoor eerder actie te ondernemen, omdat hij weet dat hij altijd kan terugvallen op de onvoorwaardelijke steun van de hulpverlener. Wanneer de deelnemer nog aarzelingen kent, biedt de hulpverlener bijvoorbeeld aan een eerste keer mee te gaan.

De verwachting was dat de ervaringen die de deelnemers opdoen in de relatie met de hulpverlener zich zullen doorzetten naar contacten met anderen. Het project is bedoeld om personen verbinding te laten aangaan met de samenleving. Van die doorvertaling is op enkele deelnemers na (nog) niet of nauwelijks sprake. Niet alle deelnemers hebben behoefte aan contact met anderen. Of zij altijd al minder behoefte aan contact hebben gehad of dat dit in de loop van hun leven is versterkt, is onduidelijk. Deelnemers hebben vaak al wel een historie van gebroken relaties en vriendschappen. Het aangaan van contacten met derden is voor de meesten een lastig te nemen stap. Ook bij enkele deelnemers die wel contacten met anderen - buren of vriend - hebben opgebouwd, is dit contact nog fragiel en heeft het tijd nodig de onderlinge banden te verstevigen. De doorlooptijd van het project is mogelijk ook te kort om dergelijke relaties - bij andere deelnemers - te zien ontstaan of te zien verdiepen.

Bieden van continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg houdt in ononderbroken samenhang in de geboden hulp en ondersteuning. Bij een lage continuïteit vindt er onnodige vertraging of verlies van informatie plaats bij de overdracht tussen verschillende zorgaanbieders. Het is daarom van groot belang dat er zo min mogelijk wisselingen zitten in de hulpverleners van wie de cliënt

ondersteuning krijgt. Informatieverlies en misverstanden over gemaakte afspraken kunnen daardoor tot een minimum worden beperkt en hulpverleners kunnen zich volledig richten op de cliënt. Daarbij hanteren zij de uitgangspunten van presentiebenadering: zorg zien als relationeel en er op belangrijke momenten zijn voor degene die zorg behoeft. De geboden zorg gaat uit van en sluit aan op de leefwereld van de cliënt en is in voortdurende afstemming met de cliënt en zijn leven.

Gaandeweg het project zijn de hulpverleners de deelnemers hierdoor beter gaan begrijpen, zijn zij te weten gekomen wat voor de deelnemers belangrijk is en welke hulp passend is, maar ook welke ondersteuning niet past bij de deelnemers of (op dat moment) te veel gevraagd is. De deelnemers voelen zich door deze benadering van de hulpverleners gezien, erkend en gehoord. Door er op deze wijze voor de deelnemer te zijn, ervaren deelnemers hun betrokkenheid vaak al als weldadige zorg. De hulpverlener zet verder zijn vaardigheden en (vak)kennis in om daadwerkelijk hulp en ondersteuning te bieden. Het perspectief van de deelnemer blijft hierbij steeds de leidraad.

Het perspectief van de deelnemers is niet hetzelfde als hun zorgvraag. Deelnemers blijken niet altijd een expliciete zorgvraag te hebben en wanneer die er wel is, is die niet altijd even realistisch. Diverse deelnemers geven bijvoorbeeld aan behoefte te hebben aan een andere woning. Zij verblijven in een beschermde woonvorm waar zij voorzieningen met anderen moeten delen en geven aan zelfstandig te willen wonen. De woningdruk in Groningen is echter hoog en het aantal voor deelnemers geschikte woningen is zeer beperkt. Bovendien zijn er wachtlijsten en komen zij door schulden en het ontbreken van urgentie vaak niet in aanmerking. Deelnemers met een woonwens hebben geleerd geduld te moeten betrachten voordat hun woonwens in vervulling gaat of hebben na (vaak vele) gesprekken met de hulpverlener geaccepteerd dat een andere woning op dat moment (nog) buiten hun mogelijkheden ligt.

De benadering die de hulpverleners gebruiken is een werkwijze die geen kant-en-klare oplossingen biedt. Ook als de situatie niet kan worden verbeterd houdt de hulpverlener zich aan afspraken en blijft de deelnemer trouw en met hem of haar in contact. Voor de hulpverleners is het werken aan doelen ter verbetering van de leefsituatie van de deelnemers een continue zoektocht naar de balans tussen enerzijds het stellen van realistische doelen en het temperen van (te) hoge verwachtingen van de deelnemers en anderzijds de deelnemer aanzetten tot activiteit of zelf tot actie overgaan om doelen te realiseren.

Bemiddelingsrol van hulpverlener tussen deelnemer en instanties

De hulpverleners nemen de deelnemers vaak bij de hand, met name in contacten met instanties. Deelnemers zijn niet altijd even handig in het contact met ambtenaren en medewerkers van organisaties. In een gesprek stellen ze geen vragen, tasten niet de mogelijkheden af, maar gaan vaak recht op hun doel af. In het contact met instanties kan de hulpverlener een bemiddelende rol vervullen.

Dit bemiddelen gebeurt vanuit een vertrouwensrelatie, gebaseerd op het persoonlijk contact tussen bemiddelaar en doelgroep. Dit impliceert dat de hulpverlener voldoende tijd moet hebben om deze relatie op te bouwen en in stand te houden, dat ze oplossingen

kunnen bieden voor kleine en grote problemen, dat ze een klankbord zijn. Dit klankbord dat zij bieden werkt twee kanten op, zowel naar de medewerkers van instanties die de deelnemer niet altijd begrijpen als naar de deelnemer die de reactie van de medewerker niet altijd begrijpt of verkeerd interpreteert. Afhankelijk van de situatie en de band die ze met de cliënt op dat moment hebben, zullen ze ervoor kiezen het contact met de instantie over te nemen, er samen heen te gaan of voor te bereiden in de vorm van een rollenspel. Hun rol is daarbij vooral educatief en pedagogisch.

Interdisciplinaire intervisie

De leden van het kernteam – bestaande uit hulpverleners van verschillende organisaties met verschillende aandachtspunten (i.e. psychische problematiek en verslaving) - hebben vrijuit met elkaar kunnen praten over de deelnemers en de knelpunten waar zij tegen aanlopen in de hulpverlening. Door de werkwijze en cultuur binnen een organisatie en door intervisie met collega's van dezelfde organisatie ontwikkelt zich een bepaalde hulpverleningsstructuur. Vaak zal uit hetzelfde scala aan interventies worden geput. Door knelpunten te bespreken met hulpverleners van andere organisaties worden andere invalshoeken en oplossingsrichtingen verkend waar men binnen de eigen organisatie niet mee bekend is of niet (meer) aan denkt. Op deze wijze wordt de blik van de hulpverlener verbreed en het scala aan interventies en acties waaruit de hulpverlener kan putten vergroot. Ook krijgen hulpverleners meer zicht op welke kennis er is bij de verschillende hulpverleningsorganisaties en wat deze te bieden hebben, waardoor hun kennis over de sociale kaart in de regio vergroot wordt. De hulpverlener kan deze kennis vervolgens delen binnen de eigen organisatie, wat ook zorgt voor een bredere kennis binnen de eigen organisatie.

Doordat in het project dezelfde deelnemers zijn gevolgd krijgen de hulpverleners ook terugkoppeling over de voorgestelde interventies en kunnen zij ervaringen uitwisselen over wat hierin wel of niet werkt. Hoe meer organisaties op een dergelijke wijze bij de interdisciplinaire intervisie betrokken zijn, hoe groter de kennis wordt over aanwezige expertise, interventies en mogelijke werkzame elementen.

9.5 Aandachtspunten

Uit het project komen ten slotte nog enkele aandachtspunten naar voren die niet aan de orde zijn gekomen bij de beantwoording van de onderzoeksvragen. Het gaat hierbij om: leeftijd; verschil in perspectief tussen managers en hulpverleners; verwachtings-management; regels en protocollen; en verbinden, verliezen en winnen.

Leeftijd

De leeftijd van de personen met onbegrepen gedrag lijkt een rol te spelen in de mate waarin zij openstaan voor ondersteuning. Bij de doelgroep zien we vaak dat wanneer zij jonger zijn zij hun levensstijl kunnen en (nog) willen volhouden. Op een gegeven moment bereiken zij een leeftijd waarop zij dit niet meer kunnen. Zowel lichamelijk als geestelijk kunnen zij hun levensstijl niet meer volhouden en zij hebben behoefte aan rust. Personen

staan dan meer open voor ondersteuning en zijn meer bereid concessies te doen om deze rust te vinden.

Verschil in perspectief tussen managers en hulpverleners

Er lijkt een discrepantie te zijn tussen wat in theorie mogelijk is en wat in de praktijk werkbaar is, bijvoorbeeld met betrekking tot gegevensdeling en het aanvragen van incidentele financieringen. Hulpverleners ervaren het als positief dat zij tijdens het project gemakkelijker met andere hulpverleners (van andere organisaties) in gesprek kunnen gaan over deelnemers. Uit de gesprekken met managers van hulpverlenende instanties komt naar voren dat dit volgens hen ook mogelijk is buiten het project, als hiervoor maar toestemming wordt gevraagd aan de cliënt. Hulpverleners geven echter aan dat dit niet zo eenvoudig is. Om over een deelnemer te mogen spreken met een andere (hulpverlenende) instantie zal voor elke instantie en voor elk onderwerp opnieuw toestemming gevraagd moeten worden bij de deelnemer. Deze extra stap zorgt ervoor dat hulpverleners niet snel kunnen schakelen. Bovendien zijn leden van de doelgroep regelmatig slecht te bereiken, verminderd toerekeningsvatbaar en terughoudend in het geven van formele toestemmingen.

De hulpverleners merken verder op dat er enkele jaren geleden verschillende 'potjes' met geld waren waar zij gebruik van konden maken om cliënten acuut en incidenteel mee te ondersteunen. Een voorbeeld is het huren van een garagebox of iemand wat geld geven voor boodschappen als de pinpas was kwijtgeraakt. In de afgelopen jaren zijn al deze potjes verdwenen c.q. wegbezuinigd. Managers geven aan dat hulpverleners nog steeds extra financiering kunnen aanvragen voor hun cliënten voor dergelijke ondersteunende acties. Hulpverleners merken echter op dat zij daarvoor steeds een nieuwe aanvraag in moeten dienen die vervolgens goedgekeurd moet worden, wat (veel) tijd kost. Dit zorgt ervoor dat zij niet onmiddellijk ondersteuning kunnen bieden als een cliënt deze hulp nodig heeft.

Verwachtingsmanagement

In het project hebben we gemerkt dat deelnemers soms te hoge verwachtingen hebben van wat hulpverleners voor hen kunnen doen. Zij denken dat er met gemak een passende woning voor hen geregeld kan worden of dat zij een uitkering kunnen krijgen omdat zij daar 'recht op hebben'. In de praktijk hebben hulpverleners echter te maken met zaken als complexe regelgeving bij instanties, een krappe woningmarkt en wachtlijsten voor woonvormen en opnamen in een kliniek.

Daarentegen heeft ook de samenleving vaak te hoge verwachtingen van wat hulpverleners voor leden van de doelgroep kunnen bereiken. Voor een deel van de doelgroep is stabilisering het hoogst haalbare en kan alleen al het voorkomen van terugval veel en voortdurende inspanningen van zowel de deelnemer als de hulpverlener vragen. Zij zullen hun hele leven een bepaalde mate van ondersteuning nodig hebben. Voor hen is bijvoorbeeld het streven naar een betaalde baan, zelfstandig wonen en functioneren en/of stoppen met middelengebruik niet realistisch, terwijl er vaak wordt verlangd dat deelnemers zich blijven ontwikkelen en naar vooruitgang blijven streven.

Regels en protocollen

Bij vrijwel alle instanties waarmee personen met onbegrepen gedrag te maken krijgen, is er sprake van een grote hoeveelheid aan regels, voorwaarden, protocollen en inclusie- en uitsluitingscriteria. Denk bijvoorbeeld aan een woonvorm voor mensen met een verslaving, maar niet met psychische problemen – of juist andersom. Zo is er een tekort aan voorzieningen waar geen middelen gebruikt mogen worden (dry house), omdat voor een voorziening waar wel middelen gebruikt mogen worden (wet house) een zwaardere indicatie geldt en de voorziening dus meer geld (per cliënt) ontvangt. Of Housing First, waarbij een openstaande huurschuld een contra-indicatie is. Al deze voorwaarden en criteria zorgen ervoor dat het lastig is passende ondersteuning te bieden aan de deelnemers.

Daarnaast moeten hulpverleners zich aan een groot aantal regels en protocollen houden tijdens hun werkzaamheden. Om risico's zo veel mogelijk (het liefst volledig) uit te sluiten en elke euro te verantwoorden, dienen deze protocollen gevolgd te worden en moeten hulpverleners hun acties administreren en verantwoorden. Er wordt veel geïnvesteerd in het voorkomen van risico's en het inbouwen van zekerheden. Voor ondersteuning van deze doelgroep, die per definitie niet in een hokje geplaatst kan worden, is echter maatwerk nodig, de hulpverlener moet aansluiten bij de leefwereld van de cliënt. Daarvoor moeten hulpverleners in voorkomende gevallen van protocollen afwijken en creatieve acties inzetten die niet in de voorschriften van de organisatie voorkomen. In dit project hebben de hulpverleners meer mogelijkheden gehad hiervan af te wijken, wat als positief is ervaren door zowel de deelnemers als de hulpverleners en wat positieve resultaten heeft opgeleverd. Overigens is het onmogelijk alle risico's uit te sluiten bij hulpverlening aan een dergelijke doelgroep met zeer diverse en complexe problematiek en onvoorspelbaar gedrag.

Bij de hulpverlening aan deze doelgroep zou niet uitgegaan moeten worden van streng vastliggende regels en protocollen. Standaardisering werkt alleen bij cliënten die in hokjes geplaatst kunnen worden, hetgeen niet van toepassing is op deze doelgroep. In dit project hebben we gezien dat op elke regel steeds tenminste één van de deelnemers een uitzondering was. Er kan daarom niet in algemeenheden worden gedacht met betrekking tot de hulpverlening voor deze personen. De professionaliteit van de hulpverlener dient het uitgangspunt te zijn binnen de hulpverlening. Zij staan dicht bij de cliënt en hebben voldoende kennis en vaardigheden om aan te sluiten bij hun leefwereld en maatwerk te leveren. Daarvoor zullen zij ook van de protocollen moeten kunnen afwijken en creatieve en onconventionele acties moeten kunnen inzetten. Daarbij is het van groot belang dat hulpverleners zich gesteund voelen vanuit de organisatie om te doen wat nodig is voor de cliënt, ook als dit betekent dat zij niet strikt alle regels en protocollen volgen. Uit dit project komt naar voren dat dergelijke acties bijdragen aan het creëren van een vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt die vervolgens een positieve uitwerking heeft op het hulpverleningstraject.

We hebben gezien dat de vertrouwensband tussen cliënt en hulpverlener voor deze doelgroep erg belangrijk is. Het kost vaak veel inspanningen om deze band op te bouwen en te behouden. Consistentie in de zorg is daardoor erg belangrijk voor deze doelgroep. Regelgeving zorgt er echter regelmatig voor dat deze consistentie niet kan worden

geboden. Cliënten moeten regelmatig van hulpverlener veranderen als er iets in hun levenssituatie wijzigt, zoals een verhuizing of een opname. Soms is dit – hoewel onwenselijk - onvermijdelijk, bijvoorbeeld bij een verhuizing naar een andere gemeente. Echter, soms moet een cliënt ook van hulpverlener veranderen als deze binnen de gemeente (naar een ander postcodegebied) of een andere woonvorm verhuist. Voor een goede hulpverlening zou het veel beter zijn dit niet te doen.

Verbinden

Een belangrijke vraag in het project is 'hoe kan worden bereikt dat deze personen zich weer verbonden voelen met hun sociale omgeving dat ze bereid en in staat zijn om zodanig rekening te houden met hun omgeving en zich hieraan aanpassen'. Tijdens het project hebben wij gemerkt dat er bij deelnemers zeker de wil is om zich 'aan te passen' en 'normaal' te functioneren. Ze zijn zich er echter niet altijd van bewust dat en op welke momenten zij onbegrepen gedrag vertonen en welk gedrag dan wel begrepen wordt. Als zij zich hier al van bewust zijn, is het nog maar de vraag in hoeverre zij in staat zijn het meer begrepen gedrag te vertonen en in hoeverre dit gedrag is dat bij hen past en positief is voor hun gevoel.

LITERATUUR

Baart, A. (2001)
Een theorie van presentie. Lemma, Utrecht.

Bartelink, C. (2013)
Wat werkt: motiverende gespreksvoering? Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Bieleman, B., M. Boendermaker, R. Nijkamp en J. Snippe (2012)
Dwars door verbanden. Evaluatie pilot aanpak multiprobleemgezinnen stad Groningen. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B en M. Boendermaker (2010)
Onderzoek pilotprojecten campussen. 3: Eindrapport: proces- en effectevaluatie. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam.

Boevink, W. (2017)
HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Trimbos-instituut, Utrecht.

Boevink, W. (2000)
Ervaring, ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid. In: Deviant, nr. 26.

Bohlmeijer, E., L. Mies en G. Westerhof (2007)
De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Bon, M. van, A. Lempens, J. Nuijen, M. Planije, G. van Dick, E. Tromp, M. Jongeneel, L. Raaijmakers, M. Rombouts, H. Beeksma, P.F. van Boven, A. Veen, M. van den Berg, L. den Broeder, H. van Oers, N. Post, A. Spijkerman, A. Verweij en M. Weda (2019)
Verschillende bronnen, één mozaïek. Eindverslag van het project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant'. RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant en de PraktijkIndex (Consortiumpartners regionale pilots), Bilthoven.

Brink, C., A. Lucassen, M. van Middelaar en A. Poll (2013)
Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties (3de ed). Movisie, Utrecht.

Flap, H.D. en F. Tazelaar (1988)
De rol van informele sociale netwerken op de arbeidsmarkt: flexibilisering en uitsluiting. In: H.D. Flap en W. Arts. De Flexibele arbeidsmarkt. Theorie en praktijk (pp. 48-64). Van Loghum Slaterus, Deventer. Aangehaald in Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003).

Heller, K. en K.S. Rook (2001)
Distinguishing the theoretical functions of social ties: Implications for support interventies. In: B. Sarason en S. Duck, Personal relationships: Implications for clinical and community psychology (pp. 119-139). John Wiley, New York. Aangehaald in Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003).

Hoijting, T.A.E. (2001)
De kracht van groepen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Hollander, D. den en J.P. Wilken (2011)
Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. SWP, Amsterdam.

Hoof, F. van, A. Knispel, L. Hulsbosch, C. Place, C. Muusse, M. van Vugt, M. Planije, H. Michon en H. Kroon (2016)
Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Trimbos-Instituut, Utrecht.

Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen (2003)
Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Elsevier Overheid, Den Haag. Aangehaald in Rijk, M. de, P. van den Heiligenberg (2009). Eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen in de gemeente Weesp. Utrecht.

Houten, D. van (1999)
De standaardmensen voorbij. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen. Aangehaald in Lohuis G, R. Schilperoort en G. Schout (2008). Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGZ. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.

Jacobson, N. S., en P. Truax (1991)
Clinical significance: A statistical approach to de-fining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology,59(1), 12–19

Jonge, M. de, J. Bruinig en L. Polstra (2014)
Koers inclusief. Zo doe je dat in de praktijk. Kenniscentrum Arbeid Hanzehogeschool Groningen, Groningen.

Koekkoek, B. (2019a)
De kwestie verwarde personen. Lannoo Campus, Amsterdam.

Koekoek, B. (2019b)
Rapportage verkenning verward gedrag. In opdracht van ZonMw / ministerie van VWS.

Kruize, A., M. Boendermaker, R. Mennes, P. Löwik en B. Bieleman (2017)
Onderzoek Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang centrumgemeente Assen. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam

Lohuis G, R. Schilperoort en G. Schout (2008)
Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGZ. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.

Machielse, A. (2006)
Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement. Jan van Arkel, Utrecht.

Maslow, A. (1968)
Towards a Psychology of Being. Wiley, New York.

Miller, W.R. en R. Rollnick (2014)
Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen. Ekklesia, Ouderkerk a/d IJssel.

Mulder, C.L., J. van Weeghel, A. Wierdsma, J. Zoeteman en A. Schene (2017)
Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. Tijdschrift voor Psychiatrie. Jaargang 59.

Oberon (2008)
Sociaal geïsoleerden en Ruimte voor Contact-projecten. Kwalitatieve deelstudie 2007. Oberon, Utrecht.

Pawson, R. en N. Tilley (1997)
Realistic Evaluation. Sage, London.

Planije, M. en F. van Hoof (2016)
'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood'? Trimbos-Instituut, Utrecht.

Polstra L. en P. Baart (1994)
Zorg en coördinatie. Wolters-Noordhoff, Groningen.

Putnam, R.D. (1993)
Making democracy work. Princeton University Press, New Jersey.

RIVM (2018)
Factsheet Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. Ministerie van VWS, Den Haag.

RIVM (2017)
Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. RIVM, Bilthoven.

Roeg, D., S. van der Lindt, L. van Doorn en G. Lohuis (2015)
Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende zorg. SWP, Amsterdam.

Schakelteam (2018)
Op weg naar een persoonsgerichte aanpak. Eindrapportage Schakelteam voor personen met verward gedrag. Schakelteam, Den Haag.

Spreen, M. (2015)
De meerwaarde van een N=1 benadering. In: De systemische N=1. Verkenningen in de praktijk. Lectoraat Social Work & Arts Therapies, Stenden Hogeschool, Leeuwarden.

Stam, M. (2016)
Het kan zoveel mooier, beter en slimmer. Outreachende professionals aan het woord over ervaringskennis. Afscheidsrede. Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam.

Subsidieoproep ZonMw (2017)
'Maatschappelijk en persoonlijk herstel bij psychische problemen'. 3 april 2017.

Tielens, J. (2012)
In gesprek met psychose. Verbindende Gesprekstechniek, praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met psychotische mensen. De Tijdstroom, Utrecht.

Veenhoven, R. (2006)
Gezond geluk. Effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg. ZonMw, Den Haag.

Veerman, J. W., en B. Bijl (2017)
Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten [Methods for quantifying and testing of effects]. In: T. A. van Yperen, J. W.Veerman, & B. Bijl (Eds.). Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector (pp. 419–438). Lemniscaat, Rotterdam.

Vonk, R. (red.) (2007)
Sociale psychologie. Boom Uitgevers, Amsterdam.

Vos de Wael, N. (2016)
Op weg naar een duurzame aanpak op basis van preventie en zelfregie. In: Tijdschrift voor werk, inkomen en zorg. Whitepaper van sociaal bestek 2016 – mensen met verward gedrag.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017)
Weten is nog geen doen. WRR, Den Haag.

Wilson, W.J.W. (1987)
The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy. Chicago/London: The University of Chicago Press. Aangehaald in Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003).

Wise, E. A. (2004)
Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change and recommendations for future directions. Journal of Personality Assessment, 82(1), 50–59.

Zimbardo P.H., R.L Johnson en V. McCann (2011)
Psychologie. Een inleiding. Pearson Education, Amsterdam.

Zimbardo, P.G, A.L. Weber en R.L. Johnson (2009)
Psychologie: een inleiding. Pearson Education Benelux.

Zuidema, S.U., M. Smalbrugge, W.M.E. Bil, R. Geelen, R.M. Kok, H.J. Luijendijk, I. van der Stelt, A.M. van Strien, M.T. Vink en H.L. Vreeken (2018)
Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie. Verenso, NIP, Utrecht.

Kamerstukken

Kamerbrief. Kenmerk: 1710043-207324-CZ

Internet

- https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?dl=2FF74
- www.gelderlander.nl/arnhem/de-verwarde-mens-bestaat-niet-zegt-onderzoeker-bauke-ga-anders-om-met-deze-groep~ab3dddfe/?referrer=https%3A%2F%2F
- https://www.trimbos.nl/kennis/verward-gedrag. Geraadpleegd dd: 31-03-2021
- https://www.trouw.nl/home/ook-de-autonome-mens-is-niet-alleen~a0102cfb/
-https://publicaties.zonmw.nl/actieonderzoek-voor-lokale-netwerken-in-de-ouderenzorg/wat-is-actieonderzoek/#c49631
- https://www.managementimpact.nl/artikel/actieonderzoek-wat-is-het-precies/

BIJLAGE 1: PROFIELSCHETS DEELNEMERS

Profiel deelnemers

De deelnemers dienen **ten minste** aan de volgende drie criteria te voldoen:

- zij leven een cyclisch crisispatroon;
- zijn overmatig bekend bij politie, crisisdiensten en/of andere (hulpverlenings-) organisaties;
- geven zorg en/of overlast.

Vaak hebben zij ook de volgende kenmerken:

- hebben moeite zich te binden of te hechten: ze voelen zich veilig wanneer zij 'niets te verliezen' hebben;
- hechten sterk aan hun vrijheid en eigen regie.

Voorwaarden

Daarnaast dienen de deelnemers aan enkele algemene voorwaarden te voldoen:

- de deelnemer verblijft al enige tijd in de gemeente Groningen;
- de deelnemer heeft een verblijfsvergunning en is 18 jaar of ouder;
- er is sprake van voldoende leervermogen (personen met ernstige neurologische aandoeningen zoals Korsakov of dementie kunnen niet meedoen aan het project);
- de deelnemer begrijpt het onderzoek en kiest ervoor zelf een actieve rol te spelen;
- hulprelatie met vaste medewerker van VNN of Lentis wordt geaccepteerd;
- de deelnemer is bereid mee te werken aan het onderzoek van Breuer&Intraval;
- de deelnemer geeft toestemming dat (een deel van) zijn/haar gegevens gedeeld wordt met organisaties en personen die betrokken zijn bij het project;
- een deelnemer zal uitstromen uit het project als:
  - hij/zij langdurig in detentie raakt;
  - hij/zij niet langer deel wil nemen aan het project en/of het onderzoek;
  - hij/zij niet langer in de gemeente Groningen verblijft;
  - hij/zij niet langer aan het profiel van de deelnemers en/of de voorwaarden voldoet.

N.B. Van bovenstaande procedure kan te allen tijde (in overleg met de onderzoeker) worden afgeweken wanneer dit in het belang is van (het contact met) de deelnemer.

BIJLAGE 2: UITKOMSTEN STATISTISCHE TESTEN LEVENSGEBIEDEN

Overzicht uitkomsten van de Reliable Change Index, Tekentoets en Wilcoxon Matched-Paired-scores van de deelnemers op de leefgebieden die zijn beschreven in hoofdstuk 6

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Meetmoment	0 3	0 2	0 4	0 2	0 3	0 3	0 2	0 1	0 1	0 1
Dagen tussen meetmomenten	687	610	736	723	624	589	466	366	290	196
Huisvesting										
RCI	3,26	-0,36	1,45	-0,72	2,90	0,72	-0,72	0,00	1,81	1,09
Tekentoets	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Wilcoxon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Geestelijke gezondheid										
RCI	0,00	0,00	-0,59	2,35	-0,21	-0,29	-0,88	0,00	5,58	1,47
Tekentoets	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns
Wilcoxon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns
Lichamelijke gezondheid										
RCI	1,47	0,49	-0,98	0,00	-1,95	1,95	0,73	-0,49	4,88	0,98
Tekentoets	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Wilcoxon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Sociale omgeving										
RCI										
Tekentoets	0,22	0,44	0,55	2,42	1,21	-0,25	0,75	0,00	4,84	0,25
Wilcoxon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**	ns
	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns
Dagbesteding										
RCI	2,26	-0,25	-1,01	-0,25	0,75	-0,84	-2,77	0,00	0,00	0,75
Tekentoets	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Wilcoxon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Preventie crisissituaties										
RCI	4,61	0,00	-0,44	3,95	0,55	-2,20	0,00	0,00	3,95	0,88
Tekentoets	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Wilcoxon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Verslaving [1]	++	0	0	0	0	0	--	0	++	0
Overlast [1]	++	0	0	0	0	0	0	0	++	0
Financiën [1]	0	++	++	++	++	++	--	--	0	0

RCI betekenisvolle verandering tussen twee meetmomenten		**Tekentoets & Wilcoxon Matched Pairs**	
Sterke verbetering	≥ 1,96	****	Consistente verandering ($p < 0.0001$)
Enige verbetering	≥ 1,65 en < 1,96	***	Consistente verandering ($p < 0.001$)
Stabiel	> -1,65 en < 1,65	**	Consistente verandering ($p < 0.01$)
Enige achteruitgang	≤ -1,65 en > -1,96	*	Consistente verandering ($p < 0.05$)
Sterkte achteruitgang	≤ -1,96	ns	Geen consistente verandering

[1] De veranderingen op de leefgebieden 'verslaving', 'overlast' en 'financiën' zijn niet vastgesteld door middel van de statistische toetsen, maar aan de hand van kwalitatieve informatie (interviews, gesprekken en registratiegegevens).

BIJLAGE 3: UITKOMSTEN STATISTISCHE TESTEN VERWACHTE DOELEN

Overzicht uitkomsten van de Reliable Change Index, Tekentoets en Wilcoxon Matched-Paired-scores van de deelnemers op de verwachte doelen van het project die zijn beschreven in hoofdstuk 7

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Meetmoment	0 3	0 2	0 4	0 2	0 3	0 3	0 2	0 1	0 1	0 1
Dagen tussen meetmomenten	687	610	736	723	624	589	466	366	290	196
Toename regie over eigen leven RCI Tekentoets Wilcoxon	3,73 ns *	1,01 ns ns	1,01 ns ns	4,80 ** **	-0,93 ns ns	-1,26 ns ns	1,15 ns ns	-0,51 ns ns	5,05 * *	0,76 ns ns
Toename kwaliteit van leven RCI Tekentoets Wilcoxon	1,27 ns ns	-0,22 ns ns	1,79 ns ns	1,12 ns ns	0,67 ns ns	0,00 ns ns	0,67 ns ns	-0,22 ns ns	3,13 ns ns	1,60 ns *
Toename gevoel van eigenwaarde RCI Tekentoets Wilcoxon	0,31 ns ns	0,89 ns ns	0,62 ns ns	1,51 ns ns	1,48 ns ns	0,47 ns ns	-1,71 ns *	0,00 ns ns	5,32 *** **	1,40 ns *
Sterkere verbinding met samenleving RCI Tekentoets Wilcoxon	2,63 * ns	0,66 ns ns	-0,18 ns ns	1,48 ns ns	0,27 ns ns	-1,53 ns ns	-1,26 ns ns	0,16 ns ns	1,97 ns ns	0,16 ns ns
Toename gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven[1]	++	0	0	++	0	0	0	0	0	0
Afname crisissituaties[1]	0	0	0	0	0	0	0	0	+	0
Toename sociale contacten[1]	0	0	0	+	0	0	-	0	0	++

RCI betekenisvolle verandering tussen twee meetmomenten		**Tekentoets & Wilcoxon Matched Pairs**	
Sterke verbetering	≥ 1,96	****	Consistente verandering (p < 0.0001)
Enige verbetering	≥ 1,65 en < 1,96	***	Consistente verandering (p < 0.001)
Stabiel	> -1,65 en < 1,65	**	Consistente verandering (p < 0.01)
Enige achteruitgang	≤ -1,65 en > -1,96	*	Consistente verandering (p < 0.05)
Sterkte achteruitgang	≤ -1,96	ns	Geen consistente verandering

[1] De veranderingen op de verwachte doelen 'toename gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen leven', 'afname crisissituaties' en 'toename sociale contacten' zijn niet vastgesteld door middel van de statistische toetsen, maar aan de hand van kwalitatieve informatie (interviews, gesprekken en registratiegegevens).