

Van een woonvoorziening naar zelfstandig wonen

Hoe gaat het met mensen die deze stap maken?



Sara Al Shamma
Linda van den Dries
Judith Wolf

“Onze dank gaat uit naar iedereen die heeft bijgedragen aan de uitvoering van het onderzoek, in het bijzonder de deelnemers.”

Colofon

Uitvoering Sara Al Shamma
Linda van den Dries
Judith Wolf
Opdrachtgevers Adessium en de Impuls Werkplaats

Bronvermelding bij deze rapportage:

Al Shamma, S., van den Dries, L., & Wolf, J. (2023). *Van een woonvoorziening naar zelfstandig wonen. Hoe gaat het met mensen die deze stap maken?* Nijmegen: Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc

© 2023 Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het *Radboud universitair medisch centrum Nijmegen*.

Inhoudsopgave

Achtergrond.....	4
Uitvoering van het onderzoek.....	5
Resultaten.....	6
Meedoen.....	6
Erbij horen.....	10
Jezelf zijn.....	11
Ertoe doen.....	14
Beschouwing.....	19
Aanbevelingen.....	20
Conclusie.....	22
Literatuur.....	23
Bijlage 1: Uitgebreide beschrijving van de uitvoering van het onderzoek.....	25

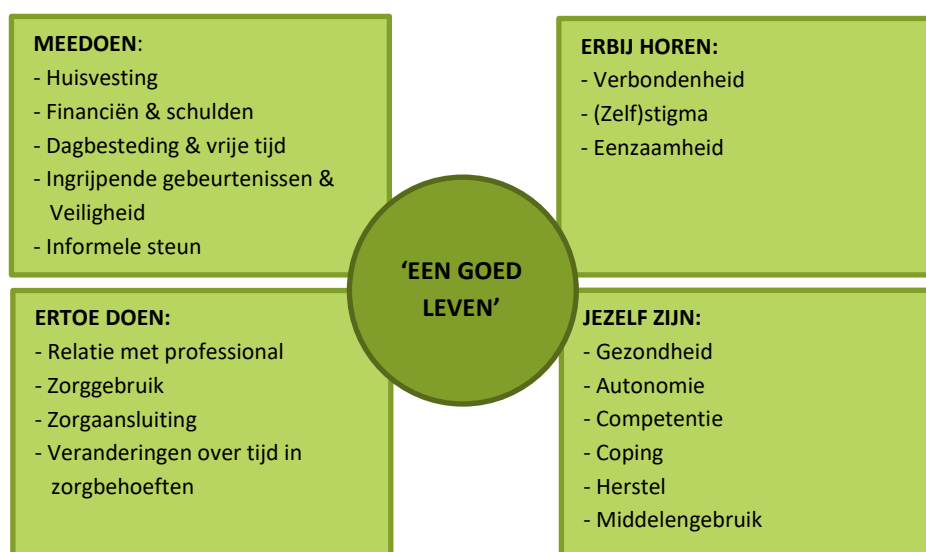


Achtergrond

Bij overheid, gemeenten en zorgorganisaties bestaat brede consensus over de wenselijkheid van een verantwoorde transitie van mensen van opvang- en beschermd wonen voorzieningen naar (begeleid) zelfstandig wonen in de wijk. Deze transitieopgave werd in 2015 uitgewerkt in het advies Toekomst Beschermd wonen (VNG, 2015), dat in Nederland nog steeds op een breed draagvlak kan rekenen. Het recente Nationaal Actieplan Dakloosheid: Eerst een Thuis (VWS, 2022) zet ambitieus in op een afbouw van de maatschappelijke opvang in de periode 2023-2030 en onderstreept daarmee nog eens het belang van de ingezette transitieopgave.

De uitstroom uit de opvang vergt een gedegen aanpak. De stap van een verblijf naar zelfstandig wonen is voor veel mensen immers een grote stap (Wolf, Scheepers & Van Leerdam, 2022). Wanneer de begeleiding na uitstroom te snel stopt, of niet voldoende omvattend of intensief is, is er een aanzienlijk risico op maatschappelijke uitval en (her)opname (Beers, 2021). Dit is slecht voor het welzijn van de mensen zelf en geeft ook hoge maatschappelijke kosten (Cebeon, 2011). Momenteel is er weinig informatie over mensen die de woonvoorzieningen verlaten en in de wijk (begeleid) zelfstandig gaan wonen. Onbekend is hoe de transitie voor mensen verloopt, wat de impact ervan is op de kwaliteit van hun dagelijkse leven, de soort en hoeveelheid ondersteuning die zij tijdens het transitieproces krijgen en of die tegemoet komt aan hun behoeften.

Het theoretisch kader van sociale kwaliteit (Wolf & Jonker, 2020) vormt de basis van dit onderzoek. Dit kader beschrijft de factoren - geordend naar vier condities - die essentieel zijn voor een goede kwaliteit van het dagelijkse leven van mensen, namelijk: meedoen, erbij horen, ertoe doen en jezelf zijn. In het schema hierna zijn per conditie de factoren beschreven waarover dit onderzoek op diverse momenten informatie verzamelde bij de mensen die de transitie maakten.





Uitvoering van het onderzoek

Een uitgebreide beschrijving van de uitvoering van het onderzoek staat in bijlage 1.

Deelname

In totaal deden dertien organisaties mee aan dit onderzoek: Iriszorg, Wender, SMO Traverse, SMO Helmond, het Leger des Heils, 't Verdihuis, SMO Breda, Riwis Zorg & Welzijn, Metggz, Emergis, Humanitas Onder Dak, Levantogroep en Cosis. Tussen september 2020 t/m april 2021 benaderden de contactpersonen van de deelnemende organisaties cliënten voor deelname. Deelnemers moesten minimaal 18 jaar zijn, niet langer dan 6 weken geleden uitgestroomd zijn naar (begeleid) zelfstandig wonen, en mentaal en qua taalniveau in staat zijn om geïnterviewd te worden.

Om de situatie van de deelnemers over tijd te kunnen volgen, zijn zij drie maal geïnterviewd:

- T0, start: september 2020 t/m april 2021
- T1, ongeveer 6 maanden na de start: maart 2021 t/m oktober 2021
- T2, ongeveer één jaar na de start: september 2021 t/m april 2021

Respons

Direct na uitstroom zijn 92 valide interviews afgenomen. Zes maanden later hebben we 78 van de 92 deelnemers opnieuw geïnterviewd (10 waren niet bereikbaar en 4 wilden niet meer meedoen). Eén jaar na uitstroom hebben we 72 van deze 78 deelnemers geïnterviewd (4 waren niet bereikbaar waren en 2 niet wilden niet meedoen). In dit rapport beschrijven wij de resultaten die gaan over de situatie van deze 72 deelnemers.

Achtergrondkenmerken van de 72 deelnemers (direct na de transitie)

- 71% ($n=51$) was man, met een leeftijd van gemiddeld 44 jaar (min-max: 20-75 jaar).
- 88% ($n=63$) was alleenstaand.
- 72% ($n=52$) had *geen* migratieachtergrond, wat betekent dat beide ouders in Nederland zijn geboren. Van twee deelnemers was de herkomst onbekend.
- 14% ($n=10$) was laagst opgeleid (geen opleiding of alleen basisschool of speciaal onderwijs afgemaakt), 39% ($n=28$) was laag opgeleid (lager of voorbereidend beroepsonderwijs of middelbaar algemeen voortgezet onderwijs afgemaakt), 31% ($n=22$) was middelbaar opgeleid (middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs afgemaakt) en 10% ($n=7$) was hoog opgeleid (hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs of hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderzoek afgemaakt). Van de overige vijf deelnemers was de hoogst afgeronde opleiding onbekend.¹
- 67% ($n=48$) verbleef voor het zelfstandig wonen in een woonvoorziening voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang en 33% ($n=24$) verbleef bij beschermd wonen of in een woonvoorziening in de GGZ/verslavingszorg. Gemiddeld verbleven zij daar ruim 1,5 jaar met een minimum van 1 maand en een maximum van 14 jaar.

¹ Bij het vaststellen van opleidingsniveau is de indeling van het CBS gehanteerd. 'Geen opleiding' is toegevoegd bij 'laagst'.



Resultaten

Hierna worden de resultaten weergegeven, opgesplitst naar de vier condities van het model van sociale kwaliteit.

Meedoen

Huisvesting

Van de 72 deelnemers is 28% ($n=20$) nooit dakloos geweest. Onder dakloos verstaan wij overnachten: op straat, in de open lucht, overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra, auto), passantenverblijf, nachtopvang, slaaphuis of noodcentrum. De andere 52 deelnemers (72%) zijn gemiddeld ruim 1,5 jaar dakloos geweest, met een minimum van drie dagen en een maximum van dertig jaar.

Bijna alle deelnemers ($n=67$; 93%) woonden één jaar na de transitie nog steeds in dezelfde woning en hebben daar het gehele jaar gewoond. Vijf deelnemers woonden na één jaar in een andere woning. Eén was ontevreden over zijn eerste woning en kreeg daarom na zeven maanden een nieuwe zelfstandige woning. Bij één deelnemer ontstond na elf maanden een lekkage waardoor hij moest verhuizen naar een andere zelfstandige woning en één deelnemer was één jaar na uitstroom net een paar dagen ingetrokken in zijn nieuwe zelfstandige woning (reden hiervoor is onbekend). Eén respondent trok zes maanden na de transitie bij zijn zoon in, omdat zijn woning niet veilig voelde en één respondent werd zes maanden na uitstroom vrijwillig opgenomen in een kliniek voor psychiatrische hulp. De respondenten waardeerden hun woonsituatie direct na de transitie en één jaar later gemiddeld als 'goed' (met resp. de scores 6,0 en 6,1) op een 7-puntsschaal van 1=vreselijk tot 7=prima² (Lehman, 1995). Er was geen significant verschil in de tevredenheid direct na de transitie en één jaar later.

Financiën & schulden

Direct na de transitie had 65% van de deelnemers schulden; één jaar later lag dit percentage op 55%. Dit verschil is niet significant. Ook het gemiddelde schuldbedrag direct na de transitie verschilde niet significant van het schuldbedrag na één jaar (€9929 vs. €8128; n is resp. 37 en 32). Deelnemers hadden minimaal een schuld van €20 en maximaal €78.136.³

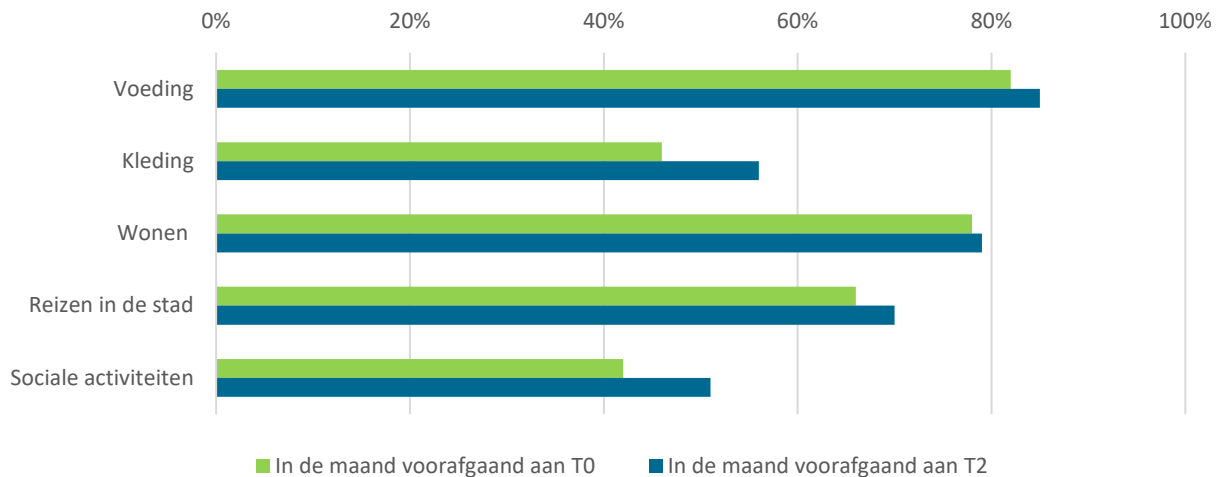
Aan de 72 deelnemers is direct na de transitie en één jaar later gevraagd of zij in de afgelopen maand voldoende geld hadden om uit te geven aan voeding, kleding, wonen, reizen in de stad en sociale activiteiten (Lehman, 1995). De meesten (66-85%) hadden zowel direct na de transitie, als één jaar later voldoende geld om uit te geven aan voeding, wonen en reizen in eigen stad (zie figuur 1). Echter minder dan de helft (42-46%) had direct na de transitie voldoende geld voor kleding en sociale activiteiten; één jaar later had 51-61%

² De zeven antwoordopties zijn: '1=vreselijk', '2=slecht', '3=matig', '4=niet slecht, niet goed', '5=redelijk', '6=goed' en '7=prima'.

³ Eén deelnemer had op T0 en T2 resp. een schuld van €150.000 en €200.000. Deze bedragen zijn buiten beschouwing gelaten, omdat het 'uitschieters' betreffen; waarden die relatief ver verwijderd liggen t.o.v. de overige data.

hier voldoende geld voor. Hoewel de financiële situatie één jaar na uitstroom gunstiger lijkt dan direct na de transitie, zijn hier geen significante verschillen gevonden.

Figuur 1. Voldoende budget voor de vijf basisbehoeften direct na de transitie en één jaar later, in de maand voorafgaand aan het interview (n=71-72)

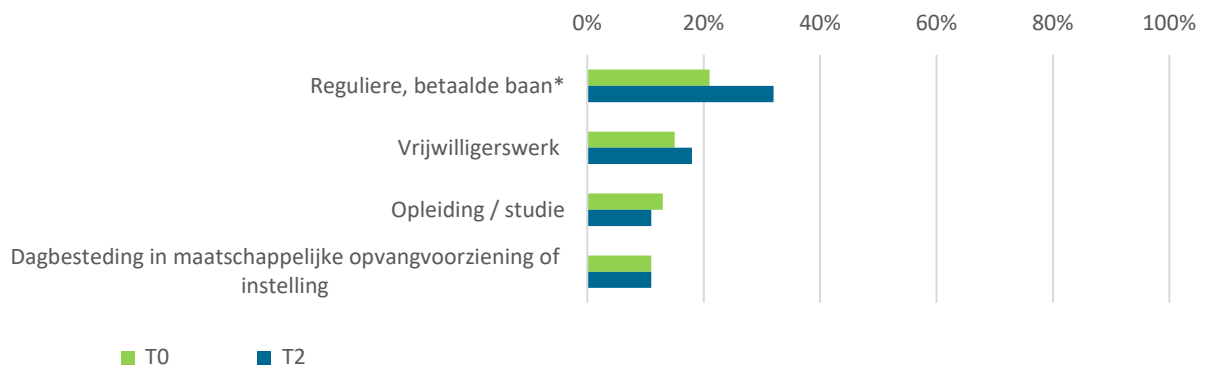


Dagbesteding & vrije tijd

Aan deelnemers is gevraagd of zij een vaste dagbesteding hadden, zoals (vrijwilligers)werk of het volgen van een opleiding/studie. Ruim de helft van alle deelnemers (54%; $n=39$) had direct na de transitie een vaste dagbesteding; bijna allemaal (90%; $n=35$) hadden dat één jaar na uitstroom nog steeds. Van de 33 deelnemers (46%) die direct na de transitie geen vaste dagbesteding hadden, had 70% van hen ($n=23$) dat één jaar later nog steeds niet. Hoewel één jaar na de transitie meer deelnemers dagbesteding hadden dan direct na de transitie (63% vs. 54%), is dit verschil niet significant.

Bij dagbesteding ging het direct na de transitie en één jaar later in de meeste gevallen om een reguliere, betaalde baan (zie figuur 2). We zien dat één jaar na de transitie significant meer deelnemers een reguliere, betaalde baan hebben dan direct na de transitie (32% vs. 21%). Bij de andere vormen van dagbesteding zien we geen significante verschillen over de tijd: vrijwilligerswerk (15% en 18%, resp. direct na de transitie en één jaar later), opleiding of studie (13% en 11%, resp. direct na de transitie en één jaar later) en dagbesteding in maatschappelijke opvangvoorziening of instelling (11%, direct na de transitie en één jaar later). Andere vormen van dagbesteding - een werkervaringsplaats, activiteiten in een inloop-, buurt- of dagcentrum of een baan in het kader van een arbeidsintegratieproject - werden nauwelijks genoemd (1-3%).

Figuur 2. Dagbesteding direct na de transitie en één jaar later (n=72)



*Significant verschil tussen T0 en T2.

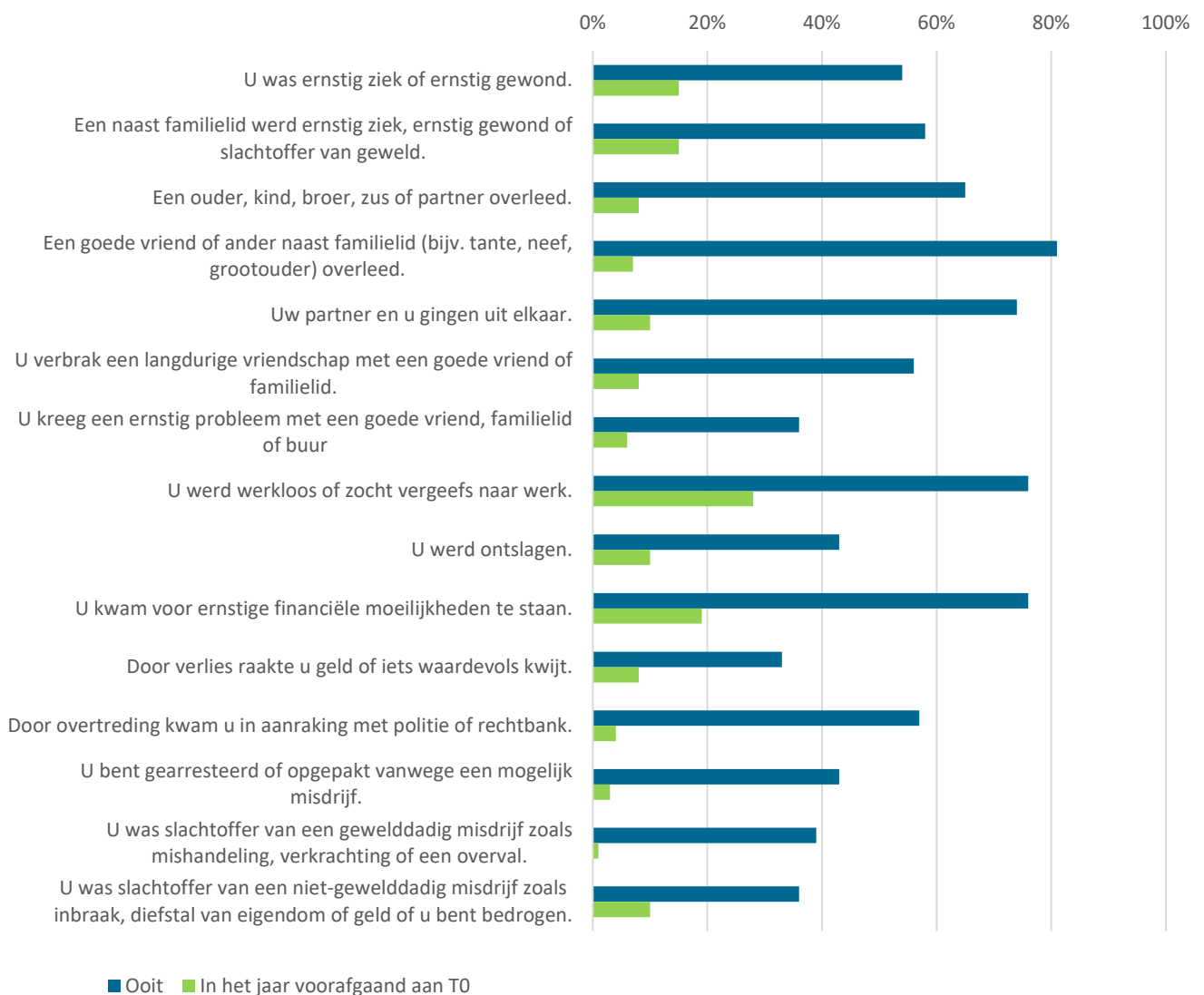
Deelnemers waardeerden hun vrije tijd direct na de transitie gemiddeld als 'redelijk' (5,3) en na één jaar als 'goed' (5,5) op een 7-puntsschaal van 1=vreselijk tot 7=prima⁴ (Lehman 1995). Het verschil tussen beide metingen is niet significant.

Ingrijpende gebeurtenissen & veiligheid

Aan alle deelnemers is gevraagd of zij ingrijpende levensgebeurtenissen hebben meegemaakt in het jaar voorafgaand aan de transitie én eerder in hun leven (Brugha & Cragg, 1990; Lehman, 1995). Meer dan 70% heeft ooit een goede vriend of ander naast familielid (bijv. tante, neef, grootouder) verloren door sterfte, ging met zijn partner uit elkaar, werd werkloos of zocht vergeefs naar werk, of kwam voor ernstige financiële moeilijkheden te staan (zie figuur 3). De meest voorkomende ingrijpende gebeurtenissen in het jaar voorafgaand aan de transitie zijn werkloos zijn of vergeefs zoeken naar werk (28%), kampen met ernstige financiële moeilijkheden (19%), ernstig ziek of ernstig gewond zijn (15%) en een naast familielid hebben dat ernstig ziek, ernstig gewond, of slachtoffer van geweld was (15%).

⁴ De zeven antwoordopties zijn: '1=vreselijk', '2=slecht', '3=matig', '4=niet slecht, niet goed', '5=redelijk', '6=goed' en '7=prima'.

Figuur 3. Meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen ooit en in het jaar voorafgaand aan de transitie (n_{range}=69-72)



Deelnemers waardeerden hun veiligheid zowel direct na de transitie als één jaar later als 'goed' (6,0) op een 7-puntsschaal van 1=vreselijk tot 7=prima⁵ (Lehman, 1995).

Informele steun

Om een beeld te krijgen van de informele steun die deelnemers krijgen van hun familie en vrienden vroegen we hoe vaak zij voor hen klaar staan (of zouden staan als de situatie zich nog nooit heeft voorgedaan) om; 1) een leuke tijd mee te hebben, 2) voeding of een slaapplek aan te bieden of andere zaken die zij nodig hebben voor hun bestaan, 3) naar hen te luisteren als zij over zichzelf of hun problemen praten, 4) mee te gaan naar een afspraak voor morele steun en 5) te tonen dat zij om hen geven of van hen houden (Homelessness questionnaire, Rand Corporation). De scoring van de vragen gebeurde op een vijfpuntsschaal van 1=nooit tot 5=altijd.⁶ Zowel direct na de transitie als één jaar later is de gemiddelde score van deze vijf

⁵ De zeven antwoordopties zijn: '1=vreselijk', '2=slecht', '3=matig', '4=niet slecht, niet goed', '5=redelijk', '6=goed' en '7=prima'.

⁶ 1 = nooit, 2 = zelden, 3 = soms, 4 = vaak, 5 = altijd.

items een 3,4. Dit betekent dat de deelnemers zich gemiddeld gezien 'soms' gesteund voelden door hun sociale netwerk. Ongeveer een kwart voelde zich 'nooit' tot 'zelden' gesteund (26% en 24%, resp. direct na de transitie en één jaar later).

Erbij horen

Verbondenheid

De verbondenheid die deelnemers met anderen voelen is gemeten aan de hand van acht stellingen, zoals *'Mensen in mijn leven geven om mij'* en *'Ik zie de mensen met wie ik regelmatig om ga als mijn vrienden'*, die gescoord worden op een zevenpuntsschaal van 1=helemaal niet waar tot 7=heel erg waar, waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van verbondenheid (Ryan & Deci, 2000).⁷ Direct na de transitie en één jaar later waren de gemiddelde scores resp. 5,2 en 5,3 (geen significant verschil). Dit betekent dat de deelnemers zich redelijk verbonden voelden met anderen en dat dit gevoel niet veranderde in het eerste jaar na de transitie.

(Zelf)stigma

We hebben deelnemers zeven stellingen voorgelegd die ervaren stigma en zelfstigma meten (gebaseerd op Mickelson, 2001). Een voorbeelditem van ervaren stigma is *'Ik heb het gevoel dat anderen op mij neerkijken omdat ik in de maatschappelijke opvang/beschermd heb gewoond'* en van zelfstigma is *'Er zijn momenten geweest waarin ik me schaamde dat ik in de maatschappelijke opvang/beschermd heb gewoond'*. Deze stellingen worden gescoord op een vijfpuntsschaal, van 1=zeker mee oneens tot 5=zeker mee eens, waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van stigma.⁸ Deelnemers scoorden gemiddeld een 2,3 voor ervaren stigma en een 2,6 voor zelfstigma, zowel direct na de transitie als één jaar later. Dit laat zien dat de deelnemers weinig stigma ervoeren en dat dit gevoel over tijd niet veranderde.

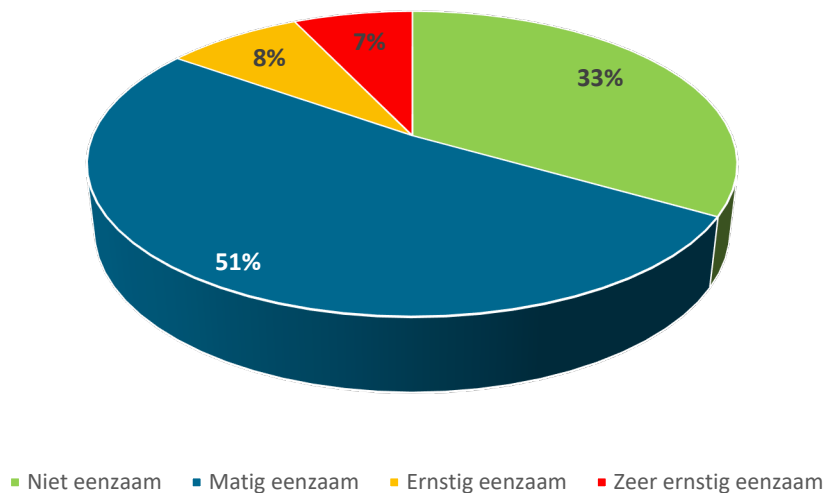
Eenzaamheid

Om gevoelens van emotionele en sociale eenzaamheid te meten zijn één jaar na de transitie elf stellingen aan deelnemers voorgelegd, zoals *'Ik ervaar een leegte om mij heen'*, en *'Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt'* waarop zij konden antwoorden met 'ja', 'min of meer' en 'nee' (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999). Op basis van deze antwoorden is een totaalscore berekend, die van 0 tot 11 loopt (de antwoorden 'ja' en 'min of meer' krijgen de score 1 en het antwoord 'nee' een score 0). Hoe hoger de score, hoe eenzamer mensen zich voelen. Een score van 0 tot en met 2 staat voor de afwezigheid van gevoelens van eenzaamheid. Een score van 3 tot en met 8 wijst op gevoelens van matige eenzaamheid, een score van 9 of 10 staat voor ernstige eenzaamheid en een score van 11 voor zeer ernstige eenzaamheid. Eén jaar na de transitie was twee derde van de deelnemers ($n=48$) eenzaam (zie figuur 4); circa de helft ($n=37$) was matig eenzaam en de overige 15% ($n=11$) was ernstig of zeer ernstig eenzaam.

⁷ 1 = helemaal niet waar, 2 = niet waar, 3 = een beetje niet waar, 4 = niet waar en niet onwaar, 5 = een beetje waar, 6 = waar, 7 = heel erg waar.

⁸ 1 = zeker mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee oneens, niet mee eens, 4 = mee eens, 5 = zeker mee eens.

Figuur 4. Mate van eenzaamheid, één jaar na de transitie (n=72)



De elf items kunnen onderverdeeld worden in twee subschalen: emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Iemand is emotioneel eenzaam wanneer hij een gemis ervaart van intieme relaties, met wie lief en leef gedeeld kan worden; er ontbreekt een hechte band met een partner of een hartsvriend(in). Sociale eenzaamheid duidt vooral op een gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's of buurtgenoten (De Jong Gierveld, 2006). De resultaten laten zien dat 60% van de deelnemers ($n=43$) emotioneel eenzaam was en de helft ($n=37$) sociaal eenzaam.

Jezelf zijn

Gezondheid

Een indruk van de gezondheid van de deelnemers is verkregen door het meten van symptomen van hostiliteit (=vijandigheid; bv. snel ruzie krijgen), somatische (=lichamelijke) klachten (bv. pijn op de borst of het hart), angst (bv. zomaar plotseling bang worden) en depressiviteit (bv. somber voelen; De Beurs, 2009). De scores op de symptomen worden gescoord op een vijfpuntsschaal, van 0=helemaal geen tot 4=heel veel⁹ en kunnen worden vergeleken met (norm)scores van een steekproef uit de Nederlandse bevolking (30+ jaar)¹⁰ (zie tabel 2). De mannelijke deelnemers hadden bij beide metingen evenveel last van hostiliteit als de algemene bevolking. Van somatische klachten en depressiviteit hadden ze in sterkere mate last. Voor angstklachten daalde de last in het eerste jaar na de transitie van een sterk niveau naar een gemiddelde niveau. Bij de vrouwen zien we dat ze op beide meetmomenten in gemiddelde mate last hadden van hostiliteit- en somatische klachten t.o.v. de algemene bevolking. Van angst- en depressiviteitsklachten hadden ze direct na de transitie in sterkere mate last. Na één jaar hadden ze er in gemiddelde mate last van.

⁹ 0 = helemaal geen, 1 = een beetje, 2 = nogal, 3 = tamelijk veel 4 = heel veel.

¹⁰ Deze norm is gebaseerd op gegevens van een representatieve Nederlandse bevolkingssteekproef van 200 personen: 89 mannen en 111 vrouwen. Deze steekproef is uitgesplitst naar geslacht (De Beurs, 2009).

Tabel 2. Gemiddelde scores van de deelnemers en de mate van last t.o.v. de norm op de dimensies hostiliteit, somatische klachten, angst en depressiviteit direct na de transitie en één jaar later, opgesplitst naar geslacht

Dimensie	T0 gem score (mate van last* t.o.v. de norm)	T2 gem score (mate van last* t.o.v. de norm)
Man (n=51)		
Hostiliteit	0,3 (gemiddeld)	0,3 (gemiddeld)
Somatische klachten	0,3 (sterk)	0,4 (sterk)
Angst	0,5 (sterk)	0,4 (gemiddeld)
Depressiviteit	0,6 (sterk)	0,6 (sterk)
Vrouw (n=21)		
Hostiliteit	0,4 (gemiddeld)	0,4 (gemiddeld)
Somatische klachten	0,5 (gemiddeld)	0,5 (gemiddeld)
Angst	0,7 (sterk)	0,6 (gemiddeld)
Depressiviteit	0,7 (sterk)	0,6 (gemiddeld)

*De mate van last wordt geclassificeerd als: gering, gemiddeld en sterk.

Autonomie

De mate waarin deelnemers zich autonoom voelen, is gemeten aan de hand van stellingen, zoals 'Ik heb het gevoel dat ik vrij ben om zelf te bepalen hoe ik mijn leven wil leiden', die gescoord worden op een zevenpuntsschaal van 1=helemaal niet waar tot 7=heel erg waar (Ryan & Deci, 2000), waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van autonomie.¹¹ Direct na de transitie en na één jaar waren de gemiddelde scores resp. 5,3 en 5,2 (geen significant verschil). Dit betekent dat de deelnemers zich redelijk autonoom voelden en dat hun gevoelens van autonomie niet groeiden in het eerste jaar na de transitie.

Competentie

Ook de mate waarin deelnemers zich competent voelden om hun doelen te halen is gemeten aan de hand van stellingen, zoals 'Op de meeste dagen heb ik een gevoel van succes bij wat ik doe', die gescoord worden op een zevenpuntsschaal van 1=helemaal niet waar tot 7=heel erg waar (Ryan & Deci, 2000), waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van competentie.¹² Meteen na de transitie en één jaar later waren de gemiddelde scores resp. 4,9 en 5,0 (geen significant verschil). Dit houdt in dat de deelnemers zich bij beide metingen redelijk competent voelden en dat hun gevoel van competentie niet steeg in het eerste jaar na de transitie.

Coping

Copingstrategieën zijn strategieën die mensen gebruiken om om te gaan met stress en tegenslagen. Hierbij wordt vaak onderscheid gemaakt tussen adaptieve en maladaptieve strategieën. Adaptieve strategieën zijn strategieën die op de lange termijn effectief zijn, terwijl maladaptieve strategieën op de korte termijn mogelijk verlichting geven, maar op de lange termijn niet effectief zijn bij het omgaan met stress en tegenslagen. In dit onderzoek hebben we copingstrategieën gemeten aan de hand van een instrument dat bestaat uit 36 stellingen (Garnefski & Kraaij, 2007). Stellingen zijn bijvoorbeeld 'Ik denk dat ik als persoon 'sterker' word door de situatie' en 'Ik denk er telkens aan hoe verschrikkelijk de situatie is geweest'. De

¹¹ 1 = helemaal niet waar, 2 = niet waar, 3 = een beetje niet waar, 4 = niet waar en niet onwaar, 5 = een beetje waar, 6 = waar, 7 = heel erg waar.

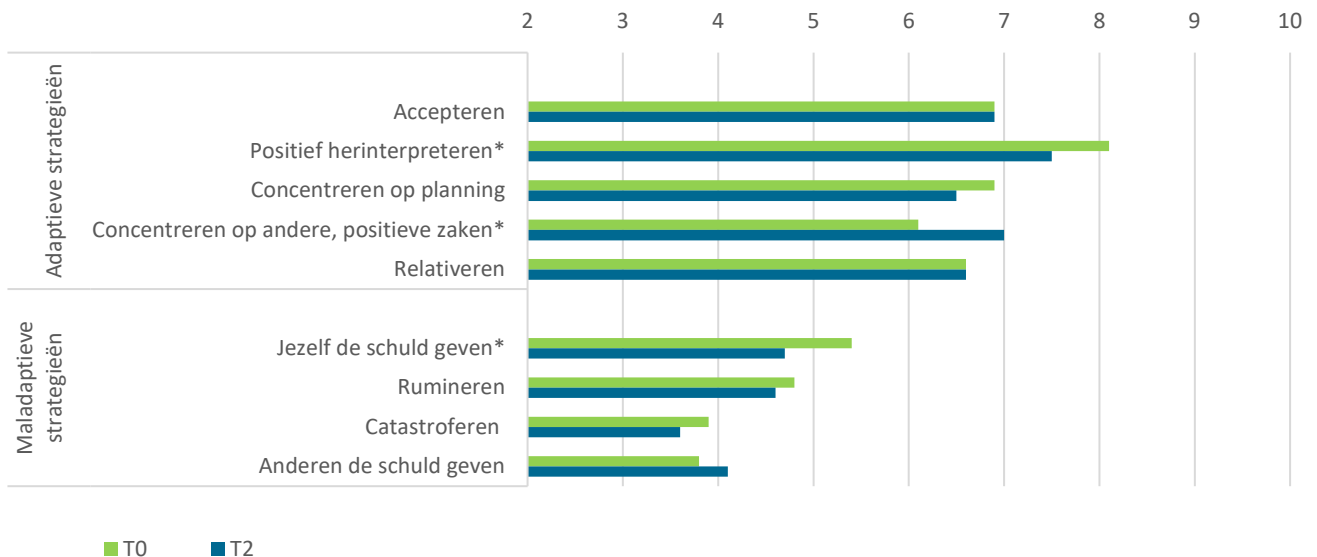
¹² 1 = helemaal niet waar, 2 = niet waar, 3 = een beetje niet waar, 4 = niet waar en niet onwaar, 5 = een beetje waar, 6 = waar, 7 = heel erg waar.

stellingen horen bij negen schalen waarvan vijf adaptieve strategieën (namelijk accepteren, positief herinterpreteren (=een positieve betekenis aan een negatieve gebeurtenis geven), concentreren op planning,

concentreren op andere/positieve zaken en relativeren) en vier maladaptieve strategieën (namelijk jezelf de schuld geven, rumineren (=doorlopend focussen op negatieve gevoelens en problemen, zonder in actie te komen), catastroferen (=het probleem in gedachten verergeren) en anderen de schuld geven). Elke schaal bestaat uit twee stellingen. Deelnemers dienden op een vijfpuntsschaal van 1= (bijna) nooit tot 5=(bijna) altijd¹³ aan te geven in hoeverre zij het met de stellingen eens waren. De gemiddelde schaalscore toont de mate waarin een strategie gebruikt wordt en varieert van 2 (strategie is afwezig) tot 10 (strategie wordt vaak gebruikt).

Op alle adaptieve strategieën scoorden de deelnemers gemiddeld tussen de 6,1 en 8,1 (zie figuur 5). Op 'positief herinterpreteren' scoorden ze het hoogst zowel direct na de transitie als één jaar later waarbij de score significant daalde in deze periode (van 8,1 naar 7,5); het tegenovergestelde geldt voor 'concentreren op andere, positieve zaken' (6,1 en 7,0 resp. direct na de transitie en één jaar later). De scores voor maladaptieve strategieën liggen allemaal tussen de 3,5 en de 5,5. Op 'jezelf de schuld geven' scoorden de deelnemers één jaar na de transitie significant lager dan direct na de transitie (4,7 vs. 5,4). De mate waarin ze de andere strategieën gebruikten, veranderde niet over tijd.

Figuur 5. Gemiddelde scores voor adaptieve en maladaptieve strategieën direct na de transitie en één jaar later (n_{range}=68-72)



*Significant verschil tussen T0 en T2.

Herstel

Om een indruk te krijgen van het persoonlijk herstel van de deelnemers, hebben we ze vijftien stellingen voorgelegd over hoe het met ze gaat, zoals 'Ik ben in staat geweest om me neer te leggen bij dingen die me in het verleden zijn overkomen en om verder te gaan met mijn leven' en 'Ik vind de tijd om dingen te doen die ik leuk vind' (Law e.a., 2014; Neil e.a., 2009). Deze vragen zijn gemeten op een vijfpuntsschaal van 0=sterk mee

¹³ 1 = (bijna) nooit, 2 = soms, 3 = regelmatig, 4 = vaak, 5 = (bijna) altijd.

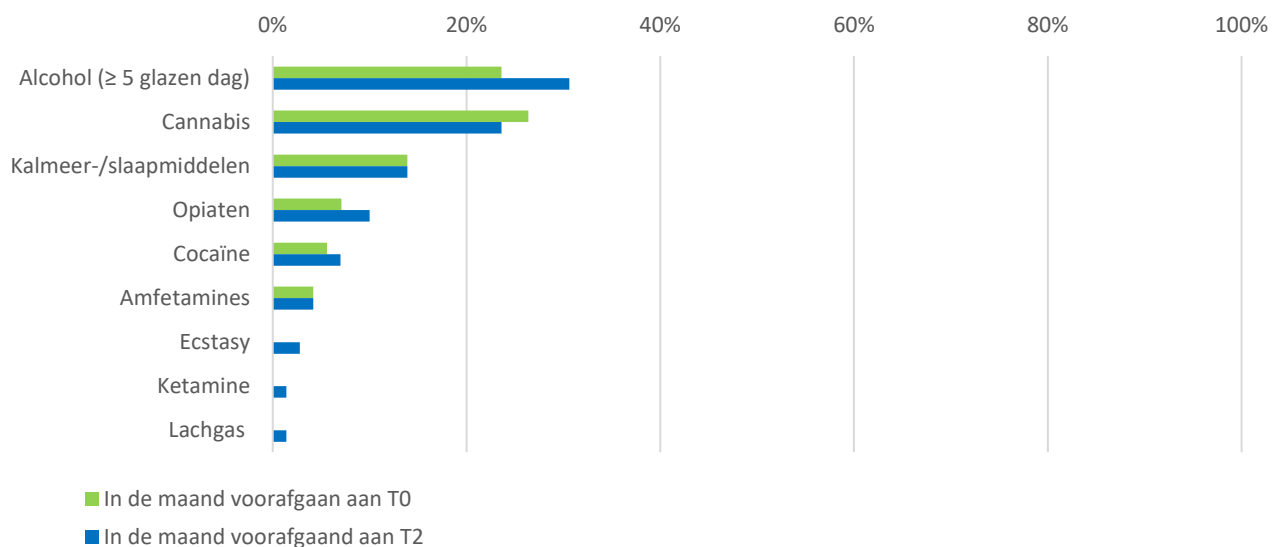
oneens tot 4=heel erg mee eens.¹⁴ De gemiddelde schaalscore staat voor de mate van herstel en varieert van 0 tot 60, waarbij een hogere score een hogere mate van persoonlijk herstel betekent. De gemiddelde

schaalscore van de deelnemers was zowel direct na de transitie als één jaar later 44. Dit betekent dat de deelnemers redelijk tevreden zijn over de mate van hun herstel en er geen vooruitgang was in herstel over tijd.

Middelengebruik

Voor negen verslavende middelen gaven de deelnemers aan of zij deze in de afgelopen maand minimaal 1 dag hebben gebruikt. Dit vroegen we zowel direct na de transitie als één jaar later. Alcohol en cannabis waren de twee meest gebruikte middelen. Voor alcohol (5 glazen of meer per dag) was dit resp. 24% en 31% en voor cannabis resp. 26% en 23%. Kalmeer-/slaapmiddelen werden op beide meetmomenten door 14% van de deelnemers minimaal 1 dag gebruikt; opiaten resp. 7% en 10% en cocaïne resp. 6% en 7%. Amfetamines, ecstasy, ketamine en lachgas werden nauwelijks gebruikt (minder dan 5% gebruikte dat minimaal 1 dag per maand). Voor geen van de middelen zijn de verschillen in gebruik tussen beide metingen significant.

Figuur 6. Middelengebruik (minimaal 1 dag) in de maand voorafgaand aan het interview direct na de transitie en één jaar later ($n_{range}=70-72$)



Ertoe doen

Relatie met professional

De werkrelatie tussen de deelnemer en de begeleider is gemeten aan de hand van twaalf vragen op een zevenpuntsschaal van 1=nooit tot 7=altijd (Vertommen & Vervaeke, 1990)¹⁵ en is uitgevraagd voor de begeleider met wie de deelnemer het meeste contact had. Hierdoor kan het voorkomen dat deelnemers

¹⁴ 1 = sterk mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee eens, niet mee oneens, 4 = mee eens, 5 = sterk mee eens.

¹⁵ 1 = nooit, 2 = zelden, 3 = af en toe, 4 = soms, 5 = vaak, 6 = heel vaak, 7 = altijd.

direct na de transitie rapporteerden over de werkrelatie met een andere begeleider dan dat ze één jaar later deden. Een hogere score, betekent dat de deelnemers positiever zijn over de werkrelatie met hun begeleiders.

De twaalf items zijn verdeeld over drie schalen (vier items per schaal):

- Taken: items over de door de deelnemer ervaren overeenstemming met de begeleider over de gestelde taken. Bijvoorbeeld: *'Mijn begeleider en ik zijn het eens over de dingen die ik moet doen om mijn situatie te kunnen verbeteren.'*
- Verbondenheid: items over de door de deelnemer ervaren emotionele band tussen deelnemer en begeleider. Bijvoorbeeld: *'Ik voel dat mijn begeleider mij aardig vindt.'*
- Doelen: items over de door de deelnemer ervaren overeenstemming met de begeleider over de gestelde doelen. Bijvoorbeeld: *'Mijn begeleider en ik werken naar in gezamenlijk overleg vastgestelde doelen toe.'*

Deelnemers beoordelen alle onderdelen van hun werkrelatie positief (zie tabel 3). Er zijn geen significante verschillen tussen de werkrelatie direct na de transitie en één jaar later.

Tabel 3. Gemiddelde scores op de drie subschalen van de werkrelatie direct na de transitie en één jaar later ($n_{range}=33-34$)¹⁶

Schaal	T0 gem score	T2 gem score
Taken	5,0	5,0
Verbondenheid	5,3	5,6
Doelen	5,2	5,6
Totaal	5,1	5,4

Begeleiding na de transitie

Tijdens het vertrek uit de voorziening en in de eerste weken daarna, kregen alle deelnemers begeleiding. De meeste deelnemers ($n=50$; 69%) kregen uitsluitend hulp van de betreffende voorziening. Ruim een vijfde ($n=16$; 22%) kreeg daarbij ook hulp van een andere organisatie, bijvoorbeeld de gemeente. Enkel ($n=4$) gaven aan alleen hulp te hebben gehad van een andere organisatie. Voor twee deelnemers was dit onbekend.

Zorggebruik

In het half jaar voorafgaand aan de meting direct na de transitie en in het half jaar voorafgaand aan de meting één jaar later, gebruikten de deelnemers vooral medische zorg: voornamelijk de huisarts, een algemeen ziekenhuis en de tandarts (percentages variëren van 36% tot 78%) (zie figuur 7). Ongeveer een

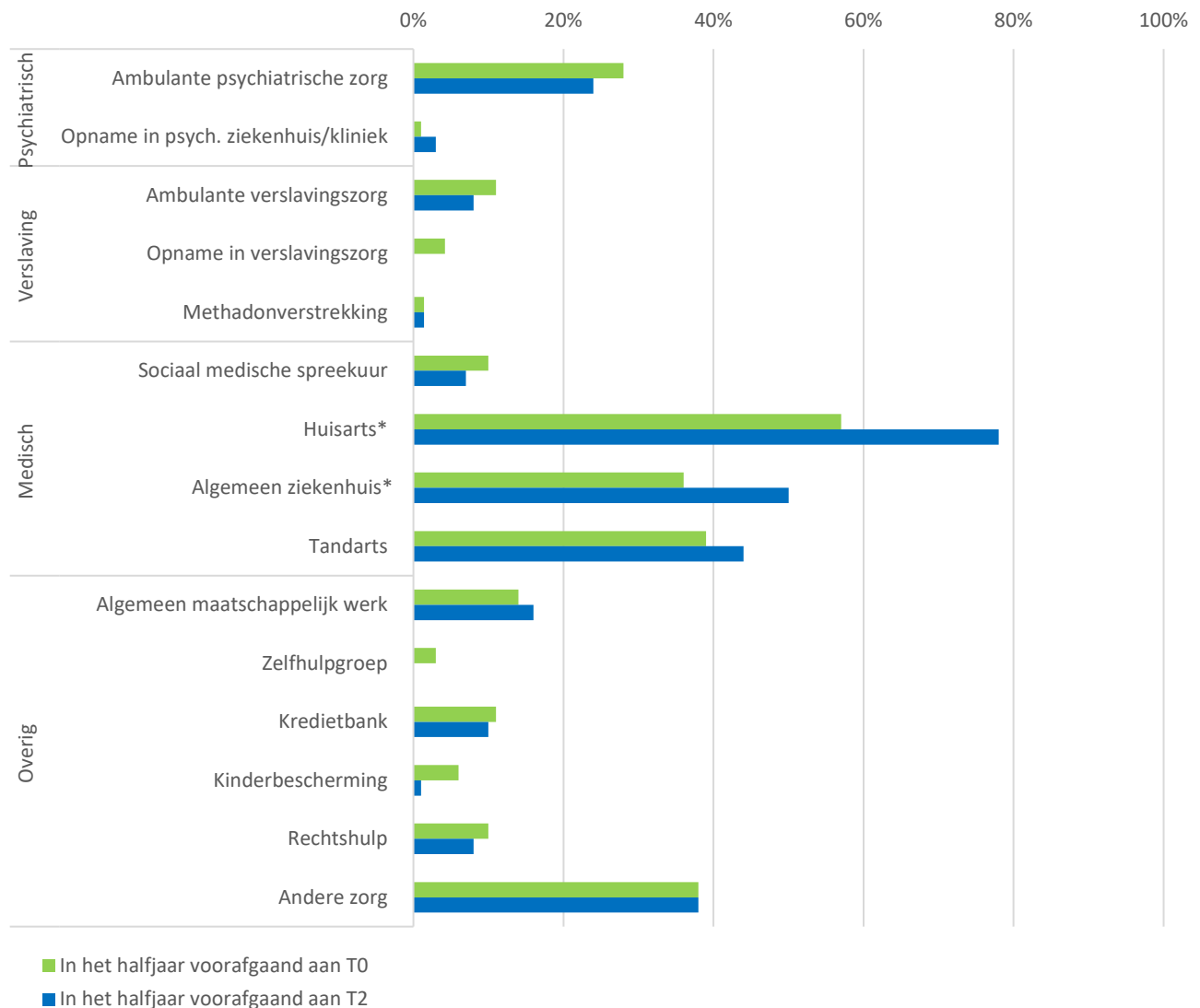
kwart ontving ambulante psychiatrische zorg. Daarnaast had ongeveer 15% contact met het algemeen maatschappelijk werk en maakte ongeveer een tiende gebruik van de kredietbank, de ambulante verslavingszorg, rechtshulp en het sociaal medische spreekuur (percentages variëren van 7% tot 11%). Ruim een derde (38%) van de deelnemers gebruikte in het half jaar voorafgaand aan de metingen andere vormen van zorg; het ging hierbij bijna altijd om bewindvoering.

¹⁶ 50 van de 72 deelnemers hadden op zowel T0 als T2 een begeleider; 34 van hen hadden op T2 dezelfde begeleider als op T0. De hierna gepresenteerde resultaten m.b.t. werkrelatie hebben betrekking op deze 34 deelnemers.

Resultaten

In de periode tussen zes en twaalf maanden na de transitie maakte significant meer deelnemers gebruik van de huisarts (resp. 78% en 57%) en het algemeen ziekenhuis (resp. 50% en 36%), vergeleken met het half jaar voor de transitie.

Figuur 7. Zorggebruik in het half jaar voorafgaand aan de transitie en in de periode tussen zes en twaalf maanden na de transitie (n_{range}=71-72)



*Significant verschil tussen T0 en T2.

Zorgaansluiting

Direct na de transitie, een half jaar en één jaar later vroegen wij de deelnemers op verschillende leefgebieden: (a) 'Wilt u hulp op dit gebied?' en (b) 'Krijgt u hierbij hulp van instanties?', waarop zij konden antwoorden met 'ja' of 'nee' (gebaseerd op Wennink & Wijngaarden, 2004). Aan de hand van de antwoorden ontstaan vier vraag-aanbodconfiguraties (Maas et al., 2012; Wolf et al., 2006):

- A. Vervulde hulpbehoefte: hulp gewenst en ontvangen.
- B. Ongevraagde bemoeienis: hulp niet gewenst maar wel ontvangen.
- C. Onvervulde hulpbehoefte: hulp gewenst maar niet ontvangen.
- D. Geen hulpbehoefte: hulp niet gewenst en ook niet ontvangen.

Bij A en D is in principe sprake van een match tussen vraag en aanbod, bij B en C niet (zie figuur 8).

Vervulde hulpbehoefte

Een vervulde hulpbehoefte zien we bij alle drie de metingen vooral op het gebied van financiën; ruim 40% wenste hier hulp bij en kreeg dat ook. Ook bij psychische gezondheid (bij alle drie de metingen), huisvesting (direct en een half jaar na de transitie), dagbesteding & vrije tijd (direct na de transitie) en het vinden van (betaald) werk (half jaar na de transitie) ligt dit percentage relatief hoog (ruim 20%).

Ongevraagde bemoeienis

Ongevraagde bemoeienis kwam bijna niet voor. Bij financiën was dit percentage het hoogst; resp. 17%, 17% en 14% wilde hier direct, een half jaar en één jaar na de transitie geen hulp bij, maar kreeg dat toch.

Onvervulde hulpbehoefte

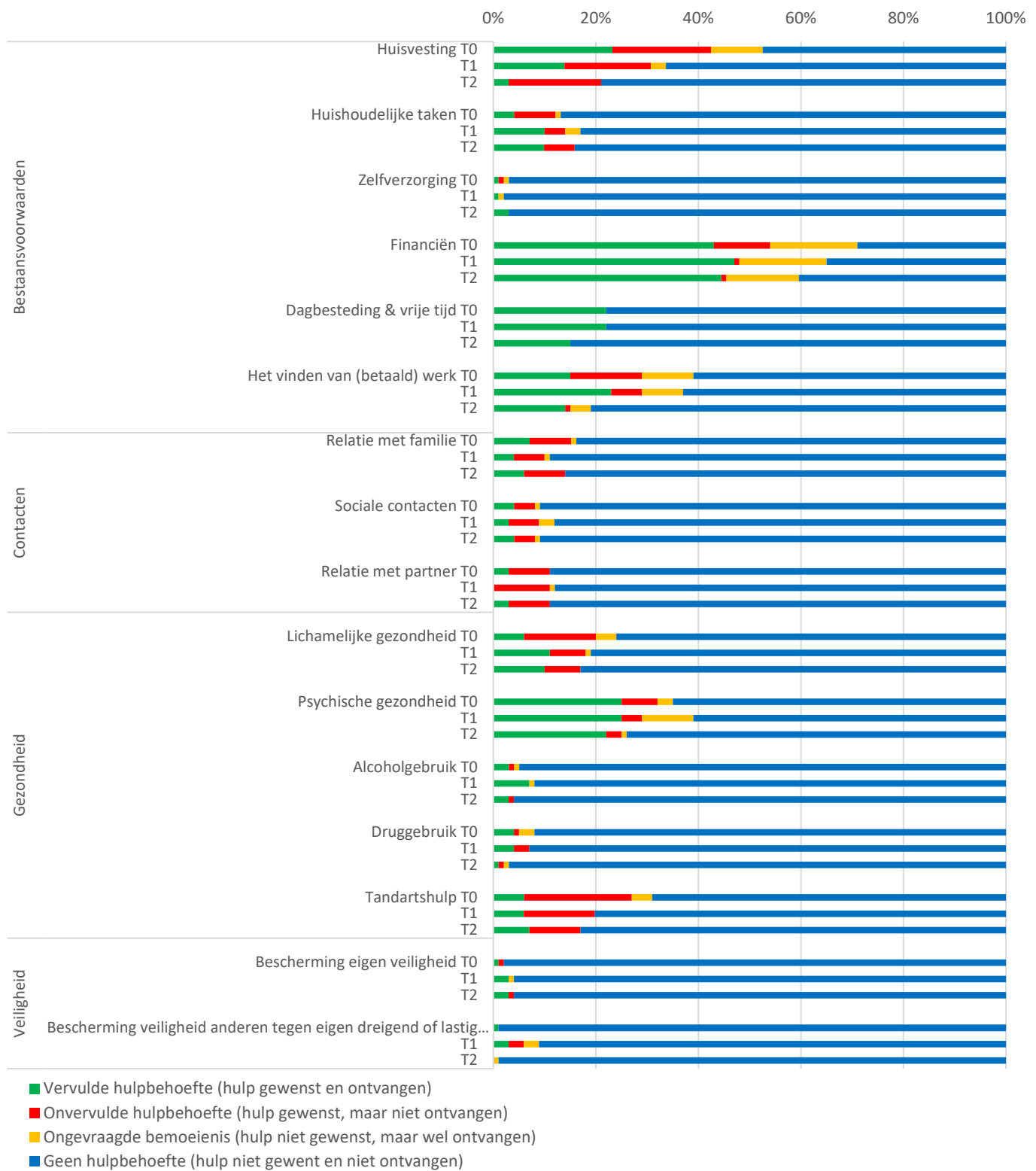
Een onvervulde hulpbehoefte zien we bij de drie metingen met name bij huisvesting. Ongeveer een vijfde wenste hier hulp bij, maar kreeg dat niet. Ook bij gebit wilde een vijfde hulp, maar kreeg dit niet; dit geldt echter enkel voor het meetmoment direct na de transitie.

Geen hulpbehoefte

Voor de meeste leefgebieden geldt dat de meerderheid van de deelnemers - minstens 60% - geen hulp wenste en dat ook niet kreeg. Dit geldt niet voor financiën; daar is het percentage dat geen hulp wenst en krijgt direct, een half jaar en één jaar na de transitie resp. 29%, 35% en 40%. Ook voor bij huisvesting geldt dit niet; daar wilde direct na de transitie minder dan de helft (47%) geen hulp en kreeg dat ook niet.

Resultaten

Figuur 8. Gewenste en ontvangen hulp direct, een half jaar, en één jaar na de transitie ($n_{range}=71-72$)





Beschouwing

Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc volgde in het kader van dit monitoronderzoek één jaar lang 72 mensen die vanuit een maatschappelijke opvangorganisatie of beschermd wonen de stap maakten naar (begeleid) zelfstandig wonen. Van deze 72 mensen is onder andere hun huisvesting, verbondenheid met anderen, gezondheid en zorgbehoeften onderzocht.

De resultaten van dit deelonderzoek laten zien dat deelnemers op verschillende gebieden redelijk meedoen, zowel vlak na hun transitie naar zelfstandig wonen als één jaar later. Op twee deelnemers na wonen ze na één jaar nog allemaal zelfstandig, bijna altijd in dezelfde woning en zijn ze tevreden over hun woonsituatie. Voor verschillende essentiële zaken, zoals eten, wonen en reizen, hebben ze voldoende geld. Ook over de invulling van hun vrije tijd en hun veiligheid laten zij zich positief uit. Deelnemers hebben het gevoel er bij te horen na hun transitie; ze voelen zich redelijk verbonden met anderen en ervaren weinig stigma. Ze voelen zich redelijk in staat hun doelen te bereiken en hun leven in te richten zoals ze dat zelf willen. Daarnaast beschikken ze over goede copingsvaardigheden en zijn ze redelijk tevreden over hun persoonlijk herstel. Het zorggebruik van de deelnemers is stabiel over tijd en we zien dat ze in het eerste jaar vooral medische zorg gebruiken. Na één jaar neemt het aantal deelnemers dat de huisarts en het algemeen ziekenhuis bezoekt toe. Wellicht doordat zij een vertrouwensrelatie met hun huisarts hebben opgebouwd en daardoor bij klachten eerder de huisarts bezoeken en vaker doorverwezen worden. Een andere positieve verandering is dat de angstklachten van de deelnemers over de tijd verminderen. De vrouwelijke deelnemers hebben één jaar na uitstroom ook minder last van depressieve klachten. Tot slot beschouwen de deelnemers de werkrelatie met hun begeleiders als positief.

De uitkomsten van dit onderzoek laten echter ook zien dat het niet op alle gebieden goed gaat. Zo heeft 65% van de deelnemers na uitstroom schulden en één jaar later is deze situatie niet verbeterd. Ook het gemiddelde schuldbedrag blijft in het eerste jaar na de transitie hoog en de meerderheid heeft niet voldoende geld voor kleding en sociale activiteiten. Daarnaast heeft bijna de helft van de deelnemers geen vaste dagbesteding direct na de transitie en is dit één jaar later niet significant veranderd. De deelnemers zouden graag vaker steun vanuit hun informele netwerk ontvangen en twee derde voelt zich matig tot heel ernstig eenzaam; zestig procent van de deelnemers is één jaar na de transitie emotioneel eenzaam en de helft is sociaal eenzaam. Voor de mannelijke deelnemers geldt dat ze één jaar na de transitie nog bovengemiddeld kampen met somatische en depressieve klachten. Verder hebben deelnemers nog te vaak een onvervulde hulpvraag bij het houden, opknappen en inrichten van hun woning. Opmerkelijk genoeg wil de meerderheid van de deelnemers (>60%), ondanks hun kwetsbaarheden, bij zo goed als alle leefgebieden geen hulp en krijgt deze ook niet. Als we bijvoorbeeld kijken naar dagbesteding en het vinden van werk, dan zien we dat één jaar na de transitie ruim 80% hier geen hulp bij wil en dat ook niet krijgt, terwijl op dat moment bijna 40% geen vaste dagbesteding heeft en ongeveer twee derde werkloos is. Ook de hoge mate van eenzaamheid en het gebrek aan steun van hun sociale netwerk lijken niet aan te sluiten bij het feit dat meer dan 80% van de deelnemers geen hulp wenst bij relatie met familie en sociale contacten en deze ook niet krijgt. Nader onderzoek is nodig om deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheden te verklaren. Willen de deelnemers geen hulp omdat ze, op basis van eerdere ervaringen, verwachten dat deze hulp weinig oplevert, dat er geen verbetering mogelijk is op deze gebieden of omdat ze geen bemoeienis van anderen willen? Of is

het zo dat ze geen hulp willen omdat ze de situatie niet als problematisch ervaren of verwachten dat ze hun problemen zelfstandig (zonder hulp) op kunnen lossen?

Aanbevelingen

Wonen

Hoewel de deelnemers tevreden zijn over hun woonsituatie, hebben ze nog te vaak een onvervulde hulpvraag bij het behouden, opknappen en inrichten van hun woning. Het is cruciaal om in deze hulpbehoefte te voorzien om het risico op uitval te voorkomen. Gemeenten dienen daarom in staat en bereid te zijn om deze kwetsbare groep langdurig te begeleiden met het oog op behoud van huisvesting. Vanuit de instelling het is het fijn als er ondersteuning geboden kan worden bij het opknappen van de nieuwe woning.

Financiën

De hoge schulden van de deelnemers zijn een urgent probleem. Bij voorkeur wordt in de instellingen al gestart met het systematisch in kaart brengen en aanpakken van schulden, zodat cliënten bij uitstroom een goed financieel overzicht hebben en voldoende in handen hebben om financieel rond te kunnen komen. De problemen van de deelnemers om in hun basisbehoeften te voorzien vormen een risico voor een stabiel bestaan, zeker ook met het oog op de energiecrisis en de stijgende inflatie.

Daarnaast weten we dat schulden leiden tot stress, wat een negatieve invloed heeft op de gezondheid (Madern, 2015) en op de cognitieve vermogens van mensen (Mani et al, 2013). Door de stress lukt het hen minder goed lukt om overzicht te houden en keuzes te maken die helpen bij het aflossen van schulden. Men komt op deze manier in een vicieuze cirkel terecht, waarbij schulden leiden tot stress en deze stress in de weg staat bij het aflossen van schulden. Bij het aanpakken van schulden is het dan ook belangrijk dat hulpverleners stresssensitief werken (Vijlbrief & Van Mourik, 2020). Dat betekent dat hulpverleners weten hoe stress het gedrag en de zelfregulatie van mensen beïnvloedt, dat ze hier rekening mee houden in het contact met hun cliënten en proberen de stress bij hun cliënten zoveel mogelijk weg te nemen. Daarnaast is het belangrijk dat de toegankelijkheid van de schuldhulpverlening wordt vergroot, onder andere door de wachttijden te verkorten en hier meer in te investeren. Van de deelnemers in onderhavig onderzoek had nog geen veertig procent budgetbeheer, terwijl het percentage met schulden hoger was. Omdat we weten dat veel mensen na afbouw van bewindvoering of budgetbeheer op een later moment toch weer financiële problemen krijgen (Boesveldt, 2019), onder andere omdat ze niet opnieuw aankloppen om hulp te vragen, blijft continuering van begeleiding of ondersteuning op dit punt ook een belangrijk aandachtspunt.

Dagbesteding

Bijna de helft van de deelnemers heeft geen vaste dagbesteding na de transitie. Passende dagbesteding is echter zeer belangrijk, ook wanneer dit geen betaald werk is. Het helpt mensen om weer ritme in hun leven te krijgen, zich zinvol te voelen en hun zelfvertrouwen te vergroten, wat kan bijdragen aan het voorkomen van terugval in dakloosheid. Daarnaast kan een zinvolle daginvulling zorgen voor minder contact met risicovolle vroegere contacten. Het is daarom belangrijk dat er zo vroeg mogelijk in het traject aandacht is voor het vinden van een passende dagbesteding (Boesveldt, 2019). Maatwerk is hierbij belangrijk. Samen met de deelnemer kan, bij voorkeur als hij nog in de instelling woont, in kaart worden gebracht wat zijn

wensen zijn en waar zijn talenten liggen. Na uitstroom moeten deelnemers, wanneer zij hier aan toe zijn, ondersteund worden bij het vinden van betekenisvolle dagactiviteiten, (vrijwilligers)werk of scholing. Bij sommige deelnemers zal mogelijk langere tijd ondersteuning nodig zijn bij het behouden van dagbesteding. Bij de deelnemers die een betaalde baan vinden, is het belangrijk om aandacht te hebben voor het voorkomen van een armoedeval, door het wegvallen van sociale voorzieningen wanneer iemand een hoger inkomen heeft (Boesveldt, 2019).

Sociale relaties

Erbij horen en het hebben van voldoende sociale relaties is belangrijk voor de gezondheid. Zo blijkt uit onderzoek dat positieve relaties met familie en vrienden het psychologisch welzijn positief beïnvloeden (Trumbetta et al., 1999). Eenzaamheid heeft daarentegen een negatieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid (Eenzaamheid Informatie Centrum; Cacioppo & Hawkley, 2003). Vergeleken met de Nederlandse bevolking, voelen relatief veel deelnemers uit deze studie zich eenzaam (Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD'en, CBS en RIVM). Extra aandacht voor het verbeteren van sociale relaties van deelnemers is daarom nodig. Het kan hierbij gaan om herstel van contacten met familie en vrienden, maar ook om het aangaan van nieuwe contacten, bijvoorbeeld met lotgenoten. Bij het opbouwen van deze relaties kan het helpen om ook aandacht te hebben voor wat deelnemers kunnen betekenen voor de mensen in hun netwerk. Ook hier geldt dat er bij voorkeur in de instelling al wordt gewerkt aan het opbouwen van een netwerk, zodat de deelnemers er niet alleen voor staan na hun vertrek uit de instelling. Zodra duidelijk is waar mensen gaan wonen, kunnen de hulpverleners met de deelnemers kijken bij welke ontmoetingsplekken in de buurt de deelnemer zich thuis voelt en kan er eventueel contact worden gelegd met de burens.

Bij het opbouwen van een netwerk is het belangrijk om uit te gaan van de persoonlijke situatie en wensen van de deelnemers. Daarnaast is het nodig om rekening te houden met de vaak krappe financiële situatie, waardoor het voor hen lastig kan zijn om mee te doen aan sociale activiteiten. De gemeente kan het opbouwen van een netwerk faciliteren door informele vormen van ondersteuning en ontmoeting in de buurt te begeleiden, zoals burenhulp en bewonersinitiatieven (Van der Zwet & Van de Maat, 2018). Het kan helpen als hulpverleners in het begin contact houden met het netwerk en, als dat nodig is, inzicht geven in eventuele psychische problemen van de deelnemers en hoe men hiermee om kan gaan. Waar nodig kan de hulpverlener ook ondersteuning bieden aan het netwerk, of hen begeleiden bij de ondersteuning die ze bieden.

Het opbouwen van een sociaal netwerk vermindert niet alleen de eenzaamheid, maar zorgt ook dat mensen bij problemen terug kunnen vallen op hun eigen sociale vangnet en minder afhankelijk zijn van professionele hulp- en zorgverlening. Eerder onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat een sterk sociaal netwerk bijdraagt aan een stabiele woonsituatie (Calsyn & Winter, 2002). Het is dan ook belangrijk dat professionals tijdens hun werk de risicofactoren van eenzaamheid herkennen, weten hoe zij eenzaamheid bespreekbaar kunnen maken en hoe zij hier eventuele hulpverlening voor in kunnen schakelen. Sommige professionals zullen hier extra scholing voor nodig hebben (Van der Zwet & Van de Maat, 2018). Een van de bewezen effectieve vormen van hulpverlening die ingezet kan worden bij het doorbreken van eenzaamheid richt zich op het verminderen van negatieve gedachten door sociaal cognitieve training (Van de Maat & Broekroelofs, 2021).

Mentale gezondheid

Eén jaar na uitstroom hebben de mannelijke deelnemers bovengemiddeld vaak somatische en depressieve klachten. Omdat de meeste mensen met depressieve klachten niet zelf om hulp vragen, is het belangrijk dat deze klachten herkend worden en dat hier professionele hulp bij wordt geboden. Professionals zouden geschoold moeten worden in het herkennen van deze klachten. Daarnaast moet worden ingezet op het voorkomen van depressies. Depressiepreventie is niet alleen effectief, maar ook kosteneffectief gebleken (Trimbos, z.d.).

Enkele kanttekeningen

Bij het onderzoek zijn een paar kanttekeningen te plaatsen. Om te beginnen woonden de 72 deelnemers voor de transitie op veel verschillende plekken, uiteenlopend van beschermd wonen tot de nachtopvang. Het is niet uit te sluiten dat dit invloed heeft gehad op de resultaten. Helaas was het aantal deelnemers uit de verschillende locaties te klein om de resultaten apart te analyses voor de verschillende woonvormen. Ook de verschillen in de tijdsduur die de deelnemers vóór de transitie op de locatie woonden was groot, met een minimum van één maand tot een maximum van veertien jaar. Dit zou de resultaten ook kunnen hebben beïnvloed. Door het relatief kleine aantal deelnemers konden we hier niet voor corrigeren.

Verder is het belangrijk om te noemen dat dit onderzoek uitgevoerd werd tijdens de coronacrisis. Zowel tijdens de eerste als de tweede meting waren er vanuit de overheid vrijheidsbeperkende maatregelen opgelegd om de kans op besmetting met het coronavirus zoveel mogelijk te verlagen. Het kan zijn dat deze maatregelen – samen met de angst die voor het coronavirus leefde – impact hebben gehad op de resultaten. Denk aan uitkomsten die betrekking hebben op dagbesteding of op gevoelens van eenzaamheid en ervaren verbondenheid met anderen, maar ook aan bevindingen gerelateerd aan autonomie en coping. Daar komt bij dat naarmate een crisis langer duurt, er meer gevoelens van wanhoop opduiken en het daarom niet onaannemelijk is om te veronderstellen dat als dit onderzoek buiten de crisisperiode had plaatsgevonden we meer positieve verschillen over één jaar tijd hadden gemeten.

Conclusie

De situatie van de deelnemers ziet er één jaar na de transitie verdeeld uit. Deelnemers nemen in grote mate deel aan de maatschappij, hebben het gevoel erbij te horen en er toe te doen, en voelen zich redelijk autonoom en competent. Het treffendste resultaat is dat ze zo goed als allemaal nog zelfstandig gehuisvest zijn, één jaar na de transitie. Wat echter tegelijkertijd opvalt is de kwetsbaarheid van de deelnemers in termen van onder meer hun hoge schulden, hun beperkte sociale netwerk en hun gevoelens van eenzaamheid. Verder is er nog een te grote groep die een hulpvraag heeft bij huisvesting, maar daar geen hulp voor krijgt. Deze resultaten bieden aanknopingspunten voor verbetering van de hulpverlening aan deze groep mensen en aanscherping en onderbouwing van het beleid. De kwetsbaarheid van de deelnemers vraagt om een substantiële inzet van hulpverlening, bij voorkeur al in de instelling. Alles moet worden ingezet om (verdere) maatschappelijke uitval te voorkomen. Gezien de eerder genoemde beperkingen van dit onderzoek, is enige voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de resultaten. Nader onderzoek met een grotere steekproef – na de coronacrisis - is dan ook noodzakelijk.



Literatuur

- Beers, R. (2021). Van opvang naar wonen en weer terug? Maak de uitstroom uit opvang duurzaam! Nijmegen: Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc. [Preventie alliantie - Blog 04 \(impuls-onderzoekscentrum.nl\)](#)
- Boesveldt, N. (2019). Voorkomen terugval Utrecht. Eerste meting van vijfjarig onderzoek naar recidive dakloosheid in Utrecht. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Brugha, T., & Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 77-81.
- Cacioppo, J., & Hawkley, L. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in biology and medicine*, 46, 39-52
- Calsyn, R., & Winter, J. (2002). Social support, psychiatric Symptoms, and housing: A causal analysis. *Journal of community psychology*, 30, 247-259.
- Cebeon (2011). *Kosten en baten van Maatschappelijke opvang: bouwstenen voor effectieve inzet van publieke middelen*. Amsterdam.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal Of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- De Beurs, E. (2009). Brief Symptom Inventory, handleiding addendum. Leiden: PITS BV.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- De Jong Gierveld, J. (2006). Eenzaamheid onder kwetsbare oudere mannen en vrouwen; oorzaken en oplossingen. *Bijblijven*, 22, 390-396.
- Lehman, A. (1995). *Toolkit on evaluating quality of life for persons with severe mental illness*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.
- Maas, M., Al Shamma, S., Altena, A., Jansen, N., & Wolf, J. (2012). *Discuss Amsterdam: Housing first. Evaluatie van de werkzaamheid*. Nijmegen: Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc.
- Madern, T. (2015). *Handreiking: 'bevorderen van gezond financieel gedrag' praktische uitwerking van het proefschrift 'op weg naar een schuldenvrij leven'*. Utrecht: NIBUD.

Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science*, 341, 976-980.

Mickelson, K. (2001). Perceived stigma, social support, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1046-1056.

Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties/Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2022). Nationaal Actieplan Dakloosheid: Eerst een Thuis 2023-2030.

Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Trimbos (z.d.). Depressie signaleren en voorkomen. Geraadpleegd op 12 november 2022, van <https://www.trimbos.nl/kennis/depressiepreventie/>

Trumbetta, S., Mueser, K., Quimby, E., Bebout, R., Teague, G. (1999). Social networks and clinical outcomes of dually diagnosed homeless persons. *Behavior Therapy*, 30, 407-430.

Van de Maat, J. & Broekroelofs, R. Doorbreken van eenzaamheid. Utrecht: Movisie.

Van der Zwet, R., & Van de Maat, J.W. (2018). Preventie van eenzaamheid. Bouwstenen voor beleid. Utrecht: Movisie.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Advies Commissie Toekomst beschermd wonen. Den Haag: VNG, commissie Dannenberg

Vertommen, H., & Vervaeke, G.A.C. (1990). Werkalliantievragenlijst (WAV). Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvath & Greenberg 1986). Leuven: KU Leuven, Departement Psychologie.

Vijlbrief, A., & Van Mourik, K. (2020). Wat werkt bij de aanpak van armoede en schulden. Utrecht: Movisie.
Wennink, J., & Van Wijngaarden, B. (2004). Quality of Life and Care (QoLC). Kwaliteit van leven en vervulling zorgwensen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wolf, J., & Jonker, I. (2020). Pathways to Empowerment: The Social Quality Approach as a Foundation for Person-Centered Interventions. *International Journal of Social Quality*, 19, 29-56.

Wolf, J., Jonker, I., Meertens, V., & Te Pas, S. (2006). Maat en baat van de vrouwenopvang. Onderzoek naar vraag en aanbod [Refuge facilities for women: Availability and effectiveness: A study of supply and demand]. Amsterdam: SWP.

Wolf, J.R.L.M., Scheepers, A.L. & Leerdam, J. van. (2022). Naar een thuis in de wijk. Gids bij uitstroom uit beschermd wonen. Preventie Alliantie, Impuls Werkplaats & Cebeon. Nijmegen: Impuls – UMC st Radboud Nijmegen Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc.



Bijlage 1: Uitgebreide beschrijving van de uitvoering van het onderzoek

Werving van instellingen

Voor deelname aan dit onderzoek zijn alle maatschappelijke opvangvoorzieningen van de Impuls Werkplaats benaderd. In verband met lage aantal aanmeldingen van de Werkplaats, hebben we een extra oproep om deelname breed verspreid. VWS deelde de oproep via zijn nieuwsbrief en de deelnemende organisaties verspreidde de oproep binnen hun netwerk. In totaal deden dertien organisaties mee: Iriszorg, Wender, SMO Traverse, SMO Helmond, het Leger des Heils, 't Verdihuis, SMO Breda, Riwis Zorg & Welzijn, Metggz, Emergis, Humanitas Onder Dak, Levantogroep en Cosis. Emergis en Humanitas Onder Dak meldden zich halverwege de dataverzameling. Met alle deelnemende instellingen is individueel besproken wat het onderzoek inhoudt en wat we van hen verwachtten.

Werving van deelnemers

Tussen september 2020 t/m april 2021 nodigde de contactpersonen van de deelnemende organisaties deelnemers uit voor het onderzoek. Deelnemer moesten:

- Minimaal 18 jaar zijn;
- Niet langer dan 6 weken geleden uitgestroomd zijn naar (begeleid) zelfstandig wonen. Dit hebben we gedefinieerd als: permanent zelfstandig wonen in een huurhuis met een eigen huurovereenkomst of in een woophuis; permanent/langdurig inwonen bij partner, familie of vrienden; zelfstandig wonen met een (huur)contract op naam van de een zorginstelling, waarbij na een bepaalde periode de huurovereenkomst op de naam van de cliënt wordt gezet (zogenaamd 'omklapcontract');
- In staat zijn om geïnterviewd te worden (mentaal gezien en qua taalniveau, dat laatste omdat veel vragenlijsten in het onderzoek taalgevoelig zijn).

Vanzelfsprekend zijn alleen gegevens verzameld over deelnemers die toestemming verleenden voor deelname aan het onderzoek. Als een cliënt niet mee wilde doen of niet uitgenodigd kon worden dan vroegen we de contactpersonen te noteren waarom de cliënt niet mee wilde doen of niet benaderd was, wat zijn geslacht en leeftijd was en hoe lang hij in de betreffende organisatie had verbleven. Deze gegevens zijn gebruikt om te onderzoeken of de groep cliënten die aan het onderzoek meedeed verschilde van de groep met alle cliënten die uitstroomden.

Interviews met deelnemers en naasten

Om de situatie van de deelnemers over tijd te kunnen volgen, zijn zij verschillende keren geïnterviewd:

- T0, start: september 2020 t/m april 2021
- T1, ongeveer 6 maanden na de start: maart 2021 t/m oktober 2021 (bij 25 deelnemers werd daarnaast een diepte-interview afgenomen)
- T2, ongeveer één jaar na de start: september 2021 t/m april 2021

Op T3, ongeveer 18 maanden na de start (maart 2022 t/m juli 2022), is bij de deelnemers die na zes maanden meededen aan het diepte-interview een tweede diepte-interview afgenomen.

De semigestructureerde interviews op T0 en T2 bestonden voornamelijk uit gevalideerde vragenlijsten. De afname duurde ongeveer 1,5 uur. In de interviews kwamen diverse thema's aan bod, zoals gezondheid, hulpbehoeften, sociale contacten en zorggebruik. Het interview op T1 was een telefonisch interview (waar mogelijk met beeld) van ongeveer een half uur en ging in op de hulpbehoeften van de deelnemer. Alle

interviews werden afgenomen door getrainde interviewers. De T0 en T2 interviews werden afgenomen in de woning van de deelnemer. In enkele gevallen - als de deelnemer niet fysiek geïnterviewd wilde worden of het niet lukte om binnen zes weken na de transitie een afspraak bij de deelnemer thuis in te plannen - werd uitgeweken naar een telefonisch interview, indien mogelijk met beeld. Als vergoeding voor deelname aan T0, T1 en T2 kregen de deelnemers een cadeaubon van resp. 25, 10 en 35 euro.

In de diepte-interviews op T1 en T3 werd dieper ingegaan op de vraag hoe de deelnemers de stap naar zelfstandig wonen hebben ervaren. Deze interviews werden afgenomen bij de eerste 25 deelnemers die op T1 instemden met deelname hieraan en hier ook geschikt voor waren wat betreft taalvaardigheid. Bij acht van hen interviewden we ook één of meerdere naasten: op T1 waren dat veertien naasten. Op T3 interviewden we in totaal 21 deelnemers en elf naasten. De resultaten van de diepte-interviews staan in het rapport 'Weer zelfstandig wonen; verhalen van 25 mensen die de stap maken vanuit een woonvoorziening.'

Interviews met maatschappelijke opvangorganisaties

In januari t/m maart 2022 hebben we telefonische interviews afgenomen bij alle acht deelnemende maatschappelijke opvangorganisaties (het Leger des Heils, Wender, Iriszorg, Humanitas onder Dak, 't Verduhuis, SMO Breda, SMO Traverse en SMO Helmond). We interviewden teamleiders, begeleiders en ervaringsdeskundigen (indien aanwezig) over hun rol in het ondersteunen van mensen die de transitie maken naar zelfstandig wonen. De resultaten van deze interviews worden nog verwerkt in een handboek transitiezorg.

Respons

Op T0 zijn 117 deelnemers aangemeld voor het onderzoek. Zes van hen zagen toch af van deelname, omdat ze te druk waren, gezondheidsproblemen hadden of geen interesse meer hadden. Met één deelnemer werd het interview halverwege beëindigd op verzoek van de deelnemer. Met vijftien deelnemers lukte het niet om een interviewafspraken in te plannen, omdat ze onbereikbaar waren of omdat ze de gemaakte interviewafspraken steeds verzetten. Bij drie deelnemers hebben we de interviews ongeldig moeten verklaren, omdat achteraf bleek dat deze te vroeg (deelnemer woonde op dat moment nog niet zelfstandig), te laat (deelnemer woonde op dat moment langer dan zes weken zelfstandig) of bij een voor het onderzoek niet geschikte persoon (deelnemer bleek toch niet zelfstandig te wonen) zijn afgenomen.

- In totaal zijn op T0 dus 92 valide interviews afgenomen.
- Op T1 hebben we 78 van hen geïnterviewd: 10 waren niet bereikbaar en 4 wilden niet meer meedoen
- Op T2 hebben we van de 78 deelnemers op T1, er 72 geïnterviewd: 4 waren niet bereikbaar waren en 2 niet wilden niet meedoen.

De resultaten in dit rapport hebben betrekking op de 72 deelnemers die op T0, T1 en T2 geïnterviewd zijn.

Non-respons

Om de representativiteit van de 72 deelnemers voor de gehele groep uitstromers te bepalen, hebben wij de deelnemers vergeleken met de groep van 140 cliënten die voldeed aan de inclusiecriteria, maar uiteindelijk niet aan alle metingen deelnam, de zogenaamde non-respondenten. De twee groepen zijn vergeleken op geslacht, leeftijd en verblijfsduur in de opvanginstelling. Waarom deden deze 140 non-respondenten niet mee?

- 52 cliënten zijn benaderd door de opvanginstellingen, maar wilden niet meedoen, bv. omdat ze niet geïnteresseerd waren of teveel aan hun hoofd hadden;

- 46 cliënten zijn niet benaderd door de deelnemende opvanginstellingen, bv. omdat zij plotseling
- vertrokken uit de instelling of omdat de begeleiders vergaten hen te benaderen¹⁷;
- 42 cliënten stemden in om mee te doen, maar vielen uiteindelijk af: vóór T0 (n=22), na T0 (n=14) of na T1 (n=6).

Uit de analyses blijkt dat de groep 72 deelnemers significant ouder is dan de groep non-respondenten (44 versus 39 jaar). Gelet op de geringe grootte van dit verschil, verwachten we niet dat dit een inhoudelijke vertekening oplevert in de gevonden resultaten. Er waren geen significante verschillen in geslacht en duur van het verblijf in de voorziening

Analyse en weergave van resultaten

- Voor zover dit mogelijk was, zijn in deze rapportage veranderingen in de situatie van deelnemers tussen T0 en T2 statistisch getoetst op significantie (waarbij een $p \leq .05$ staat voor significant). Het aantal deelnemers per organisatie was te laag om verschillen tussen organisaties statistisch te toetsen.
- Veranderingen tussen T0 en T2 in kwaliteit van leven zijn statistisch getoetst met een (non-parametrische) gepaarde t-test. Deze test is ook toegepast voor het meten van verschillen in schuldbedrag, informele steun, verbondenheid, stigma, gezondheid, autonomie, competentie, coping en werkrelatie met professional.
- In dit rapport is omwille van een eenduidige interpretatie, bij zowel de uitkomsten van parametrische t-testen als niet parametrische t-testen, steeds de gemiddelde score weergegeven.
- Veranderingen tussen T0 en T2 in wel of niet voldoende geld hebben voor voeding, kleding, wonen, reizen in de stad en sociale activiteiten zijn met een mcnemar test getoetst. Deze test is ook gebruikt voor het vaststellen van statistische verschillen in dagbesteding, middelengebruik, zorggebruik en zorgbehoeften. Veranderingen in de laatstgenoemde werden niet alleen tussen T0 en T2 gemeten, maar ook tussen T0 en T1.
- Bij het berekenen van percentages zijn deelnemers met missende waarden (op de variabele in kwestie) buiten beschouwing zijn gelaten.

¹⁷ Het werkelijke aantal ligt hoger. Begeleiders gaven aan niet alle niet benaderde cliënten te hebben genoteerd, omdat zij hier geen tijd voor hadden.