

J. Wolf
M. Zwikker
S. Nicholas
H. van Bakel
D. Reinking
I. van Leiden

Op achterstand

Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag

Trimbos-instituut,
Utrecht 2002

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding

J. Wolf

Projectuitvoering

J. Wolf

M. Zwikker

S. Nicholas

H. van Bakel

D. Reinking

I. van Leiden

Eindredactie en productie

P. Anzion

Lay out

M. de Groot

Omslagontwerp

Ontwerpmaatschap Conefrey/Koedam BNO

Productie

Trimbos-instituut in samenwerking met uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

ISBN 90-5253-407-1

© 2002 Trimbos-instituut, Utrecht

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 het Trimbos-instituut.

Inhoud

Ten geleide	9
Samenvatting	11
Algemeen	11
Onderzoeksvraag 1 Risico-indicatoren van marginalisering	13
Onderzoeksvragen 2 tot en met 6 Kenmerken en leefomstandigheden	17
Conclusies	27
Aanbevelingen	30
1 Achtergrond en opzet van het onderzoek	33
1.1 Achtergrond	33
1.2 Doel- en vraagstellingen	34
1.3 Omschrijving en onderverdeling van de doelgroep	35
1.4 Uitvoering	41
1.5 Opbouw	45
DEEL 1 Risico-indicatoren voor marginalisering	47
2 Opinies over marginalisering	49
Resumé	49
2.1 Inleiding	51
2.2 Opinies	51
2.3 Macroniveau	51
2.4 Mesoniveau	53
2.5 Microniveau	56
2.6 Beoordeling van risico-indicatoren	58
3 Risico-indicatoren voor marginalisering	65
Resumé	65
3.1 Inleiding	67
3.2 Kenmerken van maatschappelijk afglijden	67
3.3 Constellaties van risico-indicatoren	69
3.4 Indicatoren op macroniveau	70
3.5 Indicatoren op mesoniveau	73
3.6 Indicatoren op microniveau	79
3.7 Proces van marginalisering	82
3.8 Groepen in de marge	83
3.9 Pas op de plaats	85

DEEL 2	Profielen van mensen in de marge	87
4	Sociaaldemografische kenmerken en huisvestingssituatie	89
	Resumé	89
4.1	Leeftijd	91
4.2	Geslacht	91
4.3	Etnische herkomst	91
4.4	Leefsituatie	93
4.5	Hoogst voltooide opleiding	93
4.6	Inkomstenbronnen	94
4.7	Huisvesting en dakloosheid	95
5	Psychische stoornissen, middelengebruik en verslaving	101
	Resumé	101
5.1	Psychische stoornissen	103
5.2	Middelengebruik	104
5.3	Verslaving	105
5.4	Dubbele diagnose: psychische en verslavingsproblemen	107
6	Kwaliteit van leven en zorgbehoeften	109
	Resumé	109
6.1	Inleiding	111
6.2	Algemene levenskwaliteit	111
6.3	Objectieve kwaliteit van leven	112
6.4	Subjectieve kwaliteit van leven	114
6.5	Lichamelijke klachten en gebitsverzorging	115
6.6	Zorgbehoeften	117
7	Veiligheid, arrestaties en veroordelingen	121
	Resumé	121
7.1	Slachtoffer van een misdrijf	123
7.2	Arrestaties en veroordelingen	124
8	Zorggebruik	127
	Resumé	127
8.1	Contacten met de maatschappelijke opvang	129
8.2	Contacten met de hulpverlening	131
8.3	Opname onder drang of dwang	136
8.4	Opname op eigen verzoek	137
8.5	Eigen verzoek, drang en dwang bij opname	138
9	Jongeren, volwassenen en ouderen	141
	Resumé	141
9.1	Inleiding	143
9.2	Sociaaldemografische kenmerken en huisvestingssituatie	143
9.3	Psychische stoornissen, middelengebruik en verslaving	148
9.4	Kwaliteit van leven en zorgbehoeften	150
9.5	Veiligheid, arrestaties en veroordelingen	153
9.6	Zorggebruik	154

DEEL 3	Gradaties van marginalisering en Beschouwing	159
10	Gradaties van marginalisering	161
10.1	Inleiding	161
10.2	Index voor marginalisering	161
10.3	Gemiddelde scores op index	162
10.4	Marginalisering en zorgbehoeften	163
10.5	Marginalisering en subjectieve kwaliteit van leven	164
10.6	Marginalisering en zorggebruik	165
11	Beschouwing	167
11.1	Inleiding	167
11.2	Risico-indicatoren en levensomstandigheden	167
11.3	Hoge problemlast, veel zorgbehoeften, laag zorggebruik	179
11.4	Generaliseerbaarheid	183
11.5	Aanbevelingen	183
	Literatuur	189
DEEL 4	Bijlagen	201
Bijlage 1	Opzet en uitvoering van het onderzoek naar ontstaan en voortbestaan van marginalisering	203
Bijlage 2	Opzet en uitvoering van het onderzoek naar kenmerken van verkommerden en verloederden	211
Bijlage 3	Instrumenten gebruikt in het kenmerkenonderzoek: keuzes en bepalingen	233
Bijlage 4	Gedetailleerde resultaten van het kenmerkenonderzoek	243
Bijlage 5	Lijst van gebruikte afkortingen	277
Bijlage 6	Samenstelling begeleidingscommissie	279

Ten geleide

Dit rapport doet verslag van een door het Trimbos-instituut uitgevoerd onderzoek naar kenmerken van verkommerde en verloederde mensen en risico-indicatoren voor marginalisering. De kenmerken zijn in kaart gebracht door dwarsdoorsnedenonderzoek, de risico-indicatoren door een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek. Research voor Beleid uit Leiden deed een tel-onderzoek om de omvang van de groep sociaal kwetsbare mensen in Nederland vast te stellen. Opdrachtgever van beide onderzoeken was het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Wij hielden in de gemeente Den Haag interviews met bijna 360 mensen over onder meer het voorkomen van psychische problemen, hun kwaliteit van leven en zorgbehoeften, hun middelengebruik, hun contacten met politie en justitie en hun zorggebruik.

Het onderzoek vond plaats in de periode van begin 2000 tot medio 2002.

Op deze plaats willen wij graag alle respondenten en alle voorzieningen die hun medewerking aan dit onderzoek verleenden hartelijk danken. Wij hebben de samenwerking met iedereen zeer op prijs gesteld.

Samenvatting

Algemeen

Opdracht en achtergrond

In 1999 gaf het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Trimbos-instituut opdracht om onderzoek te doen naar de kenmerken en leefomstandigheden van zogenoemde verkommerde en verloederde mensen en naar de redenen waarom zij achterop raken en afglijden. Tegelijkertijd kreeg Research voor Beleid in Leiden het verzoek van dit ministerie om de omvang van de groep verkommerde en verloederde mensen in Nederland te bepalen en de groep te typeren aan de hand van een beperkt aantal kenmerken. Achtergrond van beide opdrachtverleningen was de evaluatie van de in 1994 aangenomen Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Het ministerie vond na de evaluatie verder onderzoek naar de problemen van verkommerde en verloederde mensen nodig.

Doel- en vraagstellingen

Het onderzoek van het Trimbos-instituut had twee doelen.

- Het krijgen van inzicht in risico-indicatoren voor verkommering en verloedering
- Het krijgen van inzicht in kenmerken en leefomstandigheden van verkommerde en verloederde mensen

De vraagstellingen van het onderzoek waren als volgt.

1. Welke risico-indicatoren hangen samen met verkommering en verloedering en wat is er bekend over het proces van maatschappelijk afglijden?
2. Wat zijn de belangrijkste sociaaldemografische kenmerken van verkommerde en verloederde mensen en hoe is hun huisvestingssituatie?
3. Wat is onder deze groep de prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen en wat is de aard en omvang van het middelengebruik?
4. Wat is de kwaliteit van leven van de mensen en wat zijn hun zorgbehoeften?
5. Welke contacten hebben zij met politie en justitie?
6. Wat is hun zorggebruik?

Definitie en afbakening

In het onderzoek hanteerden wij de volgende definitie van verkommerde en verloederde mensen.

Een diffuse groep die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en/of niet of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien. Gedacht wordt aan dak- en thuislozen, zorgwekkende zorgmijders, en zichzelf verwaarlozende, gemarginaliseerde groepen. Deze mensen kunnen al dan niet ernstige en langdurige psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen of een combinatie van deze kenmerken hebben. Het gaat bij de 'verkommerden en verloederden' niet alleen om de zichtbare groep op straat, maar ook om de onzichtbare groep mensen die in hun woning een marginaal bestaan leidt.

De groep werd als volgt onderverdeeld.

- Feitelijk dakloze mensen
Globaal omschreven zijn dat hier mensen die voor hun overnachting vooral zijn aangewezen op straat of op een kortdurend verblijf in laagdrempelige opvangvoorzieningen of bij familie, vrienden of kennissen.
- Residentieel dakloze mensen
Globaal omschreven zijn dat hier mensen die een min of meer permanente verblijfplaats hebben in woonvoorzieningen en pensions binnen en buiten de maatschappelijke opvang.
- Marginaal gehuisveste mensen
Dat zijn verkommerden en verloederden met een eigen woonruimte (met woonbestemming) waarvoor zij huur of hypotheek betalen en verkommerden en verloederden die (min of meer) permanent inwonen bij familie en daar deel uitmaken van het huishouden.

De indeling van de groep naar huisvestingssituatie werd in dit onderzoek aangevuld met een onderverdeling van de groep naar leeftijd.

- Jongeren van 16 tot en met 25 jaar
- Volwassenen van 26 tot en met 55 jaar
- Ouderen van 56 jaar en ouder

Onderzoeksvraag 1 Risico-indicatoren van marginalisering

Voor het verkrijgen van inzicht in risico-indicatoren voor marginalisering en in het verloop van het marginaliseringsproces deden wij een literatuurstudie en een serie groepsinterviews met gemarginaliseerde mensen en betrokken familieleden en professionals.

Opinies over marginalisering

De spontaan tijdens de groepsinterviews door betrokkenen genoemde risico-indicatoren zijn te lokaliseren op drie niveaus, namelijk macroniveau (samenleving), mesoniveau (instanties, buurt, groep, gezin en hulpverlening) en microniveau (individueel functioneren).

- Belangrijkste indicatoren op macroniveau waren volgens de deelnemers: een te grote nadruk in de samenleving op de eigen verantwoordelijkheid van mensen, te weinig inspanningen door overheden voor mensen die buiten de boot vallen en een te grote prestatiegerichtheid van de samenleving.
- Belangrijkste indicatoren op mesoniveau waren volgens hen: vroege negatieve en traumatische ervaringen, gebrek aan relaties en sociale steun, meervoudige problemen op diverse leefgebieden en niet goed functionerende hulpverlening.
- Belangrijkste indicatoren op microniveau waren volgens de deelnemers: persoonlijkheidstrekken, psychische problemen, verslaving en lichamelijke problemen.

Scoring door deelnemers van een aangereikte lijst met in de literatuur gevonden risico-indicatoren voor marginalisering leverde de volgende inzichten op.

- Indicatoren op macroniveau, zoals sociale uitsluiting, anonimiteit in grotere steden en de sociaal economische status van mensen, vond geen van de groepen van grote invloed op marginalisering.
- Deelnemers waren het erover eens dat kindermishandeling en -verwaarlozing tot de belangrijkste indicatoren voor marginalisering behoren. Gemarginaliseerde mensen zelf vonden andere indicatoren betreffende de ouder-kindrelatie daarnaast ook een rol spelen, namelijk: een slecht contact tussen ouders en kind met weinig onderling begrip, het ontbreken van een hechte en veilige band en het ontbreken van zorg, aandacht, steun en interesse voor het kind van de kant van de ouders.
- Anders dan familieleden en professionals, beschouwden kwetsbare mensen het niet participeren in de samenleving als zeer kenmerkend voor marginalisering (geen woonruimte, hoge schulden, ontbreken van zinvolle

dagbesteding, geen betaald werk, lichamelijke ziekte, weinig sociale contacten, meerdere problemen tegelijkertijd).

- Opmerkelijk was dat professionals marginalisering vooral, en meer dan de andere twee groepen, in verband brachten met het niet goed functioneren van de hulpverlening.
- Op microniveau vonden alle groepen een gebrekkige ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid een belangrijke risico-indicator voor marginalisering.
- Opvallend was dat vooral familieleden verslaving aan alcohol, drugs en/of gokken belangrijke risico-indicatoren voor een lagere levenskwaliteit vonden, evenals aanleg om in een psychose te raken.

Literatuur over marginalisering

Bestudering van vooral Nederlandstalige publicaties leverde over marginalisering de volgende inzichten op.

- Marginalisering is relatief en dus bij individuele personen aan verandering onderhevig, duidt op een verstoorde relatie tussen de mogelijkheden van het individu en de eisen van de omgeving, is een complex van samenhangende aspecten op diverse niveaus, bestaat uit een optelsom van objectieve ongunstige leefomstandigheden en subjectief ervaren onwelbevinden op diverse leefgebieden, valt niet per definitie samen met psychische ongezondheid en is cultuur- en contextgebonden.
- Belangrijkste indicatoren uit de literatuur op macroniveau zijn: lage sociaal-economische status (geringe toegang tot maatschappelijke hulpbronnen), individualisering en door de moderne samenleving gestelde nieuwe en hogere eisen.
- Belangrijkste indicatoren op mesoniveau zijn: een instabiele, onveilige opvoedingssituatie, non-participatie en inactiviteit, (cumulatie van) levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen, gebrek aan steun, afkalving van onderlinge verbondenheid op lokaal niveau en een weinig responsieve hulpverlening.
- Belangrijkste indicatoren op microniveau zijn persoonlijke disposities en oriëntaties (verminderde draagkracht en veerkracht), psychische problemen, verslaving en geringe competenties.

Over het verloop van het proces van maatschappelijk afglijden is uit de literatuur het volgende bekend.

- Oorzaken en gevolgen van dit proces kunnen niet of nauwelijks worden onderscheiden. De literatuur geeft hierover geen uitsluitsel. Sterker nog, dezelfde factoren kunnen in de ene situatie bijdragen aan het ontstaan van

marginalisering, in een andere situatie gaan optreden als gevolg van achterstand, en in diezelfde of in een andere situatie de achterstandssituatie versterken of instandhouden.

- Er is dus ook niet één oorzaak aan te wijzen voor marginalisering. Er is veeleer sprake van (bij individuen wisselende) constellaties van risico-indicatoren.
- Een beginpunt van een proces van marginalisering is veelal nauwelijks vast te stellen.
- Aanwezigheid van risico-indicatoren kunnen, maar hoeven niet per se tot marginalisering te leiden.
- In de aanloop van mensen naar een toestand van ontheemding worden minstens twee patronen onderscheiden.
 - Een patroon waarin mensen met een weinig stabiele opvoedingssituatie, nogal eens geconfronteerd met ingrijpende levensgebeurtenissen, van meet af aan in hun leven op achterstand staan, mede hierdoor (extra) kwetsbaar worden, en niet bij machte zijn om die achterstandssituatie nog te keren.
 - Een patroon bij mensen die in het verleden heel redelijk functioneren (baan, relatie, kinderen), maar die in een relatief korte tijd door een incident of een reeks incidenten min of meer acuut in de problemen komen, deze niet weten te overwinnen en steeds verder achterop raken.
- Essentie van marginalisering is een toenemende (ervaring van) incompetentie en een groeiend (waargenomen) controleverlies over het eigen bestaan en de eigen bestaansvoorwaarden.
- Terugkerende ervaringen van onbeheersbaarheid en een geringe responsiviteit van de omgeving, zeker als mensen beide toeschrijven aan eigen incompetentie, hebben op den duur ernstige consequenties voor het handlingsrepertoire (apathie, demoralisering, negatief zelfbeeld en zelfhaat, neiging tot isolatie, het opgeven, vertraagd leren, niet in staat tot handelen of het nemen van beslissingen, vertraagde reacties).
- Het proces van maatschappelijk afglijden gaat vaak samen met gevoelens van rouw om wat verloren ging, of wat had kunnen zijn. De verlieservaringen hebben een grote impact op het functioneren.

Research voor Beleid schatte het totale aantal verkommerde en verloederde mensen, die in registraties van hulpverleningsinstellingen in Nederland voorkomen, op 33.000. Het totale aantal, met behulp van de zogenoemde *capture-recapture*-methode, geschatte niet-geregistreerde verkommerden en verloederden kwam uit op 77.000 personen.

Tot kwetsbare groepen in de samenleving worden gerekend: langdurig werklozen en jonge arbeidsongeschikten, mensen met ernstige verslavingsproblemen en problematische harddruggebruikers, chronische psychiatrische patiënten die in de samenleving afhankelijk zijn van ambulante hulp, zorgbehoevende ouderen, probleemjongeren en jeugdcriminelen, dakloze mensen, bewoners van achterstandswijken, allochtonen, vrouwen met seksueel geweldervaringen en straatprostituees. Vanzelfsprekend verschillen de groepen in de mate van kwetsbaarheid, en lang niet alle groepen of individuen uit deze groepen zijn verkommerd en verloederd te noemen.

Onderzoeksvragen 2 tot en met 6 Kenmerken en leefomstandigheden

Bij ruim 50 verschillende zogenoemde vindplaatsen in Den Haag werden bijna 360 interviews met kwetsbare mensen gehouden. Deze vindplaatsen waren in kaart gebracht tijdens een vooronderzoek. Interviews vonden plaats in de periode van 31 oktober 2000 tot en met 31 augustus 2001. De respons was 75%. Er werden gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt en de veertien interviewers volgden voor het gebruik van de vragenlijst een training van drie dagen. De interviews met volwassenen duurden gemiddeld 73 minuten, de interviews met jongeren gemiddeld 53 minuten.

Hierna geven wij de onderzoeksresultaten ook in de vorm van profielen weer. Omdat de groep volwassenen (26 tot en met 55 jaar) heel heterogeen was, zagen wij af van het geven van een profielschets van deze groep.

Feitelijk daklozen (N=103)

- Het merendeel is man en veel vaker dan de Nederlandse bevolking alleenstaand (94% tegen 23%), ongehuwd (63% tegen 37%) of gescheiden (33% tegen 8%).
- De gemiddelde leeftijd is 37 jaar. Ook bevinden zich weinig mensen ouder dan 55 jaar onder de feitelijk daklozen (7%).
- De helft is van Nederlandse herkomst. In vergelijking met de Nederlandse bevolking, waarvan een vijfde deel een niet-Nederlandse herkomst heeft, zijn er veel allochtonen onder feitelijk daklozen. In vergelijking met het percentage allochtonen in de gemeente Den Haag (39%) is het verschil minder groot.
- De helft heeft geen tot weinig opleiding genoten. In vergelijking met de Nederlandse bevolking, zijn zij zeer slecht opgeleid.
- In het afgelopen jaar deed ruim eenderde deel van hen wit en of zwart werk, in de afgelopen maand was dit slechts 5%. Het merendeel (84%) leeft van een uitkering. Daarnaast heeft meer dan de helft ook inkomsten uit zogenoemde illegale activiteiten (diefstal, inbraak, beroving). Een vijfde deel van de vrouwelijke feitelijk daklozen verwerft inkomsten uit prostitutie.
- Feitelijk daklozen zijn voor de nacht vooral aangewezen op de straat, de tijdelijke nachtopvang en familie en vrienden. Meer dan tweederde van deze groep sliep in de afgelopen maand ten minste één nacht buiten. Vier van de tien sliepen in die maand zelfs veertien dagen of meer buiten.
- Zoals was te verwachten, is de woonsituatie van feitelijk daklozen instabiel. Het jaar voorafgaand aan het interview hadden zij gemiddeld drie ver-

schillende soorten woonsituaties. Bij slechts 6% van de feitelijk daklozen was er geen enkele verandering in woonsituatie.

- De gemiddelde duur van feitelijke dakloosheid tijdens het leven was vijf jaar. Voor ruim eenderde deel duurde de dakloosheid vijf jaar of langer.
- Ruim een kwart van de feitelijk daklozen heeft noch actuele psychische noch actuele verslavingsproblemen. Drie van de tien hebben een actuele ernstige depressie; actuele stoornissen op het schizofrene spectrum komen bij 5% voor. Een kwart van de feitelijk daklozen heeft een dubbele diagnose. Er zijn in deze groep veel zware alcoholgebruikers (de helft ooit in hun leven en een kwart in de laatste maand), terwijl het harddrugsgebruik nog forser is (bijna driekwart heeft ooit gebruikt en ruim de helft in de afgelopen maand). Ruim de helft heeft ooit cannabis gebruikt en eenderde deel doet dit nog steeds. Polydrugsgebruik is wijdverbreid onder feitelijk daklozen (vergelijkbaar met harddrugsgebruik). Twee van de tien feitelijk daklozen heeft een actuele verslaving aan alcohol en ruim de helft (53%) is afhankelijk van drugs.
- Feitelijk daklozen rapporteren een lage algemene levenskwaliteit en ervaren ook een lage levenskwaliteit op vrijwel alle afzonderlijk onderzochte domeinen (woonsituatie, dagelijkse activiteiten en functioneren, familie, sociale relaties, financiën, veiligheid en gezondheid).
- De objectieve leefsituatie is in alle onderzochte aspecten ongunstig (bijvoorbeeld: aantal dagactiviteiten, hoeveelheid geld voor basisbehoeften, wit en/of zwart werk, aantal arrestaties in afgelopen jaar, aantal keren slachtoffer van misdrijf).
- Feitelijk daklozen rapporteren veel lichamelijke klachten en die gaan vooral over hun spieren, hun skelet en of bindweefsel (28%) en hun luchtwegen (21%). De helft heeft klachten over het gebit.
- Leefgebieden waarop feitelijk daklozen (tamelijk) veel last hebben van problemen zijn: huisvesting, financiën en drugsgebruik.
- De behoefte aan hulp is op meerdere gebieden groot. De meeste behoefte aan hulp is er bij huisvesting, gebitsverzorging, financiën, drugsgebruik en dagelijkse activiteiten.
- Eenderde had ooit contact met de GGZ (ambulant en of intramuraal). Een kwart was ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Vier van de tien waren ooit klant bij het algemeen maatschappelijk werk. Bijna tweederde had ooit contact met de verslavingszorg. Dit is exclusief methadonverstrekking, waar bijna de helft ooit in hun leven gebruik van maakte.
- Het actuele zorggebruik is laag. Feitelijk daklozen maakten de afgelopen zes maanden vooral gebruik van de methadonverstrekking (32%) en het

algemeen maatschappelijk werk (ook 32%). Het actuele gebruik van de ambulante GGZ is laag in verhouding tot de actuele GGZ-diagnoses, en met name het aantal dubbele diagnoses. Het lage actuele gebruik van de ambulante en intramurale verslavingszorg (exclusief methadonverstrekking) staat nauwelijks in verhouding tot de verslavingsproblemen en de gearticuleerde zorgbehoeften op dit gebied.

- Iets minder dan de helft van de feitelijk daklozen was het jaar voorafgaand aan het interview slachtoffer van enig (gewelddadig en/of niet-gewelddadig) misdrijf. Ter vergelijking: 5% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder was in 2000 slachtoffer van een geweldsdelict (CBS, 2001), tegenover 23% van de feitelijk daklozen in dit onderzoek.
- Bijna de helft van de feitelijk daklozen werd in het jaar voorafgaand aan het interview gearresteerd en vier van de tien werden veroordeeld. De arrestaties volgden vooral op het plegen van vermogensdelicten (zoals inbraak, (winkel)diefstal, fraude, afpersing en heling) en geweldsdelicten (zoals geweldpleging, roofoverval, brandstichting, aanranding, verkrachting, doodslag, moord) en nauwelijks op het plegen van overige delicten (waaronder bezit van of handel in drugs).
- Iets meer dan de helft pleegde in het afgelopen jaar een of meer strafbare feiten zonder hiervoor gearresteerd te zijn. Van de feitelijk daklozen pleegde 15% in het afgelopen jaar een of meer strafbare feiten met als oogmerk om, via tussenkomst van de politie, hulp of onderdak te krijgen en 21% verbleef de afgelopen maand in een gevangenis, huis van bewaring of politiecel. Verder hadden vier van de tien zich de afgelopen maand beziggehouden met zogenoemde illegale activiteiten om aan geld te komen.

Residentieel daklozen (N=100)

- Driekwart is man en vaker dan de Nederlandse bevolking alleenstaand (93% tegen 23%), ongehuwd (52% tegen 37%) of gescheiden (39% tegen 8%).
- De gemiddelde leeftijd is 46 jaar en iets meer dan de helft is ouder dan 45 jaar. Overigens is het merendeel van de onderzochte groep kwetsbare daklozen ouder dan 55 jaar residentieel dakloos (86%).
- Bijna zeven van de tien residentieel daklozen zijn van Nederlandse herkomst. Dat is iets minder dan in de Nederlandse bevolking, waar acht van de tien mensen van geboorte Nederlands zijn.
- Het opleidingsniveau is laag, ook in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Eenderde deel heeft ten hoogste lager onderwijs gevolgd. Iets meer dan de helft heeft uitsluitend lager of middelbaar beroepsonderwijs of middelbaar voortgezet onderwijs genoten.

- In het afgelopen jaar werkte ruim een kwart wit en/of zwart, in de afgelopen maand was dit net iets meer dan een kwart. Vrijwel alle residentieel daklozen (91%) leven van een uitkering. Weinig residentieel daklozen hebben inkomsten uit illegale activiteiten (5%).
- Residentieel daklozen sliepen in de afgelopen maand vooral in hun woonvoorziening. Ruim de helft veranderde het afgelopen jaar geen enkele keer van woonsituatie.
- Een periode van feitelijke dakloosheid duurde voor residentieel daklozen gemiddeld twee jaar, voor de meeste echter korter dan een jaar. Ruim eenderde deel van hen was in hun hele leven geen dag feitelijk dakloos.
- Meer dan de helft heeft noch actuele psychische noch actuele verslavingsproblemen (68%). Vooral verslavingsproblemen komen relatief weinig voor onder residentieel daklozen, namelijk bij 13%. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat verslavingsproblemen veelal een contra-indicatie zijn voor opname in de voorzieningen waar residentieel daklozen wonen.
- Residentieel daklozen zijn zware alcoholgebruikers: 48% ooit en 18% in de laatste maand dronk meer dan 5 glazen per dag. Deze percentages corresponderen met de percentages voor afhankelijkheid van alcohol.
- De objectieve levenskwaliteit van residentieel daklozen is gemiddeld binnen de groep verkommerden en verloederden. De ervaren, subjectieve kwaliteit van leven is echter hoog in deze groep. Alleen over hun financiële situatie zijn zij echt ontevreden.
- Lichamelijke klachten van residentieel daklozen betreffen vooral hun spieren, skelet en bindweefsel (bijvoorbeeld artritis). Ruim eenderde van hen geeft aan zulke klachten te hebben. Drie van de tien residentieel daklozen hebben gebitsklachten.
- De meeste last ervaren residentieel daklozen van lichamelijke klachten. In mindere mate zeggen zij problemen te hebben met financiën en huisvesting.
- De meeste behoefte aan hulp bestaat op het gebied van gebitsverzorging, financiën en huisvesting.
- Voor professionele hulp hadden residentieel daklozen ooit in hun leven vooral contact met het algemeen maatschappelijk werk (62%) en de GGZ (ambulant en intramuraal) (57%). Bijna de helft van hen was ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit hoge percentage ligt enigszins voor de hand, want bij de sociale pensions is het hebben van een psychische stoornis plaatsingscriterium en over het algemeen betekent dat een voorgeschiedenis met psychiatrische opnamen. Ruim eenderde (36%) had ooit contact met de verslavingszorg.

- In de afgelopen zes maanden hadden de residentieel daklozen in dit onderzoek vooral contact met het algemeen maatschappelijk werk (38%). Het actuele zorggebruik is redelijk in overeenstemming met de actuele GGZ- en verslavingsdiagnoses.
- Het afgelopen jaar werd 13% slachtoffer van een niet-gewelddadig misdrijf en 11% van een gewelddadig misdrijf. In vergelijking met de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder is dit veel: 5% was in 2000 slachtoffer van een geweldsdelict (CBS, 2001).
- Het aantal arrestaties en veroordelingen van residentieel daklozen in het jaar voorafgaand aan het interview was relatief laag (7% en 3%).

Marginaal gehuisveste mensen (N=98)

- Ruim de helft is man en ruim driekwart is alleenstaand, 55% is ongehuwd en 27% gescheiden. Dat is veel vaker dan in de Nederlandse bevolking (zie eerdere profielen).
- De gemiddelde leeftijd is 49 jaar. Ruim tweederde is tussen de 26 en 55 jaar en bijna eenderde is 55 jaar of ouder.
- Driekwart van de gehuisveste mensen is van Nederlandse herkomst en dat is iets minder dan in de Nederlandse bevolking, maar meer dan in de gemeente Den Haag.
- Het opleidingsniveau is laag in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Bijna eenderde deel heeft geen of alleen lager onderwijs gevolgd. Iets minder dan de helft heeft uitsluitend lager of middelbaar beroepsonderwijs of middelbaar voortgezet onderwijs genoten. Eenvijfde deel is tenminste op HAVO-niveau opgeleid. Van de Nederlandse beroepsbevolking volgde 34% een opleiding op dit niveau.
- Zowel in het afgelopen jaar als in de afgelopen maand werkte eenvijfde deel wit en/of zwart. Bijna alle marginaal gehuisveste mensen leven van een uitkering (91%). Verder heeft 15% van hen inkomsten uit illegale activiteiten.
- Gehuisveste gemarginaliseerde mensen sliepen in de afgelopen maand, zoals te verwachten, vooral thuis. Dit betekende in hun eigen woning of bij familie of vrienden waar zij permanent woonden. Enkelingen woonden in een particulier pension. Ruim driekwart van hen ondervond in het afgelopen jaar geen enkele verandering in woonsituatie.
- Tweederde van hen was nooit dakloos en van hen die dat wel ooit waren, duurde bij de helft de periode van dakloosheid korter dan een jaar. De gemiddelde duur van feitelijke dakloosheid tijdens het leven was acht maanden.

- De helft van deze mensen heeft actuele psychische noch actuele verslavingsproblemen. Ruim eenderde is verslaafd aan harddrugs en/of alcohol. Uitsluitend een actuele GGZ-diagnose heeft 7% en 8% is dubbel gediagnosticeerd. Deze groep kent zware drinkers: bijna de helft dronk ooit meer dan vijf glazen alcohol per dag en 18% doet dat nog steeds of weer. Drie van de tien gebruikten harddrugs in de afgelopen maand.
- Gehuisveste gemarginaliseerde mensen hebben in objectieve zin een hoge kwaliteit van leven. Zij hebben bijvoorbeeld meer contacten met familie, vrienden en kennissen, meer bezigheden en een hoger inkomen dan de twee groepen daklozen. Hun subjectief ervaren levenskwaliteit is echter gemiddeld binnen de groep verkommerden en verloederden, zowel in het algemeen als op verschillende leefgebieden, zoals veiligheid, familierelaties en activiteiten. Ook deze groep is zeer ontevreden over hun financiële situatie.
- Wat betreft lichamelijke klachten heeft deze groep vooral last van hun spieren, skelet en bindweefsel en hun luchtwegen (bijvoorbeeld bronchitis).
- Zij ervaren veel last van problemen met lichamelijk functioneren, financiën en drugsgebruik. Ruim eenderde heeft last van het gebit.
- Tamelijk veel tot veel behoefte aan hulp is er bij het lichamelijk functioneren, financiën en gebitsverzorging.
- Tweederde had ooit tijdens hun leven contact met de GGZ (ambulant en/of intramuraal). Vier van de tien hadden ooit contact met de verslavingszorg (exclusief methadonverstrekking, waar 28% ooit gebruik van maakte). De helft was ooit klant bij het algemeen maatschappelijk werk.
- Bijna de helft was ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en ruim de helft kreeg ooit hulp van de ambulante GGZ. Dit is significant meer dan de beide groepen dakloze mensen.
- Ook in de afgelopen zes maanden had deze groep vooral hulp gekregen bij de ambulante GGZ (34%). Dit is opvallend veel in verhouding tot het aantal actuele GGZ-diagnoses in deze groep. Verder kregen zij vooral hulp van het algemeen maatschappelijk werk (26%) en maakten zij gebruik van de methadonverstrekking (ook 26%).
- Een kwart van de marginaal gehuisveste mensen werd in het afgelopen jaar slachtoffer van een niet-gewelddadig misdrijf (zoals diefstal) en een iets kleiner deel (19%) werd slachtoffer van een gewelddadig misdrijf. Dit is (veel) meer dan in de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, waar in het jaar 2000 5% slachtoffer werd van een gewelddadig misdrijf.

- Weinig gehuisveste gemarginaliseerde mensen werden in het afgelopen jaar gearresteerd en veroordeeld (8% en 5%).

Jongeren tussen de 16 en 25 jaar (N=87¹)

- De jongeren in dit onderzoek waren gemiddeld 20 jaar oud.
- Driekwart van hen was van het mannelijk geslacht.
- Bijna de helft heeft een niet-Nederlandse herkomst.
- Vanwege hun leeftijd is het weinig verrassend dat 99% van de jongeren nooit gehuwd was. Maar wel opmerkelijk is, dat bijna driekwart van hen alleenstaand was, want van alle Nederlanders van 15 tot 25 jaar was slechts 14% alleenstaand op 1-1-2000 (CBS, 2002).
- Van de jongeren die niet alleenstaand waren, woonde het grootste deel (20% van het totaal) nog thuis bij hun ouders/opvoeders. Dit geldt ook voor tweederde (69%) van alle Nederlandse jongeren van 15 tot 25 jaar (CBS, 2002).
- Het merendeel van de jongeren kon praktisch gezien nog geen hoger onderwijs voltooid hebben.
- Driekwart van de jongeren had het jaar voorafgaand aan het interview gewerkt. Ruim een kwart van de jongeren had het afgelopen jaar inkomsten uit illegale activiteiten en ruim eenderde kreeg een uitkering.
- In de maand voorafgaand aan het interview sliepen de meeste jongeren bij familie of vrienden/kennissen, op permanente (33%) of tijdelijke basis (18). Van de rest sliep 17% in de nachtopvang, 16% buiten en een kwart verbleef in een woonvoorziening voor daklozen.
- Gemarginaliseerde jongeren hebben een rusteloos bestaan. In het jaar voorafgaand aan het interview hadden zij gemiddeld 2,3 verschillende woonsituaties.
- Tegenover de vele wisselingen van woonsituatie staat dat bijna de helft van de gemarginaliseerde jongeren nooit feitelijk dakloos was. Van degenen die feitelijk dakloos waren geweest duurde die periode korter dan een jaar. Langerdurende dakloosheid overkwam een kwart van de jongeren. De meesten van hen waren een tot vier jaar dakloos.
- De zesmaandsprevalentie bij jongeren van schizofrenie is 1,2% en van depressie 22%.
- Een actuele diagnose alcoholverslaving heeft 16%, een actuele diagnose harddrugverslaving 11%. In de afgelopen maand was bij een vijfde deel

¹ Het aantal van 87 bestaat uit 29 interviews met jongeren uit de interviewrondes onder feitelijk dakloze, residentieel dakloze en marginaal gehuisveste mensen en de 58 extra interviews onder kwetsbare jongeren.

sprake van zwaar alcoholgebruik, bij 14% harddruggebruik en ruim een derde gebruikte in die periode cannabis.

- De gemarginaliseerde jongeren ervaren hun algemene levenskwaliteit als vrij hoog. Ook zijn ze tevreden over sociale relaties, financiën, veiligheid, gezondheid, werk en school, activiteiten ter ontspanning en contacten met familie.
- De jongeren hebben ook objectief een hoge levenskwaliteit. Zij hebben relatief veel contact met familie en met vrienden en kennissen en veel bezigheden in hun vrije tijd. Ook hebben ze voldoende geld voor basisbehoeften. Vier van de tien gemarginaliseerde jongeren werkten in de afgelopen maand.
- Bijna de helft van de gemarginaliseerde jongeren maakt melding van lichamelijke klachten. De meest voorkomende klachten gaan over spieren, skelet en/of bindweefsel (16%) en luchtwegen (18%). Een kwart van de jongeren heeft gebitsklachten.
- Gemarginaliseerde jongeren hebben vooral behoefte aan hulp bij problemen met drugsgebruik, gebitsverzorging en financiën en in mindere mate met huisvesting, dagbesteding en lichamelijke klachten. Dat er veel behoefte aan hulp is bij drugsgebruik en weinig behoefte aan hulp bij het vinden van huisvesting is opmerkelijk, omdat meer jongeren zeggen last te hebben van problemen met huisvesting dan van problemen met drugsgebruik. Verder zegt een op de vijf jongeren behoefte te hebben aan hulp bij contacten met familie.
- Als het om de maatschappelijke opvang gaat, waren kwetsbare jongeren het meest bij de dagopvang en bij de tijdelijke opvang geweest (gemiddeld een kwart van de jongeren per voorziening waarover gevraagd is). Dit betreft ooit tijdens hun leven; in het half jaar voorafgaand aan het interview was hun gebruik van maatschappelijke opvangvoorzieningen daarmee redelijk vergelijkbaar (gemiddeld een zesde deel per voorziening).
- Wat betreft de hulpverlening maakten de jongeren zowel ooit als in de afgelopen zes maanden vooral gebruik van het algemeen maatschappelijk werk (48% en 29%), de ambulante GGZ (33% en 19%) en de intramurale verslavingszorg (21% en 16%). Iets meer dan een tiende deel was ooit eerder in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest. Relatief weinig jongeren maakten gebruik van methadonverstrekking: 8% ooit en 7% in de laatste zes maanden. Er werd daarentegen in de laatste zes maanden relatief veel gebruik gemaakt van de intramurale verslavingszorg (16%).
- Maar liefst vier van de tien kwetsbare jongeren was het afgelopen jaar slachtoffer van enig misdrijf. Wel ging het voor het grootste deel om een niet-gewelddadig misdrijf, zoals diefstal.

- Ruim eenderde van de gemarginaliseerde jongeren was het afgelopen jaar opgepakt en/of gearresteerd in verband met een misdrijf (38%). Iets meer dan de helft daarvan (21% van alle jongeren) werd veroordeeld.

Ouderen vanaf 56 jaar (N=56)

- De groep van 56 jaar en ouder in dit onderzoek was gemiddeld 67 jaar.
- Ruim de helft (57%) was man.
- Eenvijfde deel was van niet-Nederlandse herkomst.
- Eentiende van de ouderen had in de maand voorafgaand aan het interview (wit of zwart) gewerkt. In de afgelopen maand waren dat er iets minder. Opvallend is dat geen van de ouderen inkomsten uit illegale activiteiten had. Zij leefden in het afgelopen jaar bijna allemaal (geheel of gedeeltelijk) van een uitkering (98%).
- In de maand voorafgaand aan het interview sliepen de gemarginaliseerde ouderen vooral in woonvoorzieningen in de maatschappelijke opvang (48%) en bij familie of bij vrienden of kennissen (50%). Weinigen van hen brachten de nacht door in de nachtopvang of buiten.
- De ouderen hadden in het jaar voorafgaand aan het interview gemiddeld 1,4 verschillende woonsituaties.
- Tweederde van de gemarginaliseerde ouderen was nooit feitelijk dakloos geweest. Voor hen die dat wel waren geweest, duurde de periode van feitelijke dakloosheid gemiddeld 2,5 jaar.
- De zesmaandsprevalentie bij ouderen van schizofrenie is 2% en van depressie 11%.
- Wat actueel middelengebruik betreft zijn de ouderen relatief gematigd. Alcohol in elke hoeveelheid drinken zij niet significant minder dan de andere leeftijdsgroepen, maar vanaf 5 glazen per dag wel. Verder gebruikten zij recentelijk geen cannabis en geen harddrugs.
- Gemarginaliseerde ouderen ervaren hun levenskwaliteit als vrij hoog.
- De objectieve levenskwaliteit van kwetsbare ouderen is matig. Zij hebben relatief weinig contacten met familie, en vrienden en kennissen, weinig dagelijkse activiteiten en een laag besteedbaar inkomen. Overigens zijn zij zelf wel tevreden over wat zij te besteden hebben.
- Ruim driekwart meldt desgevraagd lichamelijke klachten te hebben. Deze klachten gaan vooral over spieren, skelet en bindweefsel en luchtwegen. Een kwart van de ouderen heeft klachten over het gebit.
- Gemarginaliseerde ouderen hebben vooral behoefte aan hulp bij het lichamelijk functioneren, gebitsverzorging en financiën.

- Vier van de tien ouderen was ooit klant bij het algemeen maatschappelijk werk. Eenderde van deze groep had ooit contact met ambulante GGZ en ruim eenderde was ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Geen van de ouderen maakte ooit gebruik van methadonverstrekking en vrijwel geen van de ambulante verslavingszorg. Ruim één op de tien was ooit in een verslavingskliniek opgenomen geweest.
- Actueel maakten kwetsbare ouderen vooral gebruik van ambulante GGZ (18%) en algemeen maatschappelijk werk (15%).
- Ruim een kwart van de gemarginaliseerde ouderen was in het afgelopen jaar slachtoffer van ten minste één (al of niet gewelddadig) misdrijf. Overigens waren er twee keer zoveel niet-gewelddadige misdrijven als gewelddadige misdrijven gepleegd tegen de ouderen (23% tegenover 11%).
- Geen van de kwetsbare ouderen werd in het jaar voorafgaand aan het interview gearresteerd of veroordeeld in verband met een misdrijf.

Conclusies

De informatie uit dit onderzoek in Den Haag is goed te generaliseren naar marginale groepen in andere grote en middelgrote steden in Nederland. Er is geen reden om aan te nemen dat het beleid en het voorzieningenaanbod voor deze mensen in Den Haag sterk afwijken van dat in andere grote steden. In die steden komen hoogstwaarschijnlijk vergelijkbare profielen verkommerden en verloederden voor. Het door Research voor Beleid uitgevoerde onderzoek laat een sterke samenhang zien tussen de grootte van de gemeenten en de geschatte omvang van de populatie verkommerden en verloederden. Hoe hoger het inwonertal in een gemeente, des te meer mensen in achterstandssituaties, niet alleen in (uiteraard) absolute zin, maar ook als percentage van de bevolking.

Er bestaat voor marginalisering een verscheidenheid aan samenhangende risico-indicatoren op macro-, meso- en microniveau. De indicatoren verschillen in de mate waarin zij veranderbaar en beïnvloedbaar zijn. Sommige problemen zijn zeer weerbarstig en complex (BZK, 2002). Hoewel voor de hele populatie kwetsbare mensen geen uitspraken mogelijk zijn over wat oorzaken van achterstandssituaties zijn, is het bij individuele personen retrospectief waarschijnlijk goed mogelijk om aan te wijzen waarom en wanneer het misging. Maar ook in individuele situaties is een constellatie van samenhangende, elkaar versterkende factoren in het geding.

Van participatie in de samenleving is bij kwetsbare mensen amper sprake, hoewel subgroepen zich hierin wel onderscheiden. Over het algemeen is de toegang tot maatschappelijke goederen zeer beperkt. Mensen zijn geneigd om hun miserabele situatie vooral aan eigen incompetentie en gebrek aan karakter te wijten.

Er bestaan in de populatie kwetsbare mensen grote verschillen in objectieve en subjectieve kwaliteit van leven en ook in mate van marginalisering. Wat deze mensen gemeen hebben, zijn de meervoudige problemen. Feitelijk dakloze mensen zijn in vrijwel alle opzichten het slechtst af.

Een min of meer stabiele plek om te eten en te slapen is van wezenlijk belang voor het welbevinden van mensen. Feitelijke dakloosheid is een essentieel scharnierpunt in het proces van verkommering en verloedering. Eenmaal op straat is het risico van verder afglijden naar de absolute marge van de samenleving groot. Het hebben van een eigen woonruimte is echter geen voldoende

voorwaarde voor een zekere tevredenheid van mensen met het leven als geheel. Daar is meer voor nodig.

Mensen in de marge van de samenleving leven in een zeer onveilige wereld. Zij zijn aanmerkelijk vaker dan de gemiddelde burger in Nederland slachtoffer van misdrijven. Omgekeerd kunnen zij bij andere burgers ook gemakkelijk gevoelens van onveiligheid oproepen. Hoe meer gemarginaliseerde mensen gevangen zitten in een negatieve spiraal van drugsverslaving, hoogoplopende schulden, verkeerde vrienden en delicten voor de bekostiging van drugs, hoe meer arrestaties, veroordelingen en detenties er zijn, en hoe meer overlast zij veroorzaken. Aan marginalisering van mensen zijn dus hoge materiële en immateriële maatschappelijke kosten verbonden.

Verslaving hangt sterk samen met verkommering en verloedering en lijkt ook de kans op feitelijke dakloosheid te vergroten. Dit geldt voor verslaving aan alcohol, maar nog meer voor verslaving aan harddrugs. Eenmaal op straat is het harddrugsgebruik om verschillende redenen een vrijwel onneembare hindernis op de weg terug. Dat blijkt ook uit ander onderzoek. De hoogste prevalenties verslaving waren er in de groep feitelijk daklozen en hierin was ook het percentage mensen met een zogenoemde dubbele diagnose het grootst. Een deel van de jongeren en marginaal gehuisveste mensen loopt kans in de eerder beschreven negatieve spiraal te belanden.

Hoewel ernstige psychische problemen een serieus risico vormen voor maatschappelijk afglijden en hiermee ook samen kunnen gaan, zijn lang niet alle gedepriveerde mensen ook psychisch ziek. Wel zijn de gevonden prevalenties schizofrene en depressieve stoornissen in de onderzochte groepen hoger dan die in de Nederlandse bevolking.

Hoe gemarginaliseerder de mensen zijn, hoe meer behoeften aan zorg zij articuleren. De meeste zorgbehoeften werden geformuleerd bij gebitsverzorging, lichamelijke klachten, financiën, huisvesting en dagelijkse activiteiten. Feitelijk daklozen en jongeren willen daarnaast ook hulp bij problemen met drugs. In het oog springend was, dat hoewel nogal wat mensen problemen met alcohol hadden, slachtoffer waren van misdrijven, en/of betrokken waren bij verwervingscriminaliteit, zij hulp hierbij niet direct nodig vonden.

Het zorggebruik staat niet in verhouding tot de vele problemen en de door mensen geuite zorgbehoeften. Degenen met de grootste problemen en zorgbehoeften krijgen in feite de minste hulp. Of iemand hulp krijgt is meer van

toeval afhankelijk dan van het complex van problemen en zorgbehoeften. Vooral feitelijk daklozen hebben weinig contact met de hulpverlening.

Er zijn uiteenlopende redenen waarom de afstemming tussen vraag en aanbod bij kwetsbare mensen nog onvoldoende is. Het gaat onder andere om verlies van vertrouwen in de hulpverlening bij mensen, een weinig empathische, responsieve houding van hulpverleners, onvoldoende deskundigheid bij hulpverleners, het accent in de hulpverlening op symptoombestrijding, onvoldoende nazorg na vertrek uit residentiële voorzieningen (psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis, kindertehuis enzovoort), gebrekkige samenwerking tussen betrokkenen, te hoge drempels bij voorzieningen voor mensen met de meest complexe problemen, en tekort aan ambulante, intensieve en vindplaatsgerichte zorg.

De noodzaak van dwangtoepassing bij opnamen in psychiatrische ziekenhuizen is meestal niet aanwezig vanwege de volgende redenen.

- De mensen deden zelf vaak een verzoek om een vrijwillige opname, dat meestal ook werd gehonoreerd.
- De meeste mensen lieten zich door professionals overtuigen van de noodzaak van een opname, met een vrijwillige opname als gevolg.
- Bij een klein deel gingen professionals over tot een gedwongen opname.

Aanbevelingen

- Leg prioriteit bij meest kwetsbare groepen, dat zijn feitelijk dakloze mensen, (zwerf)jongeren en marginaal gehuisveste mensen. In de eerstgenoemde groep is de te behalen winst het grootst in termen van hogere levenskwaliteit en preventie of reductie van verwervingscriminaliteit. Bij de laatstgenoemde groepen is preventief de meeste winst te boeken.
- Focus op zorg en niet op repressie, ook om verdere uitstoting van de mensen in de marge te voorkomen.
- Investeer in het volgende.
 - Het voorkomen van dakloosheid door intensieve zorg-aan-huis, vroegtijdige hulpverlening bij middelengebruik en actief ingrijpen bij hoge schulden en voorgenomen uithuiszettingen.
 - Het bevorderen van uitstroom uit dakloosheid door vroegtijdige interventies bij mensen die nog maar kort dakloos zijn en door langdurig daklozen een dak boven het hoofd te bieden. Onderzocht moet worden welke woonfaciliteiten het beste aansluiten bij de problemen en behoeften van dakloze, harddrugsverslaafden.
 - De ontwikkeling van strategieën om de verwervingscriminaliteit van harddrugsverslaafden tegen te gaan. Denk hierbij aan uitbreiding van de medische verstrekking van heroïne.
- Biedt mensen weer houvast en perspectief door te werken aan opvang en stabilisering, meer controle over essentiële bestaansvoorwaarden, zo groot mogelijke zelfredzaamheid, hogere levenskwaliteit en participatie in de samenleving. Ga hierbij uit van eigen competenties van mensen en versterk die waar mogelijk.
- Zorg voor een op diverse leefgebieden gerichte mix van praktische en gespecialiseerde hulp die aansluit op de individuele zorgbehoeften van mensen.
- Investeer in crisisopvang die 24 uur per dag bereikbaar is, ook voor de mensen zelf en voor hun naasten, die in crisissituaties zeker ook ondersteuning nodig hebben.

- Garandeer voor mensen met de meest ernstige en complexe problemen intensieve persoonlijke begeleiding door casemanagers of trajectbegeleiders. Trefwoorden van deze begeleiding zijn onder andere vindplaatsgericht werken, actieve opstelling, vasthoudendheid, bemiddelen en coördineren, bieden van heel praktische hulp, en rekenschap vragen en geven.
- Zorg voor toegankelijker voorzieningen voor kwetsbare mensen.
 - Ga na welke openingstijden van voorzieningen en afspreektijden met hulpverleners het beste aansluiten bij de leefstijl van kwetsbare mensen.
 - Toets, en stel zonodig het voordeurbeleid en gehanteerde contra-indicaties bij van voorzieningen. Onderzoek wat essentiële voorwaarden zijn voor het kunnen blijven garanderen van laagdrempeligheid van opvang.
 - Zorg voor beschikbaarheid en of betere toegankelijkheid van medische zorg en tandartszorg.
- Geef lokale sturing een stevige impuls zodat diverse instellingen en sectoren, samen met gemeente en zorgverzekeraar, hun maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen nemen voor mensen in de marge van de samenleving. De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) vormt hiervoor een passend beleidskader. Integratie met andere beleidsvelden (grote-stedenbeleid, integrale veiligheidsbeleid, beleid huiselijk geweld, jeugdhulpverlening, enzovoort) is hierbij wenselijk. Ga na welke (beleids) maatregelen een minder vrijblijvende samenwerking kunnen afdwingen.
- Monitor trends in de omvang en kenmerken van de door de hulpverlening bereikte en niet-bereikte groepen kwetsbare mensen. Op landelijk niveau ligt deze monitoring voor de hand in de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) of in de monitor OGGZ.

1 Achtergrond en opzet van het onderzoek

1.1 *Achtergrond*

In 1999 gaf het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Trimbos-instituut opdracht om onderzoek te doen naar de kenmerken en leefomstandigheden van zogenoemde verkommerde en verloederde mensen en naar de redenen waarom zij achterop raken en afglijden. Den Haag werd gekozen als onderzoeksgebied. Tegelijkertijd kreeg Research voor Beleid het verzoek van dit ministerie om de omvang van verkommerde en verloederde mensen in Nederland te bepalen en de groep aan de hand van enkele kenmerken te typeren. De opdrachtverlening van beide onderzoeken had een bijzondere achtergrond.

In 1994 werd de oude Krankzinnigenwet van 1884 vervangen door de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Vanaf die tijd was het niet meer mogelijk mensen ‘voor hun eigen bestwil’ gedwongen te laten opnemen in psychiatrische ziekenhuizen. Er moest voldaan zijn aan het criterium van gevaar, en wel gevaar dat niet kan worden afgewend anders dan door opneming in een psychiatrisch ziekenhuis, het zogenoemde *ultimum remedium criterium*. Tijdens de behandeling en evaluatie van de Wet Bopz aan het begin van de jaren negentig ontstond in zowel de Tweede als de Eerste Kamer grote bezorgdheid om het lot van mensen die mogelijk door het wegvallen van het bestwilcriterium in de samenleving zouden verkommeren en verloederen. Uit de evaluatie bleek dat het wettelijke kader, zoals neergelegd in de Wet Bopz, verkommering en verloedering niet in de hand werkte (Scholten & Tjadens, 1996; ministerie van VWS, 1996, p. 129). Het ministerie vond verder onderzoek naar de problemen van verkommerde en verloederde mensen nodig.

In deze inleiding beschrijven wij de doel- en vraagstellingen van het door het Trimbos-instituut uitgevoerde onderzoek, gaan wij uitgebreid in op de omschrijving en onderverdeling van de doelgroep, vatten wij de uitvoering van het onderzoek samen en schetsen wij de opbouw van dit rapport.

De Tweede en Eerste kamer, het kabinet en het ministerie hebben steeds gesproken over verkommerde en verloederde mensen. In de praktijk wordt deze term zoveel mogelijk vermeden en wordt er bij voorkeur gesproken over sociaal kwetsbare mensen. Wij zijn zelf ook niet gelukkig met de term. De aanduiding is stigmatiserend en wekt ook de indruk dat het hier zou gaan om hopeloze gevallen. Wij voldoen echter aan het verzoek van de opdrachtgever

om, mede gezien de hiervoor geschetste achtergrond van dit onderzoek, de term in dit rapport zoveel mogelijk te gebruiken.

1.2 Doel- en vraagstellingen

Het onderzoek van het Trimbos-instituut had twee doelen.

1. Het krijgen van inzicht in risico-indicatoren voor verkommering en verloedering
2. Het krijgen van inzicht in kenmerken en leefomstandigheden van verkommerde en verloederde mensen

De vraagstellingen van het onderzoek waren als volgt.

1. Welke risico-indicatoren hangen samen met verkommering en verloedering en wat is er bekend over het proces van maatschappelijk afglijden?
2. Wat zijn de belangrijkste sociaaldemografische kenmerken van verkommerde en verloederde mensen en hoe is hun huisvestings situatie?
3. Wat is onder deze groep de prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen en wat is de aard en omvang van het middelengebruik?
4. Wat is de kwaliteit van leven van de mensen en wat zijn hun zorgbehoeften?
5. Welke contacten hebben zij met politie en justitie?
6. Wat is hun zorggebruik?

Voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag voerden wij een literatuurstudie uit en deden wij een serie groepsinterviews.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen 2 tot en met 6 hielden wij gestructureerde interviews met gemarginaliseerde mensen.

Het onderzoeksgebied was de gemeente Den Haag. Daar waren de volgende argumenten voor.

- Concentratie van onderzoeksinspanning in één gemeente moest een gedetailleerd en diepgaand inzicht opleveren in diverse subgroepen van verkommerde en verloederde mensen.
- Den Haag werd als grote stad geacht een variëteit aan subgroepen verkommerde en verloederde mensen te herbergen.
- Anders dan in de andere grote steden was in Den Haag heel weinig systematisch onderzoek gedaan naar mensen in (extreme) achterstandssituaties.

In de onderzoeksperiode telde de gemeente Den Haag 355.000 inwoners van 18 jaar en ouder.

1.3 *Omschrijving en onderverdeling van de doelgroep*

Wij startten het onderzoek medio 1999 met het volgende.

- Reflectie op de typering van deze groep door de Tweede en Eerste kamer en het kabinet in het kader van de behandeling en evaluatie van de Wet Bopz
- Een beknopte literatuurstudie
- Raadpleging van een expertpanel
- Een ronde langs sleutelfiguren in de gemeente Den Haag.

Doelen van deze oriëntatie waren een afbakening en omschrijving van de doelgroep en een identificatie en verificatie van plaatsen en sectoren waar de doelgroep zich ophoudt. Op basis van de resultaten van dit vooronderzoek maakten wij definitieve keuzes voor de onderzoeksopzet.

Vooronderzoek

Het begrip verkommerden en verloederden raakte aan het begin van de jaren negentig in gebruik tijdens de behandeling en evaluatie van de Wet Bopz. Er was, zoals gezegd, bij de Tweede en Eerste kamer ernstige bezorgdheid dat ‘ernstige manisch-depressieve en schizofrene patiënten’ die niet bereid waren zich te laten opnemen en niet aan het gevaarscriterium voor gedwongen opname voldeden (kortweg aangeduid als psychotische zwervers) zouden verkommeren en verloederen (Van Ginneken & Van Buuren, 1994; ministerie van VWS, 1996).

Enkele jaren later werd in het kabinetsstandpunt over de evaluatie van de Wet Bopz de populatie voor het eerst veel ruimer gedefinieerd: ‘Bij verkommering en verloedering gaat het om mensen die gezien hun omstandigheden zorg of opvang nodig hebben, maar om de een of andere reden geen of onvoldoende gebruik maken van het bestaande aanbod aan zorg- en opvangvoorzieningen. Het kan daarbij zowel gaan om het bewust of onbewust mijden van zorg. Het gevolg hiervan is dat hun maatschappelijk functioneren en welbevinden beneden een maatschappelijk aanvaardbaar minimumniveau raakt of dreigt te raken (ministerie van VWS, 1997: 56). Meest in het oog springende verschil met de eerdere typering was het ontbreken van een ‘gees-

telijke stoornis². Ook werd er voor het eerst verwezen naar algemenere noties als ‘maatschappelijk functioneren en welbevinden’. In ditzelfde kabinetsstandpunt werden verkommerden en verloederden in één adem genoemd met ‘dak- en thuislozen en/of zorgwekkende zorgmijders’ (p. 57).

Een eerste verkenning van de literatuur leerde ons dat de essentie van verkommering en verloedering bestond uit het volgende.

- Tekortschietende zelfredzaamheid en onvoldoende vermogen om in eigen basale levensbehoeften te voorzien
- Onvoldoende mogelijkheden om gebruik te maken van hulpbronnen in de omgeving
- Meervoudige, vaak ernstige problemen op diverse leefgebieden
- Marginaal functioneren onder een maatschappelijk aanvaardbaar minimumniveau
- Gebrek aan (adequate, compenserende) hulpverlening of steun.

Uitgangspunt was dat er op uiteenlopende leefgebieden sprake kon zijn van marginalisering, er per leefgebied probleemaspecten waren die hierop duiden, en de mate van marginalisering per leefgebied per individu kon verschillen. Zo veronderstelden wij ook dat er tussen groepen verschillen zouden zijn in mate van marginalisering. Een ander uitgangspunt was dat het ging om een observeerbare toestand waarin eigenlijk geen differentiatie mogelijk was tussen probleemaspecten die oorzaken waren van marginalisering of juist gevolgen.

Eind 1999 organiseerden wij samen met Research voor Beleid een zogenoemd expertpanel met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en van instellingen (vooral uitvoerend medewerkers) uit de maatschappelijke opvang, de GGZ, de verslavingszorg, de GGD en de politie. Wij legden dit panel onder andere een lijst voor met leefgebieden en probleemaspecten die voor de identificatie van verkommerde en verloederde mensen van belang zouden zijn³.

² In het evaluatierapport Wet Bopz van het ministerie van VWS (1996: 100) spreekt men nog over ‘verkommerde en verloederde patiënten’ en ‘mensen die lijden aan een geestelijke stoornis’.

³ Deze lijst was gebaseerd op een eerste literatuurverkenning. In de keuze van leefgebieden en probleemaspecten bouwden wij voort op de gebieden die in het Bopz-evaluatieonderzoek door Research voor Beleid in relatie tot verkommering en verloedering waren geïdentificeerd (Scholten & Tjadens, 1996). Verder baseerden wij ons op literatuur over en onderzoek naar kwaliteit van leven en *needs assessment* in de psychiatrie (Boevink e.a., 1995; Schene e.a., 1995; Wolf, 1997) en op de leefgebieden die de basis vormden van de indicatiestelling van langdurig zorgafhankelijken in de psychiatrie (De Vries e.a., 1999).

Uit het debat en de scoring van de lijst op een vijfpuntsschaal die liep van 1 (niet belangrijk) tot en met 5 (heel belangrijk), kwamen als belangrijkste leefgebieden naar voren: huisvesting (4,5), zelfverzorging (4,2) en veiligheid (4,2). De door het panel belangrijkste gevonden probleemaspecten hadden ook op deze leefgebieden betrekking, namelijk: dreigende uithuiszetting (4,1), vervuiling van woonruimte (4,1), ontbrekende of sterk wisselende huisvesting (4,0), onbehandelde lichamelijke kwalen (4,3), en tekortschietende zelfbescherming (4,1).

Tijdens onze ronde langs sleutelfiguren in Den Haag in het voorjaar van 2000 voerden wij negentien gesprekken met vertegenwoordigers van de gemeente (maatschappelijke opvang, verslavingszorg), de politie, GGD, maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, eerstelijnszorg en overige voorzieningen. In de gesprekken vroegen wij de mensen naar hun eigen associaties bij verkommering en verloedering, legden wij ter beoordeling een voorlopige omschrijving voor van de doelgroep (zie hieronder), en verzochten wij ook hun de lijst te scoren van leefgebieden en probleemaspecten. Ook namen wij alle mogelijke vindplaatsen door waar deze gemarginaliseerde mensen zich in Den Haag konden ophouden.

Eigen associaties met verkommering en verloedering waren vooral meervoudige en vaak ernstige problemen, geringe zelfredzaamheid, thuisloosheid (gedefinieerd als een combinatie van opgelopen (onherstelbare) schade in de vroege jeugd, onvermogen tot hechting, geringe zelfredzaamheid en niet zelfstandig kunnen functioneren), dakloosheid (gedefinieerd in termen van bezoekers of bewoners van maatschappelijke opvangvoorzieningen), gebrekkig, inadequaat contact met de hulpverlening, en armoede en sociaal isolement.

Omschrijving

Een diffuse groep die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en/of niet of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien. Gedacht wordt aan dak- en thuislozen, zorgwekkende zorgmijders, en zichzelf verwaarlozende, gemarginaliseerde groepen. Deze mensen kunnen al dan niet ernstige en langdurige psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen of een combinatie van deze kenmerken hebben. Het gaat bij de 'verkommerden en verloederden' niet alleen om de zichtbare groep op straat, maar ook om de onzichtbare groep mensen die in hun woning een marginaal bestaan leidt.

Betrokkenen begrepen uit onze omschrijving om welke groep het ging. Zij gaven aan deze groep aan de hand van de omschrijving in hun eigen praktijk te kunnen herkennen en identificeren, als hun daarom zou worden gevraagd. Overigens werd ook duidelijk dat lang niet iedereen gecharmeerd was van het

label 'verkommerd en verloederd'. Bij voorkeur spraken de betrokkenen zelf over sociaal kwetsbare mensen.

Voor het identificeren van verkommerde en verloederde mensen moest er volgens de Haagse sleutelfiguren vooral worden gelet op psychisch functioneren & verslaving (4,8), veiligheid (4,5) en huisvesting (4,3). In vergelijking met het expertpanel hechtten zij dus vooral meer belang aan psychisch functioneren & verslaving (3,6). Als belangrijkste probleemaspecten in dit verband noemden zij tekortschietende zelfbescherming (4,1), dreigende uithuiszetting (4,1), ontbrekende of sterk wisselende huisvesting (3,9), woningvervuiling (4,0) en onbehandelde lichamelijke kwalen (4,0). Over de meest in het oog springende probleemaspecten was er dus tussen de Haagse sleutelfiguren en het expertpanel nagenoeg 100% overeenstemming.

De ronde langs de sleutelfiguren maakte ook identificatie mogelijk van de belangrijkste sectoren en vindplaatsen van gemarginaliseerde, volwassen mensen. De maatschappelijke opvang stond onbetwist op de eerste plaats. Alle betrokkenen noemden deze sector. Sommigen volstonden met het noemen van de sector, enkelen wezen vooral op de meest laagdrempelige voorzieningen, zoals het rijdende dienstencentrum, de soepbus en passantenverblijven, en anderen wezen met name op woonvoorzieningen, vooral die waar mensen met ernstige psychische problemen verblijven. De top zes zag er als volgt uit.

- 1 Maatschappelijke opvang
- 2 Geestelijke Gezondheidszorg en verslavingszorg
- 3 Signaleringsoverleggen voor zogenoemde zorgwekkende zorgmijders
- 4 GGD
- 5 Huiskamers en ontmoetingscentra
- 6 Politie

1.3.1 *Onderverdeling naar huisvestingssituatie*

Op basis van de informatie uit het vooronderzoek werd in overleg met de begeleidingscommissie gekozen de doelgroep van dit onderzoek onder te verdelen in drie groepen.

- Feitelijk dakloze mensen
- Residentieel dakloze mensen
- Marginaal gehuisveste mensen

Deze keuze vloeide voort uit het grote belang dat de Haagse sleutelfiguren en de leden van het expertpanel toekenden aan huisvesting en vooral aan uiteenlopende probleemaspecten op dit gebied, de identificatie van de maatschappelijke opvang als de vindplaats bij uitstek voor gemarginaliseerde mensen, het door beleidsmakers steeds gelegde verband tussen verkommering en verloedering en dak- en thuisloosheid, en de constatering in de literatuur dat dakloosheid de uiterste vorm is van marginalisering en sociale uitsluiting (Spierings, 1998). Bij de onderverdeling van de doelgroep sloten wij bovendien aan bij het door de Gezondheidsraad (1995) in haar advies over dak- en thuislozen voorgestelde onderscheid tussen de zogenoemde straatpopulatie, de groep die (semi)permanent in opvangvoorzieningen verblijft en de groep zogenoemde marginaal gehuisvesten, dit zijn kwetsbare mensen die een verhoogd risico lopen om op straat te komen⁴.

Bij het nader definiëren van de drie groepen volgden wij internationaal aanvaarde standaarden die ook gemeengoed zijn in Nederland (vergelijk Koegel e.a., 1996; Gezondheidsraad 1995; Greshof, 1996; Reinking & Kroon, 1998; Korf e.a., 1997; 1999).

Feitelijk daklozen

Dit zijn personen die de maand voorafgaand aan het interview niet beschikten over een eigen woonruimte en voor een slaapplek gedurende de nacht ten minste één nacht waren aangewezen op een van de volgende mogelijkheden.

- Buiten slapen, ofwel overnachten in de open lucht en in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto
- Binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse noodopvang
- Binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daaropvolgende nacht

Residentieel daklozen

Dit zijn personen die de maand voorafgaand aan het interview als bewoner ingeschreven stonden bij instellingen voor maatschappelijke opvang. Het gaat hierbij om internaten en sociale pensions en dergelijke, maar ook om woonvoorzieningen op basis van particulier initiatief die zich expliciet richten op

⁴ De naamgeving door de Gezondheidsraad van de eerstgenoemde twee groepen vonden wij verwarrend en namen wij niet over. De Gezondheidsraad duidde de straatpopulatie namelijk aan met de term daklozen en de groep die semi-permanent in opvangvoorzieningen verblijft met de term thuislozen.

semi-permanente bewoning door daklozen en op enkele particuliere commerciële pensions waar voornamelijk daklozen wonen.

Marginaal gehuisvesten

Dit zijn gemarginaliseerde personen, die huur of hypotheek betalen voor een woning, wooneenheid of kamer met een permanente woonbestemming en daar een particulier huishouden voeren. Hij of zij heeft een eigen huurcontract of hypotheek voor een officieel erkende woning. Aan de woning wordt als eis gesteld dat deze zich leent voor het voeren van een particulier huishouden, ofwel mogelijkheden om te voorzien in eigen leefonderhoud en eventueel ook dat van anderen. Dit onderscheidt marginaal gehuisveste mensen van daklozen en van mensen in intramurale voorzieningen, gevangenissen en andere gesloten instellingen. Tot de marginaal gehuisveste mensen horen ook mensen die (min of meer) permanent inwonen bij familie en daar deel uitmaken van het huishouden.

1.3.2 Onderverdeling naar leeftijd

De onderverdeling van de doelgroep naar huisvestingssituatie werd op verzoek van de opdrachtgever aangevuld met een onderverdeling naar leeftijd. Het onderzoek moest ook inzicht geven in eventuele verschillen in leeftijdscategorieën. Wij onderscheidden in de doelgroep daarom de volgende groepen.

- Jongeren van 16 tot en met 25 jaar
- Volwassenen van 26 tot en met 55 jaar
- Ouderen van 56 jaar en ouder

Sleutelfiguren uit Den Haag gaven aan dat de sectoren en vindplaatsen van volwassen en oudere verkommerde en verloederde mensen niet bijzonder van elkaar zouden verschillen. Omdat dit wel het geval bleek voor jongeren maakten wij ter oriëntatie in een later stadium een aparte ronde langs betrokkenen die vooral met kwetsbare groepen jeugdigen werkten. Wij spraken in het najaar van 2000 met 39 vertegenwoordigers van de gemeente (maatschappelijke opvang, jeugdzaken, onderwijs), de GGD, maatschappelijke opvang, GGZ (kinder- en jeugdpsychiatrie) en verslavingszorg, jeugdhulpverlening, bijzonder onderwijs en wijk- en dienstencentra.

Veel betrokkenen vonden de omschrijving van de doelgroep minder goed passen bij kwetsbare jongeren en vooral ook te zwaar. De meesten benadrukten dat de probleemjongeren waarmee zij contact hadden overwegend thuis

woonden, niet in eigen bestaansvoorwaarden hoefden te voorzien en het daarom ook niet goed was te beoordelen of er sprake was van enig onvermogen om zich zelfstandig te handhaven in de samenleving. Verder wezen zij erop dat er bij deze jongeren sprake was van specifieke jongerenproblemen, zoals experimenteergedrag met drugs, seks en alcohol, en van ontwikkelings-, opvoedings- en gezinsproblemen. Er was volgens de sleutelfiguren eerder sprake van psychosociale dan van (ernstige) psychische problemen. Zij signaleerden met name ADHD en gedragsproblemen.

Als belangrijke sectoren en vindplaatsen van gemarginaliseerde jongeren noemden de sleutelfiguren het volgende.

- 1 Maatschappelijke opvang voor jongeren
- 2 Begeleid wonen voor probleemjongeren, waaronder verslaafde jongeren
- 3 Jeugdhulpverlening aan zwerfjongeren
- 4 Drugspoli voor jongeren
- 5 Reclassering voor jongeren, waaronder projecten voor spijbelaars

1.4 *Uitvoering*

1.4.1 *Literatuurstudie en groepsinterviews*

Voor het verkrijgen van inzicht in risico-indicatoren voor marginalisering en van een globaal beeld van het verloop van het marginaliseringsproces deden wij, zoals gezegd, een literatuurstudie en groepsinterviews (zie ook bijlage 1).

De focus van de literatuurstudie lag bij Nederlandstalige publicaties. Internationale publicaties bestudeerden wij als deze duidelijke theoretische of inhoudelijke meerwaarde hadden. De publicaties waren uit de periode 1990 tot heden en werden gevonden via raadpleging van diverse databestanden, zoals Psyclit en Medline.

Wij organiseerden zes groepsinterviews met mensen die in werk of privé vrijwel dagelijks ervaringen hadden met marginalisering en uitsluiting. De volgende groepen werden door ons geïnterviewd.

- Professionals die met dakloze mensen werken, vooral in de maatschappelijk opvang
- Professionals die met marginaal gehuisveste mensen werken, variërend van psychiater tot politieagent
- Familieleden (ouders, kinderen en zussen) van gemarginaliseerde mensen
- Volwassen dakloze mensen

- Volwassen marginaal gehuisveste mensen
- Gemarginaliseerde jongeren.

Voor de wijze van selectie van de respondenten verwijzen wij naar bijlage 1. Er deden bijna veertig mensen aan de groepsinterviews mee. Tijdens het eerste deel van elke bijeenkomst werden de aanwezigen uitgenodigd de volgens hen drie belangrijkste factoren te benoemen bij het ontstaan van marginalisering. Nadat elk individu een toelichting had gegeven op zijn of haar factoren vond een debat erover plaats met als doel overeenstemming te krijgen over de belangrijkste. Het tweede deel van de bijeenkomst was gewijd aan de hulpverlening aan verkommerde en verloederde mensen. Nadat de problemen in kaart waren gebracht werd iedereen gevraagd met voorstellen voor verbetering te komen. Aan het einde van de bijeenkomst vroegen wij de deelnemers een lijst te scoren van indicatoren die samenhangen met marginalisering. De indicatoren waren afkomstig uit de door ons bestudeerde literatuur. Doel van deze scoring was om preciezer vast te kunnen stellen wat eventuele verschillen en overeenkomsten waren in de percepties van de drie groepen: gemarginaliseerde mensen zelf, familieleden en professionals.

1.4.2 *Interviews met gemarginaliseerde mensen*

Voor het verkrijgen van inzicht in de leefomstandigheden en problemen van verkommerde en verloederde mensen deden wij, zoals gezegd, gestructureerde interviews met de doelgroep. De eerder genoemde onderverdeling van de doelgroep vormde de basis van de steekproeftrekking. Inzet was om interviews te doen met 106 feitelijk dakloze mensen, 106 residentieel dakloze mensen en 106 marginaal gehuisveste mensen. Het ging hierbij vooral om volwassenen, maar ook om ouderen. Aanvullend wilden wij 60 jongeren interviewen. De aantallen waren groot genoeg om per groep een redelijk robuust profiel te kunnen maken en waren vanuit het beschikbare budget gezien het maximaal haalbare. In bijlage 2 beschrijven wij in detail de aanpak van dit kwantitatieve onderzoek. Hier volstaan wij met een verkorte weergave.

Algemeen

- Er werden gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt (zie bijlage 3).⁵
- De interviewers (14 in totaal) volgden voor het gebruik van de vragenlijst een training van drie dagen. Regelmatig was er een zogenoemde terug-

⁵ De vragenlijst ligt bij de eerste auteur ter inzage.

kombijeenkomst om de gang van zaken bij het interviewen door te praten en zo nodig bij te stellen.

- Na een voltooid interview ontvingen respondenten 25 gulden.

Dakloze mensen

- Wij brachten alle dak- en thuislozenvoorzieningen in Den Haag in kaart en verzamelden hierover basisgegevens (doelgroep, dienstenaanbod, capaciteit, openingstijden en eventuele maximale verblijfsduur en of contra-indicaties).
- Alle 24 dak- en thuislozenvoorzieningen werden benaderd voor deelname (vijf voor feitelijk daklozen en negentien voor residentieel daklozen). Alle voorzieningen werkten mee aan het onderzoek. Ook deden twee particuliere commerciële pensions mee.
- Interviews vonden plaats in de periode van 31 oktober 2000 tot en met 12 maart 2001.
- In totaal benaderden wij bij de voorzieningen 281 personen voor een interview en voordat het interview begon gingen wij met behulp van een screener na of iemand feitelijk dakloos was.⁶ Wij benaderden geen mensen op straat.
- Wij deden 217 interviews waarvan er 203 bruikbaar waren voor analyse.
- De respons was 77%. Belangrijkste reden om niet mee te doen was geen zin/geen interesse hebben.
- De interviews duurden gemiddeld 73 minuten.

Kwetsbare, marginaal gehuisveste mensen

- Om een overzicht te krijgen van vindplaatsen van kwetsbare, marginaal gehuisveste mensen spraken wij met 33 sleutelinformanten⁷ bij de gemeente (inclusief GGD), GGZ, verslavingszorg, thuiszorg, welzijnswerk en eerstelijns en algemeen maatschappelijke dienstverlening (onder andere Kerk en Samenleving, Humanitas, eettafels).
- Wij inventariseerden stadsdelen in Den Haag met de hoogste concentraties sociaal kwetsbare mensen.
- Wij selecteerden 21 vindplaatsen (met minstens 25% kwetsbare, marginaal gehuisveste mensen in hun bereikte cliëntengroep) en verzamelden hierover basisgegevens (doelgroep, dienstenaanbod, capaciteit, openingstijden

⁶ Iemand kon niet tegelijkertijd feitelijk en ook residentieel dakloos zijn.

⁷ Dit gebeurde dus na het in paragraaf 1.3.1 beschreven vooronderzoek waarin met 19 vertegenwoordigers van diverse organisaties was gesproken over doelgroep en vindplaatsen.

en eventuele maximale verblijfsduur en of contra-indicaties). Van die 21 verleenden er 15 hun medewerking.

- Interviews vonden plaats in de periode van 1 januari tot en met 31 augustus 2001.
- Hulpverleners gingen na of cliënten in hun populatie voldeden aan de definitie van verkommering en verloedering, benaderden de door hen geselecteerde mensen met het verzoek aan het onderzoek mee te werken en gaven de namen van hen door die dit wilden. Het aantal personen dat door hulpverleners en andere betrokkenen was benaderd voor deelname aan het onderzoek was hoger dan het aantal personen dat wij benaderden voor een interview.
- Wij benaderden 135 personen voor een interview en voordat het interview begon gingen wij met behulp van een screener na of iemand marginaal gehuisvest was.
- We deden 98 interviews die alle bruikbaar waren voor analyse.
- De respons was 73%. De redenen om niet mee te doen bleven veelal onbekend.
- De interviews duurden gemiddeld 72 minuten.

Gemarginaliseerde jongeren

- Wij spraken, zoals gezegd, met 39 vertegenwoordigers van de gemeente (maatschappelijke opvang, jeugdzaken, onderwijs), de GGD, maatschappelijke opvang, GGZ (kinder- en jeugdpsychiatrie) en verslavingszorg, jeugdhulpverlening, bijzonder onderwijs, en wijk en dienstencentra.
- Wij selecteerden 22 vindplaatsen voor gemarginaliseerde jongeren en verzamelden hierover basisgegevens (doelgroep, dienstenaanbod, capaciteit, openingstijden en eventuele maximale verblijfsduur en of contra-indicaties). Er werkten 12 voorzieningen mee.
- De interviews werden uitgevoerd in de periode van 1 maart tot en met 31 augustus 2001.
- Hulpverleners gingen na of jongeren in hun populatie voldeden aan de definitie van verkommering en verloedering, benaderden de door hen geselecteerde jongeren met het verzoek aan het onderzoek mee te werken en gaven de namen van hen door die dit wilden.
- Wij benaderden 88 jongeren voor een interview.
- Wij deden 66 interviews, waarvan er 58 geschikt waren voor analyse.
- De respons was 75%. Van de 22 jongeren die niet meededen bleef de reden hiervoor bij 12 onbekend, 9 hadden geen zin/geen interesse en 1 trok de getekende toestemmingsverklaring in.
- De gemiddelde duur van de interviews was 53 minuten.

Het aantal feitelijk daklozen in Den Haag is zeer recent in opdracht van de gemeente Den Haag door het Trimbos-instituut geschat op 470 personen (Reinking e.a., 2001). De door ons geïnterviewde groep van 103 feitelijk dakloze mensen maakt een vijfde deel uit van de totale groep en vormt door de gehanteerde steekproeftrekking in dit onderzoek een goede weerspiegeling van die groep.

Het aantal residentieel daklozen is in datzelfde onderzoek geschat op totaal 460 mensen. De door ons geïnterviewde groepen van 100 residentieel dakloze mensen maakt eveneens een vijfde deel uit van de totale groep en vormt door de gehanteerde steekproeftrekking in dit onderzoek een goede weerspiegeling van die groep.

Er was bij de start van dit onderzoek geen schatting beschikbaar van het aantal kwetsbare, marginaal gehuisveste mensen in de gemeente Den Haag. Het steekproefuniversum kon niet worden bepaald en dus kon van een representatieve steekproef geen sprake zijn. Helaas werd het aantal beoogde interviews bij de zogenoemde signaleringsoverleggen, de transmurale zorgteams van de GGZ en de teams van de gespecialiseerde gezinsverzorging niet gehaald. Daar staat tegenover dat via vijf wijkbureaus van de politie meer mensen werden geïnterviewd dan verwacht. Conclusie is dat op basis van de kennis en inzichten van sleutelfiguren via een vrij groot aantal, zeer uiteenlopende voorzieningen een getalsmatig grote en ook gevarieerde groep gehuisveste mensen is geïnterviewd.

Ook voor de groep gemarginaliseerde jongeren gold dat hiervan geen schatting beschikbaar was, geen steekproefuniversum kon worden vastgesteld en er dus geen representatieve steekproef mogelijk was. Wel is bekend, dat bij de 11 vindplaatsen waar interviews plaatsvonden op enig moment het totale bereik van kwetsbare, gemarginaliseerde jongeren ongeveer 170 was. Het gaat hier om een ruwe schatting. De 57 bij deze voorzieningen door ons geïnterviewde jongeren maken hier eenderde deel van uit. Conclusie is, dat op basis van de kennis en inzichten van sleutelfiguren via een vrij groot aantal, zeer uiteenlopende voorzieningen een redelijk grote en ook gevarieerde groep jongeren is geïnterviewd.

Omdat er geen schatting beschikbaar was van het totale aantal marginaal gehuisveste mensen en gemarginaliseerde jongeren, was het niet mogelijk om uitspraken te doen over de totale populatie verkommerde en verloederde mensen in Den Haag. Om die reden rapporteren wij in dit verslag ook over de groepen afzonderlijk.

1.5 *Opbouw*

Dit rapport bestaat uit vier delen. In deel 1 geven wij een antwoord op de eerste onderzoeksvraag. Wat zijn de redenen waarom mensen achterop raken en maatschappelijk gezien afglijden en wat is er bekend over het verloop van dit proces? In hoofdstuk 2 presenteren wij de opinies van betrokken partijen en in hoofdstuk 3 beschrijven wij aan de hand van de literatuur de belangrijkste risico-indicatoren.

Deel 2 gaat in op de onderzoeksvragen 2 tot en met 6. Achtereenvolgens komen in de hoofdstukken 4 tot en met 8 aan de orde: het sociaaldemogra-

fisch profiel, de aanwezigheid van psychische stoornissen en verslaving, de kwaliteit van leven, veiligheidskwesties en contacten met politie en justitie, en het zorggebruik. De gegevens in deze hoofdstukken ordenden wij naar de groepen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten. Hoofdstuk 9 behandelt dezelfde onderzoeksvragen maar neemt dan het onderscheid tussen jongeren, volwassenen en ouderen als vertrekpunt. Achtergrondtabellen bij deel 2 zijn opgenomen in bijlage 4.

Deel 3 start met een hoofdstuk over gradaties van marginalisering en de relatie ervan met zorgbehoeften, subjectief ervaren levenskwaliteit en zorggebruik. In hoofdstuk 11 volgt een beschouwing naar aanleiding van de onderzoeksresultaten en doen wij op basis van die resultaten suggesties voor de opvang en hulpverlening van verkommerde en verloederde mensen.

Deel 4 bevat diverse bijlagen waarin de opzet en uitvoering van het onderzoek gedetailleerd worden uitgewerkt. Bijlage 1 geeft een beschrijving van de opzet en uitvoering van de literatuurstudie en van het kwalitatieve onderzoek en geeft ook een overzicht van de resultaten van laatstgenoemd onderzoek. In bijlage 2 bespreken wij de opzet en uitvoering van het kwantitatieve onderzoek naar kenmerken van sociaal kwetsbare mensen. Bijlage 3 gaat in op de hierbij gebruikte meetinstrumenten en de gebruikte schalen en drempelwaardes. Bijlage 4 geeft een overzicht van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek, uitgesplitst naar feitelijk en residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten, en naar jongeren, volwassenen en ouderen. Deze bijlage begint met een toelichting op de inhoud van de tabellen. Bijlage 5 bevat de betekenis van de gebruikte afkortingen in dit rapport en in bijlage 6 staan de leden vermeld van de begeleidingscommissie van het onderzoek.

DEEL 1

Risico-indicatoren voor marginalisering

2 Opinions over marginalisering

Resumé

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag welke factoren volgens direct betrokkenen in de praktijk meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van verkommering en verloederings. Geraadpleegd werden mensen in achterstandssituaties, familieleden en professionals.

Spontaan noemden betrokkenen een verscheidenheid aan risico-indicatoren die zijn te lokaliseren op drie onderling sterk samenhangende niveaus, namelijk macro-, meso- en microniveau.

- Belangrijkste indicatoren op macroniveau zijn volgens de deelnemers: een te grote nadruk op eigen verantwoordelijkheid van mensen, te weinig inspanningen voor mensen die buiten de boot vallen, hoge prestatiegerichtheid van de samenleving.
- Belangrijkste indicatoren op mesoniveau zijn volgens de deelnemers: meervoudige problemen op diverse leefgebieden, vroege negatieve en traumatische ervaringen, gebrek aan relaties en sociale steun en niet goed functionerende hulpverlening.
- Belangrijkste indicatoren op microniveau zijn volgens de deelnemers: persoonlijkheidstrekken en karakter, psychische problemen, verslaving en lichamelijke problemen.

De deelnemers hebben aan het einde van de groepsinterviews een vragenlijst ingevuld met in de literatuur gevonden indicatoren voor marginalisering. Zo konden wij overeenkomsten en verschillen in perceptie van het relatieve belang van indicatoren tussen de groepen exploreren.

- Indicatoren op macroniveau, denk aan sociale uitsluiting, anonimiteit in grotere steden, en de sociaal economische status van mensen, vinden geen van de groepen zeer bepalend voor marginalisering.
- De deelnemers zijn het erover eens dat kindermishandeling en -verwaarlozing tot de belangrijkste indicatoren voor marginalisering behoren. Kwetsbare mensen zelf vinden, anders dan familieleden en hulpverleners, verwante indicatoren ook meespelen, namelijk een slecht contact tussen ouders en kind met weinig onderling begrip, het ontbreken van een hechte en veilige band, en het ontbreken van zorg, aandacht, steun en interesse voor het kind van de kant van de ouders.
- Anders dan familieleden en professionals beschouwen kwetsbare mensen het niet participeren in de samenleving als zeer kenmerkend voor marginalisering (geen woonruimte, hoge schulden, ontbreken van zinvolle dagbesteding, het niet hebben van betaald werk, een lichamelijke ziekte, weinig sociale contacten, het hebben van meerdere problemen tegelijkertijd).
- Sterk in het oog springt dat professionals marginalisering vooral, en meer dan de andere twee groepen, in verband brengen met het niet goed functioneren van de hulpverlening.
- Op microniveau springt er één indicator voor alle deelnemers uit als heel belangrijk, namelijk een gebrekkige ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid.
- Opvallend is dat familieleden in vergelijking met de andere twee groepen vooral verslaving aan alcohol, drugs en of gokken heel belangrijke risico's vinden voor een lagere levenskwaliteit, en ook een aanleg om in een psychose te raken.

2.1 *Inleiding*

Dit onderzoek moest inzicht geven in factoren die meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van verkommering en verloedering. Welke factoren noemen betrokkenen in de praktijk spontaan als zij naar hun mening hierover worden gevraagd? Antwoord op deze vraag verkregen wij door het volgende.

- Het houden van zes groepsinterviews, namelijk met dakloze mensen, marginaal gehuisveste mensen, jongeren, familieleden, professionals uit de reguliere hulpverlening en professionals werkzaam in de maatschappelijke opvang.
- Deelnemers aan de groepsinterview te vragen een lijst met, in de literatuur beschreven, factoren te scoren op hun belang voor het ontstaan en voortbestaan van marginalisering.

In het eerste deel van dit hoofdstuk doen wij verslag van de bevindingen uit de groepsinterviews, in het tweede deel presenteren wij de scores op de vragenlijst en de verschillen hierin tussen de groepen. Overigens spreken wij in dit hoofdstuk niet over factoren, maar over risico-indicatoren van marginalisering. Dit doen wij om te benadrukken dat er, ook op basis van de beschikbare literatuur, geen uitspraken kunnen worden gedaan over wat oorzaken en wat gevolgen zijn. In het volgende hoofdstuk komen wij hierop terug.

2.2 *Opinies*

Uit de groepsinterviews kwam een verscheidenheid aan risico-indicatoren naar voren. Deze indicatoren, die wij hierna verder uitwerken, hebben wij geordend naar drie niveaus, namelijk het niveau van de samenleving, het niveau van woon-, werk- en leefverbanden en (hulpverlenings)instanties, en het niveau van het individuele functioneren. Zie schema 2.1 op de volgende bladzijde.

2.3 *Macroniveau*

Op het macroniveau werden de minste indicatoren genoemd. De professionals zagen in het proces van marginalisering de vermogens van het individu ook een veel grotere rol spelen dan maatschappelijke factoren, zoals armoede of woningnood.

Consensus was er over de onbedoelde en negatieve gevolgen van de (te) grote nadruk in onze samenleving op de vrijheid en eigen verantwoordelijkheid van mensen. Mensen krijgen, volgens de deelnemers, alle vrijheid en ruimte om hun leven in te richten en ook dingen te doen die niet goed voor

Schema 2.1 Risico-indicatoren die volgens betrokkenen samengaan met marginalisering, naar macro, meso en microniveau

Niveaus	Factoren
Macro Samenleving	<ul style="list-style-type: none"> • Te grote nadruk op eigen verantwoordelijkheid van mensen • Te weinig inspanningen bij mensen die buiten de boot vallen • Hoge prestatiegerichtheid van de samenleving
Meso Instanties, buurt, groep, gezin, hulpverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Vroege negatieve en traumatische ervaringen • Meervoudige problemen • Gebrek aan relaties en sociale steun • Inadequate hulpverlening
Micro Individueel functioneren	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijkheidstrekken • Psychische problemen • Verslaving • Lichamelijke problemen

hen zijn. Als voorbeeld werd het alcoholgebruik genoemd en de acceptatie van sociaal drinken. Constatering tijdens de interviews was, dat sommige mensen die vrijheid minder goed aankunnen.

De nadruk op eigen verantwoordelijkheid vinden betrokkenen ook weer- spiegeld in het feit dat mensen alleen hulp krijgen als ze er zelf om vragen. Maar als mensen dit niet kunnen of willen dan vallen zij al gauw buiten de boot. Er zijn wel degelijk uitvallers, zo werd geconstateerd, maar daar wordt zo goed als niets aan gedaan. Het is heel makkelijk om zich terug te trekken uit het maatschappelijk verkeer.

Als belangrijke risico-indicator voor marginalisering op dit niveau werd ook de hoge prestatiegerichtheid van de samenleving genoemd. Er wordt bij- zonder veel van mensen geëist. De nadruk ligt te sterk op presteren, en niet iedereen kan dat aan. Mensen die niet mee kunnen komen, raken dan al snel achterop.

Opmerkelijk was dat een van de professionals expliciet de opiumwet als risico-indicator voor maatschappelijke uitsluiting noemde. Sinds de opium- wet betekent verslaving aan drugs volgens hem bijna automatisch instroom in een illegale subcultuur met afwijzing en stigmatisering door de samenleving als gevolg.

2.4 Mesoniveau

De door de betrokkenen genoemde risico-indicatoren voor marginalisering op mesoniveau komen voor een belangrijk deel overeen met die wij in de literatuur vonden.

Vroege negatieve en traumatische ervaringen

Tijdens de groepsinterviews benadrukten vrijwel alle deelnemers de nadelige invloeden van alles wat er zoal mis kan gaan in de opvoeding van kinderen. Op familieleden na noemden alle deelnemers spontaan vooral kindermishandeling (lichamelijk, geestelijk en/of seksueel) als een belangrijke risico-indicator. In het verlengde hiervan werd gewezen op lichamelijke en of affectieve verwaarlozing. Deze verwaarlozing werd toegeschreven aan verslaafde ouders en aan ouders die vooral met hun eigen problemen bezig zijn en niet naar hun kinderen omkijken. Verder werd gewezen op herhaalde wisselingen in de partnerrelaties van een of beide ouders, de ruzies die ontstaan door botsingen van het kind met een nieuwe partner die niets om het kind lijkt te geven, de afwezigheid van een vader, het (herhaalde) doorschuiven van een kind binnen de familie of de wisselingen van kindertehuizen en daarmee van opvoeders en sleutelfiguren, en veelvuldige verhuizingen waardoor het amper mogelijk was om vriendjes te krijgen. Voorbeelden werden gegeven van escalerende ruzies met ouders onder meer door puberteitsproblematiek die uiteindelijk zelfs leiden tot uithuiszetting door de ouders. De combinatie met beginnend drugsgebruik en een vrijwel afwezig sociaal vangnet werd fataal genoemd.

In de verhalen van deelnemers springen vooral in het oog het gebrek aan warmte en liefde, het ontbreken of het plotselinge verlies van een veilig thuis of een betrouwbare opvoeder, onthechting, onveiligheid en verlieservaringen, de confrontatie met vele problemen op heel jonge leeftijd, en de ervaring van traumatische gebeurtenissen.

Meervoudige problemen

Veel en uiteenlopende problemen op diverse leefgebieden zagen vrijwel alle betrokkenen samengaan met (een risico op) marginalisering. Bovenaan hun lijst stonden omvangrijke schulden, het niet hebben van werk en, op de eerste plaats, het niet hebben van huisvesting. Deze 'toestanden' kunnen volgens de deelnemers elk op zich of in combinatie met elkaar een verdere negatieve spiraal in gang zetten. Schulden brachten de deelnemers in verband met eerdere ellende, zoals drugsgebruik en of verlies van werk door drugsgebruik of door psychische problemen. Als schulden niet (meer of tijdig) afgelost kunnen worden, worden ze alleen maar hoger met op den duur soms zelfs uithuiszet-

ting als gevolg. En het leven op straat levert nog meer schulden op door bijvoorbeeld boetes voor zwartrijden in het openbaar vervoer. Verlies van werk en drugsgebruik zagen deelnemers ook als beginpunt van verder afglijden naar de marge, soms in de richting van crimineel gedrag. Enkele familieleden vonden bij afwezigheid van werk, als mensen ook in de WAO belanden, het gebrek aan zinvolle bezigheden en aan dagelijkse structuur schadelijk. Het doet volgens hen ook (nog meer) afbreuk aan het gevoel van eigenwaarde. Tijdens het interview met de mensen zelf bevestigden enkelen die ontslagen waren dat zij dit als een aanslag op hun zelfvertrouwen hadden ervaren.

Gebrek aan relaties en sociale steun

Vrijwel alle hulpverleners signaleerden bij gemarginaliseerde mensen een sociaal isolement en een gebrek aan een ondersteunend sociaal netwerk. Ook de mensen zelf zien het ontbreken van ondersteunende sociale contacten en vooral van nabije relaties (familie of partner) als een enorme handicap. Dit gebrek aan mensen om op terug te vallen werd als extra zwaar ervaren als er kinderen te verzorgen waren. Het beëindigen van een relatie met een partner en het overlijden van vader of moeder werd beschouwd als bijzonder risicovolle gebeurtenissen.

Dakloze mensen wezen er op dat het ontbreken of beëindigen van een relatie weliswaar voor hen negatieve gevolgen kon hebben, maar dat het hebben van een relatie die schade toebrengt evenzeer veel problemen kon geven. Zij noemden in dit verband partners die bijvoorbeeld alcohol- of gokverslaafd waren en partners die mishandelden: lichamelijk, geestelijk en of seksueel.

Voor jongeren werd expliciet gewezen op het gevaar om opgenomen te worden in een straatbende. Dit opgaan in een subcultuur belemmert volgens de deelnemers de integratie in de maatschappij. Ook voor volwassenen zag men een reëel gevaar om 'verkeerde vrienden' te krijgen, bijvoorbeeld in detentie en of in de drugscene.

Inadequate hulpverlening

Tijdens de groepsinterviews lichtten de betrokkenen toe waarom de hulpverlening aan mensen in de marge van de samenleving niet optimaal is. Wij geven hierna, in willekeurige volgorde, een opsomming.

- De mensen waar het om gaat hebben geen stabiel contact met de hulpverlening. Sommigen mijden de zorg, anderen hebben de neiging om te shoppen, en ook gebeurt het wel dat de mensen hulpverleners tegen elkaar uitspelen. Het is volgens de deelnemers vaak lastig om greep op deze mensen te krijgen.

- Voor feitelijk daklozen is het moeilijk om een dagindeling te maken en te volgen, en daarom ook afspraken met de hulpverlening na te komen.
- Veel hulpverleners herkennen en erkennen drugsgebruik niet als onderdeel van het probleem van veel verkommerde en verloederde mensen.
- Mensen met een zogenoemde dubbele diagnose worden soms door- of afgeschoven, ook omdat hulpverleners onvoldoende deskundig zijn in de begeleiding van deze mensen.
- De hulp is vaak symptoombestrijding. Mensen worden opgelapt en weer buiten gezet, vaak zonder begeleiding.
- Bij de beslissing over welk aanbod cliënten krijgen, wordt onvoldoende uitgegaan van wat cliënten zelf willen en daardoor is het aanbod niet altijd passend. Mensen die bijvoorbeeld alleen maar onderdak willen in de maatschappelijke opvang, krijgen soms ook hulp opgedrongen. Een plaatsing kan ook minder passend zijn vanwege een minder goed bij cliënten aansluitende cultuur van een voorziening, bijvoorbeeld van een detox.
- Er treden hospitaliseringsverschijnselen op bij mensen die verblijven in residentiële voorzieningen van de maatschappelijke opvang, de GGZ en de jeugdhulpverlening. Er wordt hun (te) veel uit handen genomen en zij leren niet hoe zij voor zichzelf kunnen zorgen. Het is bijvoorbeeld lang niet altijd mogelijk hun eigen geld te (leren) beheren.
- In de geestelijke gezondheidszorg vinden hulpverleners dikwijls niet de juiste toon, en dat maakt dat cliënten en hun familieleden vaak het gevoel krijgen dat ze niet serieus genomen worden.
- De huisarts heeft te weinig zicht op situaties en is te weinig betrokken bij 'de mens' achter zijn patiënten.
- Veel hulpverleners kennen de sociale kaart niet goed en hebben geen netwerk buiten hun eigen instelling. Dit geldt ook voor de Sociale Dienst. Hierdoor kunnen zij hun cliënten onvoldoende de juiste weg wijzen en aan de juiste hulp helpen.

De voorgaande aspecten gingen vooral over het primaire proces en de factoren die van invloed zijn op de afstemming tussen vraag en aanbod. Betrokkenen noemden echter ook heel andere zaken, namelijk die betrekking hadden op de capaciteit en organisatie van de zorg.

- Er is een gebrek aan capaciteit in de maatschappelijke opvang, specifiek aan passantenbedden en begeleid-wonenplaatsen.
- Er is een tekort aan intensieve ambulante zorg in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, zeker sinds het proces van vermaatschappelijking van de psychiatrie op gang is gekomen.

- Er is te weinig samenwerking tussen instellingen, door onderlinge vooroordelen, financieel getouwtrek en onwetendheid. Hierdoor vallen kwetsbare mensen tussen wal en schip.
- Door de uitgebreide privacywetgeving hebben hulpverleners altijd toestemming van de cliënt nodig om informatie door te kunnen geven.
- Voordeurbeleid en hantering van contra-indicaties maken dat cliënten met vooral complexe problemen in feite nergens terecht kunnen.
- Er is gebrek aan personeel in de maatschappelijke opvang en gespecialiseerde hulpverlening.
- Door de vele personeelwisselingen is het in residentiële voorzieningen niet mogelijk een vertrouwensband op te bouwen met een mentor.
- Er is en wordt nog steeds teveel gereorganiseerd in de hulpverlening, waardoor teveel onrust en onduidelijkheid onder werkers ontstaan.

2.5 *Microniveau*

Persoonlijkheidstrekken

Professionals, familieleden en gehuisveste, gemarginaliseerde mensen vinden de persoonlijkheid van individuen onmiskenbaar van invloed op het proces van marginalisering. Als voorbeeld noemden zij het hebben van een kwetsbaar en gesloten kruidje-roer-me-niet-karakter. Professionals en kwetsbare mensen wezen ook op het hebben van woede-uitbarstingen, die de eerstgenoemden vooral in verband brachten met een onthechte persoonlijkheid en geringe sociale vaardigheden, en laatstgenoemden vooral met het langdurig over hun grenzen heengaan door anderen. De mensen zelf dachten ook dat op zich normale, maar wel lastige eigenschappen van invloed waren op het mogelijk afglijden van mensen. Concreet noemden zij: moeilijk nee kunnen zeggen, onvoldoende voor zichzelf opkomen, moeite met het nemen van verstandige beslissingen vooral door het niet goed kunnen onderscheiden van hoofd- en bijzaken, en slecht kunnen omgaan met tegenvallers. Sommigen van hen vonden verder dat ze ‘gewoon stom bezig geweest waren’, ook duidelijk een eigen aandeel in de misère hadden, zich ten onrechte hadden neergelegd bij hun situatie en de hoop op verandering hadden opgegeven.

Een gebrek aan zelfdiscipline werd door vrijwel alle gemarginaliseerde mensen genoemd in verband met drugsgebruik en het maken van schulden. Met geld omgaan ging hun moeilijk af; als zij het hadden dan moesten zij dat meteen ook weer uitgeven. De familieleden wezen specifiek nog op het hebben van een verslavingsgevoelig karakter als risico; hun dierbaren hadden naar hun zeggen van nature geen grenzen in het opzoeken van een roes.

Psychische problemen

Een ruime meerderheid van alle deelnemers noemde ernstige psychische problemen als risico-indicator. De marginaal gehuisveste mensen en de familieleden wezen ook op lichtere psychische problemen als oorsprong van marginalisering. Beide groepen benadrukten dat de eerste voortekenen zich vaak al op jonge leeftijd manifesteren en zij schetsten kinderen die eenzaam, bang, depressief, somber of heel onzeker waren geweest. Familieleden gaven in dit verband ook aan dat het gepest-zijn op school soms duidelijk sporen achterlaat. Enkele kwetsbare mensen vertelden dat zij als kind de wereld al beangstigend vonden, mede door nieuws over oorlogen en ander geweld, daarom eigenlijk het liefst niet volwassen wilden worden en al op jonge leeftijd moeite hadden met het moeten deelnemen aan zo'n maatschappij.

Verslaving

In alle groepsinterviews werd door vrijwel iedereen verslaving aan alcohol en of (hard)drugs veelvuldig naar voren geschoven als risico-indicator. De kwetsbare mensen zelf wezen daarnaast ook nadrukkelijk op andere verslavingen, namelijk eetverslaving, verslaving aan kalmerende middelen, verslaving aan medicijnen en gokverslaving.

Verslaving aan vooral alcohol en drugs zagen veel deelnemers vaak al op jonge leeftijd ontstaan, zo tussen het dertiende en vijfentwintigste jaar. Deze verslaving zagen zij als oorzaak, maar ook als gevolg van problemen. Als gevolgen van verslaving signaleerden de gebruikers zelf enorme schulden, en soms uithuiszetting door huurschuld of door overlast. Als redenen om middelen te gaan gebruiken wezen zij op fysieke of psychische nood, dus het middelengebruik als een vorm van zelfmedicatie, maar ook op nieuwsgierigheid ernaar, en de invloed van leeftijdgenoten. Anderen zeiden dat ze waren gaan gebruiken omdat ze 'gewoon een enorm verlangen naar een roes hadden', in combinatie met een tekort aan zelfdiscipline.

Volgens de ervaringsdeskundigen zijn verslaving aan alcohol en verslaving aan drugs alleen inwisselbaar als het gaat om de bevrediging van de behoefte aan roes. Want het gebruik van beide middelen speelt zich volgens hen af in aparte werelden. Een overgang van het ene naar het andere middel betekent automatisch een verandering van sociale omgeving. Alcohol- en drugsverslaafden, zo gaven betrokkenen aan, willen doorgaans niets met elkaar te maken hebben en gebruik van het andere middel leidt daarom vaak tot verstoting.

Afkicken van drugs werd vooral als heel moeilijk ervaren omdat 'je als gebruiker in een circuit van bijna uitsluitend medegebruikers zit' en die omgeving er volgens betrokkenen alleen op gericht is dat 'jij (ook) blijft gebruiken'.

Vrienden van vroeger zijn zij dan inmiddels kwijt en bovendien blijft de roes steeds trekken. Dakloze mensen zeiden hun leefsituatie te ervaren als een extra barrière om af te kicken, omdat 'je als dakloze bijna als vanzelf in een drugscene leeft'. Afkicken in die situatie is volgens hen bijna onmogelijk. Afkicken heeft alleen kans van slagen, zo redeneerden zij, als 'je niet meer met drugs in aanraking komt, en dus alle contacten met het circuit verbreekt'.

Lichamelijke problemen

Ernstige lichamelijke problemen werden vrijwel uitsluitend in de groep kwetsbare mensen herkend als de oorzaak van achteruitgang en deprivatie. Een substantieel aantal van hen ging, zoals hiervoor al is aangegeven, drugs gebruiken als een vorm van zelfmedicatie, niet in de laatste plaats omdat de ziektes, zoals reuma, een hersentumor en een schildklierafwijking, volgens betrokkenen niet tijdig waren onderkend. De verslaving was van invloed op hun marginale situatie, maar ze onderkenden dat los daarvan de ziekte een ernstige belemmering was geweest om hun leven op te pakken en bijvoorbeeld werk te gaan zoeken.

2.6 *Beoordeling van risico-indicatoren*

Aan het einde van elk groepsinterview vulden de deelnemers op ons verzoek een vragenlijst in met door ons in de literatuur gevonden indicatoren die samenhangen met marginalisering (zie voor een beschrijving het volgende hoofdstuk). Elke indicator kon worden gescoord op een vijfpuntsschaal met de score 1 als minst belangrijk en de score 5 als meest belangrijk. Hierna geven wij vanuit elk perspectief, namelijk dat van verkommerde en verloederde mensen (N=20), van familieleden (N=9) en van professionals (N=10), een overzicht van de meest en de minst belangrijk gevonden risico-indicatoren voor marginalisering. Vooraf merken wij op dat de gemarginaliseerde mensen, en vooral de daklozen onder hen, gemiddeld hoge(re) scores aan risico-indicatoren toekenden en de professionals gemiddeld lage(re) scores.

Belangrijkste risico-indicatoren

De deelnemers zijn het erover eens dat kindermishandeling en -verwaarlozing zeer belangrijke risico-indicatoren zijn voor marginalisering. Ook een gebrekkige identiteitsontwikkeling wordt door alle groepen met marginalisering in verband gebracht. Daarmee houdt de overeenstemming zo'n beetje op. Want de top vijf van de meest belangrijke risico-indicatoren laat tussen de betrokken groepen grote verschillen zien (zie vetgedrukte scores in tabel 2.1).

Tabel 2.1 Belangrijkste risico-indicatoren die volgens betrokken partijen samengaan met marginalisering

<i>Meest belangrijke risico-indicatoren</i>	<i>Kwetsbare mensen</i>	<i>Familie</i>	<i>Professionals</i>	<i>Totaal</i>
	<i>N=20</i>	<i>N=9</i>	<i>N=10</i>	<i>N=39</i>
Ontbreken van hechte, veilig band met ouders	4,4	3,8	3,8	4,1
Gebrekkige ontwikkeling eigen persoonlijkheid	4,4	4,1	4,3	4,3
Kindermishandeling en of -verwaarlozing	4,5	4,4	4,3	4,4
Slecht contact met ouders ^a	4,4	3,4	3,4	3,9
Alcoholverslaving	3,5	4,2	3,8	3,7
Drugsverslaving	3,5	4,3	4,0	3,8
Gokverslaving	3,5	4,2	3,5	3,7
Geen betaalbare en passende woonruimte ^a	4,6	3,7	3,6	4,1
Hoge, moeilijk af te lossen schulden ^a	4,5	3,8	3,8	4,1
Gebrekkige hulpverlening door tijdgebrek van hulpverleners	3,8	3,7	4,2	3,9
Korte opnames vanwege extramuraliseringsbeleid	3,7	3,3	4,2	3,7
Verlies van vertrouwen in de hulpverlening	3,7	4,1	4,3	4,0
Geen nazorg na psychiatrische opname	3,7	4,0	4,2	3,9
Gebrekkige aansluiting vraag - aanbod	3,9	4,1	4,2	4,0
Geen nazorg bij zelfstandig wonen na begeleid wonen	3,6	4,3	4,1	3,9

a. Significant verschil tussen groepen. Zie bijlage 1 voor p-waarden.

Kwetsbare mensen vinden twee soorten van indicatoren sterk met marginalisering samengaan, namelijk heel nare ervaringen in hun jeugd en ongunstige levensomstandigheden. Wat het eerste betreft vinden zij, anders dan familieleden en professionals, het ontbreken van een hechte, veilige band met ouders en slecht contact met ouders bijdragen aan marginalisering. En anders dan familieleden en professionals, brengen zij marginalisering in verband met het ontbreken van betaalbare en passende woonruimte en hoge, moeilijk af te lossen schulden. In hun top vijf staan deze problemen het hoogst genoteerd. En net buiten hun top vijf vallen het ontbreken van zinvolle dagbesteding, het niet hebben van betaald werk, een lichamelijke ziekte, weinig sociale contacten en het hebben van meerdere problemen tegelijkertijd. De mensen zelf beschouwen het niet participeren in de samenleving dus als meest kenmerkend voor marginalisering.

Niet vermeld in de tabel, maar wel het benoemen waard, is een in het oog springend verschil in de groep gemarginaliseerde mensen. Dakloze personen brengen veel meer dan gehuisveste mensen marginalisering in verband met een gebrek aan zelfvertrouwen en zelfwaardering (4,9 tegen 3,3), een gebrek aan zelfinzicht (4,9 tegen 3,6) en een gebrek aan wilskracht en doorzettingsvermogen (4,7 tegen 3,5). Het gevoel van eigen falen dat hieruit spreekt – genoemde indicatoren maken deel uit van de top vijf van dakloze mensen – bevestigt nog eens hoe desastreus dakloosheid is voor het zelfbeeld van mensen (Van Doorn, 2002).

Familieleden beschouwen, zeker ook in vergelijking met de andere twee groepen, verslaving aan alcohol, drugs en of gokken als een belangrijk risico voor een lagere levenskwaliteit. Overigens stond net buiten hun top vijf een aanleg om in een psychose te raken. Naast deze problemen met de geestelijke gezondheid, brengen familieleden een lagere levenskwaliteit vooral ook in verband met de hulpverlening. Van belang noemen zij een gebrek aan nazorg bij het zelfstandig gaan wonen na begeleid wonen (4,3), maar ook een gebrekkige aansluiting tussen vraag en aanbod (4,1), verlies van vertrouwen in de hulpverlening (4,1) en een afnemende motivatie om van hulp gebruik te maken (4,1).

Meer nog dan familieleden wijten professionals marginalisering aan het niet goed functioneren van de hulpverlening. Zeven van de tien door hen hoogst gescoorde risico-indicatoren hebben op de hulpverlening betrekking. Zes ervan staan in tabel 2.1. De zevende gaat over het gebrek aan opvang na een verblijf in de gevangenis. Met deze scores steken zij de hand in eigen boezem. Bovendien geven zij aan dat er in het voorkomen en beperken van maatschappelijke achteruitgang in principe veel van de hulpverlening mag en kan worden verwacht. Opvallend is dan dat verkommerde en verloederde mensen relatief minder waarde aan de hulpverlening hechten. De enige risico-indicator die van hen een score krijgt van boven de 4 gaat over het niet weten waar hulp te zoeken in geval van ziekte. En juist aan deze indicator hechten professionals minder belang (4,1 tegen 3,3).

Minst belangrijke risico-indicatoren

Over wat de minste risico geeft op marginalisering lijkt er tussen de deelnemers meer overeenstemming te bestaan dan over wat het meeste risico inhoudt. Opvallend is vooral dat een lage sociaal economische status (SES), van de ouders of van gemarginaliseerde personen zelf, voor de deelnemers bij marginalisering amper een factor van betekenis is. Ook speelt volgens hen

nauwelijks een rol of verkommerde en verloederde mensen speciaal onderwijs volgden. Behalve dit cluster over sociaal-economische status, springen er, noch voor de afzonderlijke groepen, noch voor de groep als geheel niet echt bepaalde clusters van laag gescoorde risico-indicatoren uit.

Tabel 2.2 Minst belangrijke risico-indicatoren die volgens betrokken partijen samenhangen met marginalisering

<i>Minst belangrijke risico-indicatoren</i>	<i>Kwetsbare mensen</i>	<i>Familie</i>	<i>Professionals</i>	<i>Totaal</i>
	<i>N=20</i>	<i>N=9</i>	<i>N=10</i>	<i>N=39</i>
Lage SES van betrokkene zelf	2,7	2,4	2,7	2,6
Lage SES van ouders	2,7	1,6	2,3	2,3
Speciaal onderwijs door betrokkene zelf	3,2	2,6	2,3	2,8
Opgroeien in een éénoudergezin	2,9	1,9	2,9	2,7
Hoog verwachtingsniveau van ouders ^a	4,1	2,8	2,6	3,4
Ontbreken partnerrelatie	3,5	2,9	2,7	3,2
Verbreken partnerrelatie	3,7	2,3	3,3	3,3
Wonen in een slechte leefomgeving	3,3	2,4	3,3	3,1
Illegaal verblijf in Nederland	3,4	3,3	2,7	3,2
Gebrek aan flexibiliteit	2,8	2,9	3,0	2,9
Moeite hebben met aanleren nieuwe vaardigheden	3,3	2,4	2,8	3,0
Makkelijk te beïnvloeden zijn door anderen	2,6	3,0	3,1	2,6
Geweigerd door hulpverlening vanwege gedrag	3,1	2,8	2,7	2,9
Niet weten waar hulp te zoeken in geval van ziekte ^a	4,1	2,1	3,3	3,5

a. Significant verschil tussen groepen. Zie bijlage 1 voor p-waarden.

Enkele risico-indicatoren die betrekking hebben op uiteenlopende intermenselijke relaties en verbanden vinden vooral familieleden en professionals tamelijk onbelangrijk bij het ontstaan en voortbestaan van marginalisering. Wat betreft het opgroeien in een eenoudergezin zijn kwetsbare mensen het met hen eens. Maar als het gaat om een hoog verwachtingsniveau van ouders dan vinden zij dat een aanmerkelijk groter risico op marginalisering dan de andere twee groepen. In iets mindere mate geldt dit ook voor het ontbreken van een partnerrelatie; het alleenstaand-zijn. Het verbreken van een partnerrelatie staat bij gemarginaliseerde mensen en bij de professionals in de middenmoot van risico's, maar beschouwen familieleden veel minder als een factor van betekenis.

Er zijn meer indicatoren die familieleden, anders dan vooral de kwetsbare mensen, nauwelijks een rol vinden spelen in het marginaliseringproces. In het oog springt bijvoorbeeld dat zij marginalisering niet echt vinden samengaan met het niet weten waar hulp beschikbaar is in geval van ziekte, terwijl kwetsbare mensen dit wel meer vinden. Moeite om nieuwe vaardigheden aan te leren staat bij familieleden ook in de top vijf van de laagste scores, professionals hechten hieraan ook minder waarde, terwijl kwetsbare mensen dit belangrijker vinden.

Alle indicatoren overziend

Alle scores overziend (zie bijlage 1) is vanuit het perspectief van de verschillende groepen het volgende op te merken over risico-indicatoren voor marginalisering. De volgorde is willekeurig.

- Indicatoren die uitdrukking geven aan wat er mis kan gaan in vooral de relatie tussen kind en ouder scoren relatief hoog. Voorbeelden zijn kindermishandeling en -verwaarlozing, een slecht contact tussen ouders en kind met weinig onderling begrip, het ontbreken van een hechte en veilige band, en het ontbreken van zorg, aandacht, steun en interesse voor het kind van de kant van de ouders. Traumatische jeugdervaringen horen ook in dit rijtje thuis. In het oog springt dat kwetsbare mensen deze indicatoren, met uitzondering van kindermishandeling en -verwaarlozing, van groter belang vinden dan familieleden en professionals.
- De gezinsomstandigheden (éénoudergezin, weinig familie om op terug te vallen, scheiding ouders) worden op zichzelf niet als bijzonder risicovol gezien. Opvallend is echter dat gemarginaliseerde mensen, meer dan de andere twee groepen, een scheiding van ouders en veel wisselingen in de partnerrelatie van de ouder, belastend vinden.
- Na de minder gunstige jeugd, worden vooral ongunstige leefomstandigheden in verband gebracht met marginalisering. Deze omstandigheden kunnen in het verleden een rol hebben gespeeld (bijvoorbeeld verbreken relatie met partner) en nu nog hun uitwerking hebben. Belangrijk worden vooral gevonden het tegelijkertijd optreden van meerdere problemen, ontbreken van passende en betaalbare woonruimte en van enigszins zinvolle dagactiviteiten en het hebben van hoge, moeilijk aflosbare schulden. Opnieuw valt op dat kwetsbare mensen veel van de ongunstige levensomstandigheden belangrijker vinden bij marginalisering dan familieleden en professionals. De verschillen zijn vooral groot bij het gebrek aan woonruimte, het hebben van schulden en het niet hebben van betaald werk.
- Vervolgens komt, de scores beoordeelend, vooral het niet optimaal functioneren van de hulpverlening in beeld bij processen van marginalisering.

Wat de deelnemers met name in verband brengen met marginalisering zijn een gebrekkige aansluiting tussen vraag en aanbod en het gemis aan zorg op maat, onvoldoende hulpverlening vanwege beperkte capaciteit en tijdgebrek van hulpverleners en het verlies van vertrouwen van verkommerde en verloederde mensen in de hulpverlening. Beperkte mogelijkheden voor gedwongen opnamen van mensen en korte opnameperiodes vanwege het doorgevoerde extramuraliseringsbeleid worden niet als bijzonder belangrijk gevonden. Zoals gezegd, zien professionals een grote rol in het disfunctioneren van de hulpverlening bij het afglijden en achterop raken van mensen, zowel in vergelijking met hun scores op andere indicatoren als in vergelijking met de andere twee groepen. Er is overigens één aspect van de hulpverlening die de verkommerde en verloederde mensen, anders dan familieleden en professionals, als behoorlijk risicovol beschouwen, namelijk het niet weten waar hulp is te krijgen bij ziekte en bij het ontbreken van een huisarts.

- Op microniveau springt er één indicator uit, ook vanwege de overeenstemming tussen de groepen erover, en dit is een gebrekkige ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid. Dit aspect is welhaast het moeilijkst te beïnvloeden. Indicatoren die meer ‘eigen’ aan mensen zijn, zoals wilskracht en doorzettingsvermogen, zelfinzicht en zelfvertrouwen behoren tot de gemiddeld of lager gescoorde risico-indicatoren. Datzelfde geldt voor indicatoren die gaan over coping en competenties (met stress kunnen omgaan, gevoel lot in eigen handen te hebben, doelen stellen en plannen maken in het leven). Verkommerde en verloederde mensen vinden die over het algemeen belangrijker bij marginalisering dan de andere twee groepen. Zij brengen lichamelijke ziekten en kwalen ook nadrukkelijk voor het voetlicht. En familieleden zien, zoals gezegd, vooral verslaving en ook (een aanleg voor) psychosen samengaan met marginalisering.
- Indicatoren op macroniveau – denk aan sociale uitsluiting, anonimiteit in grotere steden, en de sociaal economische status van mensen – vindt eigenlijk geen van de groepen heel bepalend voor marginalisering. Uitzondering hierop is het oordeel van professionals over sociale uitsluiting. Dit vinden zij zeker een belangrijke risico-indicator.

3 Risico-indicatoren voor marginalisering

Resumé

In dit hoofdstuk wordt op basis van een literatuurstudie antwoord gegeven op de vraag wat de belangrijkste risico-indicatoren voor marginalisering zijn en hoe het proces van maatschappelijk afglijden verloopt.

- Marginalisering is relatief en dus aan verandering onderhevig, duidt op een verstoorde relatie tussen de mogelijkheden van het individu en de eisen van de omgeving, is multidimensioneel en multifactorieel, bestaat uit een optelsom van objectief ongunstige leefomstandigheden en subjectief ervaren onwelbevinden op diverse leefgebieden, valt niet per definitie samen met psychische ongezondheid, is cultuur- en contextgebonden en kan het beste vanuit uiteenlopende perspectieven worden geobserveerd en beoordeeld, namelijk dat van betrokkenen zelf, dat van personen in de directe omgeving, zoals familieleden, en dat van professionals.
- Belangrijkste indicatoren op macroniveau zijn lage sociaal-economische status, individualisering, en door de moderne samenleving gestelde nieuwe en hogere eisen.
- Belangrijkste risico-indicatoren op mesoniveau zijn een instabiele, onveilige opvoedings situatie, non-participatie en inactiviteit, (cumulatie van) levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen, het ontbreken van steun, afkalving van verbondenheid in wijken en een weinig responsieve hulpverlening.
- Belangrijkste indicatoren op microniveau zijn persoonlijke disposities en oriëntaties, psychische en verslavingsproblemen en geringe competenties.
- Oorzaken en gevolgen van marginalisering kunnen niet of nauwelijks worden onderscheiden.
- Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor marginalisering. Er is veeleer sprake van (bij individuen wisselende) constellaties van risico-indicatoren.
- Een beginpunt van een proces van marginalisering is meestal niet exact vast te stellen.
- Aanwezigheid van risico-indicatoren betekent niet per definitie (een voorbode van) marginaliteit.
- Kwetsbare groepen zijn onder andere: langdurig werklozen en jonge arbeidsongeschikten, mensen met ernstige verslavingsproblemen en problematische harddrugsgebruikers, chronische psychiatrische patiënten die in de samenleving afhankelijk zijn van ambulante hulp, zorgbehoevende ouderen, probleemjongeren en jeugdcriminelen, dakloze mensen, bewoners van achterstandswijken, allochtonen, vrouwen met seksueel geweldervaringen en straatprostituees.

3.1 *Inleiding*

Bij de start van dit onderzoek omschreven wij verkommerde en verloederde mensen als een diffuse groep die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien. In het vorige hoofdstuk inventariseerden wij hoe kwetsbare mensen zelf, familieleden en professionals denken over risico-indicatoren die samengaan met marginalisering. In dit hoofdstuk gaan wij na wat de literatuur ons over dit fenomeen kan leren. Wat zijn de kenmerken ervan en wat zijn veel genoemde risico-indicatoren? Wat is er over het proces van achterop raken en afglijden bekend en welke groepen leven in de marge van de samenleving? Deze vragen komen in dit hoofdstuk achtereenvolgens aan de orde.

3.2 *Kenmerken van maatschappelijk afglijden*

Er zijn diverse labels in omloop om mensen in achterstandssituaties te beschrijven. Denk bijvoorbeeld aan verkommering en verloedering, sociale kwetsbaarheid, deprivatie, sociale uitsluiting, zelfverwaarlozing en aan marginalisering. De begrippen wijzen op een beperkt vermogen van mensen om in basale levensbehoeften te voorzien, om problemen het hoofd te bieden en om hulpbronnen te mobiliseren die nodig zijn om het eigen lichamelijk, geestelijk en emotioneel welbevinden te garanderen (Schuyt, 1995; Scholten & Tjadens, 1996; Te Vaarwerk e.a., 1997; RMO, 2001). De begrippen duiden evenwel ook op een functioneren in de marge van de samenleving, en in het verlengde daarvan, op anomie, op niet-gedeelde maar in maatschappelijke verbanden algemeen aanvaarde normen en waarden (Spierings, 1998; RMO, 2001; SCP, 2001a).

Welke labels ook worden gebruikt, zij hebben, zij het in verschillende mate, negatieve connotaties, namelijk disfunctioneren, afwijkend gedrag en uitsluiting. Marginalisering is nog de meest neutrale, en daarom door ons geprefereerde term. Liever nog spreken wij over een lage of ondermaatse kwaliteit van leven. Temeer omdat het kwaliteit-van-leven-concept, meer dan de andere begrippen, ruimte geeft aan een relatieve benadering van het fenomeen. Die relatieve benadering houdt in dat individuen, afhankelijk van een verandering van (een bepaalde constellatie van) factoren, in de ene of de andere richting van een denkbeeldig continuüm van kwaliteit van leven verschuiven. Mensen kunnen, anders gezegd, (verder) achterop of er juist weer bovenop raken. Zo is het ook mogelijk om op hetzelfde moment bij uiteenlopende groepen gradaties van marginalisering vast te stellen.

Wat kunnen wij, de literatuur indachtig, in het algemeen nog over marginalisering en lage levenskwaliteit zeggen?

- Marginalisering duidt op een proces en gemarginaliseerd op een toestand. Hoe mensen eraan toe zijn, is afhankelijk van hun vermogen om te adapteren aan de specifieke eisen van de omgeving (De Ridder, 1990; Van Weeghel, 1995; Wolf, 1997). De mate waarin individuen beschikken over competenties en aspiraties en gebruik kunnen maken van mogelijkheden en bronnen in hun omgeving is cruciaal voor de bevrediging van hun behoeften en de realisering van hun levensdoelen (Doyal & Gough, 1991; Wolf, 1997). De *fit* tussen individu en omgeving is bepalend voor de levenskwaliteit. Deze waarneming kan ons behoeden voor de valkuil om marginalisering te beschouwen als een tekortschieten van het individu. De omgeving of de samenleving speelt evenzeer een rol door bijvoorbeeld te hoge eisen, te weinig ondersteuning of een gebrek aan mogelijkheden en perspectieven.
- Marginalisering is multidimensioneel en multifactorieel, want te lokaliseren op diverse niveaus en uiteen te rafelen in diverse risico-indicatoren (zie volgende paragraaf). De link met levenskwaliteit heeft als voordeel dat marginalisering geobserveerd kan worden op verschillende levensdomeinen⁸, zoals huisvesting, werk, vrije-tijdsbesteding, veiligheid, familie- en vriendenrelaties, financiën en vrije tijdsbesteding (zie Van Nieuwenhuizen e.a., 1997). Er kan daarbij op elk leefgebied en voor het leven als geheel nog een onderscheid worden gemaakt tussen objectieve en subjectieve factoren (Boevink e.a., 1995). Objectieve kwaliteit van leven verwijst naar de omstandigheden waarin mensen leven. Aan de hand van algemeen aanvaarde normen kan worden vastgesteld of iemand boven of beneden een bepaald niveau verkeert. Subjectieve kwaliteit van leven verwijst naar hoe mensen aspecten van hun leven ervaren en zegt iets over welzijn en tevredenheid. Zo'n analyse kan zichtbaar maken op welke gebieden individuen zichzelf redden en op welke dat minder het geval is.
- Marginalisering valt niet samen met psychische ongezondheid, hoewel dat nog vaak wordt verondersteld. Psychische problemen en stoornissen kunnen, maar hoeven niet per definitie deel uit te maken van de genoemde toestand. Sowieso is er, weer uitgaande van een relatieve benadering, geen duidelijke scheiding aan te brengen tussen normale en afwijkende mensen of tussen zelfredzame en kwetsbare mensen (Deegan, 1988; De Ridder, 1990; RMO-advies, 2001).

⁸ Een nog onopgelost vraagstuk is de weging en prioritering van de diverse levensdomeinen. Ook over de onderlinge samenhang tussen de domeinen bestaat nog onduidelijkheid.

- Marginalisering en levenskwaliteit zijn context- en cultuurgebonden, dat wil zeggen afhankelijk van gehanteerde normen en waarden en daarmee ook variërend over tijd. De variabiliteit noodzaakt op het individuele niveau tot een adequate momentbepaling van de beoordeling van situaties en tot periodieke herbeoordelingen (Brewin e. a., 1987; Barry et al., 1993). Op het ene moment kunnen mensen er slecht aan toe zijn, op het volgende moment weer veel beter. De variabiliteit impliceert dat ook een beschrijving van risico-indicatoren, zoals wij doen in dit hoofdstuk, context- en cultuurafhankelijk is. Niet ondenkbaar is dat dezelfde exercitie over, zeg, twintig jaar, andere indicatoren voor het voetlicht zal brengen.
- Er bestaan uiteenlopende perspectieven op marginalisering en op de situatie van verkommerde en verloederde mensen. Vanuit hun onderscheiden situaties zullen uiteenlopende actoren niet alleen feiten anders wegen en waarderen, maar hierbij ook andere normen en waarden hanteren en ook op een andere manier uiting geven aan hun gevoelens erover. Mede daarom zijn in dit onderzoek groepsinterviews gehouden met verkommerde en verloederde mensen, familieleden en met professionals.

3.3 *Constellaties van risico-indicatoren*

Verkenning van de literatuur levert een veelheid aan risico-indicatoren voor marginalisering op. Die indicatoren overlappen overigens voor een belangrijk deel met die verondersteld worden samen te gaan met psychische ongezondheid, probleemgedrag, dakloosheid en een lage kwaliteit van leven. De factoren zijn dus niet heel specifiek (zie ook Wennink, 1998). De belangrijkste risico-indicatoren hebben wij weer geordend naar de in het vorige hoofdstuk gebruikte drie niveaus (zie schema 3.1).

Bij dit schema, dat wij hierna per niveau gaan uitwerken, maken wij de volgende opmerkingen.

- Niveaus en risico-indicatoren hangen onderling samen en beïnvloeden elkaar. Desondanks voltrekken ontwikkelingen op de drie niveaus zich tamelijk autonoom.
- Sommige risico-indicatoren verwijzen meer naar processen en toestanden in het verleden; sommige hebben vooral betrekking op het heden en sommige indicatoren zijn op verleden maar ook heden van toepassing.

Schema 3.1 Risico-indicatoren van marginalisering in literatuur, naar macro-, meso- en microniveau

Niveaus	Risico-indicatoren
Macro Samenleving	<ul style="list-style-type: none"> • Lage sociaal-economische status: geringe toegang tot maatschappelijke hulpbronnen • Individualisering • Nieuwe en hogere eisen
Meso Instanties, buurt, groep, gezin, hulpverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Instabiele, onveilige opvoedingssituatie • Non-participatie en inactiviteit • Cumulatie van levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen • Gebrek aan sociale steun • Afkalving verbondenheid op lokaal niveau • Weinig responsieve hulpverlening
Micro Individueel functioneren	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke disposities en oriëntaties: onder andere draagkracht en veerkracht • Psychische problemen en verslaving • Geringe competenties

- In het midden blijft – de literatuur geeft hierover geen uitsluitsel – wat oorzaak en wat gevolg is. Sterker nog, dezelfde factoren kunnen in de ene situatie bijdragen aan het ontstaan van marginalisering, in een andere situatie gaan optreden als gevolg van achterstand, en in diezelfde of in een andere situatie de achterstandssituatie versterken of instandhouden.
- Genoemde risico-indicatoren kunnen, maar hoeven niet per se tot marginalisering en lage levenskwaliteit te leiden.
- Over de meeste risico-indicatoren bestaan theoretische modellen die het fenomeen in kwestie beschrijven en eventueel verklaren. Het voert te ver om in dit hoofdstuk op deze modellen in te gaan.
- De risico-indicatoren verschillen in de mate waarin zij veranderbaar en beïnvloedbaar zijn. Per niveau verschillen ook de actoren die hierin een taak hebben.

3.4 *Indicatoren op macroniveau*

Wij lichten hierna de meest in het oog springende risico-indicatoren op macroniveau toe en schetsen daarna nog enkele andere gesignaleerde indicatoren op dit niveau.

Lage sociaal-economische status

Het ontberen van bepaalde hulpbronnen belemmert het functioneren van mensen en hun deelname aan de samenleving. Van invloed op de toegang tot bronnen als werk en inkomen, onderwijs en veiligheid, is het sociaal-economisch milieu waarin individuen verkeren, als opgroeiende jongere, als volwassene en als oudere. Individen uit lagere sociaal-economische klassen hebben naar verhouding meer te maken met achterstanden, door onder meer werkloosheid, armoede en financiële problemen, en onderwijsachterstand (Zautra & Goodhart, 1979; Thomeer & Tavecchio, 1998; SCP, 1999; 2001a). Zij hebben ook meer gezondheidsproblemen en een lagere levensverwachting (Maas & Mackenbach, 1999; Paes, 1999).

In Nederland leefde in 1999 een op de negentien kinderen in een huishouden met een langdurig laag inkomen. Eénoudergezinnen en uitkeringsontvangers worden het meest getroffen door armoede, dat is een situatie waarin bepaalde behoeften niet meer kunnen worden vervuld als gevolg van te weinig inkomen. De armoede onder de laatstgenoemde groep is vijf maal zo hoog als gemiddeld. Hoe langer iemand arm is, hoe moeilijker het is om uit die situatie te raken (SCP, 2001a).

Sinds het midden van de jaren zestig bleef de minimumuitkeringshoogte achter bij de gemiddelde loonontwikkeling (Van den Berg, 1999). Sociale minima hebben de afgelopen jaren ook minder van de welvaartstijging geprofiiteerd. Het percentage huishoudens met een minimuminkomen bleef tussen 1990 en 1997 gelijk (10 à 11), daalde in 1998, en daarna ook in 1999 tot 9,7 (630 duizend huishoudens; SCP, 1999; 2001a). Het aantal huishoudens met een risicovolle schuldsituatie⁹ werd vrij recent geschat op 502.000 (7,6% van alle Nederlandse huishoudens), waarvan 233.000 met een groot risico. De helft van de huishoudens kwam door gebrek aan zelfredzaamheid in de problemen, een op de vier maakte gebruik van schuldhulpverlening (Jansen e.a., 1999; Dagevos e.a., 1999).

Individualisering

De individualisering heeft zich met name in de laatste vijftientig jaar doorgezet. Individualisering houdt in dat burgers door ontwikkelingen op macro- en mesoniveau zelf in toenemende mate vorm (moeten) geven aan hun levensplanning en persoonlijke biografie (LCGV, 2002). Er is een grote verscheidenheid aan samenwoonalternatieven en levensontwerpen ontstaan. De verbanden waarin wordt samengeleefd zijn brozer geworden en tijdens hun leven variëren mensen in hun deelname aan verbanden (SCP, 2002). Eén op

⁹ Identificatie van deze groepen gebeurde op basis van zogenoemde sociaal-structurele tekorten en het criterium van beperkte zelfredzaamheid.

de drie huishoudens wordt op dit moment gevormd door een alleenstaande (ofwel één op de zeven à acht Nederlanders leeft alleen), terwijl dat in 1960 nog maar voor één op de acht huishoudens gold (Schnabel, 2000). De tijd dat kwetsbare mensen gedurende hun leven bij familieleden kunnen inwonen en in het huishouden meedraaien lijkt voorbij; zij zijn meer op zichzelf aangewezen. Het fenomeen kostwinner behoort ook vrijwel tot de verleden tijd (Van Doorn, 2002).

Individualisering heeft positieve en negatieve kanten. Positief is de accentuering van zelfbepaling, zelfontplooiing en zelfverwerkelijking. Negatief is de afbrokkeling van traditionele vormen van saamhorigheid en solidariteit, de neiging het individueel belang boven het algemeen belang te stellen, en het afhaken en uitsluiten van mensen die niet (kunnen) voldoen aan het ideaal van autonome burger (Schuyt, 2001; Van der Laan & Van der Stel, 2001). Bovendien zijn mensen door de afkalving van normgevendende politieke en levensbeschouwelijke kaders bij het inrichten van hun leven veel meer op zichzelf teruggeworpen (Kunneman, 1994).

Nieuwe en hogere eisen

Nederland is in diverse opzichten een prestatie maatschappij. Het dagelijkse leven bestaat steeds meer uit een opeenstapeling van allerlei taken en verplichtingen die onder een groeiende tijdsdruk moeten worden uitgevoerd (SCP, 2002). In vergelijking met andere landen is de arbeidsproductiviteit hoog. Mensen lijken ook pas mee te tellen als zij een betaalde baan hebben. Voor mensen die langdurig van een uitkering leven is het moeilijk om 'ingesloten' te worden in de samenleving, temeer omdat zij er, als zij al werk vinden, financieel nauwelijks op vooruit gaan (Hortulanus & Machielse, 2001; SCP, 2001a). Zogenaamd inactieven worden al snel als tweederangsburgers beschouwd (Van Houten, 1999).

De moderne samenleving stelt ook nieuwe en hogere eisen aan mensen, niet in de laatste plaats vanwege de toenemende economische, sociale en culturele differentiatie. 'Ze vraagt om actieve, mondige, sociaal competente en tolerante burgers, die zich kunnen handhaven en manifesteren in een maatschappij met nieuwe bestaansrisico.' (Beck, 1992; in Hortulanus, 2002). De kans dat mensen niet meer aan de eisen van de moderne samenleving kunnen voldoen wordt steeds groter (Schuyt, 2000; Hortulanus & Machielse, 2001). De toegang tot en het gebruik van maatschappelijke hulpbronnen lijken steeds meer organisatietalent en doorzettingsvermogen van mensen te vragen. Als iemand niet mee kan komen, komt hij al gauw aan de onderkant van de samenleving terecht (De Wilde, 2002). En meer dan vroeger zijn mensen als gevolg van processen van individualisering en secularisering genoodzaakt hun

eigen leven zin en richting te geven, en dat gaat ook niet iedereen even gemakkelijk af (Kunneman, 1994).

De rol van de samenleving in de kwetsbaarheid van mensen vraagt nog speciale aandacht. Onze maatschappij creëert namelijk haar eigen uitvallers, doordat we de maatschappelijke systemen, instituties en voorzieningen op een bepaalde manier organiseren en inrichten. Dat geldt bijvoorbeeld voor het onderwijs en voor de arbeidsmarkt, maar ook voor de hulpverlening. Wat plastischer geformuleerd: hoe meer de samenleving hygiëne betracht, hoe meer de vieze mensen opvallen. (RMO, 2001: 13)

Overige indicatoren

Op macroniveau worden nog andere ontwikkelingen en trends gesignaleerd die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de levenskwaliteit van mensen en kunnen leiden tot een toename van uitvallers (Schnabel, 2000; Van Houten, 1999; Wolf, 2000; LCGV, 2002). Het gaat om de afslanking van de verzorgingsstaat en de toegenomen eigen verantwoordelijkheid van burgers (Van Houten, 1999), een toename van het aantal migranten in Nederland, problemen bij de inburgering van nieuwkomers, en de onbedoelde gevolgen van de wetgeving die hierop betrekking heeft (koppelingswet, verscherping asielbeleid enzovoort; Duyvendak, 2001; Engbersen, 2002), en een krimp van de particuliere kamermarkt en het bestand aan goedkope woningen in combinatie met een toename aan vraag ernaar (De Feijter & Radstaak, 1995; Avramov, 1994; Nuy, 1998; Spierings, 1994, 1998; Congresverslag Kwetsbaar in kwadraat, 2002).

3.5 *Indicatoren op mesoniveau*

De belangrijkste risico-indicatoren op mesoniveau die wij hierna verder uitwerken zijn een instabiele, onveilige opvoedingssituatie, non-participatie en inactiviteit, (cumulatie van) levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen, het ontbreken van steun, afkalving van verbondenheid op lokaal niveau en een weinig responsieve hulpverlening. Vervolgens beschrijven wij nog enkele andere indicatoren op dit niveau.

Instabiele, onveilige opvoedingssituatie

Achter de term instabiele, onveilige opvoedingssituatie gaat een veelheid van risico-indicatoren schuil. Buiten elke discussie staat de negatieve invloed van kindermishandeling en -verwaarlozing op de ontwikkeling van jeugdigen en hun psychische gezondheid op latere leeftijd (LCGV, 2002). Kindermishandeling kan ernstige lichamelijke, maar ook geestelijke schade toebrengen. Bij

verwaarlozing gaat het onder meer om het onvoldoende voorzien in elementaire basisbehoeften (eten, nachtrust, persoonlijke hygiëne, kleding), om emotionele verwaarlozing (weinig aandacht of liefde, teveel straf, teveel overgelaten aan eigen lot), ouders die bijvoorbeeld door overmatig alcohol- en drugsgebruik een onveilige omgeving bieden en een slecht voorbeeld geven, ouders die weinig tot geen normen bijbrengen en nauwelijks gedragsregels stellen, gebrek aan structuur en toezicht van ouders op doen en laten van kinderen en ouders die onvoldoende aandacht hebben voor scholing (toelaten van spijbelen), en daar ook onvoldoende voorwaarden voor scheppen (Kromhout, 1996; Thomeer & Tavecchio, 1998).

Ervaringen van onveiligheid en onbetrouwbaarheid kunnen worden versterkt door ernstige en herhaalde conflicten tussen ouders, vele partnerwisselingen van ouders, (herhaalde) scheiding van ouders, plaatsing in een kindertehuis of internaat en het veelvuldig veranderen van pleeggezin, tehuis of internaat. Daarnaast mag de uitwerking van traumatische levensgebeurtenissen, zoals incest of het overlijden van een ouder, niet worden onderschat.

Hiervoor genoemde ervaringen en gebeurtenissen kunnen een negatieve invloed hebben op het volgende (Bowlby, 1969; 1973; 1980; De Ridder, 1990; De Winter, 2000; Roorda-Honée, 2001).

- De individuele hechting aan primaire verzorgers en de kwaliteit van partner- en sociale relaties op latere leeftijd
- De persoonlijkheidsontwikkeling en zelfwaardering van het individu (ben ik de moeite wel waard, mag ik er zijn?)
- De interpretatie van en reactie op gebeurtenissen (zie ook microniveau)
- De toegang tot de gemeenschap en de hierin aanwezige hulpbronnen en ontwikkelingsmogelijkheden voor het individu
- De (latere) verbondenheid met die gemeenschap

De vroege achterstandssituatie kan langdurig haar sporen nalaten, maar ook ten goede worden gekeerd (zie citaten hierna) (Thomeer & Tavecchio, 1998; Thomeer-Bouwens e.a., 1996; Avramov, 1994; De Ridder, 1990; Van IJzendoorn, 1992).

Early experiences with loss, or with attachment, can cast their influence over extended periods, not only on processes such as personality development, but also on people's resilience and their ability to defend themselves in life. (De Ridder, 1990)

Verliesgebeurtenissen in de vroege jeugd kunnen kwetsbaar maken voor latere verliesgebeurtenissen. Vroege verlieservaringen beïnvloeden de persoonlijkheidsontwikkeling in die zin dat zonder compensatie een lage zelfwaardering ontstaat. Maar (...) verliesgebeurtenissen en lage zelfwaardering kunnen gecompenseerd worden door positieve ervaringen. (Brown & Harris, in De Ridder, 1990)

Non-participatie en inactiviteit

Een risico-indicator voor marginalisering is de combinatie van maatschappelijke non-participatie en inactiviteit (Hortulanus, in RMO, 2001). Gemarginaliseerde mensen maken nauwelijks deel uit van woon- werk- en leefverbanden en zijn daarmee uitgesloten van deelname aan het maatschappelijk verkeer (Spierings, 1998). Zij hebben geen partner, vaak broze en breekbare relaties met familie, geen werk of betekenisvolle dagactiviteiten, weinig geld en hoge schulden, weinig opleiding, en soms letterlijk geen dak boven het hoofd en dus geen thuis. Van volwaardig burgerschap is geen sprake (Hortulanus, 2002). Er spelen in de situatie dikwijls een scala aan sterk verweven materiële en immateriële problemen mee. Verwante aanduidingen voor deze toestand zijn sociale uitsluiting, meervoudige deprivatie, sociaal isolement en thuisloosheid (zie kader hieronder; Roorda-Honée, 1997; Van Houten, 1999; Schuyt, 2000). Achterliggende en gemeenschappelijke betekenis van deze termen is het vrijwel ontbreken van wederkerigheid en ruilrelaties en de afhankelijkheid van anderen in het voorzien in elementaire bestaansvoorwaarden. Bij betrokkenen zelf ontstaat het gevoel overbodig te zijn en noch voor anderen, noch voor de samenleving betekenis (meer) te hebben (Van Doorn, 2002).

Thuisloosheid is ‘(...) een ernstige toestand van maatschappelijke, persoonlijke en relationele kwetsbaarheid, waardoor functionele en medemenselijke relaties in de gangbare samenlevingsvormen niet of nauwelijks meer mogelijk zijn.’ (LSTO, 1986) Op de voorgrond staan een gebrek aan duurzame relaties en bindingen, een onvermogen die te realiseren, in combinatie met een onvermogen zich een stabiel leef- en werkmilieu te verschaffen (Heydendael & Nuy, 1992; Van Waveren e.a., 1990; Van Gestel, 1994; Gezondheidsraad, 1995).

Sociale uitsluiting heeft niet alleen te maken met niet meer mogen of kunnen meedoen, maar op den duur ook met niet meer willen meedoen. Er is, met andere woorden, sprake van een ingewikkeld patroon van uitsluiting maar ook zelfuitsluiting (Schuyt, 2000; Van Doorn, 2002). Zo kunnen vastgelopen mensen uit eigen beweging plotseling al hun sociale contacten verbreken in de hoop zo de impasse te doorbreken. Zelfuitsluiting verloopt ook wel geleidelijker: mensen trekken zich bijvoorbeeld langzaam maar zeker terug uit het dagelijkse verkeer of vormen in de omgang door hun doen en laten een steeds grotere uitdaging.

Cumulatie van levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen

Van nature streven mensen naar een homeostatisch evenwicht om in hun bestaansvoorwaarden te voorzien. Ingrijpende levensgebeurtenissen leiden tot

ontregeling van dit evenwicht waardoor het normale dagelijkse functioneren ernstig verstoord raakt. Er worden meestal twee soorten levensgebeurtenissen onderscheiden (Wolf, 1990).

- Ontwikkelingscrises die zijn gebonden aan de levenscyclus van ieder individu, zoals puberteit, huwelijk, en pensionering
- Toevallige crises die min of meer onvoorspelbaar optreden, zoals verlies of verandering van werk, ernstige ziekten, verlies van inkomen of van huisvesting, verkrachting, brand et cetera

Ook omstandigheden die de bestaansvoorwaarden van mensen bedreigen, zoals die hierboven zijn beschreven, kunnen op den duur leiden tot crisissituaties. Verder kunnen frequente alledaagse stressvolle gebeurtenissen (*daily hassles*) mensen uit balans brengen (De Ridder, 1990). Vanzelfsprekend hoeven crises niet tot marginalisering of psychische ongezondheid te leiden. Veel is afhankelijk van onder meer de reactie van het individu erop (hierover straks meer bij het microniveau). Vaststaat wel dat de hoeveelheid gebeurtenissen en dagelijkse stresssituaties tot een chronische ontregeling kunnen leiden en mensen op een langdurende achterstand kunnen zetten, ook al vanwege de ervaren oncontroleerbaarheid ervan (Wolf, 1990; De Ridder, 1990).

Ook met het ontstaan van dakloosheid worden diverse levensgebeurtenissen en voorvallen in verband gebracht, namelijk: huisuitzettingen en het verlies van marginale huisvesting, ontslag uit een institutie (kindertehuis, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis), baanverlies, inkomensachteruitgang en schulden, verstoorde sociale relaties en vereenzaming (Deben e.a., 1992; Greshof, 1994; Van Doorn, 2002).

Ontbreken van steun

Voor de bevrediging van basisbehoeften is de aanwezigheid van een netwerk van ondersteunende en stimulerende personen essentieel (Doyal & Gough, 1991). Een onderscheid kan worden gemaakt tussen primaire ondersteunende netwerken en persoonlijke, vertrouwde relaties. Sociale steun kan als direct effect een gezondheidsbevorderende werking hebben (bij afwezigheid is sprake van een risicofactor), en kan als indirect effect een gezondheidsbeschermende werking hebben (De Ridder, 1990). In het laatste geval heeft sociale steun een bufferende werking tegen stress (Zautra & Goodhart, 1979). Verondersteld wordt overigens dat naarmate de stress in het netwerk toeneemt, de kans op onderlinge steun hierin afneemt.

Sociale activiteit kan pas steunend zijn als een persoon dat als zodanig waarneemt. Cruciaal is dus de betekenis van steun zoals die door de persoon wordt waargenomen (Heller & Swindle, 1986: in De Ridder, 1990). Niet zo-

zeer de kwantiteit, maar de kwaliteit van sociale contacten lijkt van invloed op gevoelens van welbevinden en dus ook op gevoelens van isolement.

The problem of loneliness is particularly acute for those who feel that nobody relies on them or, alternatively, who feel that they are in a situation of extreme dependence on others. (Tinker, in Doyal & Gough, 1991: 208)

Sociale isolatie koos het SCP als een indicator voor sociale uitsluiting (SCP, 2001a). Isolement ondermijnt volgens Doyal & Gough het zelfbeeld van individuen dat leidt uiteindelijk tot een spiraal van afnemende competentie en autonomie. Kenmerkend voor isolement vinden zij (p. 220): afwezigheid van persoonlijke intieme relaties, weinig tot geen sociale contacten en geen beroep op iemand kunnen doen in crisissituaties. Relatiebreuken en vereenzaming zijn vaak cruciale onderdelen in het proces van marginalisering (Heydendaal & Nuy, 1992; Avramov, 1994; Spierings, 1998).

Afkalving verbondenheid op lokaal niveau

Vrij algemeen wordt aangenomen dat de verbondenheid en onderlinge solidariteit van mensen afnemen. Gewezen wordt op de toegenomen mobiliteit van mensen, de globalisering van de economie, de roep om meer daadkracht tegen overlast en onveiligheid, de ambivalente, soms ook afwijzende houding van burgers en buurtbewoners tegen 'mensen waar iets mee is' met zogenoemde NIMBY¹⁰-effecten als gevolg, en ingrijpende veranderingen in het cement van naoorlogse wijken door bijvoorbeeld de komst van grote groepen migranten en het vertrek van oude buurtbewoners, mede als gevolg van renovaties en stadsvernieuwing (De Wilde, 2002; LCGV, 2002; Kwekkeboom, 2001).

De signalen laten onverlet dat er in Nederland over de hele linie waarschijnlijk minder sprake is van uitholling van sociale cohesie dan wel van veranderende vormen van cohesie (LCGV, 2002; Schuyt, 2001; SCP, 2002). Cruciaal is dan of kwetsbare mensen voldoende toegang hebben tot die nieuwe vormen en of zij voldoende zijn toegerust om er gebruik van te kunnen maken. Ondenkbaar is het niet dat zij 'gebrekkig gemoderniseerd' zijn (Nuy, 1996). Bovendien zijn kwetsbare mensen voor hun welbevinden meer dan gemiddeld aangewezen op de wijk waarin zij leven en op dit lokale niveau lijkt er wel degelijk sprake van afnemende dagelijkse contacten en onderlinge hulp (LCGV, 2002).

Minder bedeelden in de samenleving leven dikwijls ook in wijken die bekend staan als achterstandswijken. Het SCP (2001) spreekt in dit verband van

¹⁰ NIMBY staat voor Not In My Backyard.

ruimtelijke uitsluiting. In deze wijken concentreren zich negatieve factoren inzake sociale cohesie en veiligheid: relatief veel alleenstaanden, een hoge verhuismobiliteit, een groot aandeel allochtonen (SCP, 2002). De zorgconsumptie ligt in deze wijken relatief hoog; ook worden in deze wijken meer opnamen in psychiatrische ziekenhuizen geregistreerd (Peen & Dekkers, 2001). Gevoelens van onveiligheid zijn in deze wijken relatief groter dan in andere wijken (Broer & Noyon, 1999; SCP, 2001, 2002). Ook is in deze wijken het aantal meldingen van hygiënische probleemsituaties en het aantal uithuiszettingen hoger (Deben e.a., 1992; De Bruin e.a., 1997; Poodt & Wierdsma, 1999).

Weinig responsieve hulpverlening

De teneur in veel publicaties is dat de (gespecialiseerde) hulpverlening onvoldoende in staat is om mensen met meervoudige problemen, waaronder soms ernstige psychische problemen, te bereiken, laat staan contact met hen te blijven onderhouden. De mensen leven soms in kommervolle omstandigheden, ontkennen soms hun problemen, hebben vaak al een aanzienlijk hulpverleningsverleden opgebouwd en zijn door teleurstellingen vaak het vertrouwen in de hulpverlening kwijt. Voor hulpverleners zijn zij dikwijls ongrijpbaar en ook lastig in de omgang; als mondige burgers laten de mensen zich niet veel meer gezeggen.

In de hulpverlening heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan die niet onverdeeld gunstig waren voor de hulp aan kwetsbare mensen aan de rafelrand van de samenleving. Samengevat gaat het om een fragmentering, rationalisering en vermaatschappelijking van de zorg (RMO, 2001).

Differentiatie en specialisatie van de zorg hebben enerzijds meer mogelijkheid van zorg op maat gebracht, maar er ook toe geleid dat met name kwetsbare mensen door de bomen het bos niet meer zagen en van het kastje naar de muur werden gestuurd. Bovendien heeft elk aanbod weer specifieke in- en uitsluitcriteria; een vraag moet maar net bij het aanbod passen. In de samenwerking, waaraan door de fragmentatie alleen nog maar meer behoefte is ontstaan, gaat nog wel eens het nodige mis.

De rationalisering van de zorg, met meer nadruk op effectiviteit en doelmatigheid via producten, protocollen en *evidence based*-interventies, heeft geleid tot bureaucrativering, tot een verlies van menselijke maat, tot de eis aan hulpverleners om vooral productie te halen, en tot uitvallers van mensen die niet passen in 'de mallen van een gestandaardiseerde aanpak' (Wolf 1993; RMO, 2000; 2001). De arbeidsomstandigheden van werkers zijn over het algemeen ook minder optimaal voor de hulpverlening aan mensen in achterstandssituaties (hoge *case load*, hoge werkdruk (Wolf, 1990; Nuy, 1998; Spierings, 1998).

De vermaatschappelijking in de psychiatrie betekende enerzijds kansen tot (re)integratie in de samenleving van kwetsbare mensen, maar liet anderzijds deze mensen ook te veel aan hun lot over door het ontbreken van voldoende hulpverlening en steunpunten in die samenleving voor deze groep. ‘(...) de rest van de samenleving stond erbij, keek er soms naar, maar voelde er zich niet verantwoordelijk voor.’ (De Wilde, 2002: 22). De ouderwetse sociale psychiatrie is de afgelopen vijftien jaren steeds verder opgeslokt geraakt door de grootschalige, gefuseerde GGZ-instellingen, ook voor cliënten en familieleden nauwelijks meer als eenheid herkenbaar, en eigenlijk steeds meer op afstand komen te staan van de noden van heel kwetsbare mensen in de buurt.

Overige indicatoren

Net als van hulpverleningsinstellingen wordt van maatschappelijke voorzieningen wel gezegd dat zij voor mensen minder responsief en bereikbaar zijn. Nauw hieraan verwant is de zogenoemde institutionele uitsluiting, wat inhoudt dat kwetsbare groepen geen of onvoldoende gebruik maken van bestaande publieke voorzieningen (SCP, 2001a).

Woningbouwverenigingen, nutsbedrijven en sociale diensten zouden enerzijds veel te laat op signalen van achteruitgang van mensen reageren en zich anderzijds steeds zakelijker opstellen en sneller ingrijpen als zaken uit de hand lopen (Spierings, 1998; Van Doorn, 2002; Congresverslag Kwetsbaar in kwadraat, 2002). Uit een studie van de Nationale Woningraad (1996) blijkt dat het landelijke aantal huishuizingen in de periode 1985-1995 sterk toenam. Exacte percentages uithuiszettingen werden niet genoemd (in Van Doorn, 2002). Het lijkt er dus op dat mensen gemakkelijker op straat belanden, terwijl de weg terug naar de woningmarkt vol hobbels en kuilen zit.

3.6 *Indicatoren op microniveau*

Op het microniveau springt een aantal risico-indicatoren in het oog, namelijk persoonlijke disposities en oriëntaties, geringe competenties en psychische en verslavingsproblemen. Wij besluiten met een opsomming van enkele andere onderkende risico-indicatoren op dit niveau.

Persoonlijke disposities en oriëntaties

Hiervoor gaven wij al aan dat de wijze waarop mensen gebeurtenissen en omstandigheden in hun leven waarnemen en interpreteren in belangrijke mate hun reactie erop bepaalt. En die reactie is weer van invloed op de objectieve en ook subjectieve ervaren controle van mensen over hun omgeving. Meespelen in dit proces de waarneming van het eigen lot (Ben ik speelbal van

krachten of kan ik zelf richting geven aan mijn leven?¹¹), het zien aankomen en kunnen begrijpen van situaties, het geloof in eigen vermogen om situaties naar eigen hand te zetten, en de waarneming hoe anderen het er in soortgelijke situaties van afbrengen (De Ridder, 1990). Van invloed op het zogenoemde adaptatievermogen van mensen is verder een zekere gehardheid om lijden te verdragen, dat wil zeggen een moeilijke situatie als betekenisvol te zien, veranderingen als normaal te beschouwen, en wel in combinatie met het geloof zelf controle te kunnen houden. Gehardheid leidt tot draagkracht en veerkracht, dat is het vermogen om tegenslagen te verwerken. Die maken het, kort gezegd, mogelijk om overeind te blijven in moeilijke situaties. In de jeugd wordt voor een groot deel de basis van gehardheid gelegd; hoe meer ellende kinderen op jonge leeftijd meemaken des te groter is de kans op verminderde draag- en veerkracht en op verhoogde kwetsbaarheid.

Kwetsbaarheid wordt, vooral in relatie tot mensen met ernstige psychische en verslavingsproblemen, nog op een andere manier gedefinieerd, namelijk als een voornamelijk aangeboren eigenschap die mensen gevoelig maakt voor psychische desintegratie en die zich daardoor vrijwel aan de directe beïnvloeding door betrokkenen onttrekt (Zubin & Spring, 1977; Van den Bosch, 1984). Gedoeld wordt op verstoringen in de functionele organisatie van het centrale zenuwstelsel die de verwerking van indrukken, prikkels en emoties bemoeilijken. Die verstoringen maken mensen gevoeliger voor onder- of overstimulatie en daarom moeten zij zich meer inspannen om prikkels te hanteren en te doseren.¹²

Geringe competenties

Competentie verwijst, kort samengevat, naar het probleemoplossend vermogen van mensen¹³ (Zautra & Goodhart, 1979). Hier spelen mee de zojuist beschreven persoonlijke disposities, oriëntaties en kwetsbaarheden, maar ook de vaardigheden die nodig zijn om problematische situaties het hoofd te bieden en naar de eigen hand te zetten. De toeëigening van nieuwe vaardigheden en

¹¹ Eerstgenoemde staat voor een zogenoemde externe beheersingsoriëntatie, laatstgenoemde voor een interne beheersingsoriëntatie. Vroege deprivatie en gebrekkige gehechtheid kunnen tot een externe beheersingsoriëntatie leiden (zie Quinton: in Cullen e.a., 1991) en die kan wegens het uitblijven van pogingen om de situatie de baas te worden leiden tot passiviteit en een negatieve invloed op de psychische gezondheid (De Ridder, 1990).

¹² Dit samenspel tussen aanleg en omgeving staat centraal in het zogenoemde 'kwetsbaarheid-stress-model' (zie Wolf, 1990).

¹³ Soms wordt competentie als een persoonlijkheidskenmerk opgevat, als een eigenschap van het individu, en in die opvatting maakt het deel uit van de persoonlijke disposities en oriëntaties van mensen (Van Weeghel, 1995).

rollen veronderstelt een leerproces dat aansluit op aanwezige capaciteiten, en op de ontwikkelingsfase en specifieke situatie waarin het individu verkeert (Wolf, 1997). Onderscheid wordt vaak gemaakt tussen algemene competentie (een gegeneraliseerd probleemoplossend vermogen) en specifieke vormen van competenties die betrekking hebben op verschillende leefdomeinen, situaties of type problemen, zoals sociale competentie en arbeidscompetentie. Essentieel voor de uitkomst is hoe competent mensen zichzelf inschatten. Iemand die zelfvertrouwen heeft en gunstig over zijn eigen competentie denkt, zal zich niet gemakkelijk uit het veld laten slaan (Van Weeghel, 1995). Waargenomen incompetentie is in principe domeinspecifiek, maar kan zich naar andere gebieden generaliseren. Dit is meestal het resultaat van een langdurig proces. Daarover straks meer.

Psychische en verslavingsproblemen

Ernstige psychische problemen, waaronder (beginnende) dementie, en verslaving aan drugs, alcohol, medicijnen en of gokken, staan in de literatuur geboekstaafd als heel belangrijke risico-indicatoren voor marginalisering. Deze problemen worden ook relatief vaak bij gemarginaliseerde mensen gesignaleerd (Heydendaal & Nuy, 1992; Kocken e.a., 1993; Schene & Jonker, 1993; Scholten & Tjadens, 1996; Nuy, 1998; Spierings, 1998; Reinking & Kroon, 1998; Korf e.a., 1997, 1999; Buster & Van Laere, 2001). Meer nog dan bij andere indicatoren, stelt men zich hierbij de vraag of deze problemen volgden op een proces van afglijden en achteruitgang of er aan voorafgingen. Die vraag laat zich gemakkelijker stellen dan beantwoorden. In onderzoek onder dakloze mensen wordt er dikwijls bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt tussen personen met psychische problemen die dakloos werden en dakloze mensen die psychische problemen zijn gaan ontwikkelen nadat zij zonder huisvesting kwamen en waarbij die problemen mogelijk verdwijnen als de dakloosheid eindigt. Bij deze groep speelt verder mee dat het bijzonder lastig is een onderscheid te maken tussen psychische stoornissen en deviant gedrag dat is terug te voeren op mechanismen van aanpassing aan de stressvolle omstandigheden van een zwervend bestaan (Schene & Jonker, 1993; Wolf e.a., 2000).

Overige indicatoren

Of een individu in staat is in eigen basisbehoeften te voorzien en zich zelfstandig staande te houden in de samenleving is ook afhankelijk van aanwezige verstandelijke handicaps. En niet te onderschatten, zoals ook blijkt uit het voorgaande, zijn zelfvertrouwen, zelfwaardering en eigenwaarde (De Ridder, 1990; Craig & Timms, 1995). Laatstgenoemde noties verwijzen naar een toe-

stand waarin het doen en laten van een individu overeenkomt met en uitdrukking is van zijn of haar zelfbeeld. Verwant hieraan is de mate waarin een individu in staat is verleden, heden en toekomst te integreren en een gevoel van continuïteit of coherentie in het leven te verwerven (Antonovsky, 1979; Cooper, 1990; Wolf, 1990, 1997). Lichamelijke ongezondheid wordt in de literatuur niet heel nadrukkelijk als risico-indicator voor marginalisering genoemd, hoewel onderzoeksgegevens wijzen op een relatief slechte lichamelijke conditie van bijvoorbeeld dakloze mensen (Heydendaal & Nuy, 1992; NRV, 1993; Gezondheidsraad, 1995) en ook duidelijk is dat mensen in achterstandswijken over het algemeen een slechtere gezondheidstoestand hebben.

3.7 *Proces van marginalisering*

Over het proces van marginalisering leren wij uit de literatuur het volgende (Giel, 1984; Wolf, 1990; De Ridder, 1990; Roorda-Honée, 2001; RMO, 2001; Van Doorn, 2002).

- Aanwezigheid van risico-indicatoren in de situatie van mensen leidt niet per definitie tot marginalisering.
- Oorzaken en gevolgen van marginalisering kunnen, zoals eerder gezegd, niet of nauwelijks in situaties van mensen worden onderscheiden, noch is er meestal één oorzaak aan te wijzen. Er is veeleer sprake van (bij individuen wisselende) constellaties van risicofactoren.
- Door een cumulatie van verschillende factoren (problemen, gemiste kansen, tegenslagen, ingrijpende gebeurtenissen, pech en afbrokkelende steun) treedt een zich zelfversterkend proces, een cumulatief proces, op waarin mensen steeds meer ontregeld en in een isolement raken en steeds meer moeite hebben hun maatschappelijke positie te handhaven.
- Een beginpunt van een proces van marginalisering is meestal niet exact vast te stellen.
- In de aanloop van mensen naar een toestand van ontheemding worden meestal twee patronen onderscheiden. Relatief vaak wordt gewezen op een situatie waarin mensen met een weinig stabiele opvoedingssituatie van meet af aan in hun leven op achterstand stonden (Wolf, 1990; Thomeer & Tavecchio, 1998; Roorda-Honée, 1997;2001). Hun kwetsbaarheid staat op de voorgrond, en hun vermogens om deze achterstandssituatie te keren zijn meestal, mede door de weinig gelukkige start beperkt. Op deze situatie wezen vooral ook de deelnemers aan de groepsinterviews. Daarnaast worden wel situaties onderscheiden van mensen die het in hun leven beter troffen, in het verleden ook beter functioneerden (baan, relatie, kinderen), maar in een relatief korte tijd door een incident of een reeks incidenten

min of meer acuut in de problemen kwamen. Die crisissituaties vormen dan dikwijls breuken in de levensgeschiedenis. Een deel van de mensen weet die te overwinnen, een deel raakt echter steeds verder op achterstand (Wolf, 1990; Nuy, 1996).

- Het proces van maatschappelijk afglijden gaat vaak samen met gevoelens van rouw om wat verloren ging of had kunnen zijn. De verlieservaringen hebben een grote impact op het functioneren.
- In het proces van achteruitgang kunnen waargenomen incompetentie en controleverlies op een bepaald gebied zich langzaam maar zeker naar andere leefgebieden generaliseren. In combinatie met een weinig responsieve omgeving ontstaat op den duur een zogenoemd a-motivationeel systeem. Dit leidt uiteindelijk tot psychische problemen en chronisch sociaal disfunctioneren. Als mensen de geringe responsiviteit van de omgeving toeschrijven aan eigen incompetentie en die omgeving ook in principe als onbeheersbaar zien dan is de kans groot dat zij apathisch worden en opgeven (Deci & Ford, in Van Weeghel, 1995).
- Als de reacties van mensen op schokkende gebeurtenissen of ongunstige levensomstandigheden geen effect hebben en zij als het ware leren dat situaties onbeheersbaar zijn dan heeft dat op den duur ernstige consequenties voor het handelingsrepertoire van mensen (Wolf, 1990). Dit wordt ook wel aangeleerde hulpeloosheid genoemd (Seligman, 1979).
 - Angst en paniek gaan over in gevoelens van machteloosheid en gedeprimeerdheid, negatief zelfbeeld en zelfhaat.
 - Afname van initiatief, neiging tot isolatie, het opgeven, apathie.
 - Overtuiging dat gedrag inefficiënt is, vertraagd leren.
 - Niet in staat tot handelen of het nemen van beslissingen, vertraagde reacties.

Overigens, zo wordt dikwijls benadrukt, zijn acceptatie, vermijding, terugtrekgedrag en berusting lang niet altijd uitingen van overgave. Deze reacties kunnen heel effectieve manieren zijn om het hoofd te bieden aan problemen, zich staande te houden in situaties en zich te beschermen (Van den Bosch, 1984, 1988; Strauss, 1989a, 1989b; De Ridder, 1990).

3.8 *Groepen in de marge*

Research voor Beleid schatte recent het totale aantal verkommerde en verloederde mensen in Nederland, die in registraties van hulpverleningsinstellingen voorkomen, op 33.000 (23.000 en 43.000; Lourens e.a., 2002). Er werd een vrijwel lineaire samenhang gevonden tussen de gemeentegrootte en het percentage dat als verkommerd en verloederd geregistreerd stond. Met behulp

van de zogenoemde *capture-recapture*-methode werd het aantal niet-geregistreerden geschat op 77.000 personen. Het totale aantal zou dan rond de 110.000 personen liggen. Dit is ongeveer 0,7% van de totale Nederlandse bevolking.

Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau is in het jaar 2000 circa 80% van de Nederlandse bevolking redelijk succesvol in de samenleving, maar ondervindt 20% ernstige problemen, ondanks de sterke welvaarts groei in de jaren negentig. Van deze 20% zou 5%, vooral levend in achterstandswijken in de grote steden, extra kwetsbaar zijn (BZK, 2002). Laatstgenoemde groep valt vanzelfsprekend niet samen met de door Research voor Beleid geschatte groep verkommerden en verloederden.

Maar ingewikkeld is wel dat de term kwetsbaar tegenwoordig te pas en te onpas wordt gebruikt, ook voor groepen die heel uiteenlopend functioneren. Tel daarbij op dat de groepen op een andere manier, vaak langs verschillende invalshoeken, worden gedefinieerd, in studies andere tel- en onderzoeksmethoden worden gebruikt, en ook de informatiebronnen meestal verschillen, en het zal duidelijk zijn dat informatie over kwetsbare groepen niet zonder meer te vergelijken is, en ook schattingen erover niet zomaar zijn op te tellen. Deze kantekeningen gelden ook bij het overzicht hierna.

De door het SCP (1998) geïdentificeerde¹⁴ en naar omvang geschatte risicogroepen zijn jongeren, met een oververtegenwoordiging van etnische minderheden, die zonder startkwalificatie de school verlaten (55.000); kinderen die deel uitmaken van huishoudens met een inkomen op of rond het minimum (266.000); langdurig werklozen, met een oververtegenwoordiging van personen met een lage opleiding en een allochtone achtergrond (188.000); ouderen en gehandicapten met een laag inkomen en een grote zorgbehoefte (190.000), en problematische harddrugsgebruikers (tussen de 24.000 en 34.000).

Er worden aan de rafelrand van de samenleving nog wel andere risicogroepen onderscheiden (Schuyt, 1997; Hortulanus & Machielse, 2000). Te denken valt aan mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Zij die in de samenleving ambulante zorg krijgen worden momenteel geschat op 52 à 57.000 (Michon & Kroon, in De Wilde, 2002). Maar het gaat ook om dakloze mensen (ongeveer 30.000; Wolf e.a., 2000) en zwerfjongeren (3500: Rapport Algemene Rekenkamer, 2002), straatprostituees (20.000; Wolf e.a., 2001) en vrouwen met

¹⁴ Identificatie van deze groepen gebeurde op basis van zogenoemde sociaal-structurele tekorten en het criterium van beperkte zelfredzaamheid.

seksueel geweldervaringen. Als risicogroep worden ook wel mensen met een chronische aandoening genoemd (Foets e.a., 1999).

3.9 *Pas op de plaats*

In dit deel 1 was de focus gericht op risico-indicatoren voor marginalisering. De opinies van deelnemers van de groepsinterviews en de bevindingen uit de literatuur zijn opvallend consistent:

- De onbedoelde gevolgen van teveel nadruk op de vrijheid en eigen verantwoordelijkheid van mensen en de moeite die kwetsbare mensen hebben om aan de eisen van de moderne samenleving te voldoen
- De potentieel negatieve invloed van een onveilige en onstabiele opvoedingssituatie met als extreme vorm ervan kindermishandeling
- Vroege negatieve en traumatische ervaringen
- Non-participatie en inactiviteit
- De cumulatie van problemen, ingrijpende levensgebeurtenissen en dagelijkse, stressvolle voorvallen
- Gebrek aan sociale steun in de directe leefomgeving
- Inadequate en weinig responsieve hulpverlening
- Persoonlijkheidskenmerken
- Psychische problemen en verslaving

Deelnemers benadrukten vooral de invloed van lichamelijke problemen nog. In de literatuur worden die ook wel genoemd, maar dan vaker als kenmerk van gemarginaliseerde mensen en minder nadrukkelijk als risico-indicator voor maatschappelijk afglijden. In de literatuur is ook aandacht voor geringe competenties als risico-indicator, en hoewel deelnemers deze term niet gebruikten, verwezen zij hier tijdens de groepsinterviews tussen de regels door wel naar.

In het volgende deel presenteren wij de gegevens uit de interviews met mensen in de marge. De gegevens hebben wij, in lijn met de steekproeftrekking in dit onderzoek, geordend naar de volgende kenmerken.

- Huisvestings situatie: feitelijk dakloos, residentieel dakloos en marginaal gehuisvest (hoofdstukken 4 tot en met 8).
- Leeftijd: jongeren, volwassenen en ouderen (hoofdstuk 9)

Omdat, zoals straks zal blijken, de groepen in diverse opzichten sterk uiteenlopen en bovendien het zogenoemde steekproefuniversum niet van alle groepen bekend was (zie 1.4.2.), zagen wij af van een presentatie van gegevens over de totale geïnterviewde populatie.

DEEL 2

Profielen van mensen in de marge

4 Sociaaldemografische kenmerken en huisvestingssituatie

Resumé

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord naar de belangrijkste sociaaldemografische kenmerken en de huisvestingssituatie van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen.

- De leeftijd verschilt significant: feitelijk dakloze mensen zijn gemiddeld 37 jaar oud, residentieel daklozen 46 jaar en gehuisveste mensen 49 jaar.
- Er bestaat een significant verschil in geslacht: van de feitelijk dakloze mensen is 80% man, van de residentieel dakloze mensen 74% en van de gehuisveste mensen 60%.
- Marginaal gehuisveste mensen zijn significant minder vaak alleenstaand (78%) dan feitelijk en residentieel dakloze mensen (meer dan 90%). Feitelijk dakloze mensen zijn vaker nooit gehuwd geweest.
- In de groep feitelijk daklozen zijn mensen van niet-Nederlandse herkomst met 50% oververtegenwoordigd. In de groep marginaal gehuisveste mensen is het deel allochtonen met een kwart het kleinst. Ter vergelijking, in de gemeente Den Haag was in de onderzoeksperiode 39% van niet-Nederlandse herkomst. In de Nederlandse bevolking van 20 jaar en ouder is 17% allochtoon.
- De groepen zijn in vergelijking met de Nederlandse beroepsbevolking laag opgeleid. Tussen de groepen bestaan hierin significante verschillen. Onder feitelijk daklozen is de opleiding het laagst: 52% heeft geen, buitengewoon, lager of lager voortgezet onderwijs gehad.
- De groepen zijn vooral aangewezen op een uitkering. Iets meer dan de helft van de feitelijk daklozen kreeg naast een uitkering ook inkomsten uit illegale activiteiten (diefstal, inbraak en beroving). Bij residentieel daklozen en marginaal gehuisveste mensen was hiervan aanzienlijk minder sprake (resp. 5% en 15%).
- In de afgelopen maand werkten feitelijk daklozen het minst (5%), residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten het meest (26 en 20%). Dit verschil was significant.
- Voor de nacht waren feitelijk daklozen recentelijk vooral aangewezen op straat, tijdelijke nachtopvang en familie en vrienden. Residentieel daklozen sliepen vooral in hun woonvoorziening en marginaal gehuisveste mensen vooral in eigen woonruimte.
- Ruim eenderde van de feitelijk daklozen was vijf jaar of langer dakloos en bijna de helft daarvan was dat zelfs tien jaar of langer. Van de residentieel daklozen was bijna tweederde ooit feitelijk dakloos geweest en voor de meesten daarvan duurde dit korter dan een jaar. Eenderde van deze groep was in hun leven nog geen dag feitelijk dakloos. Van de gehuisveste mensen was eenderde deel ooit feitelijk dakloos en bij de helft daarvan duurde dit korter dan een jaar.

4.1 *Leeftijd*

De gemiddelde leeftijd van feitelijk daklozen enerzijds en residentieel dakloze en marginaal gehuisveste mensen anderzijds is significant verschillend. Feitelijk daklozen zijn gemiddeld elf jaar jonger dan de andere twee groepen. Er zijn dan ook weinig (7%) ouderen onder de feitelijk daklozen. Daklozen ouder dan 55 jaar bevinden zich bijna allemaal in residentieële opvangvoorzieningen. Van de in totaal 29 daklozen ouder dan 55 jaar zijn er slechts vier feitelijk dakloos. Deze resultaten zijn in overeenstemming met ander onderzoek (Gezondheidsraad, 1995; Reinking e.a., 1998; Wolf e.a., 2000). Bij residentieel dakloze mensen is er veel spreiding over alle leeftijdsgroepen. De groep gehuisveste mensen bestaat naar verhouding uit weinig jongeren (3% tot en met 25 jaar), vooral volwassenen (tweederde is tussen de 26 en 55 jaar) en nogal wat oudere mensen (bijna eenderde is 55 jaar of ouder).

4.2 *Geslacht*

Van de feitelijk daklozen is 80% man, van de residentieel daklozen 74% en van de marginaal gehuisveste mensen 60%. Dit verschil is significant. Het relatief grote aantal mannen in de maatschappelijke opvang is een bekend gegeven (zie Wolf e.a., 2000), maar hierin lijkt verandering te komen. Het aandeel vrouwen dat zich aanmeldt bij de residentieële daklozenopvang groeit snel: in 1994 ging het om 5%, in 2000 om 37% (Wolf, 2001).

4.3 *Etnische herkomst*

Onder de feitelijk daklozen bevinden zich de meeste allochtonen (ruim de helft) en onder de gehuisvesten de minste (een kwart). De drie groepen verschillen hierin significant van elkaar (zie tabel 4.1). Ter vergelijking: de Nederlandse bevolking als geheel bestond op 1-1-2001 voor 18% uit allochtonen. Voor de bevolking van 20 jaar en ouder was dit 17% (CBS, 2002). In de gemeente Den Haag woonden in de onderzoeksperiode echter bijna ruim twee keer zoveel allochtonen (39%). In dat licht beschouwd is het aantal allochtone mensen onder residentieel dakloze en marginaal gehuisveste mensen dus eerder iets ondervertegenwoordigd.

In alle drie groepen komen mensen van niet-Nederlandse herkomst vooral uit Suriname, Indonesië en, vooral bij feitelijk daklozen, uit Marokko. Het relatief hoge percentage Indonesiërs hangt waarschijnlijk samen met de samenstelling van de Haagse bevolking. Den Haag is vanouds een stad waar relatief

veel mensen uit het voormalig Nederlands-Indië en Indonesië wonen. Helaas konden wij dit gegeven niet vergelijken met die uit eerder uitgevoerde daklozenstudies in Utrecht en Amsterdam (Reinking e.a., 1998; Korf e.a., 1999), omdat in deze studies bij gegevens over etniciteit en geboorteland Indonesië in de categorie 'overige landen' viel.

Tabel 4.1¹⁵ Sociaaldemografische gegevens van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=103		<i>Residentieel daklozen</i> N=100		<i>Gehuisvesten</i> N=98		Toets p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
<i>Leeftijd</i>							
Gemiddelde	37		46		49		
Standaarddeviatie	10		15		16		
Range	18-66		18-81		20-93		<0,001 ^b
<i>Geslacht</i>							
Man	82	80	74	74	59	60	0,008 ^a
<i>Etnische herkomst</i>							
Nederlands ^c	50	49	68	68	73	75	0,001 ^a
<i>Burgerlijke staat</i>							
Nooit gehuwd	65	63	52	52	54	55	
Gescheiden	34	33	39	39	26	27	0,007 ^a
<i>Samenlevingsverband</i>							
Alleenstaand	97	94	93	93	76	78	0,001 ^a

a. Pearson's Chi-square toets.

b. Unequal Variance T-test.

n.s. = niet-significant

c. Volgens de 'brede' VNG-definitie: geboorteland respondent (R) niet-NL: etnische groep R = geboorteland R; bij geboorteland R = NL en geboorteland moeder niet-NL: etnische groep R = geboorteland moeder; bij geboorteland R en moeder = NL en geboorteland vader niet-NL: etnische groep R = geboorteland vader.

¹⁵ De wijze waarop de resultaten worden weergegeven in de tabellen van de hoofdstukken 4 tot en met 9 wordt toegelicht in bijlage 4.

4.4 *Leefsituatie*

De drie groepen verschillen significant in samenlevingsverband. De hoogste percentages alleenstaanden, boven de 90, treffen wij aan in de daklozengroepen, het laagste percentage in de groep marginaal gehuisvesten (78). In dit opzicht is er een bijzonder groot verschil met de Nederlandse bevolking van 25 jaar en ouder, waarvan op 1-1-2001 nog geen kwart (23%) alleenstaand was.

Mannen zijn significant vaker alleenstaand dan vrouwen (94% tegenover 74%). Dit verschil bestaat, bovenop de gevonden significante verschillen tussen de drie groepen ($\chi^2=15,0$; $p<0,001$).¹⁶

Ook de burgerlijke staat van de drie groepen verschilt significant. Vooral feitelijk dakloze mensen waren vaker nooit gehuwd (63%) en met name residentieel dakloze mensen waren vaker gescheiden (39%). De gehuisvesten waren minder gescheiden en bovendien aanzienlijk vaker hertrouwd (18%, tegen 4% van de feitelijk daklozen en 9% van de residentieel daklozen). Ter vergelijking: in de Nederlandse bevolking was in 2001 21% ongehuwd en 16% gescheiden of verweduwd (CBS, 2002). Van de bewoners van Den Haag was op 1-1-2001 37% ongehuwd en 12% gescheiden. Mensen in achterstandssituaties zijn dus relatief veel ongehuwd en gescheiden.

Ook los van verschillen tussen de groepen (veel feitelijk daklozen zijn immers man) zijn er verschillen tussen de seksen. De nooit gehuwden zijn vaker mannen (64%), terwijl meer vrouwen gescheiden (40%) of hertrouwd (22%) zijn ($\chi^2 =20,4$; $p<0,001$).

4.5 *Hoogst voltooide opleiding*

Voorals feitelijk dakloze mensen zijn erg laag opgeleid (zie tabel 4.2). Dat wordt door ander onderzoek bevestigd (Reinking e.a., 1998; Korf e.a., 1997; Wolf e.a., 2000). Residentieel daklozen en gehuisveste kwetsbare mensen zijn beter opgeleid. Meer dan de helft van de residentieel daklozen voltooide een middelbare opleiding en ruim een vijfde van de gehuisvesten heeft een hogere opleiding gehad.

In vergelijking met de Nederlandse beroepsbevolking (CBS, 2002) is er in de groepen sprake van een oververtegenwoordiging van personen met ten hoogste basisonderwijs (9%) en een ondervertegenwoordiging van personen met HAVO of hoger (34%).

¹⁶ Verschillen tussen de seksen worden uitsluitend vermeld als zij zeer significant ($p<0,01$) of inhoudelijk volgens ons zeer opmerkelijk zijn.

Tabel 4.2¹⁷ Hoogst voltooide opleiding van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

Opleidingen ^b	Feitelijk daklozen N=103		Residentieel daklozen N=94		Gehuisvesten N=97		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Geen/BuO/ LO/LVO	53	52	31	33	31	32	
LBO/MVO/MBO	34	33	51	54	45	46	
HVO/VWO/HBO/WO	16	16	12	13	21	22	0,008

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. BuO = LOM, ZMOK, BLO, MLK, ZMLK; LO/LVO = Basisonderwijs, LAVO, VGLO; LBO = LTS, LEAO, Huishoud- of Nijverheidsschool; MVO/MBO = MAVO, (M)ULO, IVO, MTS, MEAO, MBOV; HVO/HBO/VWO/WO = Havo, MMS, HTS HEAO, Sociale Academie e.d., HBS, Atheneum, Gymnasium, Universiteit, Hogeschool.

4.6 Inkomstenbronnen

Iets meer dan eenderde deel van de feitelijk daklozen (36%), ruim een kwart van de residentieel daklozen (28%) en een vijfde van de marginaal gehuisveste mensen (20%) werkte in het jaar voorafgaand aan het interview (zie tabel 4.3). Hoewel opvalt dat gehuisvesten het minst vaak werkten, is het verschil niet significant. Het gaat hier overigens om zowel wit als zwart werk. Onder zwart werk is verstaan alle werk zonder arbeidsovereenkomst waarmee geld wordt verdiend: klussen, deelname aan veegploegen en verkoop van *Straatnieuws*. Opvallend is, dat vooral de feitelijk daklozen slechts in geringe mate werk hadden in de maand voorafgaand aan het interview. Bij de residentieel daklozen en de gehuisveste mensen lijkt er meer continuïteit te zijn in loon uit wit of zwart werk.

In alle drie de groepen is een uitkering de belangrijkste inkomstenbron (zie tabel 4.3). Dit komt overeen met andere cijfers over mensen in de marge van de samenleving (Gezondheidsraad, 1995; De Graaf e.a., 2000; Wolf e.a., 2001).

Naast een uitkering kreeg iets meer dan de helft van de feitelijk daklozen ook inkomsten uit illegale activiteiten en/of prostitutie. Bij de residentieel daklozen en de gehuisvesten was hiervan significant minder sprake (resp. 5%

¹⁷ Waar in de hoofdstukken 4 tot en met 9 in de tabellen percentages niet optellen tot 100% dan is dat te wijten aan afrondingsverschillen.

en 15%). In tabel 4.3 zijn allerlei vormen van inkomsten uit illegale activiteiten opgeteld. Uitsplitsing ervan toont dat feitelijk daklozen vooral inkomsten hadden uit diefstal, inbraak en beroving. Van de feitelijk dakloze vrouwen meldde een vijfde deel (n=4; N=19=100%) inkomsten uit prostitutie.¹⁸

Tabel 4.3 Inkomstenbronnen van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

<i>Inkomstenbronnen laatste jaar</i>	<i>Feitelijk Daklozen N=94</i>		<i>Residentieel daklozen N=99</i>		<i>Gehuisvesten N=92</i>		<i>Toets^a p- waarde</i>
	n	%	n	%	n	%	
Werk (wit, zwart)	34	36	28	28	18	20	n.s.
Uitkering ^b	79	84	91	91	84	91	n.s.
Illegale activiteiten ^c en prostitutie	49	52	5	5	14	15	< 0,001
Overig ^d	31	33	13	13	10	11	< 0,001
Wit of zwart werk laat- ste maand	5 (N=98)	5	26 (N=100)	26	19 (N=97)	20	< 0,001

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. bijstand, werkloosheid, vanwege ziekte, arbeidsongeschiktheid, pensioen, speciale daklozenuitkering

c. diefstal, beroving, heling, bedelen

d. alimentatie, inkomsten van partner/ouders, beurzen, giften

4.7 Huisvesting en dakloosheid

Slaaplokaties

Op de vraag in ons interview naar slaaplokaties in de afgelopen maand konden de respondenten meer dan één antwoord geven. In tabel 4.4 tellen de percentages voor de verschillende slaaplokaties daarom niet op tot 100%. De percentages moeten op zichzelf worden beschouwd. De gevonden verschillen zijn niet verrassend, omdat respondenten uit de drie groepen immers op verschillen in huisvesting werden geselecteerd.

¹⁸ Hoogstwaarschijnlijk is dit een onderschatting. Vanwege een te verwachten lage respons is afgezien van werving van respondenten in de huiskamer voor prostituees. Uit onderzoek blijkt dat voor ruim de helft van vooral harddruggebruikende vrouwen die huiskamers bezoeken prostitutie de belangrijkste inkomstenbron is (De Graaf, Wildschut & Van de Mheen, 2000; Van de Mheen, 2000; Wolf e.a., 2001).

Feitelijk dakloze mensen waren voor de nacht vooral aangewezen op de straat, de tijdelijke nachtopvang en familie en vrienden. Meer dan tweederde van de feitelijk daklozen sliep ten minste één nacht buiten. Vooral mannelijke feitelijk daklozen noemden ook andere slaappleaatsen. Meestal waren dit kraak- of slooppanden of de gevangenis. Residentieel daklozen sliepen vooral in hun woonvoorziening. Een minderheid van de residentieel daklozen bracht een deel van de nachten door in de nachtopvang. Gehuisveste mensen sliepen, volgens verwachting, vooral in hun eigen woonruimte of bij familie of vrienden waar zij permanent woonden. Een klein deel van hen sliep ten minste één nacht in een particulier pension, logement of hotel.

Tabel 4.4 Slaaplokaties in de afgelopen maand van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

<i>Slaaplokaties (tenminste 1 nacht)</i>	<i>Feitelijk Daklozen N=102</i>		<i>Residentieel daklozen N=100</i>		<i>Gehuisvesten N=98</i>	
	n	%	n	%	n	%
Buiten	70	69	0	0	0	0
Nachtopvang	54	53	8	8	0	0
(Semi)permanente woonvoorziening voor daklozen	15	15	92	92	8	8
Familie/vrienden, tijdelijk, zonder uitzicht op vast verblijf	49	48	0	0	0	0
Familie/vrienden, permanent, zonder huurcontract	1	1	1	1	7	7
Eigen zelfstandige woonruimte (met huurcontract/hypotheek)	4	4	2	2	82	84
Anders ^a	25	25	1	1	4	4

a. Anders: caravan, zomerhuisje, kraak- of slooppand of een gesloten omgeving (Huis van Bewaring, politiecel, (psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum, verslavingskliniek). De aantallen per verblijfplaats waren te klein om te toetsen.

Voornaamste slaaplokatie

Voor de feitelijk daklozen kijken we ook naar de voornaamste slaaplokatie, oftewel de lokatie waar iemand in de maand voorafgaand aan het interview meer dan veertien nachten gebruik van maakte. De gegevens over de voor-

naamste slaaplokatie zijn vergeleken met die uit onderzoek onder feitelijk daklozen in Utrecht (tabel 4.5).

Tijdens de herfst- en wintermaanden van 2000/2001 (de periode waarin wij de interviews met daklozen voornamelijk deden) sliep maar liefst 41% van de feitelijk daklozen in Den Haag vooral buiten. In Utrecht ging het om een vrijwel even hoog percentage.

Tabel 4.5 Voornaamste slaaplokatie in laatste maand van feitelijk daklozen uit Den Haag en Utrecht (Reinking & Kroon, 1998)

	Den Haag ^a (N=101) %	Utrecht (N=139) %
Buiten	41	42
Nachtopvang	23	35
Familie / vrienden	22	5
Anders ^b	10	15
Combinatie van plaatsen	- ^c	3

a. De kolom voor Den Haag bevat meer dan 100% door afronding van percentages.

b. Anders: een hotel, (particulier) pension, caravan, zomerhuisje, kraak- of slooppand of een gesloten omgeving (Huis van Bewaring, politiecel, (psychiatrisch) ziekenhuis). In Den Haag ook: (semi) permanente woonvoorziening voor daklozen.

c. In deze studie was een 'combinatie van plaatsen' geen antwoordmogelijkheid.

Er zijn van Amsterdam ook gegevens beschikbaar over de slaaplocaties van de daklozenpopulatie, maar die zijn niet zonder meer vergelijkbaar met die uit Den Haag en Utrecht. Aangenomen mag worden dat ongeveer de helft van de feitelijk daklozen in Amsterdam buiten slaapt en het merendeel daarvan doet dat ook het grootste deel van het jaar¹⁹. Verder maakt ruim eenderde gebruik van tijdelijke nachtopvang en de rest is aangewezen op tijdelijke overnachting

¹⁹ In Amsterdam is diverse malen een telonderzoek gedaan onder zogenoemde buitenslapers en is in de residentiële opvangvoorzieningen een zogenoemd consumentenonderzoek uitgevoerd (Korf e.a., 1997; 1999; Deben & Rensen, 2001). In deze onderzoeken werden in vergelijking met die in Utrecht en Den Haag iets andere definities van daklozen gehanteerd en ook waren de in het onderzoek betrokken vindplaatsen anders. Duidelijk is dat de op straat benaderde en getelde populatie daklozen in Amsterdam een deelverzameling vormt van de totale groep feitelijk dakloze mensen, zoals gedefinieerd in de onderzoeken van Den Haag en Utrecht. Peter Rensen, onderzoeker bij het telonderzoek in Amsterdam, bedanken wij voor zijn inspanning om de gegevens uit deze gemeente te interpreteren in het licht van de methoden en gegevens van de onderzoeken in Den Haag en Utrecht.

bij familie of vrienden of op (een combinatie van) andere plaatsen. Opvallend in vergelijking met Amsterdam en Utrecht is de kleine groep daklozen in Den Haag die overwegend terecht kon bij de nachtopvang. Hiermee hangt ongetwijfeld samen de relatief beperkte capaciteit voor nachtopvang in deze gemeente (26 bedden bij het Passantenverblijf).

Aantal verschillende woonsituaties

In het interview is gevraagd naar het aantal verschillende woonsituaties in het laatste jaar, exclusief opnamen in een algemeen en of psychiatrisch ziekenhuis, een crisiscentrum of een verslavingskliniek²⁰. Uit tabel 4.6 blijkt dat feitelijke dakloosheid samenhangt met relatief veel wisselingen in woonsituatie. Dit wordt ook steeds in onderzoek naar kwetsbare groepen bevestigd (De Graaf e.a., 2000; Wolf e.a., 2000; Van Doorn, 2002). Het jaar voorafgaand aan het interview hadden feitelijk daklozen gemiddeld ruim drie verschillende soorten woonsituaties. Bij slechts 6% van de feitelijk daklozen was er geen enkele verandering in woonsituatie, tegen 56% van de residentieel daklozen en 78% van de gehuisvesten.

Tabel 4.6 Aantal verschillende woonsituaties in het afgelopen jaar van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk Daklozen N=98</i>	<i>Residentieel daklozen N=99</i>	<i>Gehuisvesten N=98</i>
Gemiddeld	3	2	1
Standaarddeviatie	1	1	1

Duur van dakloosheid

De gemiddelde duur van feitelijke dakloosheid ooit tijdens het leven was voor feitelijk dakloze mensen vijf jaar, voor residentieel daklozen ruim twee jaar en voor marginaal gehuisveste mensen ruim acht maanden. De duur van dakloosheid ooit tijdens het leven loopt voor feitelijk daklozen uiteen van 1 week tot 37 jaar, voor residentieel daklozen van 0 dagen tot 40 jaar en voor gehuisveste mensen van 0 dagen tot 15 jaar. De verschillen tussen dakloze en gehuisveste mensen zijn hier aanzienlijk (zie tabel 4.7).

²⁰ Voor de duidelijkheid: geteld zijn verschillende types woonsituatie en niet het aantal wisselingen van woonsituatie. Bij daklozen die voortdurend wisselen van straat naar vrienden en de nachtopvang is het aantal verschillende woonsituaties dus bepaald op 3 en niet op bijvoorbeeld 30, 40 of 100.

Feitelijk daklozen in Den Haag zijn overwegend langdurig dakloos. Dit stemt overeen met ander Nederlands en Europees onderzoek (Fichter e.a., 1996; De Graaf e.a., 2000; Korf e.a., 1997, 1999; Reinking e.a., 1998; Vazquez, 1997; Wolf e.a., 2000). Ruim eenderde van de feitelijk daklozen was vijf jaar of langer dakloos en bijna de helft daarvan zelfs tien jaar of langer.

Van de residentieel daklozen was ruim eenderde geen dag van hun leven feitelijk dakloos geweest. Deze mensen zijn dus vanuit de eigen woning of een intramurale voorziening direct ingestroomd in de maatschappelijke opvang en niet vanuit de straat, bed-, bad- of broodvoorzieningen of na een periode van tijdelijk overnachten bij familie en vrienden. Van de residentieel daklozen die ooit feitelijk dakloos zijn geweest, duurde dit voor de meesten korter dan een jaar.

Tweederde van de gehuisvesten was nooit feitelijk dakloos. Bij eenderde was dit wel het geval en bij de helft ervan, dus bij zestien mensen, duurde de feitelijke dakloosheid korter dan een jaar.

Tabel 4.7 Duur van feitelijke dakloosheid tijdens het leven van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=102		<i>Residentieel daklozen</i> N=100		<i>Gehuisvesten</i> N=98		Toets p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
<i>Duur van Feitelijke Dakloosheid</i>							
Nooit	0	0	37	37	66	67	
< 1 jaar	20	20	33	33	16	16	
1 tot 5 jaar	45	44	17	17	12	12	< 0,001 ^a
5 tot 10 jaar	20	20	6	6	2	2	
10 jaar of meer	17	17	6	6	2	2	
<i>In jaren</i>							
Gemiddeld	4,9		2,1		0,7		< 0,000 ^b
Standaarddeviatie	5,7		6,1		2,2		

a. Pearson Chi-square

b. Kruskal-Wallis

5 Psychische stoornissen, middelengebruik en verslaving

Resumé

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vraag naar de prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen en de aard en omvang van het middelengebruik bij feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen.

- De jaarprevalentie van zowel depressieve stoornissen als schizofrenie is onder verkommerde en verloederde mensen aanzienlijk hoger dan onder de gehele Nederlandse bevolking (resp. 18% tegen 6% en 5% tegen 0,2%).
- Vooral onder feitelijk daklozen is de prevalentie van depressieve stoornissen aanzienlijk: bij drie van de tien (29%) werd een depressieve stoornis geconstateerd.
- Het middelengebruik onder verkommerde en verloederde mensen is fors. Bijna een kwart drinkt dagelijks meer dan 5 glazen alcohol en bijna de helft heeft dit ooit gedaan. Vooral veel feitelijk daklozen gebruiken harddrugs (59%), maar ook een groot deel van de gehuisveste mensen doet dit (29%). Dat zich onder residentieel daklozen weinig harddruggebruikers bevinden komt waarschijnlijk door het feit dat dit in de meeste voorzieningen een contra-indicatie is.
- Bijna twee van de tien verkommerde en verloederde mensen zijn afhankelijk van alcohol en voor de helft was dit ooit het geval. Afhankelijkheid en/of misbruik van drugs komt vooral onder feitelijk daklozen veel voor. Tijdens de afgelopen maand gold dit voor ruim de helft en tijdens het leven voor bijna zeven van de tien feitelijk daklozen. Hoewel minder extreem dan de feitelijk daklozen zijn ook veel gehuisveste mensen afhankelijk van drugs.
- Maar liefst 24% van de feitelijk daklozen heeft een dubbele diagnose (zowel psychische als verslavingsproblematiek), tegen slechts 4% van de residentieel daklozen en 8% van de gehuisveste mensen.
- Het percentage mensen met alleen psychische problemen is onder feitelijk dakloze en gehuisveste mensen vele malen kleiner dan het percentage mensen met alleen verslavingsproblemen. Onder de residentieel dakloze mensen zijn deze percentages ongeveer gelijk.
- Opmerkelijk zijn ook de grote verschillen als het gaat om de afwezigheid van psychische en verslavingsproblemen. Bij de feitelijk daklozen geldt dit voor ruim een kwart, bij de residentieel daklozen voor maar liefst zeven van de tien mensen en bij de gehuisveste mensen voor de helft.

5.1 *Psychische stoornissen*

Het voorkomen van twee psychische stoornissen is onderzocht. Nagegaan werd of gemelde symptomen voldeden aan de criteria voor een stoornis op het schizofrene spectrum of voor een ernstige depressieve stoornis (zie bijlage 3 voor de gevolgde werkwijze).²¹

Onder de Nederlandse bevolking is de jaarprevalentie van schizofrenie 0,2% en die van depressie 5,8% (Nemesis: Bijl e.a., 1997). In een regionaal onderzoek in Nijmegen en omstreken werden maandprevalenties gevonden van 0,8% voor schizofrenie en 2,6% voor depressie. Voor uitsluitend de stad zelf (en dus niet de gemeenten daaromheen) waren de maandprevalenties 2,0% voor schizofrenie en 4,2% voor depressie (König-Zahn e.a., 1999).²²

Tabel 5.1 laat zien dat de prevalentie van deze stoornissen bij verkommerde en verloederde mensen aanzienlijk hoger is. Een depressieve stoornis komt voor bij 29% van de feitelijk daklozen, bij 13% van de residentieel daklozen en bij 12% van de gehuisveste mensen. Stoornissen op het schizofrene spectrum hebben wij vastgesteld bij 5% van de onderzochte populatie (N=289). Opmerkelijk zijn de kleine verschillen tussen de drie groepen onderling, met als uitzondering de hoge prevalentie van een depressieve stoornis onder feitelijk daklozen.

In internationaal onderzoek onder feitelijk daklozen zijn zesmaands- en jaarprevalenties van schizofrenie gevonden tussen de 2% en 11% en van depressieve stoornissen tussen de 13% en 20% (Koegel e.a., 1988; Smith e.a., 1992; Fichter e.a., 1996; Vasquez e.a., 1997; Kovess & Mangin Lazarus, 1999). De door ons gevonden prevalentie van depressieve stoornissen bij feitelijk daklozen is aanzienlijk hoger dan in deze studies. Onder daklozen in Utrecht werd

²¹ De beperking tot twee psychische stoornissen was noodzakelijk om de duur van het interview enigszins te beperken (het streven was een maximale duur van 1,5 uur). Wij kozen voor deze twee stoornissen op grond van literatuur over psychische stoornissen in vergelijkbare sociaal kwetsbare groepen, waaruit blijkt dat de onder hen meest voorkomende stoornissen schizofrenie, depressie en angststoornissen zijn (Peen & Dekker, 2001; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Slegers e.a., 1998; Spijker e.a., 1992). De keuze om schizofrenie en depressieve stoornissen in het onderzoek op te nemen maakt het mogelijk om de resultaten te vergelijken met de in Utrecht uitgevoerde daklozenstudie (Reinking e.a., 1998).

²² Het onderzoek betreft het zogeheten Regioproject Nijmegen. In deze studie zijn geen zesmaands- of jaarprevalenties vastgesteld, wat een vergelijking met ons onderzoek bemoeilijkt. Wel laten de cijfers over Nijmegen zien dat de altijd in verhouding al hoge maandprevalenties, die ook nog eens veel hoger zijn voor de stad dan voor de gehele regio, nog steeds bijzonder laag zijn vergeleken met de door ons gevonden prevalenties.

bij 32% een zesmaandsprevalentie van depressie vastgesteld, hetgeen vergelijkbaar is met de 29% feitelijk daklozen met een depressieve stoornis in onze studie. Met een prevalentie van schizofrenie van 15% komt het Utrechtse onderzoek echter aanzienlijk hoger uit dan de 5% van de feitelijk daklozen in ons onderzoek (Reinking e.a., 1998). Overigens concludeerden Schene en Jonker begin jaren negentig na een review van alle onderzoek, dat het percentage schizofrenen onder de thuislozen rond de 3 à 4 lag. Hierbij ging het voornamelijk om, wat wij noemen, residentieel dakloze mensen.

Tabel 5.1 Zesmaandsprevalentie van psychische stoornissen bij feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=99		<i>Residentieel Daklozen</i> N=97		<i>Gehuisvesten</i> N=93		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Schizofrenie ^b	5	5	5	5	4	4	n.s
Depressieve Stoornis	29	29	13	13	11	12	0,002

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. Schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen (295.00 - 295.70)

5.2 Middelengebruik

Tabel 5.2 geeft informatie over middelengebruik ooit (tijdens het leven) en recent middelengebruik (de laatste maand). Wij maken een onderscheid tussen zwaar alcoholgebruik (meer dan 5 glazen per dag), gebruik van heroïne, cocaïne en/of methadon, gebruik van cannabis en gebruik van andere drugs en polydrugsgebruik. Middelengebruik komt veel voor onder mensen in de marge. In elk van de groepen is sprake van zwaar alcoholgebruik. Harddrugs worden vooral gebruikt door feitelijk daklozen, maar ook het harddrugsgebruik onder marginaal gehuisveste mensen is aanzienlijk. Dat minder residentieel daklozen in dit onderzoek harddrugs gebruiken is op zich niet verwonderlijk, omdat harddrugsgebruik veelal een contra-indicatie is voor verblijf in een woonvoorziening.

Feitelijk daklozen gebruiken veel meer cannabis dan de andere twee groepen. Ook komt polydrugsgebruik in deze groep meer voor, hoewel gehuisveste mensen in dit opzicht een goede tweede zijn. Bovenop de gevonden groepsverschillen zijn er ook nog sekseverschillen in middelengebruik. Man-

nen gebruiken alle middelen meer, maar dit geldt vooral voor alcohol (55% tegenover 29%; $\chi^2 = 14,9$; $p < 0,001$) en cannabis (44% tegenover 19%; $\chi^2 = 11,5$; $p = 0,007$). De gegeven resultaten betreffen ooit tijdens het leven, maar ook in de maand voorafgaand aan het interview gebruikten mannen meer dan vrouwen alcohol en cannabis.

Tabel 5.2 Middelengebruik van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

Middelen Gebruik	Feitelijk daklozen N=97				Residentieel daklozen N=93				Gehuisvesten N=96				Toets ^a p-waarde	
	Ooit		Laatste maand		Ooit		Laatste maand		Ooit		Laatste maand		Ooit	Laatste maand
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Alcohol (> 5 p.d.)	48	50	25	26	45	48	17	18	43	45	22	23	n.s.	n.s.
Heroïne / Methadon / Cocaine	70	72	57	59	19	21	4	4	33	34	28	29	< 0,001	< 0,001
Cannabis	54	56	34	35	30	32	12	13	21	22	10	10	< 0,001	< 0,001
Overige drugs ^b	50	52	30	31	31	33	20	22	55	57	48	50	< 0,003	< 0,001
Combinatie	73	75	55	57	22	24	8	9	39	41	31	32	< 0,001	< 0,001

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. Overig = andere opiaten / analgetica, amfetamines, hallucinogenen, vluchtige stoffen, pillen, medicijnen, andere stoffen (xtc e.d.); deze categorie is helaas niet verder uit te splitsen

5.3 Verslaving

Onder de Nederlandse bevolking is bij 28,3% een life-time-diagnose alcoholafhankelijkheid of -misbruik vastgesteld en bij 4,1% een life-time-diagnose drugsafhankelijkheid of -misbruik. Deze percentages geven weer welk deel van de bevolking ooit tijdens het leven misbruik maakte van alcohol of drugs of hier zelfs afhankelijk van was. De maandprevalenties zijn 8,5% voor alcohol en 1,2% voor drugs (Bijl e.a., 1997). Tabel 5.3 laat zien dat de prevalenties van afhankelijkheid en/of misbruik van alcohol en of drugs onder verkommerde en verloederde mensen aanzienlijk hoger zijn.

In de prevalentie van alcoholdiagnoses is er geen verschil tussen de drie groepen. Tussen de 43% en 47% van de groepen was in hun leven ooit afhankelijk van alcohol. En tussen de 15% en 22% had in de maand voorafgaand aan het interview een actuele alcoholdiagnose. Dat wij hierin geen verschillen vonden tussen de groepen is niet helemaal consistent met ander onderzoek, waaruit veelal naar voren komt dat feitelijk daklozen de meeste alcohol gebruiken (Gezondheidsraad, 1995).

Tabel 5.3 Life-time en actuele verslavingproblemen bij feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

Afhankelijk of misbruik van	Feitelijk daklozen N=97		Residentieel daklozen N=93		Gehuisvesten N=97		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
<i>Tijdens het leven^b</i>							
Alcohol	46	47	40	43	43	45	n.s.
Drugs	66	68	18	19	36	38	<0,001
Alcohol en/of drugs	76	78	49	53	55	57	<0,001
<i>Laatste maand^c</i>							
Alcohol	21	22	14	15	18	19	n.s.
Drugs	51	53	4	4	27	28	< 0,001
Alcohol en/of drugs	63	65	16	17	40	42	< 0,001

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. Vergelijk Svikis e.a. (1996); zie ook bijlage 4

c. Alcohol volgens Svikis e.a., drugs vlgs: Lehman e.a. (1996)

De prevalentie van drugsdiagnoses is in ons onderzoek daarentegen sterk verschillend tussen de drie groepen. Vooral onder feitelijk daklozen komt afhankelijkheid en of misbruik van drugs veel voor. Tijdens de afgelopen maand gold dit voor ruim de helft en tijdens het leven voor bijna zeven van de tien feitelijk daklozen. Residentieel daklozen zijn in vergelijking hiermee gematigde gebruikers van drugs. Tijdens het leven was een vijfde deel van hen afhankelijk van drugs, maar in de afgelopen maand slechts 4%. Ook hier zien we de invloed van het feit dat drugsgebruik veelal een contra-indicatie is voor een verblijf in woonvoorzieningen voor daklozen. Hoewel minder extreem dan de feitelijk daklozen zijn ook veel gehuisveste mensen afhankelijk van drugs: ruim eenderde ooit en iets minder dan eenderde in de maand voorafgaand aan het interview.

De prevalentie van verslavingsdiagnoses onder feitelijk daklozen in dit onderzoek is vergelijkbaar met ander onderzoek onder feitelijk daklozen. Reinking en anderen (1998) stelden onder feitelijk daklozen een life-time-prevalentie van drugs vast van 76% en een actuele prevalentie van drugs van 53% (N=131). Voor alcohol bedroegen de life-time-prevalentie 59%, de actuele prevalentie 22%. Onze resultaten wijken hier niet veel van af.

In internationale studies naar feitelijk daklozen varieert de prevalentie van afhankelijkheid of misbruik van alcohol ooit tijdens het leven tussen de 25% en 91%, van drugs tussen de 16% en 40%. De actuele prevalenties variëren respectievelijk tussen de 15% en 71% voor alcohol, en 8% en 34% voor drugs (Koegel e.a., 1988; Fichter e.a., 1996; Herrman e.a. 1989; Smith e.a., 1992; Vasquez e.a., 1997; Kovess en Mangin Lazarus, 1999; Teesson e.a., 2000). In vergelijking met deze studies is de prevalentie van drugsafhankelijkheid onder de feitelijk daklozen in ons onderzoek hoog.²³

De percentages van drugsdiagnoses die wij voor de groep marginaal gehuisveste mensen vonden, zitten aan de bovengrens van de genoemde internationale studies onder feitelijk daklozen. Afhankelijkheid en of misbruik van drugs komt dus ook opmerkelijk veel voor onder de gehuisveste mensen in dit onderzoek. Bij de bereikte clientengroep van de zogenoemde Signalerings-overleggen in Den Haag, bedoeld voor zogenoemde zorgwekkende zorgmijders onder gehuisveste langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten, werd bij 21% alcoholverslaving en bij 21% drugsverslaving geconstateerd (Bakker & Brits, 1999).

Bovenop de gevonden groepsverschillen zijn er nog sekseverschillen in verslavingsdiagnoses. Ooit tijdens hun leven waren significant meer mannen dan vrouwen afhankelijk van alcohol en of drugs (72% tegenover 41%; $\chi^2 = 20,5$; $p < 0,001$). Iets minder groot, maar nog steeds significant is dit verschil voor de maand voorafgaand aan het interview (47% tegenover 29%; $\chi^2 = 6,3$; $p = 0,012$).

5.4 *Dubbele diagnose: psychische en verslavingsproblemen*

Om een indruk te krijgen van mensen met een zogenoemde dubbele diagnose hebben wij uit de tabellen 5.1 en 5.3 de resultaten over actuele prevalenties

²³ Belangrijke kanttekeningen bij deze internationale vergelijkingen zijn onder meer dat de daklozenpopulaties uit met name de VS niet geheel vergelijkbaar lijken met Europese daklozenpopulaties (Munoz e.a., 1998) en dat de meetperiode bij actuele stoornissen varieert van 1 maand tot 1 jaar.

van een psychiatrisch probleem en actuele verslavingsdiagnoses gecombineerd.²⁴

Uit tabel 5.4 is af te lezen dat maar liefst 24% van de feitelijk daklozen een dubbele diagnose heeft, tegen slechts 4% van de residentieel daklozen en 8% van de gehuisveste mensen. Dit verschil is significant. Opmerkelijk zijn verder de grote verschillen tussen de drie groepen als het gaat om de afwezigheid van zowel psychiatrische als verslavingsproblemen: hier zijn de feitelijk daklozen ver in de minderheid. Opvallend is ook het relatief kleine percentage feitelijk daklozen en gehuisveste mensen met alleen psychische problemen. Hieruit blijkt dat een groot deel van de gehuisveste mensen en het grootste deel van de feitelijk daklozen met psychiatrische problemen ook verslavingsproblemen heeft.

Tabel 5.4 Dubbele diagnoses onder bij feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk Daklozen</i> N=93		<i>Residentieel Daklozen</i> N=90		<i>Gehuisvesten</i> N=91		Toets ^a p-waarde
	N	%	N	%	n	%	
Geen GGZ en VZ ^b	25	27	61	68	46	51	
Alleen GGZ	6	7	13	14	6	7	
Alleen VZ	40	43	12	13	32	35	
GGZ en VZ: Dubbele diagnose	22	24	4	4	7	8	< 0,004

a=Pearson Chi-square

b GGZ = actuele prevalenties schizofrenie en/of depressieve stoornis; VZ = actuele alcohol- en/of drugsdiagnoses

²⁴ De tabel geeft een indruk. Er zijn immers slechts twee psychische problemen meegenomen. Verder verschillen de meetperiodes: één maand voor verslavingsdiagnoses en zes maanden voor schizofrenie en depressieve stoornissen. Voor meetinstrumenten en werkwijze: zie bijlage 3.

6 Kwaliteit van leven en zorgbehoeften

Resumé

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord naar de kwaliteit van leven van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen.

- Op een schaal van 1 (vreselijk) tot 7 (prima) was de algemene levenskwaliteit van feitelijk daklozen het laagst, namelijk 3,5, die van residentieel daklozen 4,8 en die van marginaal gehuisveste mensen 4,3. Vergeleken met ander Nederlands en internationaal onderzoek is de algemene levenskwaliteit van feitelijk daklozen laag, die van residentieel daklozen hoog en die van gehuisveste verkommerde en verloederde mensen gemiddeld.
- De objectieve levenskwaliteit van marginaal gehuisveste mensen is in meerdere opzichten beter dan die van feitelijk en residentieel daklozen. Zij hebben meer dagactiviteiten, meer contacten met vrienden en kennissen en meer geld te besteden. Wat betreft werk en veiligheid hebben residentieel daklozen het beter: ruim een kwart van hen had de afgelopen maand wit of zwart werk, zij waren meer tevreden over de hoeveelheid besteedbaar geld en waren in het afgelopen jaar het minst vaak gearresteerd en slachtoffer van een misdrijf. De objectieve kwaliteit van leven van feitelijk daklozen is in bijna alle opzichten laag tot zeer laag.
- Ook de subjectieve levenskwaliteit van feitelijk daklozen is op vrijwel alle onderzochte domeinen lager dan die van de andere twee groepen. Opvallend is dat gehuisveste mensen hun kwaliteit van leven op bijna alle domeinen lager inschatten dan residentieel daklozen. De kwaliteit van leven wordt dus door de residentieel daklozen als minst slecht ervaren.
- In het oog springt de ontevredenheid van alle mensen met hun financiële situatie.
- Veel mensen gaven aan lichamelijke klachten te hebben die hun leven voortdurend beïnvloeden: de percentages variëren van 60 bij residentieel dakloze mensen tot 70 bij marginaal gehuisveste mensen. Het gaat meestal om een of twee klachten.
- Klachten gerelateerd aan spieren, skelet en bindweefsel (bijvoorbeeld artritis) en klachten aan de luchtwegen (bijvoorbeeld bronchitis) werden het meest genoemd.
- De meeste last ervaren verkommerde en verloederde mensen van problemen met het lichamen functioneren, financiën, huisvesting en drugs.
- De minste last hebben mensen van problemen met alcoholgebruik, justitie en veiligheid.
- De mensen hebben de meeste behoefte aan hulp op het gebied van gebitsverzorging, huisvesting, financiën, lichamen functioneren en drugsgebruik. Deze behoefte aan hulp is consistent met de genoemde last van problemen op de verschillende leefgebieden. Alleen aan hulp bij de gebitsverzorging (tandheelkunde) is naar verhouding veel behoefte.²⁵
- Laag zijn de behoeften aan hulp bij alcoholgebruik, bij familie- en sociale relaties en bij problemen met veiligheid. Dat komt overeen met de geringe ervaren last van problemen op deze gebieden.

²⁵ Het betreft problemen en hulpbehoeften op leefgebieden die tijdens het interview aan de respondenten voorgelegd werden. Het psychisch functioneren behoorde niet tot de leefgebieden waarover deze vragen gesteld zijn.

6.1 *Inleiding*

Dit hoofdstuk gaat over de kwaliteit van leven en de zorgbehoeften van verkommerden en verloederen. Wij stelden het volgende aan de orde.

- De ervaren kwaliteit van leven in het algemeen
- Enkele objectieve indicatoren van kwaliteit van leven
- De subjectieve waardering van de stand van zaken op verschillende leefgebieden

De bedoelde leefgebieden zijn woonsituatie, dagelijkse activiteiten en functioneren, familie, sociale relaties, financiën, werk en school, veiligheid en gezondheid. Per leefgebied en daarnaast ook voor alcohol- en drugsgebruik en de gebitsverzorging, werden ook de (eventuele) zorgbehoeften in kaart gebracht.

Bij het in kaart brengen van de kwaliteit van leven maakten wij gebruik van een door ons gemaakte Nederlandse vertaling van het in Amerika veel gebruikte en gestandaardiseerde kwaliteit-van-leven-interview dat is ontwikkeld door Anthony Lehman. In bijlage 3 staat een toelichting op dit instrument en op de berekening van de scores. Ook wordt erin aangegeven hoe de zorgbehoeften zijn vastgesteld.

6.2 *Algemene levenskwaliteit*

Het eigen oordeel van feitelijk daklozen enerzijds en residentieel daklozen en gehuisvesten anderzijds over hun leven in het algemeen verschilt significant. Op een zevenpuntsschaal die gaat van 1 (vreselijk) tot 7 (prima) was de algemene levenskwaliteit van feitelijk daklozen 3,5; van residentieel daklozen 4,8; van marginaal gehuisveste mensen 4,3.

Wij gaan uit van een lage kwaliteit van leven bij scores van 4 of lager (wat staat voor: niet slecht/niet goed tot vreselijk). Dit is bij feitelijk daklozen het geval (zie ook tabel 6.2).

In het onderzoek onder feitelijk daklozen in Utrecht is gevraagd naar de algemene levenskwaliteit. Die bleek 3,98 (SD 1,64; N=136) en ligt daarmee dus boven de globale levenskwaliteit van de feitelijk daklozen in ons onderzoek (Reinking e.a., 1998).

Kroon en anderen (2000) rapporteerden bij deelnemers aan casemanagementprogramma's een algemene levenskwaliteit van 4,44 (SD 1,31; N=96-

107). En Van Nieuwenhuizen vond bij een andere groep mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen een globale levenskwaliteit van 4,39 (SD 1,20; N=377-400) (Kroon e.a., 2000; p. 31). Vooral in Amerika is de levenskwaliteit van daklozen geïnventariseerd met het Lehman-interview. Bij een daklozenpopulatie in Los Angeles was de algemene levenskwaliteit 3,76 (Wolf e.a., 2001), in Baltimore 3,97 (Lehman e.a., 1995). In enkele Amerikaanse studies naar mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen werden scores voor de algemene levenskwaliteit vastgesteld van 4,3 tot 5,3 (Lehman e.a., 1991; Sullivan e.a., 1991). Vergeleken met al deze cijfers is de ervaren algemene levenskwaliteit van feitelijk daklozen in ons onderzoek laag, die van residentieel daklozen hoog en die van gehuisveste verkommerde en verloederde mensen gemiddeld.

6.3 *Objectieve kwaliteit van leven*

De objectieve levenskwaliteit van de drie groepen (zie tabel 6.1) lijkt op diverse leefgebieden significant te verschillen, met uitzondering van het aantal contacten met familieleden. Gehuisveste mensen hebben iets meer contacten met vrienden en kennissen. Ook het aantal dagactiviteiten verschilt tussen de groepen, met de minste activiteiten voor de feitelijk daklozen en de meeste voor de gehuisvesten.

De marginaal gehuisveste mensen hadden het meeste geld te besteden in de afgelopen maand met een gemiddeld netto besteedbaar inkomen van €791. De residentieel daklozen hadden het minst te besteden (gemiddeld €678) en de feitelijk daklozen zaten daartussenin (gemiddeld €730). De gemiddelde inkomens zijn voor alle groepen hoger dan de mediaan (de bulk van de inkomens). Dit geldt vooral voor de feitelijk daklozen. Het betekent dat er tussen de inkomens grote uitschieters naar boven zitten. Deze worden waarschijnlijk veroorzaakt door inkomsten uit illegale activiteiten en of prostitutie. Uit onderzoek onder Utrechtse drugsgebruikers bleek bijvoorbeeld dat de bulk van de netto maandinkomens onder hen ligt (omgerekend) tussen de € 567 en € 2269, terwijl zij na een bijstandsuitkering als belangrijkste inkomstenbronnen prostitutie en vermogensdelicten opgaven (De Graaf e.a., 2000). De gemiddelde maandinkomens voor degenen in onze onderzoeksgroep zonder inkomsten uit illegale activiteiten en of prostitutie staan hieronder.

- Feitelijk daklozen €516 (n=44)
- Residentieel daklozen € 615 (n=87)
- De marginaal gehuisvesten €767 (n=76).

Vrijwel alle tot dusverre genoemde bedragen (zowel gemiddelden als medianen) schommelen rond of onder de armoedegrens van 1999, die voor een

alleenstaande van 21 tot en met 65 jaar omgerekend netto €706 per maand was.²⁶

Tabel 6.1 Objectieve kwaliteit van leven indicatoren bij feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

Objectieve indicatoren	<i>Feitelijk Daklozen</i>	<i>Residentieel daklozen</i>	<i>Gehuisvesten</i>	Toets p-waarde
	<i>N_{range}=91-100</i>	<i>N_{range}=84-100</i>	<i>N_{range} =90-98</i>	
	Gem.	Gem.	Gem.	
Familie ^c (0-2 items; 1= laag tot 5= hoog)	2,4	2,5	2,8	n.s. ^a
Sociale relaties ^c (0-4 items; 1= laag tot 5= hoog)	2,3	2,3	2,7	< 0,05 ^a
Dagelijkse activiteiten (0-8 items; 1= ja, 0= nee; hoe hoger hoe gunstiger)	3,2	3,7	4,1	< 0,01 ^a
Inkomen in afgelopen maand ^d				
Gemiddelde	€ 730	€ 678	€ 791	
Mediaan	€ 619	€ 635	€ 708	
Financiën (0-5 items; 1= ja, 0= nee; hoe hoger hoe gunstiger)	2	3	3	< 0,001 ^a
% Werk laatste maand	5%	26%	20%	<0,001 ^b
% Arrestaties laatste jaar ^e	48 %	7%	8%	<0,001 ^b
% Slachtoffer van misdrijf afgelopen jaar ^e	44%	18%	35%	<0,001 ^b

a. ANOVA

b. Pearson's Chi-Square

c. Vijfpuntsschaal van 1= minstens 1 keer per dag tot 5= helemaal niet

d. Besteedbaar inkomen naast geld voor huur en maaltijden; bedragen zijn omgerekend van guldens naar euro's en vervolgens afgerond naar hele euro's

e. Percentages personen die dit tenminste 1 keer overkwam in het jaar voorafgaand aan het interview

²⁶ Bron: www.scp.nl/boeken/titels/2001-18/nl/persbericht.htm. De armoedegrens bedraagt 105% van het sociaal minimum.

Gezien hun financiële situatie had maar een heel klein deel van de feitelijk daklozen in de afgelopen maand wit of zwart werk. Zij hadden naar eigen zeggen ook erg weinig geld te besteden aan onder andere voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en aan sociale activiteiten. Deze ervaring houdt vermoedelijk verband met de hoge bedragen die een groot deel van hen uitgeeft aan harddrugs.

In het oog springt ook, dat feitelijk daklozen aanzienlijk vaker gearresteerd zijn dan de andere twee groepen. Zij werden verhoudingsgewijs ook vaker slachtoffer van een misdrijf, maar in de groep gehuisveste mensen komt dit ook bij eenderde voor. In hoofdstuk 7 komen wij hierop terug.

6.4 *Subjectieve kwaliteit van leven*

De kwaliteit van leven zoals de geïnterviewde mensen die zelf op diverse leefgebieden ervaren, hebben wij op dezelfde wijze gemeten als de algemene levenskwaliteit, namelijk met behulp van een zevenpuntsschaal die gaat van 1 (vreselijk) tot 7 (prima). Deze schaal werd aan de respondenten voorgelegd voor alle leefgebieden in tabel 6.2.

De subjectieve levenskwaliteit van feitelijk daklozen is op vrijwel alle onderzochte domeinen lager dan die van de andere twee groepen. Alleen op het gebied van werk is er geen verschil in ervaren levenskwaliteit. Slechts weinig mensen konden een oordeel over werk geven, veelal omdat het niet van toepassing was. De weinigen die dit wel deden zijn er echter uitgesproken tevreden over. Van alle scores op de leefdomeinen zijn dit zelfs de hoogste scores (zie tabel 6.2).

In het oog springt de ontevredenheid van alle mensen over hun financiële situatie.

Opvallend is verder dat gehuisveste mensen op bijna alle domeinen lager scoren dan residentieel daklozen. Op de domeinen sociale relaties, veiligheid en gezondheid komen de scores van de gehuisveste mensen zelfs meer in de buurt van die van de feitelijk daklozen. Hoewel residentieel daklozen dus in voorzieningen voor maatschappelijk opvang wonen (zie tabel 4.4) en een lager besteedbaar inkomen hebben dan gehuisvesten (zie tabel 6.1), en naar maatschappelijke maatstaven dus minder goed af zijn, ervaren zij hun leven als geheel en ook aspecten ervan als positiever dan gehuisveste mensen. In de beschouwing komen wij hierop terug.

Als we de resultaten in tabel 6.1 en in tabel 6.2 gezamenlijk beschouwen, kunnen we concluderen dat vooral de kwaliteit van leven van feitelijk daklozen zeer laag is, zowel in objectieve zin als in hun eigen beleving.

Tabel 6.2 Subjectieve kwaliteit van leven indicatoren en algemene levenskwaliteit bij feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

<i>Domeinen</i> ^a	<i>Feitelijk daklozen</i>	<i>Residentieel daklozen</i>	<i>Gehuisvesten</i>	Toets ^b p-waarde
	<i>N_{range}=91-103</i>	<i>N_{range}=94-100</i>	<i>N_{range}=89-98</i>	
	Gem.	Gem.	Gem.	
Algemene levenskwaliteit ^c	3,5	4,8	4,3	< 0,001
Woonsituatie	2,6	4,6	4,7	< 0,001
Dagelijkse activiteiten	3,6	4,8	4,3	< 0,001
Familie	3,1	4,6	4,2	< 0,001
Sociale relaties	4,5	5,1	4,5	0,004
Financiën	2,8	3,5	3,5	0,002
Werk & school	4,9 (n=5)	5,2 (n=26)	5,2 (n=19)	n.s.
Veiligheid	3,8	4,7	4,0	<0,001
Gezondheid	4,2	4,6	4,1	0,030

a. zevenpuntsschalen van 1= vreselijk tot 7 = prima. De uitkomsten in de tabel zijn gemiddelde scores per domein per groep.

b. ANOVA

c. Nota bene: dit is géén gemiddelde van de overige indicatoren in de tabel, maar een afzonderlijk gemeten gegeven. Zie paragraaf 5.2 voor een meer uitgebreide bespreking van deze indicator.

6.5 *Lichamelijke klachten en gebitsverzorging*

Veel mensen gaven aan lichamelijke klachten te hebben die hun leven voortdurend beïnvloeden. De percentages variëren van 60% bij residentieel dakloze mensen tot 70% bij marginaal gehuisveste mensen. Tussen de groepen is er in dit opzicht overigens geen significant verschil. Meestal gaat het om een of twee klachten (zie tabel 6.3.1 in bijlage 4). In tabel 6.3 geven wij de meest voorkomende lichamelijke klachten voor elk van de drie subgroepen. Omdat de respondenten meerdere klachten konden noemen, tellen de percentages in de kolommen niet op tot 100%.

In alle drie de groepen scoren klachten gerelateerd aan spieren, skelet en bindweefsel het hoogst. Vooral feitelijk dakloze en gehuisveste mensen heb-

ben ook veel klachten aan hun luchtwegen. Van problemen met voeding en door ongevallen en vergiftigingen hebben gehuisveste mensen iets meer last, maar dit verschil is niet significant.

Tabel 6.3 Meest voorkomende lichamelijke klachten van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten

<i>Lichamelijke klachten^a</i>	<i>Feitelijk daklozen % (N=89)</i>	<i>Residentieel daklozen % (N=89)</i>	<i>Gehuisvesten % (N=96)</i>
Spieren, skelet, bindweefsel (b.v. artritis)	28	34	36
Luchtwegen (b.v. bronchitis)	21	17	29
Maag- darmstelsel (b.v. maagzweer)	16	12	16
Zenuwstelsel, neurologische aandoeningen (b.v. epilepsie)	15	11	10
Huid en onderhuid	15	10	9
Voedings-, stofwisselings- of immuniteitsstoornis	11	8	13
Ongevalsletsel en vergiftigingen	9	7	13

a. Geordend naar aflopende percentages

Overigens hebben vrouwen significant meer last van lichamelijke klachten dan de mannen (79% tegenover 60%), uitgaande van groepsverschillen in dit opzicht ($\chi^2 = 8,6$; $p=0,003$). De specifieke klachten waar vrouwen meer last van hebben betreffen het volgende.

- Spieren, skelet en/of bindweefsel
- Luchtwegen
- Stofwisseling en/of immuniteit
- Huid en onderhuid
- Bloed en/of bloedbereidende organen

Desgevraagd geeft de helft van de feitelijk daklozen aan klachten over hun gebit te hebben. Ruim eenderde van deze groep zegt in de afgelopen twee jaar hulp van een tandarts te hebben gehad. Onder de residentieel daklozen komen gebitsklachten het minste voor, namelijk bij ruim een kwart. Eén op de vier uit deze groep was in de afgelopen twee jaar onder behandeling van een tandarts geweest. Ruim eenderde deel van de gehuisveste mensen heeft klachten over het gebit. In deze groep hebben de meeste mensen de laatste twee jaar hulp van een tandarts gehad, namelijk meer dan de helft²⁷.

²⁷ Inmiddels is in Den Haag tandartshulp voor dakloze mensen beschikbaar gekomen.

6.6 Zorgbehoeften

Voor het verkrijgen van inzicht in de zorgbehoeften van gemarginaliseerde mensen gingen wij per leefdomein, en overigens ook voor het alcohol- en drugsgebruik en de gebitsverzorging, het volgende na.

- In welke mate had iemand in de 30 dagen voorafgaand aan het interview last gehad van problemen op het betreffende domein?
- In hoeverre was hulp bij deze problemen voor die persoon op het moment van interviewen belangrijk was?

Ervaren last

Tabel 6.4 toont voor elk van de drie groepen de top drie van leefdomeinen waarop de mensen de meeste last van problemen ervoeren. Het percentage staat voor degenen met (tamelijk) veel last van problemen op dat domein.

Feitelijk daklozen hebben significant meer last van problemen op het gebied van huisvesting dan de andere twee groepen. Daarnaast hebben zij ook veel last van problemen met drugsgebruik. Gezien hun leefsituatie en de aard en omvang van hun middelengebruik is dat logisch. Opvallend is wel het grote aantal feitelijk daklozen dat zegt last te hebben van problemen met dagbesteding. Het grote probleem van verveling is vaker geconstateerd in deze groep (Wolf e.a., 2000; Van Doorn, 2002).

Residentieel daklozen hebben op zeven van de twaalf leefdomeinen significant minder last van problemen dan de andere twee groepen. Uit tabel 6.4 is af te lezen dat zij alleen van problemen op het gebied van het lichamenlijk functioneren evenveel last ervaren als feitelijk daklozen. Evenals de gehuisveste mensen hebben zij daarentegen weinig last van problemen met huisvesting.

Tabel 6.4 Leefdomeinen waarop het meeste last van problemen wordt ervaren door feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk Daklozen</i>	<i>Residentieel daklozen</i>	<i>Gehuisvesten</i>
<i>Leefdomeinen waar veel last van problemen wordt ervaren^a</i>	$N^{\text{range}}=80-100$	$N^{\text{range}}=39-100$	$N^{\text{range}}=47-98$
	%	%	%
Lichamelijke klachten	26	27	42
Financiën	48	14	29
Huisvesting	65	12	11
Drugs	31	5	26
Dagbesteding (vrije tijd)	29	10	13

a. Geordend naar aflopende percentages

Marginaal gehuisveste mensen hebben significant meer last van lichamelijke klachten dan de andere twee groepen. Dit resultaat is consistent met het hoge percentage in deze groep van de aanwezigheid van lichamelijke klachten die het leven voortdurend beïnvloeden (zie paragraaf 6.5). Ook hebben gehuisveste mensen veel last van problemen met drugsgebruik. Gezien de omvang van hun middelengebruik (zie tabel 5.2) is dat niet verwonderlijk.

Vrouwen hebben niet alleen meer klachten dan mannen, zij hebben ook significant meer last van deze klachten (43% tegenover 26%; $\chi^2=5,1$; $p=0,023$). Verder hebben zij ook meer last van problemen met hun familie (21% tegenover 9%; $\chi^2=6,8$; $p=0,001$).

De minste last ervoeren de mensen van problemen met alcoholgebruik, justitie en veiligheid. Residentieel daklozen hebben ook weinig last van problemen met hun gebitsverzorging. Marginaal gehuisveste mensen hebben ook weinig last van problemen met sociale relaties.

Behoeftte aan hulp

In tabel 6.5 staat voor elk van de drie groepen de belangrijkste zorgbehoeften.²⁸ Het percentage staat voor degenen met (tamelijk) veel behoefte aan hulp op dat leefdoein.

Van de feitelijk dakloze mensen heeft de helft tot driekwart behoefte aan hulp bij huisvesting, gebitsverzorging, en financiën. Ook de hulpbehoeften bij problemen met drugsgebruik, dagbesteding en lichamelijke klachten zijn groot. Zij hebben significant meer dan de andere twee groepen behoefte aan hulp bij huisvesting, dagbesteding en gebitsverzorging en bij het vinden van werk. Een vergelijking van de zorgbehoeften van feitelijk daklozen in ons onderzoek met de behoefte aan hulp onder feitelijk daklozen in Utrecht leidt grosso modo tot hetzelfde beeld. Er is vooral hulp gewenst bij het voorzien in basale levensbehoeften: huisvesting, financiën (en werk) en lichamelijke klachten, waaronder klachten aan het gebit (Reinking e.a., 1998).

Bij residentieel daklozen zijn er vooral behoeften aan hulp bij gebitsverzorging, financiën, huisvesting en lichamelijke klachten. Dat meer dan een derde zegt hulp te willen hebben bij huisvesting is opmerkelijk, omdat er relatief weinig mensen uit deze groep last zeiden te hebben van problemen met huisvesting. Wellicht is deze behoefte aan hulp meer toekomstgericht, in die

²⁸ Het betreft hier in principe onvervulde zorgbehoeften, hoewel dit tijdens het interview niet expliciet gemaakt is. Gevraagd is in hoeverre hulp bij problemen op het betreffende gebied op dat moment belangrijk was voor de respondent.

zin dat ze op kortere of langere termijn de overstap hopen te kunnen maken naar eigen woonruimte. Residentieel daklozen hebben significant de minste hulpbehoeften op het gebied van drugsgebruik en lichamelijke klachten.

Gehuisveste mensen hebben vooral behoefte aan hulp bij lichamelijke klachten, financiën en gebitsverzorging. Maar ook behoefte aan hulp bij drugsgebruik en dagbesteding worden door eenderde van de gehuisvesten genoemd. Zij willen significant het meest hulp bij problemen met justitie.

Tabel 6.5 Leefdomeinen waarop feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen tamelijk of erg veel behoefte aan hulp hebben

	<i>Feitelijk daklozen</i>	<i>Residentieel daklozen</i>	<i>Gehuisvesten</i>	
<i>Leefdomeinen waar veel behoefte is aan hulp^a</i>	<i>N_{range}=81-100</i>	<i>N_{range}=38-100</i>	<i>N_{range}=46-98</i>	Toets ^b
	%	%	%	p-waarde
Gebitsverzorging/tandheelkunde	61	42	37	0,003
Huisvesting	72	36	22	<0,001
Financiën	52	37	40	n.s.
Lichamelijke klachten	42	31	51	0,031
Dagbesteding (vrije tijd)	47	22	32	0,002
Drugsgebruik ^c	49	13	33	<0,001

a. geordend naar aflopende percentages

b. Pearson's Chi-Square

c. Alleen gevraagd als er sprake was van middelengebruik

Behalve dat zij meer lichamelijke klachten hebben en daar ook meer last van hebben dan mannen, hebben vrouwen ook een grotere behoefte aan hulp bij lichamelijke klachten dan mannen (54% tegenover 36%; $\chi^2 = 7,3$; $p=0.007$). Dit verschil bestaat ook ongeacht de reeds genoemde groepsverschillen.

Laag en niet significant verschillend tussen de groepen verkommerde en verloederde mensen zijn de behoeften aan hulp bij alcoholgebruik, bij familie- en sociale relaties en bij problemen met veiligheid. Dat komt overeen met de geringe ervaren last van problemen op deze gebieden.

7 Veiligheid, arrestaties en veroordelingen

Resumé

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord naar de contacten van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen met politie en justitie. Ook wordt op andere kwesties inzake veiligheid ingegaan.

- De drie groepen zijn in vergelijking met de Nederlandse bevolking veel vaker slachtoffer van (gewelddadige) misdrijven. De percentages variëren van 18 in de groep residentieel daklozen tot 44 in de groep feitelijk daklozen.
- Arrestaties en veroordelingen worden vooral gemeld door feitelijk daklozen. In het afgelopen jaar werd bijna de helft van hen gearresteerd en werden vier op de tien veroordeeld. De arrestaties volgden vooral op het plegen van vermogensdelicten (zoals inbraak, (winkel)diefstal, fraude, afpersing en heling) en geweldsdelicten (onder meer geweldpleging, roofoverval, brandstichting, aanranding, verkrachting, doodslag, moord).
- Veel meer feitelijk daklozen dan residentieel daklozen of gehuisvesten pleegden in het afgelopen jaar een of meer strafbare feiten om zodoende, via tussenkomst van de politie, hulp of onderdak te krijgen (15% tegen 1% en 1%).
- Ook veel meer feitelijk daklozen dan residentieel daklozen en gehuisvesten verbleven de afgelopen dertig dagen in een gevangenis, huis van bewaring of politiecel (21% tegen 1% en 2%).

7.1 Slachtoffer van een misdrijf

In tabel 7.1 staan de aantallen en percentages verkommerde en verloederde mensen die het jaar voorafgaand aan het interview slachtoffer waren van enig gewelddadig of niet-gewelddadig misdrijf. De resultaten in de kolommen kunnen niet bij elkaar worden opgeteld.

Tabel 7.1 Feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen die in het afgelopen jaar slachtoffer waren van gewelddadige misdrijven, niet-gewelddadige misdrijven en van enig misdrijf

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=91		<i>Residentieel daklozen</i> N=100		<i>Gehuisvesten</i> N=95		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Gewelddadige misdrijven ^b	21	23	11	11	18	19	n.s.
Niet-gewelddadige misdrijven ^c	31	34	13	13	24	25	0,003
Enig misdrijf: gewelddadig en/of niet gewelddadig	40	44	18	18	33	35	<0,001

a. Pearson's Chi-Square, n.s.= niet significant

b. Lichamelijke of seksuele mishandeling of een met geweld gepaard gaande overval.

c. Onder meer: inbraak, diefstal of bedrog.

Vooral feitelijk daklozen waren slachtoffer van enig (gewelddadig en/of niet-gewelddadig) misdrijf (44%), maar ook een groot deel van de gehuisveste mensen (35%) en van de residentieel daklozen (18%) overkwam dit in het afgelopen jaar. Ter vergelijking: 7% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder was in 2000 slachtoffer van een geweldsdelict (CBS, 2002)²⁹, tegen 23% van de feitelijk daklozen, 11% van de residentieel daklozen en 18% van de gehuisvesten. We kunnen concluderen dat verkommerde en verloederde mensen - en vooral feitelijk daklozen- relatief vaak slachtoffer zijn van (gewelddadige) misdrijven.³⁰

²⁹ Bron: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&lp=Search>. Zoekterm: 'delicten'. Tabel: 'Door bevolking ondervonden delicten en bekendheid bij politie'.

³⁰ Helaas is het niet goed mogelijk om voor niet-gewelddadige misdrijven een vergelijking met de Nederlandse bevolking te maken. De desbetreffende cijfers van het CBS zijn voor een belangrijk deel opgebouwd uit cijfers over delicten die wij niet al te zeer van toepassing achten voor de groep verkommerde en verloederde mensen, zoals inbraak in woning, inbraak in auto, diefstal van auto, vernieling van auto, doorrijden na aanrijding. Om toch een indicatie te geven: In de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder werd in 2001 14% slachtoffer van diefstal (inclusief de hiervoor genoemde inbraken en diefstal). Vergeleken daarmee werden

Vrouwen zijn significant vaker slachtoffer van gewelddadige misdrijven (27% tegenover 14% van de mannen; $\chi^2 = 7,2$; $p=0,007$), uitgaande van de al gevonden verschillen tussen de groepen.

7.2 Arrestaties en veroordelingen

In de interviews met verkommerde en verloederde mensen is gevraagd naar arrestaties en veroordelingen in het afgelopen jaar wegens zware vergrijpen, zoals vermogensdelicten, geweldsdelicten en handel in of bezit van drugs. De resultaten hebben dus alleen betrekking op zware misdrijven. Arrestaties wegens overtredingen als openbare dronkenschap, zwartrijden en dergelijke laten wij buiten beschouwing.

Arrestaties en veroordelingen in het jaar voorafgaand aan het interview werden vooral gemeld door feitelijk daklozen. Bijna de helft van hen werd gearresteerd en vier op de tien werden veroordeeld. De arrestaties volgden vooral op het plegen van vermogensdelicten (zoals inbraak, (winkel)diefstal, fraude, afpersing en heling) en geweldsdelicten (onder meer geweldpleging, roofoverval, brandstichting, aanranding, verkrachting, doodslag, moord) en nauwelijks op het plegen van overige delicten (waaronder bezit van of handel in drugs).

Tabel 7.2 Arrestaties en veroordelingen in het afgelopen jaar van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen

	<i>Feitelijk daklozen</i> <i>N_{range}=91-93</i>		<i>Residentieel daklozen</i> <i>N_{range}=98-100</i>		<i>Gehuisvesten</i> <i>N_{range}=95-97</i>		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Arrestaties	44	48	7	7	8	8	<0,001
Veroordelingen	38	41	3	3	5	5	<0,001

a. Pearson's Chi-Square

Uit aanvullende informatie over strafbare feiten, arrestaties en veroordelingen blijkt het volgende.

- Ruim de helft van de feitelijk daklozen (54%; $N=81=100\%$) pleegde in het afgelopen jaar een of meer strafbare feiten (alles waarvoor personen gearresteerd kunnen worden, of een boete kunnen krijgen) zonder hiervoor

vooral feitelijk daklozen en gehuisveste mensen in ons onderzoek vaak slachtoffer van een niet-gewelddadig misdrijf (zie tabel 6.1).

gearresteerd te zijn. In de groep residentieel daklozen gaat het om minder dan eentiende deel (9%; N=91=100%) en in de groep gehuisvesten om eenvijfde deel (18%; N=95=100%).

- Veel meer feitelijk daklozen (N=82) dan residentieel daklozen (N=90) of gehuisvesten (N=95) pleegden in het afgelopen jaar een of meer strafbare feiten om zodoende, via tussenkomst van de politie, hulp of onderdak te krijgen (15% tegen 1% en 1%).
- Ook veel meer feitelijk daklozen (N=89) dan residentieel daklozen (N=99) en gehuisvesten (N=94) verbleven de afgelopen dertig dagen in een gevangenis, huis van bewaring of politiecel (21% tegen 1% en 2%).
- Vier van de tien feitelijk daklozen (N=89) hadden zich de afgelopen dertig dagen beziggehouden met illegale activiteiten om aan geld te komen. In de groepen residentieel daklozen (N=98) en gehuisvesten (N=94) hadden significant minder mensen dit gedaan (resp. 4% en 11%).

8 Zorggebruik

Resumé

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord naar de contacten met de opvang en hulpverlening van feitelijk dakloze mensen, residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen. Hierbij wordt ook ingegaan op (gedwongen) opnamen.

- Vooral feitelijk dakloze mensen maakten in Den Haag ooit in hun leven veel gebruik van voorzieningen voor maatschappelijke opvang. Zij bezochten vooral in grote getale voorzieningen voor dagopvang.
- Ook recent maakten feitelijk daklozen veel gebruik van dagopvang. In de zes maanden voorafgaand aan het interview waren residentieel dakloze mensen en gehuisveste mensen minder in contact met de maatschappelijke opvang dan ooit in hun leven.
- Contact met de GGZ had ooit in hun leven bijna eenderde van de feitelijk daklozen, bijna tweederde van de residentieel daklozen en ruim tweederde van de gehuisvesten. In vergelijking met cijfers uit andere Nederlandse studies onder daklozen is dit (heel) veel.
- Relatief weinig feitelijk daklozen (24%) waren ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (APZ of PAAZ), zeker in vergelijking met residentieel daklozen (47%) en gehuisveste mensen (49%).
- Marginaal gehuisveste mensen hadden zowel ooit als recentelijk het meeste contact met de ambulante GGZ. De prevalentie van psychische stoornissen is in deze groep echter niet hoger dan die in de groep residentieel daklozen of die in de groep feitelijk daklozen.
- De mensen maakten in alle groepen zowel ooit als recentelijk veel gebruik van het algemeen maatschappelijk werk (gemiddeld respectievelijk 45% en 32%). De groepen verschilden in hun vroegere en recente gebruik van het AMW niet significant.
- In de drie groepen ligt het actuele zorggebruik aanzienlijk lager dan het zorggebruik ooit.
- Zowel ooit als recentelijk zijn er geen significante verschillen tussen de drie groepen in het gebruik van ambulante en intramurale verslavingszorg. Dit is opmerkelijk omdat in vergelijking met residentieel daklozen bij feitelijk daklozen en gehuisvesten het middelengebruik intensief was en de percentages verslavingsdiagnoses hoog.
- Feitelijk daklozen maakten in het verleden en in het heden het meest gebruik van de methadonverstrekking. Dit is logisch gezien de hoge percentages voor gebruik en afhankelijkheid van harddrugs in deze groep. In dezelfde lijn is het eveneens forse gebruik dat gehuisveste mensen van de methadonverstrekking maakten verklaarbaar.
- Van de tweeëntwintig personen waarbij een hulpverlener in het afgelopen jaar een poging ondernam tot (gedwongen) opname werden er vijftien vrijwillig en zeven tegen hun wil opgenomen. Meestal wist de hulpverlener de persoon dus van de noodzaak van opname te overtuigen.
- Van de zevenenveertig mensen die in het afgelopen jaar zelf verzochten om een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek werden er tweeëndertig daadwerkelijk opgenomen. Bij twaalf mensen gingen hulpverleners niet op het eigen verzoek om opname in. Bij de overige drie gebeurde dit wel, maar ging de opname om de een of andere reden niet door.

8.1 *Contacten met de maatschappelijke opvang*

Wij maken hier een onderscheid tussen verschillende soort opvang.

- **Dagopvang**
Hier verblijven mensen overdag, krijgen koffie en thee en soms iets te eten zoals brood of soep. 's Avonds (en soms tussendoor overdag) sluit de voorziening en moeten de bezoekers het pand verlaten. Voorzieningen zijn: Soepbus, Drugpunt, Goodwillcentrum, Aandachtscentrum.
- **Nachtopvang**
Hier kunnen mensen in principe voor één nacht terecht, meestal opdat zij die nacht niet op straat hoeven door te brengen. Voorzieningen zijn het Passantenverblijf en het Noodcentrum.
- **Tijdelijke opvang**
Hier blijven mensen wat langer, bijvoorbeeld voor een periode van twee weken. Voorziening is Het Slaaphuis.

Het gaat hier dus om incidentele opvang, niet om de woonvoorzieningen waar de residentieel dakloze mensen wonen.

Eerdere contacten

In tabel 8.1 staan de contacten van de geïnterviewde mensen met de maatschappelijke opvang ooit tijdens hun leven.

Vooraf feitelijk daklozen hebben in hun leven in Den Haag veel gebruik gemaakt van voorzieningen voor maatschappelijke opvang. Maar ook bij de residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten zijn de percentages aanzienlijk.

De feitelijk daklozen bezochten tijdens hun leven vooral in grote getale voorzieningen voor dagopvang. De residentieel daklozen en gehuisvesten kwamen in hun leven aanzienlijk minder bij dagopvangvoorzieningen. Dit komt waarschijnlijk omdat een aanzienlijk deel van hen nooit feitelijk dakloos was (zie tabel 4.7).

Voor de nachtopvang waren de resultaten verschillend per voorziening. De ene voorziening (Passantenverblijf) werd meer gebruikt door feitelijk daklozen, de andere (Noodcentrum) meer door residentieel daklozen. Gehuisveste mensen hebben tijdens hun leven relatief weinig gebruik gemaakt van de nachtopvang.

De drie groepen verschilden niet in hun gebruik van tijdelijke opvang (Het Slaaphuis) ooit tijdens hun leven. Gezien hun situatie was het aannemelijk dat feitelijk daklozen hier meer gebruik van zouden maken of hebben gemaakt.

Tabel 8.1 Contacten met de maatschappelijke opvang in Den Haag ooit in het leven van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=98		<i>Residentieel daklozen</i> N=95		<i>Gehuisvesten</i> N=85		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Soepbus	81	83	38	40	25	29	< 0,001
Drugpunt	52	53	1	1	12	14	< 0,001
Goodwillcentrum	82	84	34	36	29	34	< 0,001
Aandachtscentrum	45	46	7	7	15	18	< 0,001
Passantenverblijf	64	65	41	43	21	25	< 0,001
Noodcentrum	18	18	31	33	8	9	< 0,001
Het Slaaphuis	11	11	16	17	13	15	n.s.

a. Pearson's Chi-square; n.s. = niet significant

Actuele contacten

In tabel 8.2 staan de contacten van de drie groepen met de maatschappelijke opvang in de zes maanden voorafgaand aan het interview.

Vooral residentieel dakloze mensen en gehuisveste mensen maakten recent veel minder gebruik van de maatschappelijke opvang dan ooit in hun leven, maar dat is gezien hun actuele woonsituatie niet heel opmerkelijk.

Tabel 8.2 Contacten met de maatschappelijke opvang in Den Haag in de afgelopen zes maanden van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=98		<i>Residentieel daklozen</i> N=95		<i>Gehuisvesten</i> N=85		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Soepbus	65	66	8	8	2	2	< 0,001
Drugpunt	50	51	0	0	5	6	< 0,001
Goodwillcentrum	79	81	16	17	9	11	< 0,001
Aandachtscentrum	37	38	3	3	8	9	< 0,001
Passantenverblijf	40	41	7	7	2	2	< 0,001
Noodcentrum	10	10	15	16	2	2	0,010
Het Slaaphuis	5	5	4	4	1	1	n.s.

a. Pearson's Chi-square

n.s. = niet significant

Ook in de afgelopen zes maanden maakten feitelijk daklozen veel gebruik van voorzieningen voor dagopvang (bovenste vier in tabel 8.2). Residentieel daklozen en gehuisvesten bezochten nauwelijks voorzieningen voor dagopvang. Alleen het Goodwillcentrum werd door een iets groter deel van hen bezocht.

Net als ooit tijdens het leven werd ook in de afgelopen zes maanden door verschillende groepen anders gebruik gemaakt van verschillende voorzieningen voor nachtopvang. Residentieel dakloze mensen maakten vooral gebruik van het Noodcentrum, terwijl het Passantenverblijf meer gebruikt werd door feitelijk daklozen. Gehuisveste mensen maakten bijna geen gebruik van voorzieningen voor nachtopvang.

Het gebruik van de tijdelijke opvang (Het Slaaphuis) was ook in de afgelopen zes maanden niet verschillend tussen de drie groepen. Bovendien was het gebruik hiervan bijzonder laag. Dat is, gezien hun actuele woonsituatie, vooral voor de feitelijk daklozen opmerkelijk.

Vrouwen maakten zowel recentelijk als ooit minder gebruik van de soepbus dan mannen (recentelijk: 12% tegen 33%; $\chi^2 = 13,1$; $p < 0,001$; ooit: 36% tegen 58%; $\chi^2 = 6,9$; $p = 0,009$). Bij deze analyse is uitgegaan van al bestaande groepsverschillen.

8.2 *Contacten met de hulpverlening*

Expliciet is respondenten gevraagd naar contacten met de ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de ambulante en intramurale verslavingszorg (inclusief casemanagement) en de methadonverstrekking. Minder expliciet is geïnformeerd naar het gebruik van andere voorzieningen: algemeen maatschappelijk werk, wijkverpleging, (gespecialiseerde) gezinsverzorging, begeleid (zelfstandig) wonen, ambulante woonbegeleiding, herstellingsoord, vrouwenopvangcentrum, crisisopvang, beschermende woonvormen, (medisch) kindertehuis, TBS-kliniek (ter beschikking stelling), zelfhulp en dergelijke.³¹

³¹ Volledige afname van een gedetailleerde lijst van voorzieningen zou de gemiddelde duur van het interview langer maken dan het beoogde maximum van anderhalf uur. Om de respondenten niet teveel te belasten was de instructie aan de interviewers om losjes te informeren naar ander zorggebruik, gebruikmakend van de lijst met voorzieningen in dit rapport, afgaande op informatie die zij eerder in het interview al verzameld hadden.

Eerdere contacten

In tabel 8.3 staan de contacten van de drie groepen met de hulpverlening ooit tijdens hun leven.

Tabel 8.3 Contacten met de hulpverlening ooit in het leven van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=78		<i>Residentieel daklozen</i> N=81		<i>Gehuisvesten</i> N=90		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Ambulante GGZ	13	17	24	30	47	52	<0,001
Intramurale GGZ	19	24	38	47	44	49	0,002
Ambulante verslavingszorg ^b	16	21	12	15	11	12	n.s.
Methadonverstrekking	37	47	7	9	25	28	<0,001
Intramurale verslavingszorg	28	36	20	25	25	28	n.s.
AMW	40	51	50	62	45	50	n.s.
Overig	21	27	42	52	48	53	0,001

a. Pearson's Chi-square

b. Exclusief ambulante verstrekking methadon

n.s. = niet significant

Ooit in hun leven had 32% van de feitelijk daklozen, 57% van de residentieel daklozen en 67% van de gehuisvesten contact met de GGZ. In andere in Nederland uitgevoerde studies onder daklozen lopen de percentages mensen die ooit contact hadden met de GGZ uiteen van een kwart tot ruim eenderde (Wolf e.a., 2000). De door ons bereikte groepen, vooral de residentieel daklozen en gehuisveste mensen, hadden in vergelijking hiermee dus (heel) veel contact met de GGZ.

Het percentage feitelijk daklozen dat ooit opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis (APZ of PAAZ) is relatief laag (24%), zeker in vergelijking met de percentages eerdere psychiatrische opnamen in de groep residentieel daklozen (47%) en in die van gehuisveste mensen (49%). Dat bijna de helft van de residentieel daklozen eerdere psychiatrische opnamen hadden is niet heel opmerkelijk, omdat bij de sociale pensions het hebben van een psychische stoornis plaatsingscriterium is en dit veelal betekent dat er een voorgeschiedenis met psychiatrische opnamen is geweest. Van de eerder in Nederland onderzochte dak- en thuislozenpopulaties was gemiddeld ongeveer eenderde ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (Wolf e.a., 2000).

Gehuisveste kwetsbare mensen hadden in hun leven het meeste contact met ambulante GGZ (52% tegen 17% bij feitelijk daklozen en 30% bij residentieel daklozen). Een verklaring hiervoor is niet direct voorhanden. In ieder geval is de prevalentie van (uitsluitend) psychische stoornissen in deze groep (7%) niet hoger dan die in de groep residentieel daklozen (14%) of die in de groep feitelijk daklozen (ook 7%) (zie tabel 5.4).

Met de verslavingszorg had ooit in hun leven 59% van de feitelijk daklozen, 36% van de residentieel daklozen en 38% van de gehuisvesten contact. Feitelijk daklozen maakten meer dan de andere twee groepen gebruik van de ambulante en de intramurale verslavingszorg (n.s.). Het meest in het oog springt hun significant hogere eerdere gebruik van de methadonverstrekking (47% tegen 9% bij residentieel daklozen en 28% bij marginaal gehuisvesten). Gezien de hoge percentages voor gebruik en afhankelijkheid van harddrugs in deze groep is dit goed verklaarbaar.

Verder is opvallend dat een niet onaanzienlijk deel van de residentieel daklozen ooit opgenomen is geweest in een verslavingskliniek (25%). Gezien het feit dat wij in deze groep relatief weinig actuele verslavingsproblemen vaststelden (zie tabel 5.3), lijkt het erop dat deze problemen tot de verleden tijd behoren of onder controle zijn.

In Nederlands onderzoek in daklozenpopulaties varieerden de percentages daklozen die ooit gebruik maakten van de verslavingszorg tussen 19% en 60%. Gemiddeld werd ruim een kwart ooit opgenomen in een verslavingskliniek (Van Erp & Wolf, 1997; Kocken e.a., 1993; Reinking e.a., 1998).

Overigens maakten mannen ooit tijdens hun leven meer dan vrouwen gebruik van zowel de ambulante methadonverstrekking als de intramurale verslavingszorg. Van de methadonverstrekking maakte 33% van de mannen gebruik tegenover 16% van de vrouwen ($\chi^2 = 7,5$; $p = 0,007$). Een opname in een verslavingskliniek overkwam 36% van de mannen ooit, tegenover 15% van de vrouwen ($\chi^2 = 10,6$; $p = 0,001$). Deze resultaten gelden ongeacht de al genoemde groepsverschillen. Meer recentelijk waren er geen significante verschillen in zorggebruik tussen mannen en vrouwen.

In alle groepen werd ooit veel gebruik gemaakt van het algemeen maatschappelijk werk (gemiddeld 54%). Met 62% waren residentieel dakloze mensen de beste klanten van deze laagdrempelige hulp.

Van overige hulpverlening maakten ooit in hun leven vooral residentieel dakloze en gehuisveste mensen gebruik, significant meer dan feitelijk daklozen. Residentieel daklozen maakten in het verleden vooral gebruik van begeleid (zelfstandig) wonen, verblijf in een herstellingsoord, beschermende woonvormen en kindertehuizen. Gehuisveste mensen maakten vooral gebruik van wijkverpleging, begeleid (zelfstandig) wonen, verblijf in een herstellingsoord en kindertehuizen.

Actuele contacten

In tabel 8.4 staan de contacten met de hulpverlening in de zes maanden voorafgaand aan het interview.

Tabel 8.4 Contacten met de hulpverlening in de afgelopen zes maanden van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten

	<i>Feitelijk daklozen</i> N=78		<i>Residentieel daklozen</i> N=81		<i>Gehuisvesten</i> N=90		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Ambulante GGZ	7	9	11	14	31	34	<0,001
Intramurale GGZ	6	8	6	7	7	8	n.s.
Ambulante Verslavingszorg ^b	7	9	5	6	7	8	n.s.
Methadonverstrekking	25	32	4	5	23	26	<0,001
Intramurale Verslavingszorg	10	13	4	5	4	4	n.s.
AMW	25	32	31	38	23	26	n.s.
Overig	8	10	19	24	28	31	0,005

a. Pearson's Chi-square, n.s. = niet significant

b. Exclusief ambulante verstrekking methadon

Het zorggebruik in de laatste zes maanden, oftewel het actuele zorggebruik ligt in de drie groepen aanzienlijk lager dan het zorggebruik ooit tijdens het leven. Van de ambulante GGZ maakten marginaal gehuisveste mensen in vergelijking met de dakloze mensen recentelijk veel gebruik: ruim eenderde van hen had hiermee recent contact, tegenover 9% van de feitelijk daklozen en 14% van de residentieel daklozen.

In Nederlandse studies onder daklozen³² lopen percentages actuele ambulante GGZ-contacten uiteen van 4% tot 20% in de laatste maand (Kocken e.a., 1993), en 16% in de laatste 3 maanden (Korf e.a., 1999), tot 30% in de laatste zes maanden (Reinking e.a., 1998). Het aantal ambulante GGZ-contacten in de afgelopen zes maanden bij daklozen in dit onderzoek is dus aan de lage kant. Hoe dat komt kunnen wij op grond van de beschikbare gegevens niet zeggen. Het aantal opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis in de afgelopen zes maanden was klein en niet verschillend tussen de drie groepen.

Tussen de drie groepen bestaan ook geen significante verschillen in het actuele gebruik van ambulante en intramurale verslavingszorg. Dit is opmerkelijk, gezien het intensieve middelengebruik en de hoge percentages actuele verslavingsdiagnoses onder feitelijke daklozen en gehuisveste mensen, ook in vergelijking met de residentieel daklozen (zie tabel 5.2 en tabel 5.3). Hoe het komt dat deze hulp een belangrijk deel van de doelgroep niet kan bereiken, kunnen wij met de voorhanden zijnde gegevens niet verklaren. Overigens lukt het de methadonverstrekking kennelijk beter om de doelgroep te bereiken. Net als in het verleden maken feitelijk daklozen in het heden significant het meest gebruik van de methadonverstrekking (32%). Maar het aantal gehuisveste mensen dat contact heeft met de methadonverstrekking (26%) is ook niet te verwaarlozen.

In Nederlands onder daklozen onderzoek variëren percentages contacten met een methadonpost in de laatste maand tussen 19 en 36 (Kocken e.a., 1993). Van de Amsterdamse dak- en thuislozen is een vijfde tijdens het onderzoek nog cliënt bij een verslavingszorginstelling (Korf e.a., 1999). Van de actuele gebruikers van alcohol en/of drugs in de Utrechtse populatie (laatste zes maanden; n=86) stond ongeveer 60% in contact met de verslavingszorg, vooral met de methadonverstrekking (Reinking e.a., 1998). De verzamelde gegevens in dit onderzoek over het specifieke gebruik van de methadonverstrekking (21% in de laatste zes maanden) zijn helaas niet te vergelijken met de genoemde gegevens vanwege verschillen in definities en operationalisaties.

Net als ooit tijdens het leven maakten de drie groepen recent veel gebruik van het algemeen maatschappelijk werk (32%). Opnieuw zijn de residentieel daklozen de grootste gebruikers (n.s.). Wij vermoeden dat de laagdrempeligheid van deze hulp mede ten grondslag ligt aan het relatief grote bereik.

³² Het is slechts beperkt mogelijk om gegevens te vergelijken, omdat ambulante en intramurale contacten soms opgeteld worden en 'actueel' steeds verschillend gedefinieerd wordt (Wolf e.a., 2000).

Residentieel dakloze en gehuisveste mensen maken meer gebruik van overige hulpverlening dan feitelijk daklozen. De eerstgenoemden maakten in de zes maanden voorafgaand van het interview vooral gebruik van begeleid (zelfstandig) wonen en wonen in een beschermende woonvorm. Voor de gehuisvesten bestond overige hulp vooral uit wijkverpleging en begeleid (zelfstandig) wonen.

8.3 Opname onder drang of dwang

Respondenten werd de vraag voorgelegd of hulpverleners in het jaar voorafgaand aan het interview expliciet van plan waren geweest hen op te laten nemen in een psychiatrisch ziekenhuis of in een verslavingskliniek. In tabel 8.5 staat een overzicht van de verkregen gegevens. De tabel is leesbaar als trechter, in die zin dat op elke regel personen afvallen.

Tabel 8.5 Verzoek en uitvoering van opnamen in het afgelopen jaar, op initiatief van professionals

	<i>Feitelijk daklozen</i> (N=97)		<i>Residentieel daklozen</i> (N=99)		<i>Gehuisvesten</i> (N=97)	
	n	%	n	%	n	%
Expliciet uitgesproken voornemen tot opname in het afgelopen jaar	10	10	1	1	14	14
Poging tot opname (tenminste 1)	9	9	0	0	13	13
Toestemming gegeven ^a	6	6	n.v.t.	-	9	9
Tegen wil opgenomen ^a	3	3	n.v.t.	-	4	4

a. bij de meest recente opname

Vijfentwintig verkommerde en verloederde mensen (9%) gaven aan dat een hulpverlener in het afgelopen jaar expliciet had aangegeven de persoon op te willen laten nemen in een psychiatrische kliniek of verslavingskliniek. Het ging om slechts één residentieel dakloze persoon en bij hem of haar bleef het bij een voornemen; er werd geen werkelijke poging ondernomen. Bij negen van de tien feitelijk daklozen werden daadwerkelijk pogingen tot een opname ondernomen. Bij zeven van hen werd één poging gedaan en bij twee van hen twee pogingen. Bij de meest recente opname hadden zes feitelijk daklozen uiteindelijk toestemming voor de opname gegeven en werden er drie tegen hun wil opgenomen. Van de veertien marginaal gehuisveste mensen tegen wie een hulpverlener een voornemen tot opname uitsprak werd bij dertien men-

sen tenminste één poging gedaan. Bij elf mensen bleef het bij die ene poging, bij één persoon werden dat er twee en bij een andere persoon zelfs vijf. Bij de meest recente opname gaven negen van de dertien mensen toestemming. Vier werden tegen hun wil opgenomen.

Kortom, van de in totaal tweeëntwintig personen waarbij een hulpverlener in het afgelopen jaar op eigen initiatief een poging ondernam tot opname werden er vijftien vrijwillig en zeven tegen hun wil opgenomen. Meestal (68%; N=22=100%) wist de hulpverlener de persoon dus van de noodzaak van een opname te overtuigen.

8.4 Opname op eigen verzoek

Respondenten werd ook gevraagd of zij in het jaar voorafgaand aan het interview zelf een verzoek tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek hadden gedaan. In tabel 8.6 staan de gegevens hierover op een rij. De tabel is weer te lezen als trechter, waarbij op elke regel personen afvallen.

Tabel 8.6 Verzoek en uitvoering van opnamen in het afgelopen jaar, op initiatief van mensen zelf

	<i>Feitelijk daklozen</i> (N=96)		<i>Residentieel Daklozen</i> (N=99)		<i>Gehuisvesten</i> (N=97)	
	n	%	n	%	n	%
Expliciet uitgesproken verzoek tot opname in het afgelopen jaar	27	28	9	9	11	11
Poging tot opname (tenminste 1)	21	22	9	9	5	5
Opgenomen op verzoek (vrijwillige basis) ^a	19	20	8	8	5	5

a. bij de meest recente opname

Zevenenveertig verkommerde en verloederde mensen (16%) zeiden in het jaar voorafgaand aan het interview expliciet te hebben gevraagd om een opname. Het waren vooral feitelijk daklozen die om een opname vroegen. Bij eenentwintig van de zevenentwintig feitelijk daklozen werd er werk van gemaakt. De meesten werden bij het meest recente verzoek opgenomen, bij twee ging de opname niet door. Van de negen residentieel daklozen die een verzoek tot opname deden werd op alle verzoeken ingegaan. Van deze negen personen werden er acht uiteindelijk opgenomen. Bij marginaal gehuisveste

mensen werd verhoudingsgewijs het minst op hun verzoek tot opname ingegaan: bij vijf van de elf. Alle vijf deze mensen werden opgenomen.

Dus, van de zevenenveertig mensen die zelf verzochten om een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek werden er uiteindelijk tweëndertig daadwerkelijk opgenomen (68%; $N=47=100\%$). Bij twaalf mensen gingen hulpverleners niet op het eigen verzoek om opname in (25%). Bij de overige drie gebeurde dit wel, maar ging de opname om een of andere reden niet door. Niet kan worden opgemaakt of er in deze situaties ook een noodzaak tot opname was.

8.5 *Eigen verzoek, drang en dwang bij opname*

Tenslotte presenteren wij gegevens over de samenhang tussen opnamen die op eigen verzoek werden gerealiseerd en de toepassing van drang en dwang bij opnamen. Bij meerdere opnamen gingen wij uit van de meest recente opname in het afgelopen jaar. Voor de residentieel daklozen konden wij genoemde samenhang niet in kaart brengen omdat in deze groep in het afgelopen jaar geen pogingen tot opname onder drang of dwang waren gedaan.

In de groep feitelijk dakloze mensen ($N=103$) is het beeld als volgt.

- Bij 69 mensen (67%) was er in het jaar voorafgaand aan het interview geen enkel initiatief voor een opname, noch van de kant van de persoon zelf, noch van die van een professional, en werden ook geen opnamen gerealiseerd; of in deze groep ook geen opnamen geïndiceerd waren is niet bekend.
- Negentien personen (18%) werden opgenomen op eigen verzoek.
- Bij twee mensen (2%) ging de opname op eigen verzoek in tweede instantie niet door (om ons onbekende redenen).
- Twee mensen (2%) stemden in met het initiatief van professionals voor een opname.
- Drie mensen (3%) werden, na bemoeienis van een professional, tegen hun wil opgenomen.
- Van acht mensen (8%) waren de gegevens onbekend.

In de groep marginaal gehuisveste mensen ($N=98$) zien wij het volgende.

- Bij 79 mensen (81%) was er in het jaar voorafgaand aan het interview geen enkel initiatief voor een opname, noch van de kant van de persoon zelf, noch van die van een professional, en werden ook geen opnamen gerealiseerd.

seerd; of in deze groep ook geen opnamen geïndiceerd waren is niet bekend.

- Vijf personen (5%) werden opgenomen op eigen verzoek.
- Bij één persoon (1%) ging de opname op eigen verzoek in tweede instantie niet door (om ons onbekende redenen).
- Acht mensen (8%) stemden in met het initiatief van professionals voor een opname.
- Vier mensen (4%) werden, na bemoeienis van een professional, tegen hun wil opgenomen.
- Van één persoon (1%) waren de gegevens onbekend.

De aantallen opnamen zijn bijzonder klein, dus voorzichtigheid is geboden met het trekken van conclusies uit de volgende feiten.

- Meer dan de helft van de opnamen vond plaats op eigen verzoek (59%).
- Een kwart van de mensen liet zich, na aandringen van professionals, vrijwillig opnemen. Dwangtoepassing was niet nodig.
- Bij 17% van de mensen vonden professionals dwangtoepassing nodig.

9 Jongeren, volwassenen en ouderen

Resumé

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de onderzoeksvragen in relatie tot de in dit onderzoek onderscheiden leeftijdscategorieën, namelijk jongeren, volwassenen en ouderen.

- Jongeren (N=87) en volwassenen (N=216) waren voor driekwart man, ouderen (N=56) voor meer dan de helft (57%).
- Bijna de helft van de jongeren heeft een niet-Nederlandse herkomst, en dat is vergelijkbaar met de volwassenen. Onder ouderen is het aantal allochtonen met een vijfde deel aanzienlijk kleiner.
- Recent sliep de helft van de jongeren (minstens één nacht) bij familie en/of vrienden. Verder sliepen de jongeren in een woonvoorziening voor daklozen (kwart), in de nachtopvang (achtste deel), of buiten (achtste deel). Ouderen sliepen vooral in woonvoorzieningen (50%) en in hun eigen huis (46%).
- Jongeren verschillen niet significant van volwassen en oudere gemarginaliseerde mensen in een actuele diagnose schizofrene stoornissen (1%) en depressieve stoornissen (22%).
- Het alcohol- en harddrugsgebruik van jongeren (zowel ooit als recentelijk) is fors, evenals het cannabisgebruik. Bij bijna een vijfde is er sprake van alcoholafhankelijkheid. Ouderen zijn zeer gematigd in middelengebruik, al was ruim eenderde ooit verslaafd aan alcohol.
- Vergeleken met volwassenen en ouderen hebben jongeren relatief gunstige objectieve levensomstandigheden. In subjectieve zin ervaren zowel jongeren als ouderen hun algemene levenskwaliteit als vrij hoog met een gemiddelde score van 4,8. De groep volwassenen scoort significant lager met 4,1.
- Jongeren hebben minder lichamelijke klachten dan volwassenen en ouderen.
- Zij hebben vooral behoefte aan hulp bij problemen met drugsgebruik, gebitsverzorging en financiën en in mindere mate met huisvesting, dagbesteding en lichamelijke klachten.
- 40% van de jongeren was het afgelopen jaar slachtoffer van een misdrijf tegenover 30% van de volwassenen en 26% van de ouderen. Het ging vooral om niet-gewelddadige misdrijven.
- Relatief veel jongeren werden opgepakt en of gearresteerd in verband met een misdrijf (38%). Een vijfde deel van alle jongeren werd daadwerkelijk veroordeeld voor een misdrijf.
- Binnen de maatschappelijke opvang maakten jongeren het meest gebruik van dagopvang (inloopvoorzieningen) en in mindere mate van nachtopvang (slaapplaatsen). Ouderen maakten nauwelijks gebruik van de maatschappelijke opvang.
- Binnen de gespecialiseerde hulpverlening hadden jongeren vooral contact met het algemeen maatschappelijk werk, de ambulante GGZ en de intramurale verslavingszorg. Relatief weinig jongeren waren ooit opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Meer jongeren (13%; n=11) dan volwassenen (9%; n=18) en ouderen (7%; n=4) was door hulpverleners een verzoek gedaan tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek. Twee jongeren werden uiteindelijk tegen hun wil opgenomen.
- Relatief evenveel jongeren als volwassenen hadden in het afgelopen jaar een expliciet verzoek gedaan voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek (17% in beide groepen). Bij ouderen was dit minder aan de orde (6%).

9.1 *Inleiding*

Omdat de opdrachtgever inzicht wilde in de kenmerken van verschillende leeftijdscategorieën in de populatie verkommerden en verloederden zijn er in dit onderzoek extra interviews onder jongeren gedaan (zie bijlage 2 voor de werkwijze). In dit hoofdstuk beschrijven wij de verschillen tussen de leeftijdsgroepen jongeren (16-25 jaar), volwassenen (26-55 jaar) en ouderen (56 jaar en ouder). De oorspronkelijke steekproef, waarvan de onderzoeksresultaten in de voorafgaande hoofdstukken werden beschreven, bestond uit 29 jongeren, 216 volwassenen en 56 ouderen.

Om de leeftijdsgroepen te kunnen vergelijken zijn er nog 58 extra interviews onder jongeren gedaan. Daarmee zag de steekproef voor dit deel van het onderzoek er als volgt uit.

- Jongeren: N=87
- Volwassenen: N=216
- Ouderen: N=56

Voor deze drie groepen beantwoorden wij de onderzoeksvragen op dezelfde wijze als in de voorgaande hoofdstukken. Wij leggen daarbij de nadruk op de groep jongeren.³³

9.2 *Sociaaldemografische kenmerken en huisvestingssituatie*

De geïnterviewde jongeren waren gemiddeld 20 jaar, de volwassenen 41 jaar en de ouderen 67 jaar. De groepen jongeren en de volwassenen bestonden voor driekwart uit mannen, bij de ouderen was dit ruim de helft (zie tabel 9.1).

Bijna de helft van de jongeren heeft een niet-Nederlandse herkomst. Dit is vergelijkbaar met de volwassenen. Onder ouderen is het aantal allochtonen met een vijfde deel aanzienlijk kleiner. Van de jongeren kwamen de grootste groepen allochtonen uit Marokko en Suriname (beide 9%). Van de volwassenen kwamen de grootste groepen uit Indonesië (of het voormalig Nederlands-Indië) (6%) en Suriname (13%). Van de oudere allochtonen kwam de grootste groep uit Indonesië of Nederlands-Indië (9%) (zie tabel 9.1 in bijlage 4).

³³ In de analyses waarop de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten gebaseerd zijn, is geen rekening gehouden met de bestaande groepsverschillen tussen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en gehuisveste mensen (zoals gepresenteerd in de hoofdstukken 4 tot en met 8). Als wij dit echter wel doen blijken de resultaten nauwelijks te wijzigen. Waar aangepaste analyses zouden leiden tot andere conclusies, doen wij hier melding van.

Tabel 9.1 Demografische gegevens van jongeren, volwassenen en ouderen

	<i>Jongeren</i> N=87		<i>Volwassenen</i> N=216		<i>Ouderen</i> N=56		Toets p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
<i>Leeftijd</i>							
Gemiddelde	20		41		67		
Standaarddeviatie	2,5		7,7		9,4		
<i>Geslacht</i>							
Man	68	78	161	75	32	57	0,014 ^a
<i>Etnische herkomst</i>							
Nederlands ^b	48	55	131	61	56	82	0,016 ^a
<i>Burgerlijke staat</i>							
Nooit gehuwd	86	99	126	58	17	30	
Gescheiden	1	1	77	36	21	38	<0,001 ^a
<i>Samenlevings- verband</i>							
Alleenstaand	63	72	191	88	49	88	0,001 ^a

a. Pearson's Chi-square toets; n.s. = niet-significant

b. Volgens de brede VNG-definitie: geboorteland respondent (R) niet-NL: etnische groep R = geboorteland R; bij geboorteland R = NL en geboorteland moeder niet-NL: etnische groep R = geboorteland moeder; bij geboorteland R en moeder = NL en geboorteland vader niet-NL: etnische groep R = geboorteland vader.

Vanwege hun leeftijd is het weinig verrassend dat vrijwel geen van de jongeren ooit was gehuwd. Wel opmerkelijk is, dat bijna driekwart van hen alleenstaand is. Want van alle Nederlanders van 15 tot 25 jaar was op 1-1-2000 slechts 14% alleenstaand (CBS, 2001). Van de jongeren die niet alleenstaand waren, woonde het grootste deel (20% van het totaal) nog thuis bij hun ouders of opvoeders. Dit geldt voor tweederde (69%) van alle Nederlandse jongeren van 15 tot 25 jaar (CBS, 2001).

Opleiding, werk en inkomen

Het merendeel van de jongeren kon vanwege hun leeftijd nog geen hoger onderwijs voltooid hebben. Een vergelijking met het opleidingsniveau van volwassenen en ouderen is dus niet aan de orde (zie tabel 9.2).

Tabel 9.2 Opleiding, werk en inkomstenbronnen van jongeren, volwassen en ouderen

	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets ^a p-waarde
	<i>N</i> _{range=85-87}		<i>N</i> _{range=205-213}		<i>N</i> _{range=53-55}		
Opleidingen ^b	n	%	n	%	N	%	
Geen/BuO/ LO/LVO	39	45	80	38	22	40	
LBO/MVO/MBO	46	53	93	44	23	42	
HVO/VWO/HBO/WO	2	2	37	18	10	18	0,011
<i>Inkomstenbronnen laatste jaar</i>							
Werk (wit, zwart)	63	74	59	29	5	9	< 0,001
Uitkering ^c	39	46	184	90	52	98	< 0,001
<i>Illegale activiteiten^d en</i>							
prostitutie	49	28	56	27	0	0	< 0,001 ^e
Overig ^f	40	47	42	21	1	2	< 0,001
<i>Wit of zwart werk laatste maand</i>	36	42	39	18	4	7	< 0,001

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b BuO = LOM, ZMOK, BLO, MLK, ZMLK; LO/LVO = Basisonderwijs, LAVO, VGLO; LBO = LTS, LEAO, Huishoud- of Nijverheidsschool; MVO/MBO = MAVO, (M)ULO, IVO, MTS, MEAO, MBOV; HVO/HBO/VWO/WO = Havo, MMS, HTS HEAO, Sociale Academie e.d., HBS, Atheneum, Gymnasium, Universiteit, Hogeschool.

c. bijstand, werkloosheid, vanwege ziekte, arbeidsongeschiktheid, pensioen, speciale daklozenuitkering

d. diefstal, beroving, heling, bedelen

e. Als in de analyse rekening wordt gehouden met het bestaande verschil tussen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en gehuisveste mensen, dan is deze uitkomst niet meer significant

f. alimentatie, inkomsten van partner/ouders, beurzen, giften

Opvallend is wel, dat jongeren aanzienlijk meer werken dan volwassenen en ouderen. Bijna driekwart van hen had in het jaar voorafgaand aan het interview gewerkt, tegen eenderde van de volwassenen en eentiende van de ouderen. Voor de afgelopen maand was dit verschil kleiner, maar nog steeds opmerkelijk: vier van de tien jongeren werkte, tegenover twee van de tien volwassenen en nog geen één op de tien ouderen. Van alle Nederlandse jongeren van 15 tot en met 24 jaar werken er ook ruim vier van de tien minstens twaalf uur per week (CBS, 2001).

Ruim een kwart van de jongeren had het afgelopen jaar inkomsten uit illegale activiteiten en/of prostitutie en ruim eenderde kreeg een uitkering. Opvallend is dat geen van de oudere verkommerden en verloederden vertelde inkomsten uit illegale activiteiten te hebben. Zij leefden naar eigen zeggen in het afgelopen jaar bijna allemaal (geheel of gedeeltelijk) van een uitkering (98%).

Huisvestingssituatie

In tabel 9.3 staan gegevens over de slaaplokaties waar de jongeren, volwassenen en ouderen in de maand voorafgaand aan het interview tenminste één keer de nacht doorbrachten. Omdat zij op de desbetreffende vraag van het interview meerdere antwoorden konden geven tellen de kolommen niet op tot 100%.

Tabel 9.3 Slaaplokaties van jongeren, volwassenen en ouderen in de afgelopen maand

<i>Slaaplokaties</i> (tenminste 1 nacht)	<i>Jongeren</i> N=87		<i>Volwassenen</i> N=215		<i>Ouderen</i> N=56		Toets ^a P- waarde ^b
	n	%	n	%	n	%	
Buiten	14	16	58	27	1	2	<0,001
Nachtopvang	15	17	47	22	4	7	0,039
(Semi) permanente woon- voorziening voor daklozen	22	25	77	36	28	50	0,010
Familie/vrienden, tijdelijk, zonder uitzicht op vast verblijf	16	18	37	17	1	2	0,010
Familie/vrienden, permanent, zonder huurcontract	29	33	7	3	0	0	<0,001
Eigen zelfstandige woonruimte (met huurcontract/hypotheek)	10	11	61	28	26	46	<0,001
Anders ^c	13	15	25	12	1	2	0,041

a. Pearson Chi-square

b. Als in de analyses rekening wordt gehouden met de bestaande verschillen in slaaplokaties tussen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en gehuisveste mensen, dan zijn deze uitkomsten niet meer significant. Uitzondering hierop is de slaaplokatie 'buiten', waarvoor nadere analyses niet mogelijk waren.

c. Anders = caravan, zomerhuisje, kraak- of slooppand of een gesloten omgeving (Huis van Bewaring, politiecel, (psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum, verslavingskliniek).

In de maand voorafgaand aan het interview sliepen de meeste jongeren (minstens een nacht) bij familie en/of vrienden, op permanente (33%) of tijdelijke (18%) basis. Een kwart van de jongeren sliep in een woonvoorziening voor daklozen. Een niet te verwaarlozen deel van de jongeren sliep in de nachtopvang (17%) en/of buiten (16%). Ouderen sliepen vooral in woonvoorzieningen (50%) en in hun eigen huis (46%). Weinigen van hen brachten de nacht door in de nachtopvang (7%) of buiten (2%).

Kwetsbare jongeren hebben een rusteloos bestaan. In het jaar voorafgaand aan het interview hadden zij gemiddeld 2,3 verschillende woonsituaties. Dit aantal is bij volwassenen en ouderen lager, namelijk respectievelijk 2,2 en 1,4.

Overigens laten deze resultaten duidelijk zien dat wij niet uitsluitend zwerfjongeren hebben geïnterviewd, maar een bredere groep kwetsbare jongeren. Uit Nederlands onderzoek onder zwerfjongeren blijkt dat het percentage in die groep dat nachten op straat doorbrengt veel hoger ligt dan de 16% in onze groep, namelijk boven de 30% (Korf e.a., 1999).

Duur van dakloosheid

In tabel 9.4 staan gegevens over de feitelijke dakloosheid van de drie groepen.

Tabel 9.4 Duur van feitelijke dakloosheid tijdens het leven van jongeren, volwassenen en ouderen

	<i>Jongeren</i> N=87		<i>Volwassenen</i> N=214		<i>Ouderen</i> N=56		Toets p-waarde
	N	%	n	%	n	%	
<i>Duur van</i>							
<i>Feitelijke dakloosheid</i>							
Nooit	39	45	61	29	36	64	
< 1 jaar	25	29	52	24	7	13	
1 tot 5 jaar	21	24	56	26	6	11	< 0,001 ^a
5 tot 10 jaar	2	2	25	12	2	4	
10 jaar of meer	0	0	20	9	5	9	
<i>In jaren</i>							
Gemiddeld	0,7		2,8		2,5		< 0,000 ^b
Standaarddeviatie	1,2		5,2		6,8		

a. Pearson Chi-square;

b. Kruskal-Wallis

Bijna de helft van de verkommerde en verloederde jongeren was nooit feitelijk dakloos (zie tabel 9.4). Van de jongeren die wel ooit feitelijk dakloos waren, duurde dat bij eenderde korter dan een jaar, bij een kwart tussen de een en vier jaar. Van de ouderen was tweederde nooit feitelijk dakloos geweest. De duur van dakloosheid tijdens het leven van de volwassenen vertoont een behoorlijke spreiding; ruim een kwart was nooit feitelijk dakloos en ruim een vijfde deel vijf jaar of langer en de rest zat daartussen in.

9.3 Psychische stoornissen, middelengebruik en verslaving

Jongeren verschillen niet significant van volwassenen en ouderen in de zesmaandsprevalentie van schizofrenie (1%) en depressieve stoornissen (22%). Net als bij volwassenen en ouderen (zie hoofdstuk 5) lijkt het aantal jongeren met schizofrenie in dit onderzoek aan de lage kant. Onder 50 dakloze jongeren in Amsterdam werd bijvoorbeeld een maandprevalentie schizofrenie van 10% gevonden (Sleegers e.a., 1998). Aangetekend moet hierbij worden dat slechts een deel van onze groep feitelijk dakloos is en dus met de Amsterdamse groep niet helemaal vergelijkbaar. De actuele prevalentie van depressie onder jongeren in ons onderzoek is vergeleken met de Amsterdamse groep overigens vrij hoog (22% versus 14%³⁴).

Tabel 9.5 Zesmaandsprevalentie van psychische stoornissen bij jongeren, volwassenen en ouderen

	<i>Jongeren</i> N=85		<i>Volwassenen</i> N=209		<i>Ouderen</i> N=53		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Schizofrenie ^b	1	1	12	6	1	2	n.s.
Depressie	19	22	40	19	6	11	n.s.

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. Schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen (295.00 - 295.70)

Wat betreft middelengebruik: alle middelen waar wij naar gevraagd hebben worden vooral door volwassenen gebruikt (zie tabel 9.6). Uitzondering daarop is cannabis, wat vooral veel door jongeren wordt gebruikt (37% in de afgelopen maand, tegenover 21% van de volwassenen en 0% van de ouderen). Overigens is het alcohol- en harddrugsgebruik van jongeren ook niet gematigd te noemen: respectievelijk 22% en 14% in de afgelopen maand. Het aantal jongeren dat ooit tijdens hun leven en de maand voorafgaand aan het interview afhankelijk was van alcohol is ook groot: respectievelijk 48% en 27% (zie tabel 9.6.3 in bijlage 4).

De gegevens zijn consistent met cijfers over de gehele Nederlandse bevolking van 18 tot en met 24 jaar, waaruit blijkt dat het alcoholgebruik onder hen fors is: drie van de tien worden gerekend tot de zware drinkers, in die zin dat zij minstens één dag per week meer dan zes glazen alcohol drinken (CBS, 2001).

³⁴ NB: zesmaandsprevalentie versus maandprevalentie. In werkelijkheid is het verschil dus waarschijnlijk kleiner. De genoemde studie vond overigens een lifetime-prevalentie voor depressie onder daklozen jongeren van 22%.

Tabel 9.6 Middelengebruik van jongeren, volwassenen en ouderen

	<i>Jongeren</i> N=86				<i>Volwassenen</i> N=205				<i>Ouderen</i> N=53				<i>Toets^a</i> <i>p-waarde</i>	
	Ooit		Laatste maand		Ooit		Laatste maand		Ooit		Laatste maand		Ooit	Laatste maand
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>Middelengebruik</i>														
Alcohol														
(> 5 glazen)	33	38	19	22	106	52	53	26	19	36	5	9	0,032	0,038
Heroïne/ Methadon/ Cocaïne	22	26	12	14	108	53	81	40	2	4	0	0	< 0,001	< 0,001
Cannabis	50	58	32	37	85	42	43	21	2	4	0	0	< 0,001	< 0,001
Overige drugs ^b	37	43	12	14	107	52	80	39	13	25	11	21	0,001	< 0,001
Combinatie	34	40	19	22	115	56	83	41	4	8	0	0	< 0,001	< 0,001

a. Pearson Chi-square; n.s.=niet-significant

b. Overig = andere opiaten / analgetica, amfetamines, hallucinogenen, vluchtige stoffen, pillen, medicijnen, andere stoffen (xtc e.d.). Deze categorie is helaas niet verder uit te splitsen.

Uit onderzoek onder scholieren blijkt dat een kwart van hen in de maand voorafgaand aan het onderzoek minstens één keer dronken was (De Zwart e.a., 2000, in: SCP, 2000). Hierbij moet opgemerkt worden dat het in de genoemde onderzoeken om minder dan gemiddeld vijf glazen alcohol per dag ging. Het alcoholgebruik onder de door ons geïnterviewde jongeren is dus hoe dan ook fors. Dit wordt ook bevestigd door onderzoek uit de Verenigde Staten (in: Van der Ploeg & Scholte, 1997: 27).

Het genoemde onderzoek onder scholieren bevestigt de relatieve voorkeur voor cannabis onder jongeren, al is het gebruik onder alle Nederlandse scholieren lager dan in ons onderzoek: bijna 20% gebruikte ooit cannabis en bijna 10% in de afgelopen vier weken. Het actuele harddrugsgebruik onder de gemarginaliseerde jongeren is hoog vergeleken bij de Nederlandse scholieren: 14% tegenover (maximaal) 4% (SCP, 2000).

Ouderen zijn zeer gematigd wat betreft middelengebruik. Gezien de groten-deels lage scores voor actueel gebruik is het aannemelijk dat het relatief nog grote deel van hen dat aangeeft overige drugs te gebruiken (21%) medicijnen slikt (zie noot bij de tabel). Verder valt het forse alcoholgebruik ooit tijdens het leven van ouderen op.

9.4 Kwaliteit van leven en zorgbehoeften

Kwaliteit van leven

In objectieve zin hebben de kwetsbare jongeren een relatief hoge levenskwaliteit (zie tabel 9.7). Vergeleken met volwassenen en ouderen hebben ze veel contact met familie en met vrienden en kennissen, hetgeen tot uiting komt in scores van respectievelijk 3,3 en 3,4. Ook hebben ze veel bezigheden in hun vrije tijd (gemiddeld 4,7 in de week voorafgaand aan het interview). En hoewel ze gemiddeld een lager netto besteedbaar inkomen hebben dan volwassenen (€717 tegenover €747 per maand) hebben ze naar eigen zeggen voldoende te besteden. Dit laatste geldt overigens ook voor ouderen. Vier van de tien jongeren hadden de afgelopen maand gewerkt.

Tegenover deze positieve aspecten staat het grote aantal arrestaties van jongeren en het aantal keren dat zij slachtoffer waren van een misdrijf. Bijna vier van de tien kwetsbare jongeren werden het afgelopen jaar vaker dan een keer gearresteerd. Een vergelijkbaar aantal was vaker dan één keer slachtoffer van een misdrijf. Dit is verhoudingsgewijs veel meer dan onder volwassenen en ouderen.

Tabel 9.7 Objectieve kwaliteit van leven indicatoren voor jongeren, volwassenen en ouderen

	<i>Jongeren</i> <i>N_{range}=84-87</i>	<i>Volwassenen</i> <i>N_{range}=199-213</i>	<i>Ouderen</i> <i>N_{range}=49-55</i>	
Objectieve indicatoren	Gem.	Gem.	Gem.	Toets p-waarde
Familie ^a (0-2 items; 1= laag tot 5= hoog)	3,3	2,6	2,3	<0,001 ^b
Sociale relaties ^a (0-4 items; 1= laag tot 5= hoog)	3,4	2,5	1,9	<0,001 ^b
Dagelijkse activiteiten (0-8 items; 1=ja, 0=nee; hoe hoger hoe gunstiger)	4,7	3,7	3,5	<0,001 ^b
Inkomen in afgelopen maand ^c				
Gemiddelde	€717	€747	€701	
Mediaan	€730	€551	€362	
Financiën (0-5 items; 1=ja, 0=nee; hoe hoger hoe gunstiger)	3,6	2,5	3,5	< 0,001 ^b
% Werk laatste maand	42%	18%	7%	<0,001 ^d
% Arrestaties laatste jaar ^e	38%	25%	0%	<0,001 ^d
% Slachtoffer van misdrijf afgelopen jaar ^e	40%	30%	26%	n.s.

- a. Vijf-puntsschaal van 1= minstens 1 keer per dag tot 5= helemaal niet
- b. ANOVA
- c. Besteedbaar inkomen naast geld voor huur en maaltijden; bedragen zijn omgerekend van guldens naar euro's en vervolgens afgerond naar hele euro's
- d. Pearson's Chi-Square
- e. Percentages personen die dit tenminste 1 keer overkwam in het jaar voorafgaand aan het interview.

In tabel 9.8 staan gegevens over de subjectief ervaren levenskwaliteit van de drie groepen.

Tabel 9.8 Subjectieve kwaliteit van leven indicatoren en algemene levenskwaliteit van jongeren, volwassenen en ouderen

Domeinen ^a	<i>Jongeren</i>	<i>Volwassenen</i>	<i>Ouderen</i>	Toets ^b p-waarde
	<i>N_{range}=85-87</i>	<i>N_{range}=201-216</i>	<i>N_{range}=49-56</i>	
	Gem.	Gem.	Gem.	
Algemene levenskwaliteit	4,8	4,1	4,8	0,002
Woonsituatie	4,3	3,8	5,1	< 0,001
Dagelijkse activiteiten	4,9	4,1	4,9	< 0,001
Familie	4,4	3,9	4,4	n.s.
Sociale relaties	5,3	4,7	4,6	0,001
Financiën	4,0	3,1	4,0	<0,001
Werk & school	5,4 (n=36)	5,3 (n=39)	5,2 (n=4)	n.s.
Veiligheid	4,7	4,1	4,5	0,008
Gezondheid	4,7	4,2	4,9	0,001

- a. zevenpuntsschaal van 1= vreselijk tot 7 = prima
- b. ANOVA

Zowel jongeren als ouderen ervaren hun subjectieve algemene levenskwaliteit als vrij hoog, met een gemiddelde score van 4,8. De groep volwassenen scoort significant lager met 4,1.

Kwetsbare jongeren zijn relatief zeer tevreden over hun sociale relaties. Op de gebieden van dagelijkse activiteiten in de vrije tijd, financiën, veiligheid en gezondheid zijn ze even tevreden als ouderen, terwijl volwassenen daarover iets minder tevreden zijn. Wat betreft werk en school en contacten met familie is er geen verschil in ervaren levenskwaliteit tussen de drie leeftijdsgroepen. Over hun woonsituatie zijn kwetsbare ouderen het meest tevreden.

Lichamelijke klachten

Jongeren hebben minder lichamelijke klachten dan volwassenen en ouderen. Bijna de helft (47%) van hen maakte melding van klachten die hun leven voortdurend beïnvloeden, tegenover ruim de helft (63%) van de volwassenen en ruim driekwart (78%) van de ouderen (zie tabel 9.9.1 in bijlage 4). De meest voorkomende klachten onder kwetsbare jongeren gaan over spieren, skelet en/of bindweefsel (17%) en luchtwegen (18%) (zie tabel 9.9.2 in bijlage 4). Ruim een kwart van de jongeren heeft gebitsklachten en bijna driekwart is de afgelopen twee jaar bij een tandarts geweest.

Zorgbehoeften

Verkommerde en verloederde jongeren hebben vooral behoefte aan hulp bij problemen met drugsgebruik, gebitsverzorging en financiën en in mindere mate met huisvesting, dagbesteding en lichamelijke klachten. Tabel 9.9 toont de belangrijkste hulpbehoeften van jongeren, volwassenen en ouderen.

Tabel 9.9 Leefdomeinen waarop jongeren, volwassenen en ouderen tamelijk of erg veel behoefte aan hulp hebben

Leefdomeinen waar veel behoefte is aan hulp	<i>Jongeren</i> <i>N_{range}=52-87</i> %	<i>Volwassenen</i> <i>N_{range}=137-214</i> %	<i>Ouderen</i> <i>N_{range}=6-55</i> %	Toets ^a p-waarde
Gebitsverzorging / tandheekunde	32	50	35	0,003
Huisvesting	29	50	22	<0,001
Financiën	32	48	32	n.s.
Lichamelijke klachten	27	41	43	0,031
Dagbesteding (vrije tijd)	28	40	11	0,002
Drugsgebruik ^b	37	37	0	<0,001

a. Pearson's Chi-Square

b. Alleen gevraagd als er sprake was van middelengebruik. zonder deze categorie is de laagste N bij de ouderen 48. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat de groep ouderen zo weinig drugsgebruikers bevat (zie tabel 9.6).

In alle drie de leeftijdsgroepen is de behoefte aan hulp op financieel gebied en bij de gebitsverzorging groot.

Relatief veel jongeren hebben behoefte aan hulp bij problemen met drugsgebruik (evenveel als de volwassenen). Dit is opmerkelijk, omdat niet zoveel jongeren zeggen last te hebben van problemen met drugsgebruik (15%; zie tabel 9.9.3 in bijlage 4). Consistent met de hoeveelheid lichamelijke klachten in de

verschillende leeftijdsgroepen is de geringe behoefte van jongeren aan hulp op dit gebied in vergelijking met volwassenen en ouderen.

9.5 Veiligheid, arrestaties en veroordelingen

Slachtoffer

Een opmerkelijk groot deel van de jongeren was het afgelopen jaar slachtoffer van een misdrijf: 40%, tegenover 30% van de volwassenen en 26% van de ouderen. Zij werden vooral slachtoffer van een niet-gewelddadig misdrijf, zoals diefstal. Afgezien van het aantal ouderen dat slachtoffer werd van een misdrijf, komen deze resultaten overigens overeen met cijfers over de gehele Nederlandse bevolking. Jongeren van 18 tot en met 24 jaar worden verhoudingsgewijs namelijk vaak slachtoffer van een misdrijf (40%). Ouderen (vanaf 55 jaar) in de Nederlandse bevolking zijn minder vaak slachtoffer dan die in onze onderzoeksgroep, namelijk 15% (CBS, 2001).

Tabel 9.10 Jongeren, volwassenen en ouderen die in het afgelopen jaar slachtoffer werden van gewelddadige misdrijven, niet-gewelddadige misdrijven en van enig misdrijf

	<i>Jongeren</i> N=86		<i>Volwassenen</i> N _{range} =205-206		<i>Ouderen</i> N=53		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Gewelddadige misdrijven ^b	13	15	39	19	6	11	n.s.
Niet-gewelddadige misdrijven ^c	29	34	41	20	12	23	0,042
Enig misdrijf: gewelddadig en/of niet gewelddadig	34	40	61	30	14	26	n.s.

a. Pearson's Chi-Square; n.s.= niet significant

b. Lichamelijke of seksuele mishandeling of een met geweld gepaard gaande overval.

c. Onder meer: inbraak, diefstal of bedrog.

Arrestaties en veroordelingen

Bijna 40% van de jongeren werd opgepakt en of gearresteerd in verband met een misdrijf. Eenvijfde deel van alle jongeren werd daadwerkelijk veroordeeld voor een misdrijf. Van de volwassenen werd 25% gearresteerd en 20% veroordeeld. Onder de ouderen kwamen helemaal geen arrestaties of veroordelingen voor. Het aantal arrestaties en veroordelingen onder de jongeren is dus relatief groot.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat niet alleen verhoudingsgewijs veel jongeren verdacht worden van strafbare feiten (en daarvoor worden gehoord), maar dat bovendien uit zelfrapportages naar voren komt dat het werkelijke aantal jongeren dat delinquent gedrag vertoont nog aanzienlijk hoger is dan het deel dat in aanraking komt met de politie (SCP, 2000; 2001). Volgens zelfrapportage van scholieren heeft 17% wel eens een delict van enige soort gepleegd en 6% heeft wel eens iets gestolen (NIBUD, 1999). Onder zwerfjongeren liggen de percentages aanzienlijk hoger: bijna negen van de tien zwerfjongeren in Nederland heeft ooit delinquent gedrag vertoond. Ruim acht van de tien Nederlandse zwerfjongeren heeft wel eens gestolen (Van der Ploeg e.a., 1991; in: Van der Ploeg & Scholte, 1997).

Tabel 9.11 Arrestaties en veroordelingen in het afgelopen jaar jongeren, volwassenen en ouderen

	<i>Jongeren</i> N=86		<i>Volwassenen</i> N _{range} =204-208		<i>Ouderen</i> N _{range} =52-54		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
Arrestaties	33	38	51	25	0	0	<0,001
Veroordelingen	18	21	40	19	0	0	0,002 ^b

a. Pearson's Chi-Square

b. Als in de analyse rekening wordt gehouden met het bestaande verschil in het aantal veroordelingen tussen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en gehuisveste mensen, dan is deze uitkomst niet meer significant

9.6 Zorggebruik

Contacten met de maatschappelijke opvang

Jongeren waren in Den Haag ooit tijdens hun leven het meest bij de Soepbus en het Goodwillcentrum (beide dagopvang) en het Passantenverblijf (nachtopvang). Hetzelfde geldt voor de ouderen. De volwassenen maakten in het algemeen veruit het meest gebruik van de maatschappelijke opvang, zowel ooit als in de afgelopen zes maanden. In het half jaar voorafgaand aan het interview vertoonde het gebruik van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang door jongeren ongeveer hetzelfde patroon als ooit tijdens hun leven. Ouderen maakten in de laatste zes maanden echter nauwelijks gebruik van de maatschappelijke opvang. Het feit dat bijna de helft van hen over eigen woonruimte beschikte is hier ongetwijfeld op van invloed geweest (zie tabel 9.3).

Overigens blijkt uit het jaarbericht 2001 van de monitor maatschappelijke opvang dat het aantal jongeren in de residentiële opvang de laatste jaren sterk aan het stijgen is, terwijl het aantal ouderen iets afnam (Wolf, 2001). Het recente gebruik van de maatschappelijke opvang in dit onderzoek door jongeren en ouderen lijkt hiermee consistent te zijn (zie tabel 9.12).

Tabel 9.12 Contacten van jongeren, volwassenen en ouderen met de maatschappelijke opvang in Den Haag, ooit in het leven en in de afgelopen zes maanden

	<i>Jongeren</i> N=86		<i>Volwassenen</i> N=205		<i>Ouderen</i> N=45		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
<i>Ooit tijdens het leven</i>							
Soepbus	19	22	120	59	10	22	< 0,001
Drugpunt	8	9	58	28	0	0	< 0,001
Goodwillcentrum	25	29	117	57	11	24	< 0,001
Aandachtscentrum	5	6	59	29	3	7	< 0,001
Passantenverblijf	20	23	98	48	16	36	< 0,001
Noodcentrum	13	15	44	22	6	13	n.s.
Het Slaaphuis	5	6	34	17	4	9	0,030
<i>Afgelopen zes maanden</i>							
Soepbus	10	12	62	30	4	9	< 0,001
Drugpunt	7	8	49	24	0	0	< 0,001
Goodwillcentrum	19	22	87	42	3	7	< 0,001
Aandachtscentrum	4	5	42	21	2	4	< 0,001
Passantenverblijf	12	14	36	18	3	7	n.s.
Noodcentrum	6	7	21	10	2	4	n.s.
Het Slaaphuis	3	4	8	4	0	0	n.s.

a. Pearson's Chi-square
n.s. = niet significant

Contacten met de hulpverlening

Tabel 9.13 bevat informatie over het gebruik van de gespecialiseerde hulpverlening door jongeren, volwassenen en ouderen.

Jongeren maakten zowel ooit als in de afgelopen zes maanden vooral gebruik van het algemeen maatschappelijk werk (48% en 29%), de ambulante GGZ (33% en 19%) en de intramurale verslavingszorg (21% en 16%). Verder had meer dan de helft van de jongeren ooit en bijna de helft de laatste zes maanden gebruik gemaakt van andere hulp, namelijk begeleid (zelfstandig) wonen, een herstellingsoord en/of (ooit) een kindertehuis.

Het eerdere gebruik van de intramurale GGZ was onder jongeren relatief laag: 13% tegenover 44% van de volwassenen en 38% van de ouderen. Gezien hun leeftijd is het echter logisch dat relatief weinig jongeren opgenomen waren geweest in een psychiatrisch ziekenhuis.

Tabel 9.13 Contacten van jongeren, volwassenen en ouderen met de hulpverlening, ooit in het leven en in de afgelopen zes maanden

	<i>Jongeren</i> N=86		<i>Volwassenen</i> N=205		<i>Ouderen</i> N=45		Toets ^a p-waarde
	n	%	n	%	n	%	
<i>Ooit in het leven</i>							
Ambulante GGZ	28	33	64	35	13	33	n.s.
Intramurale GGZ	11	13	80	44	15	38	<0,001
Ambulante Verslavingszorg ¹⁾	11	13	31	17	2	5	n.s.
Methadonverstrekking	7	8	63	35	0	0	<0,001
Intramurale Verslavingszorg	18	21	59	33	5	13	0,002
AMW	41	48	96	53	17	43	n.s.
Overig	49	57	77	43	22	55	n.s.
<i>Afgelopen zes maanden</i>							
Ambulante GGZ	16	19	35	19	7	18	n.s.
Intramurale GGZ	5	6	14	8	2	5	n.s.
Ambulante Verslavingszorg ^b	5	6	15	8	1	3	n.s.
Methadonverstrekking	6	7	47	26	0	0	<0,001
Intramurale Verslavingszorg	14	16	11	6	0	0	0,002
AMW	25	29	58	32	6	15	n.s.
Overig	38	44	35	19	14	35	<0,001

a. Pearson's Chi-square

n.s. = niet significant

b. Exclusief ambulante verstrekking methadon

In vergelijking met de volwassenen maakten de jongeren weinig gebruik van de methadonverstrekking: 8% ooit en 7% in de laatste zes maanden, tegenover 35% en 26% van de volwassenen. Geen van de ouderen had hiervan ooit gebruik gemaakt. De jongeren hadden daarentegen in de laatste zes maanden relatief veel contact met de intramurale verslavingszorg: 16% tegenover 6% van de volwassenen en (wederom) 0% van de ouderen.

Opname onder drang of dwang

Elf jongeren (13%) gaven aan dat een hulpverlener in het afgelopen jaar expliciet had aangegeven de persoon op te willen laten nemen in een psychiatrische kliniek of verslavingskliniek (zie tabel 9.14). Bij negen van hen werd inderdaad minstens één poging tot opname gedaan. Bij de meest recente poging hadden zeven jongeren toestemming gegeven voor de opname en waren er twee tegen hun wil opgenomen.

Bij achttien volwassenen (9%) was door een professional een voornemen tot een opname uitgesproken. Bij zestien daarvan was tenminste één poging tot opname gedaan en elf daarvan hadden bij de meest recente poging toestemming tot opname gegeven. Vijf volwassenen werden tegen hun wil opgenomen.

En van de vier ouderen (7%) waarbij een hulpverlener een initiatief tot opname deed werden er drie vrijwillig opgenomen en een tegen zijn wil.

In tabel 9.14 staan alle cijfers over opnamen onder drang of dwang in het afgelopen jaar. De tabel is leesbaar als trechter, in die zin dat op elke regel personen afvallen.

Tabel 9.14 Ervaringen van jongeren, volwassenen en ouderen met opname onder drang of dwang in het afgelopen jaar

	<i>Jongeren</i> <i>N=87</i>		<i>Volwassenen</i> <i>N=209</i>		<i>Ouderen</i> <i>N=55</i>	
	n	%	n	%	n	%
Expliciet uitgesproken voornemen tot opname in het afgelopen jaar	11	13	18	9	4	7
Poging tot opname (tenminste 1)	9	10	16	8	4	7
Toestemming gegeven ^a	7	8	11	5	3	5
Tegen wil opgenomen ^a	2	2	5	2	1	2

a. bij de meest recente opname

Opname op eigen verzoek

Van alle jongeren had 17% in het jaar voorafgaand aan het interview zelf een verzoek gedaan tot een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of een verslavingskliniek. Bij het merendeel van hen (dertien van de vijftien) was daarop tenminste één opname gevolgd. Eén van hen was naar aanleiding van het meest recente verzoek niet opgenomen.

Ook van de volwassenen (N=208) had 17% in het afgelopen jaar een verzoek tot opname gedaan. Bij 26 van hen was op dit verzoek tenminste één keer ingegaan. Eén van hen was bij het meest recente verzoek echter niet opgenomen.

Van de drie ouderen (6%) met een eigen verzoek tot opname was er bij één een opname gerealiseerd.

In tabel 9.15 staan de cijfers over opnamen op eigen verzoek bij elkaar. De tabel kan weer gelezen worden als trechter (als tabel 9.14).

Tabel 9.15 Ervaringen van jongeren, volwassenen en ouderen met opname op eigen verzoek in het afgelopen jaar

	<i>Jongeren</i> N=86		<i>Volwassenen</i> N=208		<i>Ouderen</i> N=55	
	n	%	n	%	n	%
Expliciet uitgesproken verzoek tot opname in het afgelopen jaar	15	17	36	17	3	6
Poging tot opname (tenminste 1)	13	15	26	13	1	2
Opgenomen op verzoek (vrijwillige basis) ^a	12	14	25	12	1	2

a. bij de meest recente opname

Eigen verzoek, drang en dwang bij opname

De samenhang tussen opnamen die al dan niet op eigen verzoek werden gerealiseerd en de toepassing van dwang bij die opnamen onderzoeken wij hier voor de jongeren, omdat voor de volwassenen en de ouderen de gegevens al in hoofdstuk 8 gepresenteerd zijn. De gegevens gaan over de meeste recente opnamen in het jaar voorafgaand aan het interview.

In de groep jongeren (N=87) is het beeld als volgt.

- Bij 68 jongeren (78%) was er in het jaar voorafgaand aan het interview geen enkel initiatief voor een opname, noch van de kant van de persoon zelf, noch van die van een professional, en werden ook geen opnamen gerealiseerd.
- Twaalf jongeren (14%) werden opgenomen op eigen verzoek.
- Bij één jongere (1%) ging de opname op eigen verzoek om ons onbekende redenen in tweede instantie niet door.
- Drie jongeren (3%) stemden in met het initiatief van professionals voor een opname.
- Twee jongeren (2%) werden, na bemoeienis van een professional, tegen hun wil opgenomen.
- Van één jongere (1%) zijn deze gegevens niet bekend.

DEEL 3

Gradaties van marginalisering en Beschouwing

10 Gradaties van marginalisering

10.1 *Inleiding*

Wij veronderstelden bij de start van dit onderzoek dat er tussen groepen mensen verschillen zouden zijn in mate van marginalisering. Deze assumptie gaan wij in dit hoofdstuk toetsen. Verder gaan wij na wat de relatie is van marginalisering met subjectief ervaren kwaliteit van leven, zorgbehoeften en met zorggebruik.

10.2 *Index voor marginalisering*

Uit het vooronderzoek sprongen er vier leefgebieden uit die betrokkenen zeer relevant vonden bij het herkennen van extreme marginalisering, namelijk huisvesting, zelfverzorging, veiligheid, en psychische problemen en verslaving. Sleutelfiguren in Den Haag associeerden marginalisering verder vooral met mensen die gebruik maakten van de maatschappelijke opvang. Later bleek tijdens de groepsinterviews (zie hoofdstuk 2) dat de deelnemers marginalisering spontaan vooral ook in verband brachten met meervoudige problemen, gebrek aan relaties en sociale steun, psychische problemen, verslaving en lichamelijke problemen.

Deze aanwijzingen gebruikten wij bij het construeren van een index voor marginalisering. De index bestaat uit elf indicatoren voor marginalisering³⁵, en die hebben betrekking op het volgende.

- Veiligheid
 - 1 slachtoffer van gewelddadig misdrijf
 - 2 veroordeling voor enig misdrijf
- Huisvesting
 - 3 twee of meer verschillende woonsituaties in afgelopen jaar
- Zelfverzorging
 - 4 tekortschietende persoonlijke hygiëne
- Contacten
 - 5 minder dan één keer per maand familie- en of sociale contacten

³⁵ Gebruik van laagdrempelige opvangvoorzieningen werd niet als indicator in de index opgenomen, omdat dit in dit onderzoek een criterium was voor de selectie van de groep feitelijk dakloze mensen. Inclusie van deze indicator, zo analyseerden wij, maakt de afstand tussen de groep feitelijk daklozen en de andere groepen alleen maar groter, maar verandert de gevonden significante verschillen tussen de groepen niet.

- Werk en activiteiten
 - 6 ontbreken van wit en of zwart werk in afgelopen jaar
 - 7 minder dan vier activiteiten
 - 8 inkomstenverwerving uit illegale activiteiten en prostitutie
- Psychische gezondheid
 - 9 actuele depressie en of schizofrene stoornis
- Verslaving
 - 10 actuele afhankelijkheid van alcohol en of harddrugs
- Lichamelijke gezondheid
 - 11 twee of meer lichamelijke klachten

De schaal van de index gaat van 0 (geen marginalisering) tot 11 (extreme marginalisering).

10.3 *Gemiddelde scores op index*

Feitelijk dakloze mensen verschillen ten opzichte van de andere twee, naar huisvestingssituatie ingedeelde, groepen significant in de mate van marginalisering (Oneway Anova: $F(2,230) = 46.8$; $p < 0,001$). Er werden in dit opzicht geen verschillen gevonden tussen residentieel dakloze mensen en marginaal gehuisveste mensen. Wij vonden de volgende scores.

- Feitelijk dakloze mensen: 5,3 (standaardafwijking (SD): 1,7)
- Residentieel dakloze mensen: 2,9 (SD: 1,6)
- Kwetsbare marginaal gehuisveste mensen: 3,3 (SD: 1,6)

Er waren in mate van marginalisering geen significante verschillen tussen kwetsbare jongeren en ouderen. Wel waren volwassenen significant meer gemarginaliseerd dan de zojuist genoemde leeftijdscategorieën (Oneway Anova: $F(2,288) = 17.0$; $p < 0,001$). Scores waren als volgt.

- Jongeren: 3,1 (SD: 1,6)
- Volwassenen: 4,1 (SD: 1,9)
- Ouderen: 2,5 (SD: 1,0)

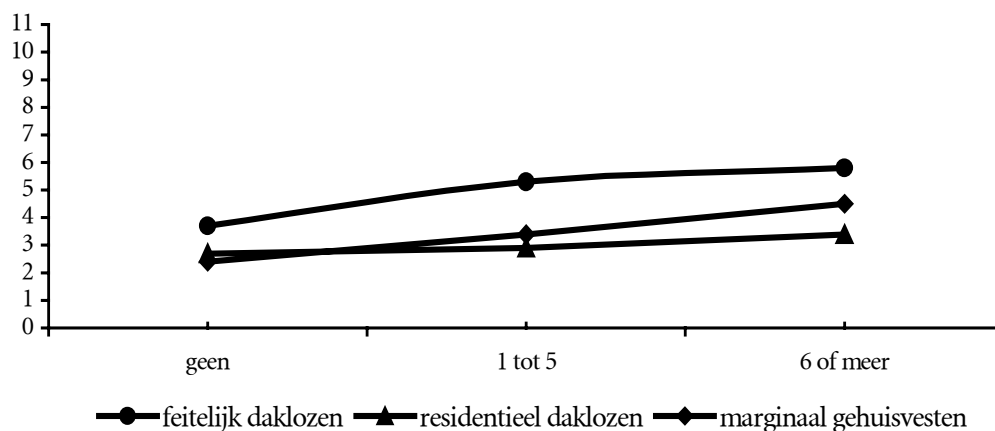
De scores op de index bevestigen dat de onderzochte groepen sterk in achterstandssituatie verschillen. Feitelijk dakloze mensen staan dicht bij het negatieve einde van een denkbeeldig continuüm van deprivatie en uitsluiting. Marginaal gehuisveste mensen bewegen zich meer naar het midden van dit continuüm toe, en residentieel dakloze mensen zijn nog iets meer in de richting van het positieve einde ervan te vinden. Nemen wij leeftijd als uitgangspunt

dan is de locatie op het continuüm gerekend vanaf de pool met de meeste marginalisering eerst volwassenen, dan jongeren en vervolgens ouderen. Vanzelfsprekend kan de positie van de groepen op dit continuüm veranderen, bijvoorbeeld door een beter bereik door de hulpverlening en een passender aanbod.

10.4 Marginalisering en zorgbehoeften

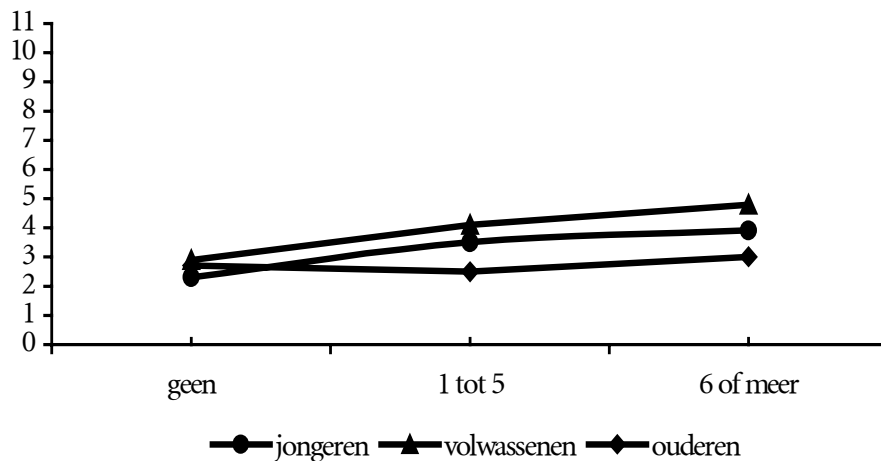
Als wij het aantal zorgbehoeften (een indicatie voor meervoudige problemen) als uitgangspunt nemen dan verschuiven de groepen op het genoemde continuüm maar weinig. Wij vonden een significant verband tussen de mate van marginalisering en aantallen zorgbehoeften³⁶. Hoe hoger de score op de marginaliseringindex des te meer zorgbehoeften er zijn. In onderstaande figuren is dit verband zichtbaar gemaakt voor de onderscheiden groepen naar huisvestingssituatie en leeftijd.

Figuur 10.1 Gemiddelde marginaliseringsscore naar aantallen zorgbehoeften en naar huisvestingssituatie



³⁶ Een logistische regressie werd uitgevoerd met aantallen zorgbehoeften als afhankelijke variabele en groepen naar huisvesting (feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten), groepen naar leeftijd (jongeren, volwassenen en ouderen) en marginaliseringsscores als onafhankelijke variabelen. Het verband tussen marginaliseringsscores en aantallen zorgbehoeften was significant: $\chi^2 = 15,4$, $df=2$, $p < 0.001$.

Figuur 10.2 Gemiddelde marginaliseringscore naar aantallen zorgbehoeften en naar leeftijdsgroep



10.5 Marginalisering en subjectieve kwaliteit van leven

Er bestaat in alle groepen een significant negatieve relatie tussen de mate van marginalisering en de subjectief ervaren algemene levenskwaliteit. Dit houdt in dat lage scores op de index, zoals bij residentieel daklozen en ouderen, samen gaan met een hoge subjectief ervaren levenskwaliteit (zie tabel 10.1).

Tabel 10.1 Relatie tussen mate van marginalisering en subjectief ervaren levenskwaliteit

	Index voor marginalisering ^a	Subjectief ervaren levenskwaliteit ^b	Correlatie (r^2) en p-waarde
Feitelijk dakloze mensen	5,3	3,5	-,038, $p < 0,0009$
Residentieel dakloze mensen	2,9	4,8	-,023, $p < 0,0428$
Marginaal gehuisveste mensen	3,3	4,3	-0,41, $p < 0,0001$
Jongeren	3,1	4,8	-0,54, $p < 0,001$
Volwassenen	4,1	4,1	-0,39, $p < 0,001$
Ouderen	2,5	4,8	-0,33, $p < 0,0346$

a. Hoe hoger de score, hoe meer gedepriveerd

b. Hoe lager de score, des te lager de ervaren levenskwaliteit

Een hoge mate van deprivatie, zoals bij feitelijk daklozen, correleert juist met een lage tevredenheid met het leven als geheel. Bij elke groep betekent een eenheid hoger op de marginaliseringsindex een daling van satisfactie met 0,38.

Deze onderzoeksresultaten maken het vrijwel onmogelijk om nog te veronderstellen dat dakloze mensen zelf zouden kiezen voor een daklozenbestaan.

10.6 *Marginalisering en zorggebruik*

In geen van de onderzochte groepen vonden wij een significant verband tussen de mate van marginalisering en het zorggebruik. Specifieker uitgedrukt: in elke groep is de mate van marginalisering gelijk voor mensen die geen hulp krijgen, die van het AMW hulp krijgen of die gespecialiseerde ambulante hulp (geestelijke gezondheidszorg én verslavingszorg) krijgen. Bij het zorggebruik lijkt toeval welhaast een grotere rol te spelen dan de ernst van situaties van mensen.

In het oog springt ook, dat feitelijk dakloze mensen met, zoals wij eerder aangaven, de meeste zorgbehoeften en de laagste subjectief ervaren levenskwaliteit, verhoudingsgewijs de minste hulp krijgen. Ze krijgen in ieder geval niet meer hulp, terwijl ze wel meer zorgbehoeften articuleren.

11 Beschouwing

11.1 *Inleiding*

Dit onderzoek had twee doelen. Voor de eerste doelstelling, het krijgen van inzicht in zogenoemde risico-indicatoren voor marginalisering, voerden wij een literatuurstudie uit en deden wij een serie groepsinterviews met gemarginaliseerde mensen, familieleden en professionals. Voor de tweede doelstelling, het krijgen van inzicht in de kenmerken en situatie van verkommerde en verloederde mensen, hielden wij gestructureerde interviews met bijna 360 mensen bij ruim vijftig vindplaatsen in de gemeente Den Haag.

In deze beschouwing integreren wij de resultaten van dit onderzoek en wijzen wij ook op beperkingen van dit onderzoek. Eerst komt aan de orde wat wij in dit onderzoek te weten zijn gekomen over risico-indicatoren voor verkommering en verloedering en over de levensomstandigheden van de onderzochte groepen gemarginaliseerde mensen. Wij ordenen de gegevens daarbij naar de eerder gebruikte niveaus: macro, meso, micro (respectievelijk samenleving, instanties, buurt, groep, gezin & hulpverlening, en individueel functioneren). In de volgende paragraaf gaan wij uitgebreid in op enerzijds de zorgbehoeften van de geïnterviewde mensen en anderzijds hun actuele zorggebruik. Daarna gaan wij in op de generaliseerbaarheid van de bevindingen en formuleren wij aanbevelingen op basis van de onderzoeksresultaten.

11.2 *Risico-indicatoren en levensomstandigheden*

11.2.1 *Macroniveau: ongunstige voorwaarden*

Op het niveau van de samenleving zijn er zeker factoren werkzaam die een verhoogd risico inhouden op deprivatie en uitsluiting. Enkele door de deelnemers tijdens de groepsinterviews genoemde indicatoren overlappen of raken met die uit de literatuur. Trefwoorden zijn individualisering, afbrokkeling van norm- en zingevende kaders, een maatschappij die te zeer is gericht op presteren en teveel van kwetsbare burgers vraagt, te grote nadruk op eigen verantwoordelijkheid van mensen, en te geringe inspanningen bij overheden om mensen binnenboord te houden. Overigens vonden de deelnemers de indicatoren op dit macroniveau in het proces van marginalisering minder bepalend dan die op meso- en microniveau. Opvallend is ook dat zij een lage sociaal economische status niet erg risicovol achten voor maatschappelijke achterstand, terwijl die in de literatuur hiervoor wel regelmatig als risico-indicator wordt genoemd.

In dit project hebben wij geen onderzoek gedaan naar factoren op dit macro-niveau. Wel hebben wij het sociaal-demografische en -economische profiel van gemarginaliseerde mensen vastgesteld. Zonder enige twijfel hebben de geïnterviewde mensen een lage sociaal economische status. Wij kunnen geen uitsluitel geven of de lage SES bij deze mensen oorzaak of gevolg was van hun deprivatie. Desalniettemin geven de cijfers over de genoten opleiding de indruk dat de mensen op dit punt betrekkelijk weinig hebben meegekregen. In ieder geval is duidelijk dat de toegang van de geïnterviewde mensen, vooral ook in vergelijking met de bevolking in Den Haag en in Nederland, tot zogenoemde maatschappelijke goederen (opleiding, arbeid en inkomen) zeer beperkt is. Zij scoren hoog op de index voor maatschappelijk achterstand die het Sociaal en Cultureel Planbureau voor individuen ontwikkelde (zie ook Wolf e.a., 2000). Bovendien zijn zij veel vaker dan de Haagse of Nederlandse bevolking alleenstaand of gescheiden, en dus meer op zichzelf teruggeworpen.

Overigens geven de onderzoeksgegevens geen uitsluitel over de (illegale) verblijfsstatus van de allochtonen in dit onderzoek, maar wat er in de maatschappelijke opvang omgaat is vaak een afspiegeling van wat er in de samenleving gebeurt. Naarmate achterstandsgroeperingen kwetsbaarder zijn, zal dit op enige termijn leiden tot een instroom in de maatschappelijke opvang, in eerste instantie bij de bed-, bad- en brood-voorzieningen, naderhand ook bij de woonvoorzieningen. Tegen deze achtergrond moeten de door de onderzoekers opgevangen signalen bekeken worden dat illegalen, vluchtelingen, Oost-Europeanen en Aziaten in toenemende mate opduiken in het daklozen-circuit. Dit onderzoek geeft geen zicht op deze groepen.

11.2.2 *Mesoniveau: non-participatie*

Alles duidt erop dat een onstabiele en onveilige opvoedingssituatie, en als extreme vorm ervan kindermishandeling, mensen kwetsbaarder maakt en op achterstand kan zetten. Het ontbreken van betrouwbare en liefdevolle primaire verzorgers op jonge leeftijd kan zijn schaduwen ver vooruit werpen. Behalve om lichamelijke, geestelijke en of seksuele mishandeling, gaat het onder meer om onthechting, onveiligheid en verlies. Op dit niveau gaan nog andere verschijnselen samen met deprivatie, en ook hierover is er overeenstemming tussen de visie van de deelnemers en wat wij vonden in de literatuur, namelijk: een cumulatie van ingrijpende levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen, meervoudige problemen op diverse leefgebieden, het gebrek aan relaties en sociale steun, en een niet goed functionerende, weinig responsieve hulpverlening (waarover in de volgende paragraaf meer). De in de literatuur gesignaleerde afnemende verbondenheid tussen mensen in de lokale leefomgeving maakt het kwetsbare mensen moeilijker om te blijven aanklampen.

Dit onderzoek bevestigt dat uiteenlopende partijen verschillende visies hebben op marginalisering.

- Opvallend was hoeveel gewicht professionals in de marginalisering van mensen toekenden aan een gebrekkige hulpverlening, daarbij de hand in eigen boezem stekend.
- Anders dan familieleden en professionals beschouwden kwetsbare mensen zelf het niet participeren in de samenleving als meest typerend voor marginalisering. Hun visie sluit aan bij wat in de literatuur wordt samengevat in de noemers 'non-participatie en inactiviteit' en 'onvolwaardig burgerschap'.
- Zoals wij straks nog zien, brachten familieleden maatschappelijk afglijden vooral in verband met verslaving.

In dit onderzoek hebben wij niet empirisch onderzocht hoe mensen achterop raken. De literatuur is hierop wel geraadpleegd. Maar er zijn geen primaire gegevens verzameld over de biografie van mensen, het proces van maatschappelijk afglijden, en de rol van de hulpverlening hierin. Wel hebben tijdens de interviews en de groepsinterviews mensen ons gebeurtenissen en fragmenten uit hun leven toevertrouwd. En die wijzen onmiskenbaar in de richting van veel leed en verlies, vroeger en nu. De focus van de interviews lag vooral op de situatie van de mensen in het hier-en-nu; wat zijn hun levensomstandigheden, hoe functioneren zij en hoe ervaren zij de kwaliteit van hun leven? Overigens kwamen wij, door uiteenlopende groepen te onderzoeken, verschillen in kwaliteit van leven en marginalisering op het spoor.

Lage kwaliteit van leven

Belangrijke constatering in dit onderzoek is dat in de populatie verkommerden en verloederden de objectieve en subjectief ervaren levensomstandigheden van subgroepen aanzienlijk verschillen.

- Feitelijk dakloze mensen waren duidelijk het slechtst af. Zij hadden recent minder gewerkt, hadden weinig dagelijkse activiteiten, verkregen hun inkomen veel vaker door zogenoemde illegale activiteiten, hadden minder geld voor basale levensbehoeften, werden veel vaker gearresteerd en waren ook meer slachtoffer van een misdrijf. Ook hun gezondheidstoestand was slechter. Hun subjectief ervaren levenskwaliteit was met een score van 3,5³⁷ bijzonder laag, ook in vergelijking met ander onderzoek bij vergelijkbare groepen.

³⁷ Mensen werd gevraagd hun algemene levenskwaliteit te scoren op een zevenpuntsschaal die gaat van 1= vreselijk tot 7= prima.

- Bij marginaal gehuisveste mensen waren de objectieve levensomstandigheden gunstiger, ook in vergelijking met die van residentieel dakloze mensen. Tegen de verwachting in waardeerden zij hun algemene levenskwaliteit echter negatiever dan residentieel dakloze mensen (4,3 tegen 4,8). Iets soortgelijks speelt bij de ervaren levenskwaliteit in de leeftijdsgroepen een rol. Want hoewel in sommige opzichten de objectieve levensomstandigheden van kwetsbare jongeren zeker gunstiger waren dan die van ouderen, waren beide groepen even tevreden over hun leven (beide 4,8).

Op basis van deze resultaten concluderen wij het volgende.

- Zonder een min of meer stabiele plek om te leven en te slapen, hetzij in woonvoorzieningen, hetzij in eigen woonruimte, raakt het maatschappelijk functioneren en welbevingen van mensen beneden een maatschappelijk aanvaardbaar minimumniveau.
- Het hebben van eigen woonruimte is op zich geen voldoende voorwaarde voor een zekere tevredenheid van mensen met het leven als geheel. Daar is meer voor nodig, en dit wordt ook door ander onderzoek bevestigd. Bij dakloze mensen in Los Angeles had het krijgen van huisvesting weliswaar een positieve invloed op hun tevredenheid met huisvesting, maar dit leidde niet tot een hogere ervaren algemene levenskwaliteit (Wolf e.a., 2001). En in een ander onderzoek bleven verschillen tussen dakloze mensen en andere achterstandsgroepen bestaan nadat rekening was gehouden met de invloed van dakloosheid op de gerapporteerde levenskwaliteit (Lehman, 1995).
- De onderzochte groepen lijken uiteenlopende referentiekaders te hanteren in hun beoordeling van hun kwaliteit van hun leven, en dit sluit aan bij bevindingen uit ander onderzoek (Boevink e.a., 1995). Marginaal gehuisveste mensen vergelijken zich vermoedelijk vooral met mensen met een eigen huis, te meer ook daar de meesten van hen nooit feitelijk dakloos waren; en residentieel dakloze mensen oriënteren zich in hun beoordeling vooral op situaties van feitelijke dakloosheid. Ouderen zullen in vergelijking met jongeren waarschijnlijk minder aspiraties en verwachtingen hebben en al met weinig tevreden zijn. Jongeren hebben nog een heel leven voor zich, terwijl volwassenen zich met name spiegelen aan leeftijdsgenoten met een huis, een relatie, kinderen en werk (Van Doorn, 2002). Voor hen is het contrast nog het meest schrijnend.

Dit onderzoek maakt duidelijk, mede door de gehanteerde index voor marginalisering, dat de onderzochte groepen sterk in achterstandssituatie verschillen, en de populatie verkommerde en verloederde mensen in dit opzicht dus

allerminst homogeen is. Belangrijke constatering in dit onderzoek is de significant negatieve relatie in alle groepen tussen de mate van marginalisering en de subjectief ervaren algemene levenskwaliteit. Hoe meer gemarginaliseerd des te ontevredener zijn mensen met hun leven als geheel.

Dakloosheid als scharnierpunt

Ernstige problemen met en rond huisvesting vonden sleutelfiguren en panelleden in het vooronderzoek, en later ook de deelnemers aan de groepsinterviews, heel belangrijke graadmeters voor marginalisering. Om die reden besteden wij er apart aandacht aan. Uniek aan dit onderzoek is dat wij mensen in verschillende huisvestingsituaties en in verschillende fases van hun leven hebben onderzocht.

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat gezien de grote verschillen tussen de groepen in objectieve en subjectieve kwaliteit van leven en in mate van marginalisering, feitelijke dakloosheid een essentieel scharnierpunt is in het proces van verkommering en verloedering. Eenmaal op straat is het risico op verder afglijden naar de absolute marge van de samenleving bijzonder groot (zie ook Spierings, 1998; Van Doorn, 2002). Dakloosheid, zeker als die langer aanhoudt, duidt inderdaad op een extreme vorm van marginalisering. Dit laat vanzelfsprekend onverlet, dat mensen met een dak boven hun hoofd ook zeer gemarginaliseerd kunnen zijn.

Het in kaart brengen van de feitelijke dakloosheid van de geïnterviewde mensen heeft nog tot andere belangrijke inzichten geleid.

- Het merendeel van de gemarginaliseerde mensen met eigen woonruimte was geen dag van hun leven feitelijk dakloos en bij degenen die dat wel ooit waren, duurde die situatie relatief kort. Hoewel de huisvestingssituatie van deze mensen relatief stabiel was, loopt een deel van deze groep een reële kans om dakloos te worden. Eenvijfde deel is zwaar alcoholgebruiker, bijna eenderde gebruikt harddrugs en er is grote ontevredenheid met de financiële situatie en ook grote behoefte aan hulp-erbij. En uit dit onderzoek weten wij dat verslaving en schulden een groot risico inhouden op verdere marginalisering. Bij deze groep is preventie van dakloosheid van eminent belang.
- Feitelijk dakloze mensen hadden gedurende hun leven gemiddeld vijf jaar geen dak boven hun hoofd, voor ruim eenderde deel duurde de dakloosheid vijf jaar of langer. Hun overnachtingssituatie was weinig stabiel. Meer dan tweederde sliep in de maand voor het interviews minstens een nacht buiten, 40% sliep zelfs veertien dagen of meer buiten. Deze mensen lijken

welhaast ingeburgerd in het daklozenbestaan en een niet onaanzienlijk deel maakt ook deel uit van een daarmee overlappende drugscene. Eenmaal langer op straat lijkt de kans op langdurige dakloosheid iedere dag onevenredig toe te nemen. Ook deze constatering doet het belang onderstrepen van preventie van dakloosheid en van vroegtijdige interventie in de eerste periode van het daklozenbestaan (Van Doorn, 2002). De vraag is natuurlijk hoe het komt dat deze feitelijk dakloze mensen zoveel buiten slapen en niet in woonvoorzieningen terecht kunnen. Behalve een capaciteitsprobleem, is hierbij in het geding de veelgehanteerde contra-indicatie van harddrugsgebruik in woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang. Dit is niet alleen in Den Haag het geval, maar in nogal wat andere grote en middelgrote steden in Nederland.³⁸

- Eenderde van de residentieel daklozen was nooit feitelijk dakloos. Hoewel in dit onderzoek niet is gevraagd naar de woonplaatsen voorafgaand aan de dakloosheid, wijzen andere gegevens erop dat veel bewoners van de opvangvoorzieningen direct vanuit hun eigen huis, kamer en waarschijnlijk ook vanuit een psychiatrisch ziekenhuis of beschermende woonvorm in het woonsysteem in de maatschappelijk opvang terecht kwamen. Op voorhand mag de noodzaak van opvang van deze mensen niet worden betwist. Wel is nader onderzoek nodig naar de vraag of er vanuit de GGZ niet ten onrechte uitstoot van ‘moeilijke mensen’ plaatsvindt naar de maatschappelijke opvang. Is de opvang wel de best passende plek voor deze mensen en wordt de capaciteit van deze voorzieningen wel optimaal benut? Zijn er alternatieve opvangvoorzieningen voor deze groep waardoor capaciteit kan vrijkomen voor de feitelijk daklozen die op straat leven?
- Bijna de helft van de jongeren was in hun leven nooit feitelijk dakloos, en bij degenen die ooit dakloos waren, duurde die periode korter dan een jaar. Vrij alarmerend vinden wij de constatering dat in de maand voorafgaand aan het interview 16% van de jongeren buiten sliep, 6% zelfs vijftien of meer nachten, 17% in de nachtopvang verbleef en een kwart in een woonvoorziening in de opvangsector een plek had. Bovendien was hun woonsituatie tamelijk onstabiel. Willen deze jongeren niet in de voetsporen treden van feitelijk dakloze mensen dan zijn forse inspanningen nodig om deze groep weer binnenboord te halen en bij de nog bij familie inwonende jongeren te werken aan preventie van dakloosheid.

³⁸ Mede naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek laat de gemeente Den Haag nader onderzoek doen naar (uitbreiding van) woonfaciliteiten voor dakloze, langdurig verlaafde mensen en naar de redenen waarom deze mensen zo moeilijk bij de reguliere opvang terecht kunnen. Gemeente en andere betrokken partijen zijn bijvoorbeeld in Utrecht en in Nijmegen bezig met uitbreiding van woonfaciliteiten voor deze groep.

- Eenderde van de groep ouderen was ooit feitelijk dakloos en dat duurde gemiddeld 2,5 jaar. In de maand voorafgaand aan het interview hadden vrijwel alle ouderen een behoorlijk stabiele woonomgeving: 45% verbleef bij familie of vrienden en 48% had een plek in een woonvoorziening. Slechts enkelen sliepen in de nachtopvang of buiten. De kans op dakloosheid lijkt bij deze groep niet groot. Of het moet de niet ondenkbeeldige situatie zijn dat de bij hun ouders inwonende mensen in de problemen komen als de ouders overlijden.

Onveiligheid

Bedreigingen voor eigen en andermans veiligheid zagen sleutelfiguren en panelleden in het vooronderzoek als zeer relevante indicatoren voor verkommering en verloedering. In de groepsinterviews werd vooral gewezen op de onveiligheid en criminaliteit die samenhangt met harddruggebruik. Ook dit domein verdient daarom extra aandacht. De onderzoeksresultaten bevestigen dat mensen in de marge van de samenleving in een zeer onveilige wereld leven. Vrouwen zijn significant nog vaker slachtoffer van geweldsmisdrijven. In vergelijking met de Nederlandse bevolking (5%) zijn zij opvallend veel vaker slachtoffer van misdrijven:

- Feitelijke dakloze mensen: 44%
- Residentieel dakloze mensen: 18%
- Marginaal gehuisveste mensen: 35%
- Jongeren: 40%
- Ouderen: 26%

Feitelijk dakloze mensen zijn significant vaker slachtoffer van een misdrijf dan de andere groepen. Factoren die nog met slachtofferschap samenhangen zijn een instabiele woonsituatie, dus veel wisselingen, en de verwerving van inkomsten uit illegale activiteiten. Wij vonden geen samenhang met geslacht³⁹, duur van feitelijke dakloosheid in het leven, alcohol- of drugsdiagnoses (actueel en ooit) of depressie.

Dit onderzoek wijst erop dat extreme marginalisering van burgers in de samenleving bij andere burgers gemakkelijk kan leiden tot gevoelens van onveiligheid. Het plegen van misdrijven hangt namelijk significant samen met verwerving van inkomsten uit illegale activiteiten, drugsverslaving (ooit en actueel), een lange duur van feitelijke dakloosheid en veel wisselingen in huisvesting. Het zijn vooral mannen/volwassenen. Het zijn, kortom, significant vaker

³⁹ Om verwarring te voorkomen: het gaat hier om geweldadige én niet-geweldadige misdrijven. Zoals gezegd, zijn vrouwen significant vaker slachtoffer van een gewelddadig misdrijf.

feitelijk dakloze mensen.⁴⁰ De uitsluiting van deze mensen, vanwege hun verslaving ook uit de woonvoorzieningen, werken overlast (delicten) en criminalisering (arrestaties) in de hand. Overigens waren bij jongeren de percentages veroordelingen, arrestaties en detenties ook hoog. Er moet dus alles op alles worden gezet om bij jongeren verder afglijden naar chronische dakloosheid, meer drugsgebruik en criminaliteit te voorkomen.

Opmerkelijke bevinding van dit onderzoek is ook dat, anders dan de drie andere groepen, feitelijk dakloze mensen en kwetsbare jongeren in het jaar voorafgaand aan het interview strafbare feiten pleegden (respectievelijk 15 en 10%) om zo, via tussenkomst van de politie, hulp of onderdak te krijgen. Hoewel hun manier van doen niet direct op prijs zal worden gesteld, doen zij hiermee toch onmiskenbaar een appèl op anderen om, al is het tijdelijk, uit de situatie te komen.

De onderzoeksresultaten over veiligheid maken duidelijk dat aan de marginalisering van mensen hoge materiële en immateriële maatschappelijke kosten zijn verbonden.

11.2.3 *Microniveau: kwetsbaar*

Psychische stoornissen en alcohol- en drugsverslaving komen uit alle in dit onderzoek geraadpleegde bronnen naar voren als serieuze bedreigingen voor de kwaliteit van leven van mensen. Familieleden vinden, zoals gezegd, verslaving, naast een aanleg om in een psychose te raken, zelfs een van de grootste risico's. Deels hiermee in contrast staat dat kwetsbare mensen zelf het forse gebruik van alcohol niet echt als een probleem ervaren (straks meer hierover). Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat (onbehandelde) lichamelijke problemen met marginalisering samengaan. Eén van de trefwoorden op dit niveau is dus een slechte gezondheidstoestand.

De groepsinterviews en de literatuur maken duidelijk dat op dit niveau ook een gebrekkige identiteitsontwikkeling en persoonlijkheidstrekken of persoonlijke disposities er toe doen. Overigens is het nog geen uitgemaakte zaak of een gebrek aan draagkracht en veerkracht een persoonlijkheidskenmerk is of een gevolg van verhoogde kwetsbaarheid als gevolg van ingrijpende levensgebeurtenissen op jonge leeftijd (De Ridder, 1990).

De groepsinterviews maken duidelijk dat kwetsbare mensen geneigd zijn om hun miserabele situatie vooral aan eigen incompetentie en gebrek aan

⁴⁰ Wij vonden geen samenhang met een alcoholdiagnose (ooit, actueel), depressie of met het slachtoffer zijn geweest van misdrijven.

karakter te wijten. Veelzeggend is in dit verband ook dat dakloze mensen veel meer dan gehuisveste mensen marginalisering in verband brachten met een gebrek aan zelfvertrouwen en zelfwaardering, een gebrekkig zelfinzicht en een gebrek aan wilskracht en doorzettingsvermogen. Zij verweten het zichzelf dat ze de hoop op verandering hadden opgegeven.

Uit de literatuur weten wij echter dat als mensen steeds weer opnieuw ervaren dat zij geen controle over situaties en omstandigheden hebben zij op den duur opgeven, gedeprimeerd raken, zich isoleren en ook niet meer in staat zijn tot handelen of beslissingen nemen. Deze zogenoemde aangeleerde hulpeloosheid kan ook verklaren waarom het dakloze mensen niet of nauwelijks lukt om op eigen kracht het marginaliseringsproces te keren. Het gebrek aan zelfredzaamheid en aan competenties, dat zo typerend wordt gevonden voor marginalisering, kan hiermee verband houden. De gesignaleerde hospitaliseringsverschijnselen in opvangvoorzieningen doen vermoeden dat de hulpeloosheid van mensen hier eerder wordt versterkt dan gekeerd, met alle verlies van eigenwaarde en zelfrespect van dien. Niet mag worden uitgesloten dat een deel van de mensen in een andere, meer responsieve omgeving in staat blijkt om hun hulpeloosheid af te leren en weer meer controle over hun leven te krijgen. Elk individu zal in zo'n proces tegen eigen grenzen aanlopen. Niet te ontkennen valt dat veel mensen, alleen al door het forse gebruik van alcohol- en harddrugs beschadigd zijn. Nader onderzoek naar de gesignaleerde hospitaliseringsverschijnselen in de opvang en naar de gevolgen ervan voor betrokkenen is nodig.

Psychische problemen

In dit onderzoek beperkten wij ons tot twee van de belangrijkste psychische stoornissen, namelijk depressieve stoornissen en schizofrene stoornissen, die van de psychotische stoornissen ook de meest ernstige is. Gezien de hoeveelheid andere vragen tijdens het interview was het niet mogelijk prevalenties van nog andere stoornissen vast te stellen; de vragen over depressieve en schizofrene stoornissen – nodig om een zo betrouwbaar mogelijk beeld ervan te krijgen – kostten naar verhouding al veel tijd (zie bijlage 3). Wat zijn de conclusies?

- Hoewel ernstige psychische problemen een serieus risico vormen voor maatschappelijk afglijden en hiermee ook samen kunnen gaan, blijkt uit dit onderzoek dat lang niet alle gedeprimeerde mensen ook psychisch ziek zijn. Wel zijn de gevonden prevalenties schizofrene en depressieve stoornissen in de onderzochte groepen hoger dan die in de Nederlandse bevolking.

- Schizofrene stoornissen werden in dit onderzoek vastgesteld bij 4 à 5% van de dakloze mensen en de marginaal gehuisveste mensen. In de groep jongeren en ouderen zijn de gevonden percentages van een en twee nog lager. De gevonden percentages zijn in vergelijking met andere onderzochte achterstandsgroepen, enigszins aan de lage kant. Het gebruikte instrument kan hier echter niet geheel debet aan zijn. Met hetzelfde instrument en met dezelfde procedures stelden wij immers in 1998 in Utrecht in de groep feitelijk dakloze mensen een veel hoger percentage (15%) schizofrene stoornissen vast. Toch lijkt die 15%, ook in vergelijking met eerder gevonden percentages van 3 à 4 in eerder onderzoek in Nederland, een uitschieter (Schene & Jonkers, 1993). Dat het percentage schizofrene stoornissen bij de bewoners van de woonvoorzieningen lager is dan op basis van de informatie van sleutelfiguren bij de start van dit onderzoek mocht worden verwacht, heeft mogelijk te maken met het meer gereguleerde medicijngebruik bij deze groep waardoor de symptomen waarnaar wij tijdens de interviews vroegen (meer) onder controle waren. Niet mag worden uitgesloten dat een psychiater bij deze groep, en bij de andere door ons onderzochte groepen, hogere prevalenties stoornissen had gevonden.
- Zijn de prevalenties schizofrene stoornissen aan de lage kant, die van depressieve stoornissen zijn in vergelijking met andere achterstandsgroepen, opvallend hoog. Hoewel een zekere overschatting van depressie in deze studie denkbaar was, moet het resultaat zeker serieus worden genomen (zie Reinking e.a., 2001). De hoogste prevalenties depressieve stoornissen komen voor bij feitelijk dakloze mensen (29%) en bij jongeren (22%). Bij residentieel dakloze mensen en bij marginaal gehuisveste mensen gaat het om 13 en 11%, bij ouderen om 2%. De cijfers bevestigen dat vooral feitelijk dakloze mensen, zoals ook uit de groepsinterviews bleek, het niet of nauwelijks meer zien zitten en de hoop dreigen op te geven. De gevoelens van onbeheersbaarheid hebben bij hen uiteindelijk geleid tot gedeprimeerdheid. Uit onderzoek is bekend dat bij dakloze mensen depressieve symptomen kunnen opklaren als in de meest basale levensbehoeften wordt voorzien (Schene & Jonkers, 1993).

Verslaving

Verkommering en verloedering hangt onmiskenbaar samen met fors midde-
lengebruik en met verslaving. In het vooronderzoek wezen sleutelfiguren uit
Den Haag hier al op, het kwam uit de literatuur naar voren, en in de
groepsinterviews benadrukten ook de deelnemers dit verband. Familieleden
vonden verslaving, zoals gezegd, zelfs de belangrijkste indicatoren voor ex-
treme achterstandssituaties. De door ons verzamelde empirische gegevens
bevestigen het bestaan van dit verband nadrukkelijk.

- Met uitzondering van de groep ouderen wordt er in alle groepen fors ge-
dronken: eenvijfde tot een kwart is met meer dan vijf glazen per dag zwaar
gebruiker van alcohol. De gevonden prevalenties van actuele alcohol-
afhankelijkheid komen hiermee redelijk overeen. Die variëren van 16% in
de groep jongeren tot 22% in de groep feitelijk dakloze mensen, en deze
laatstgenoemde prevalentie is internationaal gezien gemiddeld aan de lage
kant.
- Dit onderzoek wijst erop dat harddrugsgebruik, nog sterker dan alcohol-
gebruik, met marginalisering samenhangt. Dit gebruik is het beste te type-
ren als polydrugsgebruik; er wordt van alles door en naast elkaar gebruikt.
Dit gegeven is ook uit ander onderzoek bekend (De Graaf e.a., 2000; Wolf
e.a., 2001). Drie groepen springen er in dit verband absoluut uit: van de
feitelijk dakloze mensen gebruikt meer dan de helft harddrugs, van de
groep marginaal gehuisveste mensen dertiende deel en van de jongeren
ruim eentiende deel. Het cannabisgebruik is vooral bij feitelijk dakloze
mensen en jongeren hoog. De gevonden prevalenties van actuele drugsaf-
hankelijkheid komen overeen met de gegevens over gebruik. De percenta-
ges actuele drugsdiagnoses lopen uiteen van 53 in de groep feitelijk daklo-
zen, tot 28 in de groep marginaal gehuisvesten en 11 in de groep jongeren.
Ten opzichte van internationaal daklozenonderzoek is er onder feitelijk
daklozen sprake van hoge prevalenties harddrugsgebruik en actuele drugs-
diagnoses, maar ten opzichte van onderzoek onder feitelijk daklozen in
Utrecht zijn de prevalenties vergelijkbaar (Reinking e.a., 1998). De hoge
prevalentie actuele drugsafhankelijkheid in de groep marginaal gehuisveste
mensen kan slechts ten dele worden verklaard door de gebruikte wer-
vingsprocedures in dit onderzoek: met eenzesde van deze groep kwamen
wij via de methadonpost in contact.
- Het middelengebruik en de verslavingsdiagnoses zijn tussen mannen en
vrouwen significant verschillend.⁴¹ Mannen gebruiken alle middelen signi-

⁴¹ Bovenop de geconstateerde significante verschillen in dit opzicht tussen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisveste mensen.

ficant meer, maar in het bijzonder alcohol en cannabis. Ooit tijdens hun leven en ook recent waren significant meer mannen dan vrouwen afhankelijk van alcohol en/of drugs.

- Met een kwart mensen met een zogenoemde dubbele diagnose is de groep feitelijk daklozen nog het meest kwetsbaar. De andere groepen volgen wat betreft prevalenties dubbele diagnose op afstand: bij marginaal gehuisveste mensen gaat het om 8%, bij de jongeren om 6% en in de andere groepen zijn de prevalenties nog lager.

Dit onderzoek geeft geen uitsluitsel over de vraag of het harddrugsgebruik voorafging aan feitelijke dakloosheid of er het gevolg van was. Wel vonden wij aanwijzingen dat harddrugsgebruik de kans op dakloosheid vergroot. Uit de groepsinterviews weten wij dat harddrugsgebruik mensen gemakkelijk in een negatieve spiraal kan brengen vanwege de noodzaak om de hoge kosten van de drugs te moeten bekostigen. Deze spiraal bestaat onder meer uit (meer) schulden, illegale wijzen van inkomstenverwerving, conflicten met familie en vrienden, en (intensiever) contact met verkeerde mensen. Eenmaal op straat is het harddrugsgebruik om verschillende redenen een vrijwel onneembare hindernis op de weg terug.

- De drugscene heeft een sterk inkapselende werking en overlapt voor een belangrijk deel met het daklozencircuit.
- Gemarginaliseerde harddrugsgebruikers hebben een sterk stigma en worden door de samenleving verder uitgestoten.
- Harddrugsgebruikers zijn vanwege hun harddrugsgebruik vaak niet welkom bij woonvoorzieningen.

Lichamelijke klachten

In het oog springt hoeveel mensen aangeven lichamelijke klachten te hebben die hun leven voortdurend beïnvloeden. De ouderen nemen hier met bijna 80% een weinig benijdenswaardige koppositie in. Bij de naar huisvestingssituatie geordende groepen variëren de percentages van 60 bij residentieel dakloze mensen tot 70 bij marginaal gehuisveste mensen. Vrouwen hebben niet alleen significant meer lichamelijke klachten dan mannen, maar hebben er ook meer last van, en formuleren hierbij ook significant vaker een hulpbehoefte. Gezien deze percentages is het tamelijk navrant dat kwetsbare mensen niet precies weten waar zij hulp moeten zoeken bij ziekte en lichamenlijk ongemak.

11.3 *Hoge problemlast, veel zorgbehoeften, laag zorggebruik*

Ernstige en meervoudige problemen zijn, zo blijkt uit alle geraadpleegde bronnen typerend voor verkommering en verloedering. De focus van dit onderzoek was daarom ook gericht op de behoeften aan zorg van kwetsbare mensen en op onder meer hun actuele gebruik van de hulpverlening.

11.3.1 *Ervaren last en zorgbehoeften*

Een significant hoger aantal, door betrokkenen zelf geformuleerde zorgbehoeften troffen wij aan bij volwassenen, mannen, een inkomstenverwerving uit illegale activiteiten, drugsverslaving (ooit en actueel), een wisselende woonsituatie, een langere duur van feitelijke dakloosheid, een hoger aantal arrestaties en bij slachtoffers van misdrijven. De bevinding van een significant verband tussen de mate van marginalisering en de behoeften aan zorg is dan niet meer verbazingwekkend. Hoe meer gedepriveerd mensen zijn, des te meer zorgbehoeften zij articuleren.

Wat springt verder in het oog?

- De meervoudige problemen bestaan in elke onderzochte groep uit een andere combinatie en de problemen waarvan mensen zelf zeggen (veel) last te ondervinden zijn deels ook verschillend. Bij elke groep is ook een iets ander cluster van zorgbehoeften waar te nemen. Bovenaan bij feitelijk dakloze mensen staat hulp bij huisvesting, bij marginaal gehuisveste mensen en ouderen komt hulp bij lichamelijke klachten op de eerste plaats, residentieel dakloze mensen geven prioriteit aan gebitsverzorging en jongeren aan hulp bij drugsgebruik.
- Desalniettemin springt er een aantal leefgebieden uit waarop alle groepen veel behoeften aan zorg formuleerden. Deze gebieden weerspiegelen de problemen waar deze mensen het meeste last van hadden. De gerapporteerde zorgbehoeften moeten daarom wellicht vooral gelezen worden als een prioritering (zie ook: Linn en Gelberg, 1989; Herrman e.a., 1994; Rosenheck en Lamm, 1997). In volgorde gaat het om hulp bij het volgende.
 - Gebitsverzorging
 - Huisvesting
 - Financiën
 - Lichamelijke klachten
 - Dagbesteding (vrije tijd)

De door andere partijen in dit onderzoek belangrijk gevonden leefgebieden bij marginalisering overlappen hiermee voor een belangrijk deel. Zo

vonden sleutelfiguren en panelleden huisvesting, lichamelijke gezondheid en zelfverzorging essentieel bij het herkennen van marginalisering. En tijdens de groepsinterviews werd, bij wijze van spreken in aanvulling hierop, vooral nog gewezen op het belang van de financiële situatie, werk en dag-activiteiten.

- De ervaren last van problemen met drugsgebruik is bij enkele groepen relatief groot, en de behoefte aan hulp op dit gebied staat in redelijke verhouding tot de omvang van dit probleem in die groepen. In de groep feitelijk dakloze mensen wil de helft hulp bij het drugsgebruik, in de groep marginaal gehuisveste eenderde en in de groep jongeren meer dan eenderde.
- Anders dan bij drugsgebruik is er bij alcoholgebruik een behoorlijke discrepantie tussen de mate waarin dit probleem voorkomt, de ervaren last ervan en de geformuleerde zorgbehoefte erbij. Want van het forse alcoholgebruik zeiden mensen weinig last te hebben en er bestond in de groepen ook relatief weinig behoefte aan hulp hierbij. Vooral in de groep jongeren en ouderen is die vraag om hulp te verwaarlozen. Familieleden, die marginalisering vooral associeerden met verslaving, waaronder duidelijk ook alcoholverslaving, zullen de lage prioriteit van de gemarginaliseerde mensen om de alcoholproblematiek aan te pakken waarschijnlijk betreuren.
- Dezelfde discrepantie doet zich voor bij veiligheidskwesties. Want ondanks dat veel mensen slachtoffer waren van een misdrijf en er bij enkele groepen daarnaast sprake was van nogal wat arrestaties en veroordelingen, rapporteerden mensen relatief weinig last van deze problemen. En hoewel hun behoefte aan hulp in vergelijking hiermee weliswaar iets groter was, staat die nog niet in verhouding tot de manifeste problemen op dit domein. De lage prioriteit die gemarginaliseerde mensen geven aan veranderingen op dit domein contrasteert scherp met de opvatting van sleutelfiguren en panelleden dat bedreigingen voor eigen en andermans veiligheid een van de belangrijkste verschijningsvormen zijn van verkommering en verloedering.

11.3.2 *Laag actueel zorggebruik*

Bij de resultaten over zorggebruik past een kantekening. Het kan zijn dat de geïnterviewden de hulpverlening die zij kregen niet direct associeerden met de door ons genoemde typen aanbod. In de maatschappelijke opvang zijn bijvoorbeeld veel maatschappelijk werkers actief in de schuldhelpverlening en het is niet ondenkbaar dat sommige mensen zich niet realiseerden dat het hierbij om maatschappelijk werkers ging. Zo kunnen op een vergelijkbare

manier bewoners van opvangvoorzieningen de hulp die hun in de eigen omgeving door de GGZ werd geboden niet als GGZ-hulp hebben herkend en dus niet hebben benoemd. Verder kunnen bij de inventarisatie van het zorggebruik in het verleden mensen moeite hebben gehad zich hulpverlening te herinneren (zogeheten *recall bias*) en kan ook hierbij sprake zijn van enige onderrapportage.

Deze kanttekeningen laten onverlet dat het actuele zorggebruik van gedepriveerde mensen niet in verhouding staat tot hun vele problemen.

Een belangrijke conclusie is dat de meest gedepriveerde mensen met de meeste problemen, de hoogst ervaren last van die problemen en de meeste manifeste zorgbehoeften verhoudingsgewijs de minste hulp krijgen. Het zijn mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats. Verderop geven wij verklaringen voor de gebrekkige afstemming tussen vraag en aanbod. Uit het lage actuele zorggebruik van feitelijk daklozen en hun vele zorgbehoeften maken wij op dat vooral zij onvoldoende door de hulpverlening worden bereikt, en zoals wij eerder opmerkten, waarschijnlijk vanwege het harddruggebruik, onvoldoende toegang hebben tot de residentiële opvangvoorzieningen. Extra inspanningen zijn nodig om met deze groep contact te leggen en hun van passende hulp te voorzien.

Hoe is het zorggebruik?

- Met uitzondering van de groep ouderen maken verkommerde en verloederde mensen nog het meeste gebruik van het algemeen maatschappelijke werk. Desondanks staat dit actuele gebruik niet in verhouding tot de hoeveelheid problemen en de manifeste behoeften aan praktische hulp op diverse gebieden. Residentieel dakloze mensen, die zoals wij zagen relatief minder gedepriveerd zijn, hebben nog het meeste contact met het AMW. Aannemelijk is dat bij dit contact de woonvoorzieningen een bemiddelende rol vervullen.
- Het actuele gebruik van ambulante gespecialiseerde zorg (GGZ en verslavingszorg, inclusief casemanagement en transmurale zorgteams) staat evenmin in verhouding tot de psychische en verslavingsproblemen van de mensen. Alleen de marginaal gehuisveste mensen worden gezien hun recente contact met de ambulante GGZ redelijk bereikt. Bekend uit onderzoek is vooral een laag bereik van alcoholisten door de verslavingszorg. Ook staan de onder de dakloze mensen oververtegenwoordigde problematische harddruggebruikers en allochtone harddruggebruikers bekend

om hun onderconsumptie van zorg (Eland-Goossensen, 1997; Van Wamel & Eland, 2001).

- De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat de noodzaak van dwangtoepassing bij opnamen lang niet altijd aanwezig is.
 - Veel mensen deden zelf een verzoek om een opname en dat verzoek werd meestal ook gehonoreerd.
 - Mensen lieten zich vaak door professionals overtuigen dat een opname nodig was; aandringen van hun kant resulteerde vaak in een vrijwillige opname.
 - Bij een klein deel gingen professionals over tot een gedwongen opname.

11.3.3 *Verklaringen voor onvoldoende afstemming tussen vraag en aanbod*

Uit de groepsinterviews, de scoring van de indicatoren door betrokkenen, en de literatuur komen diverse redenen naar voren waarom het aanbod minder goed aansluit bij wat mensen in achterstandssituaties nodig hebben. Hierna geven wij de belangrijkste verklaringen, in willekeurige volgorde.

- De mensen zijn moeilijk bereikbaar en tamelijk ongrijpbaar.
- Verlies van vertrouwen in de hulpverlening bij mensen.
- Een weinig invoelende, responsieve houding van hulpverleners.
- Onvoldoende deskundigheid en kennis bij hulpverleners, bijvoorbeeld over hoe om te gaan met psychische én verslavingsproblemen.
- De moeilijkheid in de hulpverlening een balans te vinden tussen verantwoordelijkheden aan cliënten toevertrouwen en verantwoordelijkheden van hen overnemen.
- Hulpverlening is vooral symptoombestrijding.
- Onvoldoende nazorg na vertrek uit residentiele voorzieningen, gevangenis, kindertehuis of begeleid wonen.
- Gebrekkige samenwerking tussen betrokkenen: familie, hulpverleners, politie enzovoort.
- Te hoge drempels bij voorzieningen voor mensen met de meest complexe problemen.
- Tekort aan personeel, gebrek aan tijd voor cliënten.
- Tekort aan ambulante, intensieve en vindplaatsgerichte zorg.
- Gebrek aan capaciteit van passantenbedden, begeleid wonen en residentiele woonvoorzieningen voor met name dakloze harddrugsverslaafden.

11.4 *Generaliseerbaarheid*

Dit onderzoek is uitgevoerd in de gemeente Den Haag, een van de vier grote steden in Nederland. Het door Research voor Beleid uitgevoerde onderzoek naar verkommering en verloedering (Lourens e.a., 2002) laat een sterke samenhang zien tussen de grootte van de gemeenten en de geschatte omvang van de populatie verkommerden en verloederden. Hoe hoger het inwonertal in een gemeente des te meer mensen in achterstandssituaties. Door de zogenoemde grote-stadsproblematiek zal het profiel van de populatie verkommerde en verloederde mensen in de grote en middelgrote steden ook anders zijn dan dat in de kleinere gemeenten. Wij menen dat de informatie uit de door ons gehouden interviews met kwetsbare mensen vooral generaliseerbaar is naar andere grote en middelgrote steden. Er is geen reden om aan te nemen dat het beleid en het voorzieningenaanbod voor gemarginaliseerde mensen in Den Haag sterk afwijken van dat in andere grote steden. In die steden komen hoogstwaarschijnlijk dan ook vergelijkbare profielen gemarginaliseerde mensen voor. Onderzoek bevestigt dat ook (De Graaf e.a., 2000; Wolf e.a., 2001). Vrijwel alle grotere steden worstelen momenteel bijvoorbeeld met de vraag hoe dakloze, aan harddrugsverslaafde mensen het beste kunnen worden opgevangen. Ook hebben de grotere steden zonder uitzondering te maken met jongeren en ouderen in risicovolle situaties en in het algemeen met mensen die in de thuissituatie steeds verder achterop raken, soms ook vervuilen. De recente verkenning van de sociale infrastructuur in Nederland door het SCP (BZK, 2002) bevestigt dat nog eens.

11.5 *Aanbevelingen*

Op basis van de resultaten van dit onderzoek geven wij hierna suggesties voor verbetering van de situatie van gedepriveerde mensen. Hoewel wij geen onderzoek naar de hulpverlening zelf hebben gedaan, kunnen wij wel op basis van de interviews met kwetsbare mensen en de groepsinterviews met direct betrokkenen, dus vooral vanuit de vraagkant, suggesties doen voor de verdere ontwikkeling van de hulpverlening.

Wil de situatie van kwetsbare mensen structureel verbeteren dan is ook aandacht nodig voor uiteenlopende risico-indicatoren op macro-, meso- en microniveau die niet direct met hulpverlening van doen hebben en over het algemeen ook moeilijk zijn te beïnvloeden. Te denken valt aan het scheppen van normgevendende kaders, versterking van sociale cohesie op lokaal niveau, tegengaan van kindermishandeling, opvoedingsondersteuning, verbetering van toegankelijkheid maatschappelijke instituties, en zorgen voor voldoende

goedkope woningen, onder andere door te voorkomen dat die woningen verloren gaan door verkoop of stadsvernieuwing. Het voert in dit bestek te ver om op deze kwesties verder in te gaan.

Veel van de suggesties hierna zijn niet nieuw, want al eerder gedaan naar aanleiding van reflecties op kwetsbare groepen in de Nederlandse samenleving (vergelijk RMO, 2001; De Wilde, 2002; Actieplan Onderdak, 2002; BZK, 2002).

Prioriteit bij meest kwetsbare groepen

Prioriteit moet liggen bij feitelijk dakloze mensen, specifiek bij degenen die harddrugs gebruiken en die een zogenoemde dubbele diagnose hebben. In deze groep is de te behalen winst het grootst in termen van hogere levenskwaliteit en preventie of reductie van verwervingscriminaliteit. Extra aandacht is daarnaast nodig voor (zwerf)jongeren en marginaal gehuisveste mensen omdat zij een groot risico lopen verder af te glijden en dakloos te worden. Bij deze groepen is preventief de meeste winst te boeken.

Primaat bij zorg

Bij het formuleren van (beleids)doelen verdient het zorgperspectief primaat boven het zogenoemde openbare-ordeperspectief. Onbedoeld gevolg van interventies vanuit laatstgenoemd perspectief kan een verdere stigmatisering en uitstoting van kwetsbare mensen betekenen (Wolf, 2000). Bovendien is de zorg voor kwetsbare groepen dringend aan een inhaalslag toe. Te meer omdat nogal wat hulpverlening aan deze mensen is georganiseerd in kleinschalige projecten waarvan de financiering meestal niet structureel is (De Wilde, 2002; Bransen e.a., 2002). Onze onderzoeksresultaten wijzen ook niet op de noodzaak van uitbreiding van dwanginterventies. Investeren in intensieve zorg en crisisopvang ligt meer voor de hand. Daarover straks meer.

De combinatie van permanente ondersteuning en adequate reactie in noodsituaties zal het aantal gedwongen opnemingen drastisch kunnen terugbrengen en zal nieuwe wettelijke maatregelen dienaangaande van hun urgentie ontdoen. (Taskforce vermaatschappelijking; De Wilde, 2002: 37)

Preventie van en uitstroom uit dakloosheid

Voor het tegengaan van verdere achteruitgang van groepen kwetsbare mensen is het van belang te investeren in het volgende.

- Het voorkomen van dakloosheid. Dit kan onder meer door intensieve zorg-aan-huis, vroegtijdige hulpverlening bij middelengebruik en actief ingrijpen bij hoge (huur)schulden en voorgenomen uithuiszettingen.

Substantiële interventies in de leefomgeving van kwetsbare mensen door het algemeen maatschappelijk werk, en de GGZ en verslavingszorg zijn hierbij cruciaal. En in wijken met hoge achterstandsscores moeten zogeheten lokale zorgnetwerken of signaleringsoverleggen vanwege hun preventieve functie tot het verplichte voorzieningenaanbod horen.

- Het bevorderen van uitstroom uit dakloosheid. Vroegtijdige interventies bij mensen die nog maar kort dakloos zijn kunnen voorkomen dat mensen op straat ingeburgerd raken en een langdurig daklozencarrière tegemoet gaan (Van Doorn, 2002). Feitelijk dakloze mensen moeten worden voorzien van een stabiel dak boven hun hoofd. Onderzocht moet worden welke woonfaciliteiten het beste aansluiten bij de problemen en behoeften van dakloze, harddrugverslaafden. Zou een combinatie van dag- en nachtopvang (met toegestaan druggebruik) een passend antwoord zijn?
- Het ontwikkelen van strategieën om de verwervingscriminaliteit van harddrugverslaafden tegen te gaan. Denk hierbij aan uitbreiding van de medische verstrekking van heroïne.

Bieden van perspectief

Om mensen weer houvast en perspectief te bieden is hulpverlening nodig die zich richt op de volgende zaken.

- Opvang en stabilisering
- Meer controle over essentiële bestaansvoorwaarden
- Zo groot mogelijke zelfredzaamheid
- Hogere levenskwaliteit
- Participatie in de samenleving.

Hierbij is een aantal methodische principes van belang.

- Mensen met respect bejegenen en hun eigenaardigheden binnen bepaalde grenzen accepteren. Discussie en confrontatie met mensen over hun vragen en gedrag daarbij niet uit de weg gaan. Hen als dat moet ook aanspreken op verantwoordelijkheden en plichten.
- Uitgaan van eigen competenties van mensen en die waar mogelijk versterken, mede met het oog op de versterking van hun eigenwaarde. Hulpverlening moet niet onnodig taken en verantwoordelijkheden overnemen.

Mix van praktische en gespecialiseerde hulp

Nodig is een geïntegreerd, op diverse leefgebieden gericht aanbod dat aansluit op de individuele zorgbehoeften van mensen. Het gaat om praktische hulp, die relatief snel zichtbare resultaten kan geven, vooral bij het volgende.

- Problemen met huisvesting
- Financiële problemen
- Dagbesteding (vrije tijd en werk)

Verder zijn meer gespecialiseerde interventies nodig bij:

- Gebitsproblemen
- Lichamelijke klachten
- Psychische problemen
- Het onder controle brengen van middelengebruik en verslavingsgedrag
- Het indammen van verwervingscriminaliteit en delictgedrag, en daarmee het verminderen van overlast

Versterking crisisopvang

In het leven van kwetsbare mensen doen zich relatief veel stressvolle voorvallen en crisissituaties voor. Elke niet of matig opgeloste crisis versterkt bij hen en direct betrokkenen gevoelens van onbeheersbaarheid en machteloosheid. Snelle, laagdrempelige beschikbaarheid van crisisopvang, bij voorkeur 24-uur per dag, moet voorkomen dat crisissituaties escaleren en er op den duur uitstotingsverschijnselen in het netwerk optreden.

Intensieve persoonlijke begeleiding

Voor mensen met de meest ernstige en complexe problemen is intensieve persoonlijke begeleiding nodig door casemanagers of trajectbegeleiders. Zij werken vindplaatsgericht en leggen en onderhouden op eigen initiatief, actief en met de nodige vasthoudendheid contact met de mensen. Zij betrekken zo nodig ook familieleden en andere betrokkenen bij de hulpverlening. Tot hun verantwoordelijkheden horen de afstemming van de zorg en het soepel laten verlopen van overgangen in de hulpverlening (nazorg). Zij zorgen ook steeds voor duidelijkheid over waar de verantwoordelijkheid van betrokkenen (zowel naasten als professionals) in de situatie van individuele cliënten begint en waar die eindigt.

Toegankelijker voorzieningen

Kwetsbare mensen maken weinig gebruik van de hulpverlening, maar de drempels daartoe zijn voor hen waarschijnlijk aan de hoge kant. Wat is onder meer nodig?

- Openingstijden van voorzieningen en afspreektijden met hulpverleners die aansluiten bij de leefstijl van kwetsbare mensen.

- Toetsing en zonodig bijstelling van het voordeurbeleid en hantering van contra-indicaties bij voorzieningen. Onderzoek is nodig naar wat essentiële voorwaarden zijn voor het kunnen blijven garanderen van laagdrempeligheid van opvang. Te denken valt aan: meer personeel, vooral ook 's nachts in de opvangvoorzieningen, deskundigheidsbevordering personeel, samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld over inzet gespecialiseerde hulpverlening bij crisissituaties, enzovoort.
- Zorgen voor beschikbaarheid en of betere toegankelijkheid van medische zorg en tandartszorg.

Stevige lokale sturing

- Op lokaal niveau moeten diverse instellingen en sectoren, samen met gemeente en zorgverzekeraar, maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor mensen in de marge van de samenleving. De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) vormt hiervoor een passend beleidskader. Integratie met andere beleidsvelden (grote-stedenbeleid, integrale veiligheidsbeleid, beleid huiselijk geweld, jeugdhulpverlening, enzovoort) is hierbij wel van belang. Het is zaak na te gaan welke (beleids)maatregelen een minder vrijblijvende samenwerking kunnen afdwingen (Financiële *incentives* of sancties? Prestatieafspraken?) en hoe de regie-rol van de gemeente kan worden versterkt. Mogelijk dat de voorgenomen onderbrenging van de OGGZ in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) aan de lokale sturing nieuwe impulsen biedt.
- Lokale sturing kan niet zonder inzicht in de omvang en kenmerken van groepen kwetsbare mensen. Nodig is het monitoren van door de hulpverlening bereikte en niet bereikte groepen kwetsbare mensen en de eventuele verschuivingen hierin over tijd. Op landelijk niveau ligt deze monitoring voor de hand in de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) of in de monitor OGGZ.

Literatuur

Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 265, nrs. 1-2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

Avramov D. Homelessness: a condition or a social process? An overview for the 12 member states of the European Union. Brussel: FEANTSA, 1994.

Baker F, Intaglia J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Program Planning 1982;5:69-79.

Bakker JLM, Brits HJA. Het Haagse Signaleringsoverleg Zorgwekkende Zorgmijders. Epidemiologisch bulletin 1999;1:21-24.

Barry M, Crosby C & Bogg J. Methodological issues in evaluating the quality of life of long-stay psychiatric patients. Journal of Mental Health 1993;2:43-56.

Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olsen M. The concept of measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health. In: GJ Tash, WR Tash, editors. Innovative Approaches in Mental Health Evaluation. New York: Academic Press 1982. 345-66.

Bigelow DA, Gareau MJ, Youg DJ. A quality of life interview. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1990; 14(2):94-98.

Bishop YMM, Fienberg SE, Holland P. Discrete multivariate analysis. Cambridge: MIT-Press, 1975.

Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Sociaal gericht, sociaal verplicht. Verkenning Sociale Infrastructuur. Uitgevoerd door SCP en gepresenteerd door eht kabinet in het kader van 'Verkenning: bouwstenen voor toekomstig beleid'. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Blom MBJ. De zorg voor dak- en thuislozen met psychiatrische problemen in Den Haag. Epidemiologisch bulletin, 1998; 33(3):10-15.

Boevink W, Wolf J, Nieuwenhuizen Chv, Schene A. De kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning. Tijdschrift voor Psychiatrie. 1995; 37(2):97-110.

Boevink W, Wolf J, Nieuwenhuizen Chv, Schene AH. Weldoen en welbevinden. Over de zorg voor mensen met psychische handicaps en hun kwaliteit van leven. Gezondheid 1995;3(2):208-22.

Bosch Rvd. Mogelijkheden en onmogelijkheden voor chronisch psychotische patiënten. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1984;12:1296-1297.

Bowlby J. Attachment and loss, vol. 1: Attachment. London: Pelican Books, 1969.

- Bowlby J. Attachment and loss, vol. 2: Separation: anxiety and anger. London: Pelican Books, 1973.
- Bowlby J. Attachment and loss, vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Pelican Books, 1980.
- Bransen E, Hulsbosch L, Wolf J. Samenwerkingsprojecten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- Bröer C, Noyon R. Over last en beleid: Evaluatie Nota Overlast en vijf jaar SVO-beleid tegen overlast van harddruggebruikers. Amsterdam: Regioplan Stad en Land, 1999.
- Brewin C, Wing J, Mangen S, Brugha T & MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the longterm mentally ill. The MCR Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine* 1987;17:971-81.
- Bijl RV, Zessen Gv, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997;141:2453-60.
- Buster, M, I. van Laere. Dynamiek en problematiek in sociale pensions & internaten. Amsterdam: GG&GD, november 2001.
- Cate Pt. Een frisse wind door de Schilderswijk. Evaluatie van de startfase van het project Tyfoon, een wijkgerichte aanpak van drugsoverlast. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 2001. Voorburg / Heerlen: CBS, 2001.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 2002. Voorburg / Heerlen: CBS, 2002.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Jeugd 2001; cijfers en feiten. Voorburg/Heerlen: CBS, 2001.
- Cooper JE. Measurement of the quality of life. In: Stefanis CN, Soldatos CR, Ravilas AD, editors. *Psychiatry: A world perspective*. 1990;4:379-83.
- Craig TKJ, Timms PW. Homelessness and Schizophrenia. In: Hirsch, Weinberger, editors. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1995.
- Cullen P, Ballard CG, Ing RP, Mohan RNC. Vulnerability, Coping and Crisis. *European Journal of Psychiatry* 1991;5(4):210-15.
- Dagevos J, Leusvelt G, Vermeulen H, Janssen J. Zichtbare en onzichtbare schuldenaren. In: Engbersen G, Vrooman JC, Snel E, redactie. *Armoede en verzorgingsstaat. Vierde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1999.

- Deben, L, Godschalk J, Huysman C. Dak- en thuislozen in Amsterdam en elders in de Randstad. Amsterdam: Centrum voor Grootstedelijk Onderzoek, Universiteit van Amsterdam, 1992.
- Deben L, Rensen P. Uitgeteld!. Buitenslapers in Amsterdam 1995-2001. Amsterdam: Aksant, 2001.
- Deegan PE. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1992;15(3):3-19.
- Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1998;11(4):11-19.
- Doorn Lv. Een tijd op straat; een volgstudie naar (ex-)daklozen in Utrecht. Utrecht: NIZW, 2002 (academisch proefschrift).
- Doyal L., Gough I. A Theory of Human need. The Guilford Press 1991.
- Drenth R, Nieuwnhuizen CHv. Grenzen aan de zorg? Werken met zorgwekkende zorgmijders. *Passage* 1998;7(4):204-12.
- Duyvendak, JW. De Nederlandse multiculturele samenleving, drie scenario's. In: Rademakers P (red). *Met het oog op 2010*. Amsterdam: De Balie, 2001: 27-34.
- Eland-Goossensen MA. Opiate addicts in and outside of treatment; different populations (dissertation). Rotterdam: IVO, 1997.
- Engbersen G, Gabriëls R. Sferen van integratie. Naar een gedifferentieerd allochtonenbeleid. Amsterdam/Meppel: Boom, 1995.
- Engbersen G, Vrooman JC, Snel E, redactie. Effecten van armoede. Derde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
- Engbersen G, Vrooman JC, Snel E, redactie. Armoede en verzorgingsstaat. Vierde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1999.
- Engbersen G. De alchemie van de samenleving. Amsterdam, Boom, 2002. Oratie.
- Erp Nv, Wolf JRLM. Het dienstencentrum en het sociaal pension in Leiden: gebruikers en gebruik in beeld. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- Feijter Hd, Radstaak H. Homelessness in the Netherlands 1994: Trends and Developments. Brussel: FEANTSA, 1994.
- Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel P, Quadflieg N, Wittchen HU. Mental Illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1996;246:185-96.

Foets M, Stronks K, Rijken M, Weide M, Mackenbach J. Armoede en gezondheidszorgbeleid. In: Engbersen G, Vrooman JC, Snel E, redactie. Armoede en verzorgingsstaat. Vierde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1999.

Gemeente Den Haag, Dienst Burgerzaken. Gemeentelijke Basisadministratie. Den Haag, 2001.

Gemeente Den Haag. Monitor Sociaal Kwetsbaren 2001. Den Haag: Gemeente Den Haag. Dienst OCW, 2001.

Gezondheidsraad. Daklozen en thuislozen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1995.

Giel R. Onze moeite met moeilijke mensen. Tijdschrift voor Psychiatrie 1984;26(4):244-61.

Ginneken Pv, Buuren Jv. Zal wel loslopen? Zeventien gevallen die niet uitliepen op een dwangopname. Utrecht: NcGv, 1994.

Graaf Id, Wildschut J, Mheen Dvd. Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan; verslag van twee jaar Drug Monitoring Systeem onder Utrechtse (bijna) dagelijkse gebruikers van heroïne, cocaïne en andere drugs. Utrecht: IVO, 2000.

Greshof, D. Daklozen in Amsterdam. Tussenverslag longitudinaal onderzoek. Amsterdam, PSCW, Universiteit van Amsterdam, 1994.

Greshof, D. 1996. Wie we zijn is waar we slapen 's nachts. Passage, 5, 2.

Herman DB, Struening EL, Barrow SM. Self-reported needs for help among homeless men and women. Evaluation and Program Planning 1994;17:249-56.

Herrman H, McCorry P, Bennett P, Riel Rv, Singh B. Prevalence of Severe Mental Disorders in Disaffiliated and Homeless People in Inner Melbourne. American Journal of Psychiatry 1989;146:1179-84.

Heydendael PHJM, Nuy MHR. Achtergronden van thuisloosheid. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992.

Hortulanus RP, Machielse JEM, redactie. Het sociaal debat - Deel 1. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie, 2000.

Hortulanus RP, Machielse JEM. De waarde van werk. Den Haag: Elsevier, 2001.

Hortulanus R. Burgerschap en sociaal beleid. In: Hortulanus RP, Machielse JEM. Modern burgerschap. Den Haag: Elsevier, 2002.

HoutenDv. De standaardmens voorbij. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Janssen J, Kersten A, Vermeulen H. Problematische schulden. Zicht op het onzichtbare. Den Haag: Elsevier, 1999.

Kocken PL, Spijker J, Alem VCMv, Limbeek Jv. Psychische problemen bij dak- en thuislozen. In: HJ Wennink, Jv Weeghel, redactie. Thuisloosheid en psychische stoornissen; achtergrondstudies bij het gelijknamige advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer/Utrecht: NRV/NcGv. 1993, p. 65-79.

Koegel P, Burnam A, Farr RK. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Archives of General Psychiatry 1988;45: 1085-92.

Koegel P, Burnam A, Morton S. Enumerating homeless people; alternative strategies and their consequences. Evaluation Review 1996;20:378-403.

König-Zahn C, Furer JW, Tax B, Berg JFMvd, Rijnders CATH, Rijswijk Ev, Zandstra SM, redactie. Regioproject Nijmegen 2: Psychiatrische morbiditeit in de regio. Nijmegen: KUN, 1999.

Korf D, Lettink D, Deben L, Greshof D, Rensen P. Dak- en thuislozen in Amsterdam; tel- en consumentenonderzoek. Amsterdam: UvA/O+S, 1997.

Korf D, Deben L, Diemel S, Rensen P, Riper H. Een sleutel voor de toekomst; tel- en consumentenonderzoek onder daklozen in Amsterdam. Amsterdam: Thela Thesis, 1999.

Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999;34:580-87.

Kromhout M. Percepties van verwaarlozing in theorie en praktijk. Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs 1996;12(6):383-393.

Kroon H, Hoof Fv, Wolf J. Praktijk en opbrengsten van casemanagement op de lange termijn. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

Kunneman H. Humanisme, postmodernisme en het deskundologisch regime. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 1990.

Kunneman H. Van verzorgingsideaal naar zelfstandigheidsideaal: Een cultuurfilosofisch pleidooi. Leeftijd 1994;32(5):27-30.

Kwekkeboom MH. Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: SCP, 2001.

Laan Gvd, Stel Jvd. Welzijnswerk tussen differentiatie en integratie. In: Rademakers P (red). Met het oog op 2010. Amsterdam: De Balie, 2001: 41-53.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Zorg van velen. Eindrapport van de LCGV. Den Haag: LCGV, februari 2002.

- Lehman AF, Ward NC, Lynn L. Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:1271-76.
- Lehman AF. The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry* 1983;40:369-73.
- Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1988;51-62.
- Lehman AF, Slaughter MSPH, Myers CP. Quality of Life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly* 1992;62:35-49.
- Lehman AF, Kernan E, DeForge BR, Dixon L. Effects of homelessness on the Quality of Life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1995;46:922-26.
- Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1997;54:1038-43.
- Lehman AF, Myers C, Dixon LB, Johnson JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1996;184: 228-33.
- Lehman A. Toolkit on Evaluating Quality of Life for Persons with Severe Mental Illness, (PN-3), MD, MSPH, 1995.
- Linn LS, Gelberg L. Priority of basic needs among homeless adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989;24:23-29.
- Lourens J, Scholten C, van der Werf C, Ziegelaar A.. *Verkommerden en verloederden. Een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland. Leiden, Research voor Beleid, 2002.*
- Maas PJvd, Mackenbach JP. *Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. Tweede druk, 1999.*
- McCarthy B, Hagan J. Mean streets: The theoretical significance of situational delinquency among homeless youths. *American Journal of Sociology* 1992;98:597-627.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The addiction severity index. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1980;168:26-33.
- Mheen Dvd. *De Rotterdamse drugscene onder de loep: Resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam. Rotterdam: IVO, 2000.*
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Wet BOPZ evaluatierapport: Tussen invoering en praktijk. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1996.*

- Muñoz M, Vásquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam A. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33:514-20.
- NIBUD. Nationaal scholierenonderzoek 1996: gedrag en gezondheid. Utrecht: NIBUD, 1999.
- Nieuwenhuizen Chv. Quality of Life of persons with severe mental illness: An instrument. Amsterdam: Thesis Publishers, 1998.
- Nieuwenhuizen Chv, Schene AH, Boevink W, Wolf J. Measuring the Quality of Life of Clients with Severe Mental Illness: A Review of Instruments. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 20 (4), 33-41.
- North CS, Pollio DE, Thompson SJ, Ricci DA, Smith EM, Spitznagel EL. A comparison of clinical and structured interview diagnoses in homeless mental health clinic. *Community Mental Health Journal* 1997;33:531-43.
- Noom M, Winter Md. Op zoek naar verbondenheid. Zwerfjongeren aan het woord over de verbetering van de hulpverlening. Utrecht: Nederlands Platform Zwerfjongeren / Universiteit Utrecht, 2001.
- Nuy, M. Op de drempel van het derde millennium. Beschouwing en impressies aan de rand van de armoede. Utrecht, SWP, 1996.
- Nuy MHR. Het thuisloze bestaan; een psychologisch enigma, een maatschappelijke zorg. *Justitiële Verkenningen* 1998;24:43-50.
- Oenen FJv, Bernardt C, Post Lvd. Zorgwekkende zorgmijders. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid.*, 1995;6:594-608.
- Paes M. Zorg op menselijke maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken. Zwolle: Landelijk Centrum Opbouwwerk, 1999.
- Peen J, Dekker J. Social deprivation and psychiatric service use for different diagnostic groups. *Social Science and Medicine* 2001;53:1-8.
- Ploeg JDvd, Gaemers J, Hoogendam PH. Zwerfjongeren. Leiden: DSWO Press; 1991.
- Ploeg Jvd, Scholte E. Homeless youth. London: Sage Publications, 1997.
- Poodt HD, Wierdsma AI. Lokale zorgnetwerken als panacee voor grootstedelijke problematiek? Verslag van een evaluatiestudie naar lokale zorgnetwerken. Rotterdam: GGD Rotterdam, 1999.
- Poodt HD, Wierdsma AI. Lokale zorgnetwerken: een kwestie van bemoeizorg? *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg.* 2001;5:275-81.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Aansprekend burgerschap. De relatie tussen de organisatie van het publieke domein en de verantwoordelijkheid van burgers. Den Haag: RMO, 2000.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Kwetsbaar in kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen. Den Haag: RMO, 2001.

Ridder Dd. Determinanten van psychische gezondheid. Utrecht: NcGv, 1990.

Reinking D, Kroon H, Smit F. Opgevangen in Utrecht; dakloosheid en zelfverwaarlozing in de regio MW-Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.

Reinking D, Nicholas S, Leiden Iv, Bakel Hv, Zwikker M, Wolf J. Daklozen in Den Haag. Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Reinking D, Wolf J, Kroon H. Hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001;145:1161-66.

Roorda-Honée J. Gehechtheid, sociale relaties en thuisloosheid; een onderzoek naar ontwikkelingsantecedenten van thuisloosheid. Nijmegen: Nijmegen University Press, 2001 (academisch proefschrift).

Roorda-Honée J. Een wereld apart: Interviews met thuisloze mensen. Een eerste impressie na het veldonderzoek van de studie Gehechtheid, Sociale relaties en Thuisloosheid. Passage 1997;6(3):149-55.

Rosenheck R, Lamm JA. Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. Psychiatric Services 1997;48:381-86.

Schene AH, Jonkers JFJ. Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In: Wennink J, Weeghel Jv, redactie. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Utrecht: NcGv 1993: 99-134.

Schene AH, Wolf JRLM, Raay BMv. Een zorgarrangement voor mensen met schizofrenie. Schizofrenie onderzoek en implicaties voor de behandeling 1995;22:259-77.

Schnabel P, redactie. Individualisering en sociale integratie. Nijmegen: Sun/NGC, 1999.

Schnabel P. Vergroten van de maatschappelijke cohesie door versterking van de sociale infrastructuur. In: Hortulanus R, Machielse J (red). In de Marge. Den Haag: Elsevier, 2000: 21-34.

Schoorl A, Vink A. Monitor Maatschappelijke Opvang. Deelmonitor gemeentelijk beleid. Utrecht: SGBO, 2000.

Scholten CM, Tjadens FLJ. Wet BOPZ: Verkommerden en verloederden. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1996.

- Schrijvers CTM, Abbenhuis GM, Goor LAMvd. De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek: Resultaten van een onderzoek bij druggebruikers in Rotterdam en Groningen. Rotterdam: IVO, 1997.
- Schutt RK, Goldfinger SM, Penk WE. Satisfaction with residence and with life: when homeless mentally ill persons are housed. *Evaluation and Program Planning* 1997;20:185-94.
- Schuyt CJM. Kwetsbare jongeren en hun toekomst: Een beleidsadvies gebaseerd op een literatuurverkenning. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1995.
- Schuyt CJM. Essay: Sociale uitsluiting. In: Schuyt CJM & Voorham CA. Sociale uitsluiting. Amsterdam: SWP, 2000.
- Schuyt CJM. Nieuwe vormen van binding en burgerschap. In: Rademakers P (red). Met het oog op 2010. Amsterdam: De Balie, 2001: 55-64.
- Seligman MEP. Hulpeloosheid. Onderzoek naar de oorsprong van angst en depressie, suggestie voor preventie en behandeling. Bloemendaal: Nelissen, 1979.
- Sleegers J, Spijker J, Limbeek Jv, Engeland Hv. Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;97:253-59.
- Smith EM, North CS, Spitznagel EL. A systematic study of mental illness, substance abuse, and treatment in 600 homeless men. *Annals of Clinical Psychiatry* 1992;4:111-19.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociale en Culturele Verkenningen 1999. Den Haag: SCP, 1999.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. De maat van de verzorgingsstaat. Den Haag: SCP, 2000.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Rapportage Jeugd 2000. Den Haag: SCP, 2000.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. De sociale staat van Nederland 2001. Den Haag: SCP, 2001.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. De armoedemonitor 2001. Den Haag: SCP, 2001 (a).
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: SCP, 2002.
- Spierings FCPP. Thuislozen tussen welzijn en woningmarkt. *Beleid en Maatschappij* 1994;4:172-81.
- Spierings F. Dak- en thuislozen in Rotterdam; hulpverlening en overlastbestrijding. *Justitiële Verkenningen* 1998;24:82-92.
- Spijker J, Alem Vv, Limbeek Jv. Psychopathologie onder bewoners van internaten voor thuislozen in Amsterdam. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg* 1992;70:654-60.

Strauss J. Subjective experiences of schizophrenia. Toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophrenia Bulletin* 1989a;15(2):179-87.

Strauss J. The person with schizophrenia as a person. II: Approaches to the subjective and complex. *British Journal of Psychiatry* 1989b;155:22-28.

Sullivan G, Welss KB, Leake B. Quality of Life of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42:752-54.

Sullivan G, Burnham A, Koegel P, Hollenberg J. Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the Course of Homelessness study. *Psychiatric Services* 2000;51:1135-41.

Svikis DS, McCaul ME, Haug NA, Boney TY. Detecting alcohol problems in drug-dependent women of childbearing age. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1996;222:563-75.

Teesson M, Hodder T, Buhrich N. Substance use disorders among homeless people in inner Sydney. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000;35:451-56.

Teleform Software Copyright © Cardiff Software Inc. 1992-1995, Carlsbad (CA), USA.

Thomeer MAE, Tavecchio LWC. Thuisloze jongeren: Schets van een ontwikkelingsgang. *Justitiële Verkenningen* 1998;24:51-68.

Thomeer-Bouwens M, Tavecchio L, Meeus W. Zonder thuis - zonder toekomst? Een empirisch onderzoek naar ontwikkelingsantecedenten van thuisloosheid bij jongeren. Utrecht: NIZW, 1996.

Thuisloos. Teksten van het minisymposium ter gelegenheid van het afscheid van prof. dr. PHJM Heydendael, bijzonder hoogleraar Maatschappelijke Gehandicaptenzorg aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen, 7 juli 2000.

Tiemeijer J. Haagse casemanager helpt bij drugsoverlast. *Passage* 2001;10:77-85.

Vaarwerk Mt. Zelfverwaarlozing bij ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

Vásquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:523-30.

Vries W de, Beusekom Dv, Kroon H, Wolf J. Protocol indicatiestelling langdurig zorgafhankelijken. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.

Wamel Av, Eland A. Buiten bereik; allochtone drugsgebruikers buiten de hulpverlening. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Waveren Bv, Kocken P, Ven Tvd, e.a. Onder dak, zonder thuis. Dakloosheid en thuisloosheid in Rotterdam. Rotterdam: Gemeentelijke Sociale Dienst/GGD, 1990.

- Weeghel Jv. Herstelwerkzaamheden: Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht: SWP, 1995 (academisch proefschrift).
- Wennink HJ. De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg: Een bezinning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Wilde Gd, redactie. Erbij horen. Advies Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. Den Haag: Commissie Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg, 2002.
- Winter Md. Beter maatschappelijk opvoeden, 2000. Hoofdpijnen van een eigentijdse participatie-pedagogiek. Assen: Van Gorcum. (oratie)
- Wolf J, Bransen E, Nicholas S. Mensen in de marge. Kenmerken van sociale kwetsbaarheid. Justitiële Verkenningen 2001;27:19-38.
- Wolf J. Monitor Maatschappelijk Opvang. Jaarbericht 2001. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.
- Wolf J, Elling A, Graaf Id. Monitor Maatschappelijke Opvang. Deelmonitoren vraag en aanbod. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Wolf J. Oude bekenden van de psychiatrie. Utrecht: SWP, 1990 (academisch proefschrift).
- Wolf J. Uitvoering van overlastbeleid: Bevorderende en belemmerende factoren. Sociale Interventie 2000; 9(3):36-46.
- Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S. Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001;36:391-98.
- Wolf J. Client Needs and Quality of Life. Psychiatric Rehabilitation Journal 1997;20 (4):16-24
- Wolf J. Raakvlakken en breukvlakken tussen methodiek en beleid. Reeks methodiekontwikkeling. Utrecht: SWP 1993; 53-67.
- Ijzendoorn Rv. Het stempel van ouders op de gehechtheid van het kind. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1992.
- Zanis DA, McLellan AT, Cnaan RA, Randall M. Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. Journal of Substance Abuse Treatment 1994;11:541-48.
- Zanis DA, McLellan AT, Corse S. Is the Addiction Severity Index a reliable and valid instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? Community Mental Health Journal 1997;33:213-27.

Zautra A, Goodhart D. Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review* 1979;4(1):3-10.

Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977;86(2):103-26.

Zwart WMd, Launer LJ. Alcoholgebruik. In: IAM Maas e.a., redactie. *Volksgezondheid Toekomstverkenningen 1997; De gezondheidstoestand, een actualisering*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. 1997; p. 692-699.

Zwart WMd. Druggebruik. In: IAM Maas e.a., redactie. *Volksgezondheid Toekomstverkenningen 1997; De gezondheidstoestand, een actualisering*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. 1997; p. 715-723.

Zwart WMd, Monshouwer K, Smit F. *Jeugd en riskant gedrag: kerngegevens 1999*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

DEEL 4
Bijlagen

Bijlage 1 Opzet en uitvoering van het onderzoek naar ontstaan en voortbestaan van marginalisering

Informatiebronnen

Voor het onderzoek naar de belangrijkste factoren in het ontstaan en voortbestaan van het proces van marginalisering gebruikten wij de volgende informatiebronnen:

1. literatuurscan
2. groepsinterviews
3. vragenlijst

We lichten deze bronnen en onze werkwijze hieronder toe.

Literatuurscan

Werkwijze

Bij het zoeken naar publicaties maakten wij de volgende keuzes:

- **Herkomst**
Het uitgangspunt was literatuur van Nederlandse bodem. Literatuur van buitenlandse bodem moest een herkenbare meerwaarde hebben, in theoretische zin of in de zin van de inhoud van het onderzochte.
- **Publicatieperiode**
Periode 1990 - heden (2002)
- **Te raadplegen databestanden**
 - Literatuurbestand Trimbos-instituut (Adlib/OPAC, sectie GGZ)
 - Psyclit
 - Medline
 - FEANTSA-website
 - Literatuurlijsten van gevonden publicaties
- **Selectieprocedure**
Bij het raadplegen van de databestanden doorliepen wij de volgende drie fasen:
 1. Zoeken met (relevante) zoektermen die gebruikt worden in het betreffende bestand⁴²
 2. Een selectie maken uit de zoekresultaten met behulp van selectietermen (zie onder)
 3. Een selectie maken uit de overgebleven zoekresultaten op inhoudelijke relevantie, beoordeeld aan de hand van titel en/of samenvatting van elke publicatie. Met inhoudelijke relevantie bedoelen wij hier: van betekenis voor de beantwoording van de vraag naar risico-indicatoren van marginalisering. Reeds eerder gevonden treffers werden door ons niet als relevant meegeteld.

Een groot deel van de literatuur hebben we overigens via de literatuurlijsten van al gevonden publicaties gevonden. Deze treffers zijn hieronder niet meegeteld.

⁴² De term verkommerden en de term verloederden gelden niet als zoektermen in de bibliografische systematiek.

Zoektermen en relevante treffers

Nederlands

Marginalisering (2)

Marginaal (2)

Thuisloosheid (4)

Thuislozen (23)

Thuislozenzorg (0)

Selectietermen: oorzaak / oorzaken

Engels

Marginalization (0)

Marginalisation (0)

Marginally (0)

Homelessness (4)

Homeless (0)

Selectietermen: process, factors, indicators

Social / Psychosocial deprivation (1)

Disadvantaged (0)

Resultaten literatuurscan

De geselecteerde publicaties zijn opgenomen in de literatuurlijst. In hoofdstuk 3 worden de gebruikte referenties genoemd.

Groepsinterviews

Om te ontdekken wat direct betrokken mensen desgevraagd spontaan als cruciale elementen in het proces noemen, organiseerden we een serie van 6 groepsinterviews. Elk van de door ons uitgenodigde groepen komt dagelijks in aanraking met sociale kwetsbaarheid, in werk of privé. De groepen bestonden uit

- Professionals die met dak- en thuislozen werken, m.n. in de maatschappelijk opvang
- Professionals die met marginaal gehuisveste mensen werken, variërend van psychiater tot politieagent
- Familieleden (ouders, kinderen en zussen) van verkommerde en verloederde mensen
- Volwassen dakloze mensen
- Marginaal gehuisveste volwassenen
- Gemarginaliseerde jongeren.

Steekproef en werving van respondenten

De respondenten voor de groepsinterviews zochten wij (evenals de respondenten voor het kwantitatieve onderzoek) in Den Haag. De belangrijkste reden daarvoor was van praktische aard: doordat we inmiddels veel contacten hadden binnen de maatschappelijke opvang, hulpverlening en aanverwante instanties in Den Haag was het voor ons relatief makkelijk om daar respondenten te vinden.

Met de term 'professionals' bedoelden we in dit onderzoek: alle mensen die in hun werk direct te maken hebben met verkommerden en verloederden, in welke setting en op wat voor manier dan ook.

Voor de samenstelling van de twee groepen professionals trokken we een kwalitatieve steekproef van voorzieningen in de maatschappelijke opvang in Den Haag en andere instanties die direct met gedepriveerde mensen te maken hebben, zoals de politie, woningbouwverenigingen, instellingen binnen de verslavingszorg en de GGZ. Wij zorgden ervoor dat de steekproef divers was wat betreft de volgende kenmerken van de doelgroepen van de voorzieningen: leeftijdscategorie, geslacht, huisvestingssituatie en middelengebruik.

De 20 geselecteerde voorzieningen (2 x 10) werden door ons benaderd en we vroegen aan een teamleider (of een leidinggevende van een vergelijkbaar niveau in de organisatie) of één of twee van de hulpverleners konden en wilden deelnemen aan een interview. Bij enkele voorzieningen wilde de teamleider zelf deelnemen.

De groep familieleden stelden we samen door de contactpersonen van 4 verschillende verenigingen van familieleden van verslaafden en psychiatrische patiënten te vragen twee mensen namens ons uit te nodigen voor het groepsinterview. Bij één vereniging plaatsten we (op aanraden van de contactpersoon) zelf een oproep tot deelname op de website. Alle aangemelde personen kregen een schriftelijke uitnodiging. Eén van de deelnemers nam nog een ander familielid mee naar het interview.

Voor de samenstelling van de drie groepen kwetsbare mensen (daklozen, gehuisvesten en jongeren) trokken wij een steekproef uit de groepen respondenten van het kwantitatieve onderzoek, die ons schriftelijke toestemming hadden gegeven hen opnieuw te benaderen voor dit onderzoek. Ook deze steekproef was (kwalitatief) representatief ten aanzien van vooraf bepaalde kenmerken, namelijk: leeftijdscategorie, geslacht, huisvestingssituatie, middelengebruik en recent zorggebruik, inclusief (gedwongen) opnames in de psychiatrie.

- De geselecteerde gehuisveste mensen (12) werden door ons telefonisch benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan een groepsinterview. Enkelen weigerden vanwege het openbare karakter ervan. Voor hen in de plaats selecteerden wij andere respondenten. Naar alle respondenten stuurden we ook nog een schriftelijke uitnodiging.
- Daklozen mensen (12) werden op ons verzoek benaderd door medewerkers van voorzieningen. Degenen over wie wij bericht kregen dat ze wilden meewerken stuurden wij ook nog een schriftelijke uitnodiging. Van de aldus uitgenodigde feitelijk daklozen was (zoals wij van tevoren al verwachtten) het merendeel onvindbaar op het moment van het interview. Daarom werden in het uur voorafgaand aan het interview nog 4 mensen door de interviewers geworven bij de dagopvang van het Leger de Heils (Goodwillcentrum Elim).
- Jongeren (11) werden (afhankelijk van hun woonsituatie) direct door ons of door een medewerker van hun woonvoorziening benaderd en kregen als ze wilden meewerken ook een schriftelijke uitnodiging.

Zoals vaker het geval is bij groepsbijeenkomsten zeiden meerdere respondenten (uit alle genodigde groepen) op het laatste moment af en kwam een aantal zonder berichtgeving. De omvang van de uiteindelijk geïnterviewde groepen was als volgt:

- professionals die met dakloze mensen werken: 6
- professionals die met marginaal gehuisveste mensen werken: 7

- familieleden: 9
- volwassen dakloze mensen: 10
- marginaal gehuisveste volwassenen: 12
- jongeren: 3

Hoe het komt dat slechts drie van de elf uitgenodigde jongeren kwamen opdagen bij het interview weten wij niet. Vermoedelijk zijn de belangrijkste oorzaken: 1) interne problemen bij één van de voorzieningen, waardoor de coördinatie van de uitnodigingen in het gedrang kwam en 2) het feit dat veel van deze jongeren zich doorgaans slecht aan afspraken kunnen houden.

Opzet van de bijeenkomsten

De groepsinterviews hadden steeds dezelfde opzet. De aanwezigen schreven eerst elk voor zich (ongeveer) drie factoren op waarvan zij uit ervaring wisten dat ze cruciaal zijn bij het afglijden van mensen. Daarna noemde iedereen zijn / haar factoren en gaf er een korte toelichting bij. Alle factoren werden opgeschreven op een flap-over. Na deze inventarisatie bespraken we wat de belangrijkste van alle genoemde risicofactoren zouden zijn, zodat daarin een minimale ordening ontstond. Het laatste deel van het interview had als thema de hulpverlening aan verkommerde en verloederde mensen. Eerst vroegen wij welke problemen daarbij volgens de deelnemers spelen en daarna welke oplossingen of andere verbeteringen zij wenselijk vonden.

Analyse groepsinterviews

Tijdens alle groepsinterviews werden door twee onderzoekers aantekeningen gemaakt. Bovendien werden de interviews -met toestemming van de respondenten- opgenomen op band. Aan de hand van de aantekeningen, de flap-overs en de opnamen kon van alle interviews een bondig, maar gedetailleerd verslag worden gemaakt.

Nadere beschouwing van de zes verslagen gaf de indruk dat in alle interviews in grote lijnen dezelfde thema's aan de orde waren gekomen. De genoemde factoren en bijbehorende uitspraken werden per interview ingedeeld naar deze thema's. Daarna werd een samenvattende beschrijving per thema per groep gemaakt. Deze beschrijvingen van meningen van de verschillende groepen werden voor de rapportage in hoofdstuk 2 naast elkaar gezet, geïntegreerd en geordend naar macro-, meso- en microniveau.

Vragenlijst

Constructie

Wij eindigden ieder groepsinterview met de afname van een vragenlijst. Deze lijst bevatte alle risico-indicatoren voor marginalisering uit de door ons bestudeerde literatuur. Eventuele beschermende factoren werden vertaald in risico-indicatoren door een negatieve omschrijving ervan (bijvoorbeeld: "het ontbreken van een sociaal netwerk"). Dat leverde een lijst op van 68 indicatoren, die we vervolgens formuleerden als casus, oftewel als problemen in 'het leven van Koos'. Wij voegden vijf problemen toe die volgens ons geen risico voor marginalisering vormden. Deze problemen hadden de functie om de respondenten alert te houden bij het beoordelen van de lange lijst. Ze waren daarom ook redelijk goed herkenbaar als nonsensproblemen als het gaat om marginalisering.

De respondenten markeerden op een 5-puntsschaal voor iedere risico-indicator – of wel ieder probleem van Koos - hun oordeel van de relatieve invloed ervan op het proces van marginalisering - waar Koos uiteraard in verzeild was geraakt.

Voorbeelden van items uit de vragenlijst zijn

- Koos is (gedeeltelijk) opgevoed door zijn moeder alleen.
- Koos kent weinig mensen, heeft weinig sociale contacten.
- Koos heeft helemaal geen zinvolle, bevredigende manier om de dag door te brengen.
- Koos heeft weinig zelfinzicht. Hij ziet zelf niet hoe hij reageert op situaties en waarin hij goed of juist minder goed is.
- Koos is wel eens geweigerd bij de hulpverlening, omdat hij dronken binnenkwam, of iets anders deed of had wat daar niet mocht.

Analyse vragenlijst

Voor de analyses van de vragenlijsten voegden wij vanwege de kleine aantallen respondenten van de twee groepen professionals en de drie groepen kwetsbare mensen samen. Een vergelijking vond plaats tussen kwetsbare mensen (inclusief de jongeren), familieleden en professionals. De 68 risico-indicatoren van de vragenlijst deelden wij in naar macro-, meso- en micro-niveau. Van iedere indicator werd de gemiddelde score berekend (range: 1 - 5), zowel voor alle respondenten (N=39) als voor de drie groepen apart.

Tenslotte voerden wij voor iedere indicator een toets uit om na te gaan of de gemiddelde scores van de drie subgroepen onderling significant van elkaar verschilden. De volledige resultaten geven wij hierna. Deze resultaten worden besproken in hoofdstuk 2.

Resultaten vragenlijst

In onderstaande tabel staan de volledige resultaten van de analyses van de vragenlijst over risico-indicatoren. Significante toetsresultaten staan als voetnoot na de tabel.

Risico-indicatoren geordend naar macro-, meso- en microniveau	<i>Kwetsbare mensen</i> N=20	<i>Familie</i> N=9	<i>Professionals</i> N=10	<i>Totaal</i> N=39
<i>Macroniveau</i>				
Lage SES van betrokkene zelf	2,7	2,4	2,7	2,6
Lage SES van ouders	2,7	1,6	2,3	2,3
Sociale uitsluiting	3,7	3,2	4,0	3,6
Anonimiteit	3,4	3,3	3,5	3,4
<i>Mesoniveau</i>				
Wisselende partners van ouder	3,8	2,9	2,8	3,3
Scheiding ouders	3,7	2,9	3,1	3,4
Veel conflicten tussen ouders	4,0	3,8	3,7	3,9
Opgroeien in eenoudergezin	2,9	1,9	2,9	2,7
Geen familie in jeugdijaren om op terug te vallen	3,2	2,8	3,1	3,1
Hoge verwachtingen van ouders ¹	4,1	2,8	2,6	3,4
Slecht contact tussen kind en ouders; weinig onderling begrip ²	4,4	3,4	3,4	3,9
Ontbreken hechte, veilige band met ouders	4,4	3,8	3,8	4,1
Weinig zorg, aandacht en steun van ouders	4,1	4,0	3,5	3,9
Kindermishandeling en -verwaarlozing	4,5	4,4	4,3	4,4
Kindertehuisverleden	3,8	3,6	3,8	3,7
Traumatische jeugdervaringen	4,0	3,8	3,6	3,9
Problemen op school	3,7	3,0	3,3	3,4
Speciaal onderwijs als kind	3,2	2,6	2,3	2,8
Erbij willen horen als puber	2,6	3,0	3,1	2,8
Wonen in een achterstandswijk	3,3	2,4	3,3	3,1
Niet passende, betaalbare woonruimte ³	4,6	3,7	3,6	4,1
Illegaal verblijf in Nederland	3,4	3,3	2,7	3,2
Moeite met inburgering in Nederland	3,7	3,0	3,3	3,5
Niet hebben van betaald werk ⁴	4,1	2,7	3,3	3,6
Onvoldoende dagactiviteiten	4,3	3,8	3,8	4,1
Geen zinvolle bijdrage aan samenleving/nutteloos	3,5	3,4	3,4	3,5
Hoge, moeilijk af te lossen schulden ⁵	4,5	3,8	3,8	4,1
Verbreken partnerrelatie	3,7	2,3	3,3	3,3
Geen partner/alleenstaand	3,5	2,9	2,7	3,1
Mishandeling in een partnerrelatie	3,9	3,0	3,6	3,6
Meerdere problemen tegelijkertijd	4,2	3,9	3,7	4,0
Weinig sociale contacten ⁶	4,3	3,0	3,7	3,9
Slachtoffer van agressie en beroving op straat	3,8	3,4	3,4	3,6

Risico-indicatoren geordend naar Macro-, meso- en microniveau	<i>Kwets- bare mensen</i>	<i>Familie</i>	<i>Profes- sionals</i>	<i>Totaal</i>
	N=20	N=9	N=10	N=39
<i>Mesoniveau (vervolg)</i>				
Onbekendheid met verkrijgen uitkering, subsidies etc	3,7	2,9	3,5	3,5
Gebrekkige hulpverlening door tijdgebrek van hulp- verleners	3,8	3,7	4,2	3,9
Korte opnames vanwege extramuraliseringsbeleid	3,7	3,3	4,2	3,7
Weinig wettelijke mogelijkheden voor gedwongen opname / behandeling	3,4	3,8	3,5	3,5
Geen nazorg na psychiatrische opname	3,7	4,0	4,2	3,8
Gebrekkige aansluiting vraag – aanbod	3,9	4,1	4,2	4,0
Geen nazorg bij zelfstandig wonen na begeleid wonen	3,6	4,3	4,1	3,9
Geweigerd door hulpverlening vanwege gedrag	3,1	2,8	2,7	2,9
Niet weten waar hulp te zoeken in geval van ziekte ⁷	4,1	2,1	3,3	3,4
Gebrek aan continuïteit in de hulpverlening	3,6	4,0	4,1	3,8
Wisselende hulpverleners tijdens aaneengesloten hulp- verleningsepisode	3,7	3,7	3,7	3,7
Afhaken bij de hulpverlening ondanks ernstige problemen	3,6	3,4	3,6	3,5
Niet in staat om zelf hulp te vragen	3,6	3,4	3,6	3,5
Verlies van vertrouwen in hulpverlening	3,7	4,1	4,3	4,0
Afnemende motivatie om met hulpverlening mee te werken	3,7	4,1	3,9	3,8
Overschatting van zelfredzaamheid door hulpverleners	3,9	3,7	3,8	3,8
Gebrekkige communicatie met hulpverleners	3,7	3,7	3,6	3,7
Op de wachtlijst voor hulp	3,5	3,3	3,8	3,5
Geen opvang na verblijf in gevangenis	3,3	3,3	3,1	3,3
Regelmatig in aanraking met politie	3,1	3,2	3,6	3,2
<i>Microniveau</i>				
Aangeboren kwetsbaarheid	3,8	3,8	3,0	3,6
Aanleg voor ontwikkeling psychoses	3,4	4,1	3,6	3,6
Lichamelijke ziektes en kwalen	4,1	3,2	3,4	3,7
Verslaving aan alcohol	3,5	4,2	3,8	3,7
Verslaving aan drugs	3,5	4,3	4,0	3,8
Gokverslaving	3,5	4,2	3,5	3,7
Gebrekkige ontwikkeling eigen persoonlijkheid	4,4	4,1	4,3	4,3
Verminderde adaptatie	2,8	2,9	3,0	2,9
Moeite om met stress om te gaan ⁸	4,1	3,6	3,0	3,7
Moeite om iets nieuws te leren	3,3	2,4	2,8	2,9
Geringe wilskracht en doorzettingsvermogen	3,9	2,9	3,0	3,4
Gevoel het lot niet in eigen hand te hebben	3,4	3,7	3,5	3,5
Afwezigheid van doelen en plannen in het leven	3,8	3,4	3,3	3,6
Weinig zelfinzicht en zicht op eigen handelen	3,9	3,4	3,7	3,7
Weinig zelfvertrouwen	3,9	3,4	3,6	3,7

1. kW- $\chi^2 = 1,9$; df=2; p= 0,003 (V vs F p= 0,003; V vs P p= 0,008)
2. F= 4,4; df=2,33; p=0,02 (geen paarsgewijze verschillen)
3. kW- $\chi^2 = 6,7$; df=2; p=0,034 (V vs P p=0,020)
4. kW- $\chi^2 = 5,9$; df=2; p=0,053 (V vs F p=0,033)
5. kW- $\chi^2 = 5,9$; df=2; p=0,051 (V vs P p=0,021)
6. F= 5,3; df=2,36; p=0,009 (V vs F p=0,010)
7. F= 9,4; df=2,35; p=0,001 (V vs F p=0,001)
8. kW- $\chi^2 = 6,0$; df=2; p=0,049 (geen paarsgewijze verschillen)

kW- χ^2 = Kruskal-Wallis Toets; F= Eenzijdige Variantie Analyse

Bijlage 2 Opzet en uitvoering van het onderzoek naar kenmerken van verkommerden en verloederden

Casusdefinitie en onderzoeksgebied

Dit onderzoek richtte zich op verkommerde en verloederde mensen van 16 jaar en ouder. Onderzoeksgebied was de gemeente Den Haag. Met verkommerde en verloederde mensen werd in dit onderzoek bedoeld:

Een diffuse groep die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en/of niet of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien. Gedacht wordt aan dak- en thuislozen, zorgwekkende zorgmijders, en zichzelf verwaarlozende, gemarginaliseerde groepen. Deze mensen kunnen al dan niet ernstige en langdurige psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen of een combinatie van deze kenmerken hebben. Het gaat bij de ‘verkommerden en verloederden’ niet alleen om de zichtbare groep op straat, maar ook om de onzichtbare groep mensen die in hun woning een marginaal bestaan leidt.

Op basis van het vooronderzoek werd gekozen voor een onderverdeling van groepen naar huisvestingssituatie. Bij het definiëren van deze groepen volgden wij internationaal aanvaarde standaarden, die ook gemeengoed zijn in Nederland (verg. Koegel e.a., 1996; Gezondheidsraad, 1995; Korf e.a., 1997, 1999; Reinking & Kroon, 1998). Wij maakten een onderscheid tussen:

Feitelijk daklozen

Dit zijn mensen die de maand voorafgaand aan het interview niet beschikten over een eigen woonruimte en voor een slaapplek gedurende de nacht ten minste één nacht waren aangewezen op:

- buiten slapen, ofwel overnachten in de open lucht en in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto, en/of:
- binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse noodopvang, en/of:
- binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daaropvolgende nacht.

Residentieel daklozen

Dit zijn mensen die de maand voorafgaand aan het interview als bewoner ingeschreven stonden bij instellingen voor maatschappelijke opvang. Het gaat hierbij om internaten en sociale pensions en dergelijke, maar ook om woonvoorzieningen vanuit het particulier initiatief die zich expliciet richten op semi-permanente bewoning door daklozen.

Marginaal gehuisvesten

Dit zijn gedepriveerde mensen die huur of hypotheek betalen voor een woning, wooneenheid of kamer met een permanente woonbestemming en daar een particulier huishouden voeren. De persoon moet een eigen huurcontract of hypotheek hebben voor een officieel erkende woning. Aan de woning wordt als eis gesteld dat die zich leent voor het voeren van een parti-

culier huishouden, ofwel mogelijkheden om te voorzien in het eigen leefonderhoud en eventueel ook dat van anderen. Dit onderscheidt de gehuisvesten van daklozen, mensen in intramurale voorzieningen, gevangenissen en andere gesloten instellingen. Tot de marginaal gehuisveste mensen horen ook mensen die min of meer permanent inwonen bij familie en daar deel van het huishouden vormen.

Jongeren

Op verzoek van de opdrachtgever deden wij extra interviews onder gedepriveerde jongeren van 16 tot en met 25 jaar. Voor hen gold dezelfde definitie als voor de gehele onderzoekspopulatie. Alle (extra) geïnterviewde jongeren konden worden ingedeeld naar groepen van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten.

Inventarisatie en selectie van vindplaatsen

Feitelijk en residentieel daklozen

Bij het inventariseren van voorzieningen voor volwassen daklozen in de gemeente Den Haag werd de dag- en nachtopvang voor deze groep als uitgangspunt genomen. Intramurale voorzieningen, zoals psychiatrische klinieken en gevangenissen, bleven buiten beschouwing. Ook de zogenoemde crisisopvang en vrouwenopvang werden niet meegenomen.

Per voorziening werd het volgende vastgesteld: doelgroep, schatting van percentage sociaal kwetsbaren in bereikte populatie, dienstenaanbod, capaciteit, openingstijden en eventuele maximale verblijfsduur en/of contra-indicaties. Uit dit overzicht werden voorzieningen geselecteerd waarbij minstens een kwart van de bezoekers/bewonerspopulatie voldeed aan de gehanteerde definitie van sociale kwetsbaarheid (zie casusdefinitie eerder in deze bijlage).

Er werden vierentwintig voorzieningen geselecteerd, namelijk vijf voorzieningen voor feitelijk daklozen en negentien voorzieningen voor residentieel daklozen (zie tabel 1 voor een overzicht). Alle geselecteerde voorzieningen waren bereid aan het onderzoek mee te werken.

Tabel 1 Kenmerken van geselecteerde voorzieningen voor volwassen daklozen in Den Haag

Voorzieningen voor feitelijk daklozen	Kenmerken
Soepbus Kessler Stichting	Nachtopvang voor dak- en thuislozen. Geen agressie, gebruik, dealen, helen. Verblijf, maaltijd, psychosociale begeleiding. Geen limiet aan aantal bezoekers en verblijfsduur.
Goodwillcentrum Elim Dienstencentrum Leger des Heils	Dagopvang dak- en thuislozen. Bad, brood, kledingruil, postadres, maaltijden, spreekuren GGZ, VZ, huisarts, MW en Parnassia.
Oecumenisch Aandachtscentrum	Inloopcentrum voor o.a. dak- en thuislozen. Geen gebruik drugs of alcohol. Praatmiddagen, pastors. Maximum verblijfsduur 1 uur.

Drugpunt	Huiskamer voor drugsgebruikers. Inloop met koffie, steun, advies, info, bemiddeling, voorlichting, spuitomruil, praktische hulpverlening, juridisch spreekuur en casemanagers
Passantenverblijf Kessler Stichting	Nachtopvang voor dak- en thuislozen > 18 jaar. Bed, bad, brood voorziening, maaltijden, partiële begeleiding, crisisopvang. Maximale verblijfsduur 7 nachten per maand.
Voorzieningen voor Residentieel daklozen	Kenmerken
Begeleid Wonen, Groot Hertoginnelaan Kessler Stichting Stichting Exodus	Dak- en thuislozen > 18 jaar. Stabilisering en vergroting zelfstandigheid met professionele ondersteuning. Onbeperkt. Ex-gedetineerden 18-50 jaar. Geen verslaafden, geen ernstige psychische problemen of lichamelijke verzorgingsbehoeften. Individuele en groepshulp. Verplichte deelname dag- of werkbesteding. Maximale verblijfsduur 1 jaar.
Het Slaaphuis Kessler Stichting	Nachtopvang dak- en thuislozen > 18 jaar. Bed, bad, brood voorziening, informatie, advies, zorgtoeleiding, woonbegeleiding, materiële dienstverlening. Maximale verblijfsduur 6 maanden.
Noodcentrum Kessler Stichting	Dak- en thuislozen > 18 jaar. Eerste opvang, intake, indicatie, woonbegeleiding, voltijdsverblijf, materiële dienstverlening, partitiële psychosociale begeleiding. Verblijfsduur in principe 1 dag.
Het Huis Kessler Stichting	Dak- en thuislozen > 18 jaar. Woonbegeleiding, informatie en advies, psychosociale ondersteuning, voltijdsverblijf, maaltijd, dagbesteding. Verblijfsduur onbeperkt, beschermde woonomgeving.
Zorg en Wonen Kessler Stichting	Dak- en thuislozen >18 jaar met noodzaak verpleging/verzorging of met aanpassingsproblemen. Lichamelijke verzorging/verpleging, voltijdsverblijf, woonbegeleiding, psychosociale begeleiding, revalidatie, stervensbegeleiding. Verblijfsduur afhankelijk van zorgbehoeften.
Uitleunwoningen Kessler Stichting	Doorstroom uit 'Het Huis'. Zelfstandige wooneenheden. Woonbegeleiding, maatschappelijke dienstverlening, voltijdsverblijf, psychosociale begeleiding, dagbesteding, werktoeleiding. Onbeperkt.
Thuislozeninternaat Huize Tichelaar Adena	Dak- en thuislozen > 17 jaar. Geen drugsgebruik of ernstige lichamelijke problemen. Schuldsanering, groepsleiding, sociale dienstverlening en mw. Extra aanbod voor ex-psychiatrische patiënten, ex-alcoholisten en 'sociaal zwakkeren'. Onbeperkt.

DoorZ Kessler Stichting	Jongvolwassenen dak- en thuislozen 17-28 jaar. Woonbegeleiding, maatschappelijke dienstverlening, voltijdsverblijf, psychosociale begeleiding, begeleiding bij dagbesteding. Verblijf zo lang als nodig.
Denneweg, Begeleid Zelfstandig Wonen Kessler Stichting	Dakloze vrouwen >18 jaar (met kinderen). Woonbegeleiding, maatschappelijke dienstverlening, voltijdsverblijf, psychosociale begeleiding, begeleiding bij dagbesteding. Onbeperkt verblijf.
Hoge Zand, Begeleid Zelfstandig Wonen Kessler Stichting	Dakloze vrouwen > 50 jaar. Zelfstandige woningen. Woonbegeleiding, maatschappelijke dienstverlening, voltijdsverblijf, psychosociale begeleiding, begeleiding bij dagbesteding. Onbeperkt verblijf.
Zelfstandig Begeleid Wonen Kessler Stichting	Daklozen > 18 jaar. Beperkte woonbegeleiding, maatschappelijke dienstverlening, voltijdsverblijf, psychosociale begeleiding, begeleiding bij dagbesteding. Onbeperkt verblijf.
Thuislozeninternaat CMO Leger des Heils	Daklozen 18-65 jaar. Individuele (70%) en groeps- hulp (30 %), inrichtingswerk, sociaal pedagogische hulp, MW, psychiater. Huishoudelijke taken. Be- roeps- en werkbegeleiding. Onbeperkt.
Begeleid Wonen Oranjeplein Leger des Heils	M/V 18-65 jaar met psychiatrische problematiek. Geen overheersende drugsverslaving. Indien mo- gelijk betaald werk, nazorg
Sociaal Pension Oranjeplein Leger des Heils	M/V 18-65 jaar met psychiatrische problematiek. Geen overheersende drugsverslaving.
Vrouwenopvang Elim Leger des Heils	Vrouwen > 17 jaar (met kinderen <17 jaar). Geen verslaafden of behoefte aan psychiatri- sche/lichamelijke hulp. Maatschappelijk werk, sociaal pedagogisch werk, sociale psychiatrie, dag- besteding: huishoudelijke taken. Verblijf 3-6 maanden.
Sociaal Pension De Wissel Unit 1 Nederlandsch Leger des Heils	Daklozen 18-65 jaar met psychiatrische problema- tiek. Geen overheersende verslaving.
Sociaal Pension De Wissel Unit 2 Nederlandsch Leger des Heils	Daklozen 18-65 jaar met psychiatrische problema- tiek. Geen overheersende verslaving.
Doorstroomhuis Kessler Stichting	Dak- en thuislozen > 18 jaar in afwachting van woonplek. Woonbegeleiding, info en advies vol- tijdsverblijf, psychosociale begeleiding, maatschap- pelijke dienstverlening. Zo lang als noodzakelijk.

Op verzoek van de begeleidingscommissie namen wij enkele particuliere pensions in de se- lectie van voorzieningen op. Uitgangspunt was het door de heer F. Bankeman in 1998 opge- stelde overzicht van particuliere pensions. Op basis van beschikbare gegevens maakten wij hieruit een voorselectie en die legden wij behalve aan de heer Bankeman, tevens voor aan de heer H. Donken van de Stichting Ondersteuning Particuliere Pensions (STOPP) met de vraag om aanvullingen. Op hun voorspraak selecteerden wij drie particuliere pensions, namelijk

Cornax, Reinaard en Huize Vogel. Het laatstgenoemde pension trok voor de start van de dataverzameling de gegeven toestemming weer in. Er zijn dus in twee van de drie geselecteerde particuliere pensions interviews gehouden.

Pension Cornax	‘Doelgroep’: veel ex-cliënten Parnassia en mensen met dubbele diagnose. Particulier Pension voor 35 personen, allen man en zonder uitzondering sociaal kwetsbaar.
Pension Reinaard	‘Doelgroep’: veel ex-cliënten Parnassia c.q. dubbel gediagnosticeerden. Particulier Pension met 31 bewoners, mannen en vrouwen (zonder uitzondering sociaal kwetsbaar).

Marginaal gehuisvesten

Omdat een deel van de gehuisveste gedepriveerde mensen een verborgen bestaan leidt en daarom vaak pas in beeld komt bij crisissituaties of klachten van derden is eigenlijk signalerings- of huis-aan-huis-onderzoek nodig om zicht op deze groep te krijgen. Dit ging het bestek van dit onderzoek te buiten. In het uitgevoerde vooronderzoek bleek uit interviews met sleutelfiguren dat het goed mogelijk was deze groep in kaart te brengen via professionals bij een keur aan signalerings-, begeleidings-, opvang- en zorgprojecten en -instellingen. Het vooronderzoek gaf sterke aanwijzingen voor concentraties van gedepriveerde mensen in zogeheten achterstandswijken. De werkwijze bij de inventarisatie en selectie van voorzieningen was als volgt

- Inventarisatie voorzieningen en vindplaatsen die zich geheel of ten dele richten op gehuisveste kwetsbare mensen aan de hand van persoonlijke en schriftelijke consultatie in een vooronderzoek van 33 sleutelinformanten bij de gemeente (inclusief de GGD), de Geestelijke Gezondheidszorg, de Verslavingszorg, de Thuiszorg, het Welzijnswerk, de Eerstelijns en algemeen maatschappelijk dienstverlening (o.a. Kerk en Samenleving, Humanitas, eettafels).
- Voorselectie van vindplaatsen met tenminste 25% gehuisveste kwetsbare mensen in hun bereikte cliënten- of bezoekersgroep.
- Inventarisatie van stadsdelen in Den Haag met hoogste concentraties kwetsbare mensen, aan de hand van door de gemeente opgestelde achterstandsscores per wijk en de informatie van sleutelinformanten. Geselecteerd zijn de stadsdelen Centrum, Laak en Escamp.
- Selectie van voorzieningen (zie tabel 2).
- Toewijzing van aantallen interviews aan voorzieningen / hulpverleningsprogramma's / samenwerkingsverbanden van hulpverleners, evenredig naar de actuele, bereikte cliënten- of bezoekersgroep.
- Opstellen van regels voor de werving en selectie van mensen per voorziening, rekening houdend met de noodzaak dat hulpverleners namens ons schriftelijke toestemming moesten vragen omwille van de privacybescherming van de deelnemers.

Er werden in totaal eenentwintig vindplaatsen geselecteerd (zie tabel 2 voor een overzicht). Vijftien voorzieningen werkten mee aan het onderzoek. Per voorziening werd het volgende vastgesteld: doelgroep, dienstenaanbod, capaciteit, openingstijden en eventuele maximale verblijfsduur en/ of contra-indicaties.

Tabel 2 Kenmerken van geselecteerde voorzieningen voor gehuisveste verkommerden en verloederden in Den Haag, aantal beoogde en aantal gebruikte interviews

Voorziening	Kenmerken	Beoogde interviews	Bruikbaar voor analyse
Signaleringsoverleggen; 5 wijkoverleggen	Doelgroep: zorgwekkende zorgmijders. Samenwerkingsverband politie, Parnassia (GGZ en waar nodig ook verslavingszorg), decentrale welzijnsorganisaties, Woningbouwverenigingen en GGD. Decentraal opgezet (per politiebureau) Doelen: bepalen problematiek, inzet casemanager, registratie zorgmijders, voorkomen huisuitzetting. Aanmeldingen veelal via politie en woningbouwverenigingen vanwege overlast of een zorgwekkende toestand. 247 casussen juli 1996 - september 1998 van 12 signaleringsoverleggen in Den Haag.	18	4
GGD Vangnet en Advies	Doelgroep: hygiënische probleemsituaties, zorgmijders. Aanmeldpunt bij GGD voor politie, GGZ, thuiszorg, huisarts. Huisbezoek, evt. gevolgd door huisbezoek van psychiater GGD leidt tot hulpaanbod, desgewenst ook met inschakeling GGZ, thuiszorg, SPD, huisarts. Meldingen circa 250 per jaar (incl. recidive), met name uit achterstandswijken (> 50% psychiatrische achtergrond, alcohol of drugs ongeveer 20%).	5	6
Mobiel team verslavingszorg	Bemoeizorg voor verslaafden die niet (volgende) door de zorg bereikt worden.	5	5
Stichting Huisvesting Alleenstaanden en Meerpersoonshuishoudens (SHAM)	Doelgroepen: dak- en thuisloos, (ex-)GGZ, (ex-)detentie, (ex-)verslaafd, vluchtelingen / asielzoekers). Eén loket voor alle Woningbouwverenigingen. 155 kamers / HAT eenheden en woonbegeleiding, organisatorisch sinds 2001 onderdeel RIBW Den Haag.	5	2
DAC Sterhuis	Doelgroep: (ex-)GGZ-cliënten Dagactiviteitencentrum waar veel sociaal kwetsbaren komen (ook dak- en thuislozen). Geen maximum aantal bezoekers of limieten aan bezoekduur.	4	5
Staedion; twee wijkteams	Woningbouwvereniging met circa 100 sociaal kwetsbare huurders in reguliere bestand en circa 200 in woningen uit projecten maatschappelijk herstel.	18	4

Transmurale zorgteams (TZT): drie teams.	Doelgroep: thuiswonenden met psychiatrische problemen. Vier teams voor heel Den Haag met outreachende zorg. Caseload sociaal kwetsbaren heel Den Haag ongeveer 250 personen over vier teams.	18	6
Project huishouden	Vrijwilligersproject gericht op ondersteuning bij huishouden: circa 40 sociaal kwetsbaren in bestand.	4	3
Gespecialiseerde Gezinsverzorging (GGV); vier teams	Doelgroep: mensen met psychische / psychosociale problemen waarvoor reguliere thuiszorg niet meer volstaat. Circa 250 (potentieel) sociaal kwetsbare cliënten (ruwe schatting, geen exacte registratie).	18	9
Wijkverpleging; vier teams	Ongeveer 100 (potentieel) sociaal kwetsbaren in caseload (ruwe schatting, geen exacte registratie).	Zoveel mogelijk	7
Politie: vijf bureaus	Belangrijkste aanmelder signaleringsoverleg Onbekend aantal sociaal kwetsbaren in bestand. Overlast vaak aanleiding voor bemoeienis politie. Overlastregistratie leent zich niet voor uitlichten sociaal kwetsbaren.	Zoveel mogelijk	18
Zes-uurs klanten politie	Vooraf bedoeld voor alcoholisten die als gevolg van een gepleegd delict tijdelijk worden opgesloten op de bureaus Jan Hendrikstraat en Hoefkade.	Zoveel mogelijk	0
WBV Haagwonen	Woningbouwvereniging. Beschikt over 28.000 woningen in de stad Den Haag voor woningzoekenden vanaf 18 jaar uit het hele land.	Zoveel mogelijk	0
WBV Vestia	Woningbouwvereniging. Beschikt over ruim 22.000 woningen verspreid over de stad Den Haag.	Zoveel mogelijk	0
Triple X	Doelgroep: verslaafden met (dreigende) justitiecontacten. Transmuraal 24-uurs rehabilitatieprogramma voor 30 personen.	Zoveel mogelijk	0
Verslavingsreclassering	Doelgroep: verslaafden met (dreigende) justitiecontacten. Heeft bestand van circa 250, ten dele dakloze verslaafden met (dreigende) justitiecontacten die sociaal kwetsbaar zijn.	Zoveel mogelijk	0
Methadonverstrekking en ambulante verslavingszorg anders dan mobiel team	Doelgroep: mensen die verslaafd zijn aan heroïne en hierdoor problemen hebben.	10	16
Re-entry Emiliehoeve	Reintegratieprogramma. Doelgroep: druggebruikers die last hebben van hun gebruik en een hulpvraag hebben die te maken heeft	Zoveel mogelijk	0

	met problemen op lichamelijk, maatschappelijk, sociaal / psychisch gebied Capaciteit: 40. Opnameduur max. 6 maanden.		
Kompassie	Informatiewinkel GGZ. Doelgroep: Psychiatrische patiënten / familieleden die hier terecht kunnen voor folders / cursussen / activiteiten / zelfhulpgroepen et cetera.	Zoveel mogelijk	7
Huiskamerproject voor prostituees	Opvang voor vrouwelijke drugsverslaafde prostituees geopend van 21.45-5.30. Capaciteit: 50 personen per nacht.	6	3
Psychiatrische Zorg Drugs	Deze afdeling van Parnassia is bedoeld voor mensen met zogenaamde 'dubbele problematiek' De afdeling bestaat uit 16 klinische plaatsen en 8 deeltijdplaatsen. Daarnaast zijn er 8 begeleid wonen plaatsen en is er een poliklinische behandelmogelijkheid.	6	3
Totaal			98

Jongeren

Bij de inventarisatie en selectie van vindplaatsen voor jongeren werd de volgende procedure gevolgd.

1. Inventarisatie van voorzieningen en vindplaatsen die zich geheel of ten dele richten op sociaal kwetsbare jongeren aan de hand van persoonlijke en schriftelijke consultatie van sleutelinformanten
2. Schriftelijke en mondelinge informatieoverdracht over het onderzoek en per voorziening vragen naar een contactpersoon
3. Toewijzing van aantallen interviews aan vindplaatsen / hulpverleningsprogramma's / samenwerkingsverbanden van hulpverleners, in verhouding tot actuele, bereikte cliënten- of bezoekersgroep
4. Opstellen van regels voor de werving en selectie per vindplaats, rekening houdend met de noodzaak dat hulpverleners namens ons schriftelijke toestemming moesten vragen omwille van de privacybescherming van de deelnemers

Er werden in totaal 22 voorzieningen geselecteerd (zie tabel 3 voor een overzicht), waarvan zes voorzieningen fungeerden als reserve-instelling. Uiteindelijk werkten 12 voorzieningen mee aan dit onderzoek (en werden bij 11 voorzieningen uiteindelijk interviews gehouden). Redenen waarom geselecteerde voorzieningen niet meededen aan het onderzoek waren: doelgroep te jong, sluiting van de voorziening, slechts een enkele sociaal kwetsbare jongere in een bepaalde voorziening, onduidelijkheid over de start van een nieuw project.

Tabel 3 Kenmerken van geselecteerde voorzieningen voor sociaal kwetsbare jongeren in Den Haag, aantal beoogde en aantal gebruikte interviews

Voorziening	Kenmerken	Beoogde interviews	Bruikbaar voor analyse
Thuislozen Team	Inclusief woonbegeleiding: het Pand, begeleid wonen voor tienermoeders. Kortdurende opvang voor deelnemers T-Team in begeleid wonen. Begeleid kamerwonen. Woonproject GFW (Gedifferentieerd Begeleid kamerwonen voor T-teamers in nazorg). Leeftijdsgroep: 17-23 jaar. Aantal cliënten: 20.	15	8
Haagzicht	Kortdurende nachtopvang voor jongeren in de leeftijd van 17-23 jaar. Aantal bedden: 8.	10	9
Frankenstraat groephuis	Leeftijdsgroep voor dak- en thuisloze jongeren. Jongeren krijgen woontraining van gemiddeld een half jaar. Leeftijd: 15-25 jaar. Aantal plekken: 8.	4	2
Frankenstraat level two	Vervolgtraject van een half jaar met als doel zelfstandig kunnen functioneren. Leeftijd: 15-23 jaar. Aantal plekken: 7.	3	2
Drugspoli en methadonvoorziening	Begeleidt en behandelt mensen die problemen hebben door het gebruik van drugs. Doelgroep: jongeren in de leeftijd van 16-25 jaar.	15	1
Woonproject Intensieve Individuele Begeleiding	Aantal cliënten: 10. Leeftijdsgroep: 17-23 jaar.	5	4
Reclassering LdH dagprogramma	Dagprogramma in het kader van een taak / leerstraf / jeugdreclassering of gedragsvaardigheden om in aanmerking te komen voor WIW (jeugdwerkgarantieplan). Gem. 7-10 jongeren in programma van 13 weken. Op jaarbasis plaats voor 40 jongeren.	--	2
Reclassering LdH, project Basta	Dagprogramma voor spijbelaars, taakstraf opgelegd via Raad voor Kinderbescherming. Meer dan 50% is sociaal kwetsbaar. Op jaarbasis is er plek voor 40 jongeren.	5	4
Buurthuis de Trefpunt	Huiskamerinloop voor jongeren in Duindorp Totaal bereik 60/70 jongeren, gedeeltelijk sociaal kwetsbaar.	--	14
Jongerensoos centrum Mariahoeve	Soos in de wijk Mariahoeve bedoeld voor jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar. Er is plaats voor 30 jongeren.	--	6

Jongerensoos en Plein- project Mistral	Jeugd en jongerenwerk vanuit St. Welzijn Escamp. Leeftijdscategorie: 12-18 jaar. Kortdurend behandelprogramma voor jongeren in de leeftijd van 14-21 jaar met een verslavingsprobleem. Geboden wordt medische en psychische zorg en maat- schappelijke dienstverlening. Aantal bed- den: 10. Capaciteit: 60 opnamen per jaar.	5	0
Project harde kern ADO Den Haag Bus 13 1/2	Project gericht op harde kern supporters ADO. Rijdend centrum van WDC Schevenin- gen. Leeftijdscategorie: 12-18 jaar.		0
Clubhuis Duinslag (WDC Scheveningen)	Huiskamerproject zwerfjongeren. Hebben soort opvangfunctie voor jongeren van 12-25 jaar die uit opvanghuizen komen.		0
Transmurale Zorgteams	Doelgroep: thuiswonenden met psychia- trische problemen. Vier teams voor heel Den Haag met outreachende zorg. Case- load sociaal kwetsbaren ong. 250 perso- nen.		0
Fasehuis RIJ	Zelfstandigheidstraining voor jongeren in de leeftijd van 15-18 jaar, voorafgaand aan begeleid kamerwonen.		0
Buurthuis het Anker	Jongerensoos voor randgroepjongeren, veelal met combinatie van problemen thuis op school / werk, alcohol, overlast / onaangepast gedrag. Leeftijd: 16-20 jaar.		0
De Naald	Huiskamerinloop voor jongeren uit Oud Scheveningen. Totaal bereik ongeveer 30 jongeren, ten dele sociaal kwetsbaar.		0
JC Pleijsierschool de Bol	Hulp aan kinderen in meervoudige ach- terstandssituaties. Aantal cliënten in de leeftijd van 15-18 jaar: 55.		0
JC Pleijsierschool de Stap	Hulp voor jongeren van 12-16 jaar bij leren, sociaal-emotionele problemen, opvoedingshulp, 43 cliënten.		0
Survivalproject	Probleemjongeren van 12 jaar. Doel: inte- gratie in gang zetten.		0
Totaal		68	58

Steekproeftrekking en werving en selectie van respondenten

Feitelijk en residentieel daklozen

Het streven was om in totaal 212 daklozen te interviewen: 106 feitelijk en 106 residentieel daklozen. Voor de proportionele toewijzing van het aantal interviews aan voorzieningen werd de volgende procedure gevolgd.

1. Voor het krijgen van het totale aantal feitelijk daklozen werd het gemiddelde aantal bezoekers per dienst bij voorzieningen voor feitelijk daklozen bij elkaar opgeteld.
2. Voor het krijgen van het totale aantal residentieel daklozen werd het aantal bedden van alle voorzieningen voor residentieel daklozen bij elkaar opgeteld.
3. Gewichten voor het proportioneel toewijzen van aantallen interviews aan voorzieningen werden berekend door het aantal bezoekers of het aantal bedden van de voorziening in kwestie te delen door de totale opvangcapaciteit (dat is het totale aantal bezoekers en het totale aantal bedden samen).

Tabel 4 toont het gemiddelde aantal bezoekers of het aantal bedden per voorziening, het gewicht, en het beoogde en het gerealiseerde aantal interviews.

Tabel 4 Steekproef van feitelijk en residentieel daklozen

	Aantal bezoekers	Gewicht	Beoogde inter- views	Bruikbaar voor analyse
Voorzieningen voor feitelijk daklozen				
Soepbus Kessler Stichting	50	0,22	24	0
Goodwillcentrum Elim Leger des Heils	94	0,42	44	59 (11)*
Oecumenisch Aandachtscentrum	20	0,09	10	10 (1)*
Drugpunt	25	0,11	12	15 (2)*
Passantenverblijf Kessler Stichting	35	0,16	16	19
Totaal	224	1,00	106	103
Voorzieningen voor residentieel daklozen				
Begeleid Wonen, Groot Hertoginnelaan Kessler Stichting	10	0,02	2	2
Stichting Exodus	15	0,03	2	2
Het Slaaphuis Kessler Stichting	25	0,04	4	3
Noodcentrum Kessler Stichting	20	0,03	4	4
Het Huis Kessler Stichting	61	0,11	12	13
Zorg en Wonen Kessler Stichting	28	0,05	6	6
Uitleunwoningen Kessler Stichting	19	0,03	4	0
Thuislozeninternaat Huize Tichelaar, Adena	64	0,11	12	12
DoorZ Kessler Stichting	24	0,04	4	4
Denneweg, Begeleid Zelfstandig Wonen Kessler Stichting	4	0,01	0	0
Hoge Zand, Begeleid Zelfstandig Wonen Kessler Stichting	12	0,02	2	2
Zelfstandig Begeleid Wonen, Kessler Stichting	20	0,03	4	2
Thuislozeninternaat CMO, Leger des Heils	54	0,09	10	10
Begeleid Wonen Oranjeplein, Leger des Heils	34	0,06	6	0
Sociaal Pension Oranjeplein leger des Heils	50	0,09	10	10
Vrouwenopvang Elim Leger des Heils	40	0,07	8	6
Doorstroomhuis Kessler Stichting	70	0,12	12	11
Sociaal Pension De Wissel Unit 1	19	0,03	2	3
Nederlandsch Leger des Heils				
Sociaal Pension De Wissel Unit 2	4	0,01	2	1
Nederlandsch Leger des Heils				
Totaal	573	1,00	106	91
Extra voorzieningen voor residentieel daklozen				
Particuliere pensions				
Cornax	35	0,33	4	3
Reinaard	31	0,33	5	6
Totaal gebruikte interviews				100

* extra interviews vanwege sluiting Soepbus (zie tekst)

Voor de twee daklozenpopulaties verschilden de werving en selectie van respondenten voor de interviews.

Voor het werven en selecteren van *feitelijk daklozen* volgden wij de volgende procedure

- Opnemen van contact met de voorziening, schriftelijke en mondelinge informatieoverdracht over het onderzoek, en per voorziening vragen om een contactpersoon voor het onderzoek
- Doen van een verzoek aan contactpersoon voor het in de voorziening ophangen van een informatieposter over het onderzoek om de bezoekers over het onderzoek te informeren en hen voor te bereiden op de komst van interviewers
- Selectie per week van een aantal voorzieningen, op basis van toeval
- Telefonische en schriftelijke aankondiging aan medewerkers van de betreffende voorzieningen van het bezoek en de werkzaamheden van de interviewers
- Volgen van telregels door interviewers bij de benadering van daklozen voor een interview om selectieve respons te voorkomen. Afhankelijk van bezoekersaantallen (door de interviewers ter plekke vastgesteld) benadert de interviewer bijvoorbeeld elke derde, vierde of vijfde bezoeker
- Verzoek aan daklozen van de interviewer om aan interview mee te doen, nadat is gebleken dat geen eerder interview heeft plaatsgevonden.

Bij *geen bereidheid tot deelname* volgt – na toestemming van de betrokkene – aantekening van enkele kenmerken van de benaderde, de redenen van non-respons, en het al dan niet feitelijk dakloos zijn (aan de hand van de in de vragenlijst opgenomen ‘screener’ voor feitelijke dakloosheid). Hierna benadert interviewer een volgende persoon volgens een vooraf vastgestelde telregel.

Bij *bereidheid tot deelname* geeft de interviewer mondelinge en schriftelijke informatie over het onderzoek en vraagt hij of zij de persoon de ‘Verklaring van Toestemming’ te tekenen. Bij weigering van de ondertekening vindt aantekening plaats van non-respons, en na toestemming van de betrokkene, de redenen hiervoor, de kenmerken van de benaderde, en van het al dan niet feitelijk dakloos zijn. Op de ondertekening van de verklaring volgt een controle op eerder afgenomen interviews bij de persoon in kwestie, en daarna een screening op het feitelijk dakloos zijn. Als de benaderde aan de inclusiecriteria van feitelijke dakloosheid voldoet, volgt het interview, anders niet.

Het werven van respondenten bij de Soepbus van de Kessler Stichting werd een verhaal apart. Deze bus voor zogenoemde buitenslapers in Den Haag had een reputatie als verzamelplaats van 'moeilijke' gevallen en was tot begin november 2000 gesloten vanwege agressie en incidenten. De vraag was ook of het interviewen in de soepbus niet te grote risico's met zich mee zou brengen. Begin februari 2001 viel opnieuw het besluit tot sluiting van de soepbus en dit keer voor langere tijd. Hierdoor viel deze voorziening als interviewlocatie af. Voor voldoende inclusie van voormalige bezoekers van de soepbus werden bij vier voorzieningen voor feitelijk daklozen extra interviews gehouden. Bij de werving en selectie werd respondenten als extra vraag gesteld of zij in de afgelopen maand (januari 2001) de Soepbus hadden bezocht. Was het antwoord ja dan werd een interview afgenomen (als de persoon ook aan alle andere criteria voldeed), was het antwoord nee dan werd volgens de telregel een volgende persoon bena-

derd. In totaal hielden wij 14 extra interviews: 2 bij het Drugpunt, 11 bij het Goodwillcentrum Elim Dienstencentrum, en 1 bij het Oecumenisch Aandachtscentrum. Bij het Passantenverblijf konden geen extra interviews worden gerealiseerd. De extra interviews verklaren ook waarom het gerealiseerde en bruikbare aantal interviews bij deze voorzieningen hoger is dan het beoogde aantal (zie laatste kolom in Tabel 4).

Voor het werven en selecteren van **residentieel daklozen** volgden wij de volgende procedure

- Opnemen van contact met de voorziening, schriftelijke en mondelinge informatieoverdracht over het onderzoek, ook voor de medewerkers, en per voorziening vragen om een contactpersoon voor het onderzoek
- Doen van een verzoek aan contactpersoon voor het in de voorziening ophangen van een informatieposter over het onderzoek om de bezoekers over het onderzoek te informeren en hen voor te bereiden op de komst van interviewers.
- Elke week werd een aantal voorzieningen voor residentieel daklozen op basis van toeval uit de lijst geselecteerd. Afhankelijk van de voorkeur van de voorzieningen werden respondenten voor het onderzoek geworven door a) de contactpersoon of door b) de interviewer.

Ad a) De contactpersoon ontvangt een pakket met daarin informatie over het onderzoek, instructies voor de werving en selectie van bewoners, de te hanteren telregel (op basis van het aantal bewoners), toestemmingsverklaringen, waarborgen van privacy, een non-respons formulier en een rooster waarop personen die instemmen met een interview kunnen aangeven wanneer het interview kan plaatsvinden. De informatie wordt met de contactpersoon doorgepraat, die vervolgens – ook met schriftelijke informatie - de bewoners van het onderzoek op de hoogte brengt. De contactpersoon benadert aan de hand van de telregel bewoners voor een interview, noteert de eventuele non-respons op een formulier, verzamelt de ondertekende Verklaringen van Toestemming en de ingevulde roosters, en stuurt dit alles naar de onderzoekers. Hij of zij volgt daarbij de procedure zoals die hiervoor is beschreven bij de werving en selectie van feitelijk daklozen. Een afspraak voor een interview wordt of door één van de onderzoekers of door de contactpersoon gemaakt. Deze procedure is vooral gevolgd in voorzieningen voor begeleid wonen, waarin geen dagelijkse begeleiding aanwezig is.

Ad b) De interviewer werft en selecteert de personen voor een interview. In overleg wordt bepaald wat het beste tijdstip is om de meeste bewoners in de voorziening aan te treffen. Bewoners en medewerkers worden geïnformeerd over wanneer de interviewers langs komen. Als basis voor het uitvoeren van de telregel maakt de interviewer gebruik van zogenoemde bewonerslijsten waarop in de voorziening aanwezige personen staan geregistreerd. De contactpersoon is voor dit gebruik eerst om toestemming gevraagd. De interviewer benadert de bewoners volgens de telregel en volgt verder de procedure zoals die hiervoor is beschreven bij de werving en selectie van feitelijk daklozen.

Marginaal gehuisvesten

Het streven was om 106 interviews af te nemen bij marginaal gehuisveste personen. Aanvankelijk selecteerden wij de eerste negen voorzieningen uit tabel 2. Met de andere twaalf instellingen is in de maanden januari tot en met maart bijna wekelijks contact gezocht. Bij de helft van de vindplaatsen kwam de werving en selectie moeizaam op gang. Door persoonlijke afspraken met coördinatoren, uitvoerend werkers of hun managers is geprobeerd bij deze in-

stellingen de stagnatie in de dataverzameling te doorbreken. Nadere instructie, het beantwoorden van vragen en het verder stimuleren tot deelname waren de doelen van rappels, meer toegespitste afspraken en werkbezoeken. Toen eind maart 2001 duidelijk werd dat dit niet leidde tot een aanzienlijke verhoging van de respons is gekozen voor de aanvullende selectie van instellingen en een aanpassing van de regels voor de werving en selectie. Ten grondslag aan de aanvullende werving en selectie lag de volgende probleemanalyse van de tegenvallende respons

- Sommige voorzieningen konden voor ons geen mensen benaderen, omdat zij zeiden in hun praktijk geen of weinig directe contacten te hebben met gedepriveerde mensen. Dit speelde vooral bij samenwerkingsverbanden gericht op de signalering en monitoring van sociaal kwetsbaren (zorgwekkend zorgmijders, hygiënische probleemsituaties)
- Problemen om via de contactpersoon, coördinator of manager de uitvoerende hulpverleners te bereiken, te instrueren en te stimuleren tot deelname aan het onderzoek. Dit was vooral het geval bij grote instellingen met wijkteams, zoals de gespecialiseerde gezinsverzorging en de ambulante GGZ
- Lage prioriteit bij hulpverleners voor de werving en selectie door een combinatie van een hoge werkdruk, personeelsuitval, het gelijktijdig lopen van een aantal onderzoeken in Den Haag, een lage contactfrequentie met cliënten, een gebrekkige motivatie bij de hulpverleners soms leidend tot het 'vergeten' van afspraken die met ons waren gemaakt. Hier van was vooral bij de GGZ sprake
- Overmacht, zoals ziekte van coördinatoren of hulpverleners of opnames van mensen die men om toestemming wilde vragen (woningbouwverenigingen, de gespecialiseerde gezinsverzorging, GGD vangnet en advies)
- Voorzichtigheid bij hulpverleners die de door hen geachte broze hulpverleningsrelatie niet in de waagschaal wilden stellen voor ons onderzoek (signaleringsoverleggen).
- Kopschuwheid bij potentiële respondenten, met name bij degenen die zichzelf niet als sociaal kwetsbaar zien maar juist als volstrekt 'normaal' en bij zorgmijders met de sterke neiging om alle contacten met derden uit de weg te gaan (Dit ging vooral om gehuisvesten bij de woningbouwverenigingen en gespecialiseerde gezinsverzorging).

Het uitgangspunt bij de aanvullende selectie was dat overmacht of kopschuwheid niet te beïnvloeden zijn en een lage prioriteit bij hulpverleners vanwege werkdruk lastig te doorbreken is. Aan de andere oorzaken was wel iets te veranderen. Geselecteerd voor de tweede werving- en selectieronde werden instellingen die

- Direct contact hebben met hun cliënten;
- Bekend staan als belangrijke verwijzers naar samenwerkingsverbanden die zich richten op het signaleren- en monitoren van sociaal kwetsbaren en
- Mogelijkheden bieden om interviewers te koppelen aan uitvoerend werkers en hen samen met uitvoerend werkers op pad te sturen voor de werving en selectie.

Vervolgens werden de voorzieningen tien tot en met eenentwintig aan de lijst toegevoegd (zie tabel 2). Bij een aantal vindplaatsen was het aantal kwetsbare mensen erg gering of niet te kwantificeren. Telregels voor de selectie werden daarom niet gehanteerd. Gevraagd werd aan de instellingen om (indien mogelijk samen met een interviewer) alle verkommerde en verloederde mensen (uiteeraard volgens de door ons gehanteerde definitie) te benaderen waarmee men in de praktijk in contact kon komen tijdens de resterende duur van de dataverza-

meling. De rol van de hulpverlener was het geven van informatie over het onderzoek in afwezigheid van de onderzoeker met als inzet toestemming voor deelname.

Van een representatieve steekproef kon niet echt sprake zijn. De facto was zo'n steekproef al onmogelijk omdat uit het vooronderzoek bleek dat het steekproefuniversum van gehuisveste kwetsbare mensen niet was te bepalen. Wel is het ons gelukt om op basis van bestaande kennis en inzichten via een zo groot en divers mogelijk aantal vindplaatsen een getalsmatig grote groep gehuisveste mensen te benaderen die alle subpopulaties verkommerden en verloederden uit onze globale definitie omvat.

Jongeren

Het streven was om in totaal 60 jongeren te interviewen. De gevolgde werkwijze bij werving en selectie was dezelfde als bij de marginaal gehuisveste volwassenen.

Via een groot scala aan voorzieningen is het gelukt om een brede groep sociaal kwetsbare jongeren in het onderzoek te betrekken. De werving en selectie nam veel tijd in beslag, doordat het onderzoek in meerdere voorzieningen een lage prioriteit had door een combinatie van personeelstekort, hoge werkdruk, het parallel aan elkaar lopen van meerdere onderzoeken, een lage contactfrequentie met cliënten en een gebrekkige motivatie van de hulpverlener soms leidend tot het 'vergeten' van het onderzoek. Daarnaast speelde ziekte van coördinatoren een rol en voorzichtigheid bij hulpverleners, vanwege toch al broze contacten met jongeren.

Moeilijkheid bij de populatie jongeren zelf was dat ze herhaaldelijk niet op kwamen dagen op de gemaakte afspraken, waardoor het interview na vijf verrichte pogingen definitief niet doorging (zoals vooraf was vastgesteld). In voorzieningen als buurthuizen/jongerensozen verliep de werving daarentegen vrij eenvoudig, doordat de interviewer zelf op de achtergrond was wanneer de begeleider de jongeren om toestemming vroeg. De vergoeding van vijftwintig gulden bleek ook hier een goede tegenprestatie te zijn.

Omdat er na enkele maanden nog te weinig interviews met jongeren waren gedaan, werd er vanaf eind mei een beroep gedaan op twee 'reserve'-instellingen: buurthuis de Trefpunt en jongerensoos centrum Mariahoeve. In deze twee voorzieningen werden een groot aantal interviews gehouden met jongeren die lichtere problemen ervoeren dan de jongeren uit de andere voorzieningen. Zij waren allen nog thuiswonend, terwijl de jongeren van de andere voorzieningen veelal zwervend waren tussen verschillende onderkomens, een aantal was gehuisvest en een enkeling feitelijk dakloos.

Dakloosheid en verkommering en verloedering

Zoals aangegeven, selecteerden wij dakloze mensen in dit onderzoek door voorafgaand aan de interviews met behulp van een screener te bepalen of iemand voldeed aan de door ons opgestelde criteria voor feitelijke of residentiele dakloosheid. De geïnterviewde marginaal gehuisveste mensen en gemarginaliseerde jongeren werden via hulpverleners geselecteerd op basis van door ons verstrekte omschrijving van verkommering en verloedering. In een later stadium van dit onderzoek vroegen wij coördinatoren van daklozenvoorzieningen na te gaan of de hier door ons geïnterviewde personen aan die omschrijving voldeden. De informatie was bedoeld om na te gaan of alle geïnterviewde mensen in ons onderzoek volgens professionals tot de populatie verkommerde en verloederde mensen hoorden. Bijkomend effect van de exercitie was meer duidelijkheid over de relatie tussen dakloosheid en verkommering.

Er kwamen van de vier betrokken voorzieningen waar feitelijk dakloze mensen waren geïnterviewd twee reacties terug. Beide voorzieningen konden de gevraagde informatie niet leveren. Van dertien woonvoorzieningen voor residentieel dakloze mensen kwam informatie terug. Van de 68 hier beoordeelde residentieel dakloze mensen was volgens coördinatoren bij een meerderheid de omschrijving van verkommering en verloedering van toepassing (93%), bij slechts enkelen was dit niet het geval (7%).

Op basis van deze gegevens veronderstellen wij dat:

- dakloze mensen meestal verkommerd en verloederd zijn, maar
- verkommerde en verloederde mensen lang niet altijd dakloos.

Immers:

- als een meerderheid van residentieel dakloze mensen volgens professionals verkommerd en verloederd is dan moeten feitelijk dakloze mensen dat zeker zijn, omdat zij er in alle opzichten slechter aan toe zijn dan residentieel dakloze mensen. Dit blijkt ook uit hun hoge gemiddelde score op de marginaliseringsindex (zie hoofdstuk 10);
- de gemiddelde scores op de genoemde index van marginaal gehuisveste mensen en kwetsbare jongeren – volgens de door hen geselecteerde hulpverleners verkommerd en verloederd – zijn ook lager dan die van de groep feitelijk dakloze mensen.

Interviewers

Wij rekruteerden veertien interviewers voor dit onderzoek. Zij volgden een driedaagse training in het gebruik van de vragenlijst. Voor training in het gebruik van de zogenoemde ASI werd een externe deskundige ingeschakeld. Wij organiseerden voor de interviewers elke maand op het Trimbos-instituut een zogenoemde terugkombijeenkomst van enkele uren. De interviewers kregen de gelegenheid om ervaringen uit te wisselen. De onderzoekers gebruikten de bijeenkomst om bepaalde delen van de vragenlijst nog eens door te nemen en om thema's te bespreken.

Checks

Een controle op zogenoemde dubbele interviews werd uitgevoerd, ook al vanwege de vergoeding die deelname aan een interview aantrekkelijk maakte. De controle hield het volgende in:

Feitelijk en residentieel daklozen

Op het Trimbos-instituut hield een onderzoeker een lijst bij met enkele persoonlijke gegevens van respondenten (geboortedatum en initialen). Deze gegevens vroegen de interviewers aan de respondenten voorafgaand aan een interview en zij gaven deze informatie direct na het interview telefonisch aan de onderzoeker door. Het interview ging niet door als de respondent de informatie weigerde te geven. Een fax met de steeds bijgewerkte lijst met 'identifiers' werd aan de voorzieningen gezonden kort voordat de interviewers die bezochten. Aan de hand van deze lijst controleerde de interviewer of de verstrekte gegevens door de respondent op de lijst voorkwamen. Was dit niet het geval dan startte het interview, was dit wel het geval dan ging het interview niet door. Deze procedure werd ook gevolgd door de contactpersonen die dakloze personen voor het onderzoek wierven en selecteerden. Vanaf januari 2001 bleek dit systeem niet meer waterdicht te zijn.

Een aangescherpte toetsing hield in dat de respondent na ondertekening van de toestemmingsverklaring werd gevraagd om een identiteitsbewijs met daarop naam en geboortedatum. Kwam deze informatie overeen met de gegevens op de toestemmingsverklaring dan vond een check plaats met de lijst met persoonlijke gegevens. Als de gegevens niet met elkaar overeen kwamen ging het interview niet door. Als een respondent geen identiteitsbewijs had of die niet wilde laten zien dan vroeg de interviewer (na toestemming van de respondent) aan een medewerker van de voorziening of de gegevens op de toestemmingsverklaring juist waren. Bleken die onjuist dan ging het interview niet door.

Marginaal gehuisvesten en jongeren

Bij marginaal gehuisveste mensen en jongeren gebruikten wij dezelfde checks als bij de dakloze mensen (initialen en geboortedatum op lijsten). De gegevens werden na toestemming van de betrokkene door de onderzoeker gecheckt aan de hand van deze respondentenregistratie. Wanneer de werving door een hulpverlener / medewerker van de vindplaats werd gedaan waar de interviewer op de achtergrond bij was, werd er door de onderzoeker van het Trimbos-instituut een bijgewerkte lijst met 'identifiers' meegegeven aan de interviewer. Aan de hand van deze lijst controleerde de interviewer de verstrekte gegevens met de lijst. Kwamen er gegevens overeen dan werd er geen interview afgenomen. Was de combinatie van gegevens niet aanwezig op de lijst, dan liet de interviewer vervolgens het toestemmingsformulier ondertekenen. Hiermee konden wij onze intermediairen ontlasten, terwijl tegelijkertijd de bescherming van de persoonlijke levensfeer van potentiële deelnemers gegarandeerd bleef.

Deze werkwijze is ook voorgesteld aan instellingen geselecteerd in fase 1 waar het aantal benaderingen van sociaal kwetsbare volwassenen niet goed van de grond kwam. Bij deze instellingen was echter het draagvlak gering om voor de werving en selectie nog aanvullende activiteiten te ondernemen.

Extra interviews met vrouwelijke feitelijk daklozen

Vanuit de wetenschap dat mannen sterk zijn oververtegenwoordigd in de daklozenpopulatie werd in dit onderzoek besloten tot extra interviews met vrouwelijke volwassen feitelijk daklozen (in jargon: overtrekking van deze groep in de steekproef). Er werden twee weken ingelast (van 11-17 december 2000 en van 1-7 januari 2001) waarin er bij vier voorzieningen (Drugpunt, Goodwillcentrum Elim Dienstencentrum, Oecumenisch Aandachtscentrum en Passantenverblijf) uitsluitend interviews waren met vrouwen. Er was geen telregel; elke (volwassen) vrouwelijke bezoeker werd voor een interview benaderd. De interviewers benaderden 21 vrouwen en daarvan werden er 11 geïnterviewd. Het percentage vrouwen in deze subpopulatie steeg daarmee tot 20% (21/103).

Periode

De interviews in de daklozenpopulatie werden gehouden in de periode van 31 oktober 2000 tot en met 12 maart 2001. De interviews onder marginaal gehuisvesten werden gehouden in de periode van 1 januari 2001 tot en met 31 augustus 2001. De interviews met jongeren zijn afgenomen in de periode van 1 maart 2001 tot en met 31 augustus 2001.

Lokaties

Interviews met feitelijk daklozen werden gehouden in een (vooraf besproken) aparte ruimte binnen de voorziening of in een café of lunchroom vlakbij de voorziening. Interviews met residentieel daklozen werden ook in een aparte ruimte binnen de voorziening gehouden of op de kamer van de respondent. De interviews met marginaal gehuisveste mensen werden veelal gehouden bij de respondenten thuis of in een van tevoren afgesproken openbare ruimte, zoals een café in de buurt. Voor de interviews met jongeren werden geen afwijkende lokaties gebruikt.

Duur en vergoeding

De gemiddelde duur van de interviews was per groep als volgt

- met feitelijk daklozen: 75 minuten (gemiddelde afwijking: 21 minuten)
- met residentieel daklozen: 72 minuten (gemiddelde afwijking: 24 minuten)
- met marginaal gehuisveste mensen: 72 minuten (gemiddelde afwijking: 21 minuten)
- met jongeren: 53 minuten (gemiddelde afwijking: 23 minuten)

De interviews met de jongeren duurden significant korter dan met de drie groepen volwassenen.

Beantwoording van de vragen leverde in het algemeen geen problemen op. Alle respondenten ontvingen een financiële vergoeding van 25 gulden voor een volledig interview.

Non-respons

Feitelijk en residentieel daklozen

Er werden 281 personen benaderd voor een interview. 64 Personen wensten niet (nog een keer) aan een interview mee te doen, waarvan 18 waren benaderd bij voorzieningen voor feitelijk daklozen en 46 bij voorzieningen voor residentieel daklozen.

Voor deze zogenoemde non-respons registreerden wij de volgende redenen:

Geen zin of interesse: 40

Geen tijd: 5

Al eerder geïnterviewd: 4

Spreekt onvoldoende Nederlands: 2

Ziek: 2

Intrekking van getekende toestemmingsverklaring: 1

Anders/onbekend: 10

Marginaal gehuisvesten

Via de werving en selectie in beide fasen werden in totaal 135 mensen benaderd voor een interview. 37 Personen wensten niet mee te doen aan het onderzoek om de volgende redenen:

Geen zin of interesse: 7

Geen tijd: 2

Al eerder geïnterviewd: 3

Ziek: 1

Intrekking van getekende toestemmingsverklaring: 1

Anders/onbekend: 23

Jongeren

In totaal werden 88 jongeren benaderd voor een interview, waarvan 22 jongeren niet mee wilden doen. De volgende redenen lagen ten grondslag aan deze non-respons:

Geen zin of geen interesse: 9

Intrekking van getekende toestemmingsverklaring: 1

Anders/onbekend: 12

Dat van relatief veel marginaal gehuisvesten en jongeren onbekend is waarom zij niet geïnterviewd wilden worden, komt doordat veel van hen geworven zijn via contactpersonen bij voorzieningen. Deze personen vergaten vaak te vragen wat de reden van de weigering was.

Gerealiseerde interviews

Er werden 315 interviews gehouden, exclusief de extra interviews onder jongeren. Daarvan bleven 14 interviews buiten de analyse vanwege dubbel interviewen (7 feitelijk daklozen en 1 residentieel dakloze), niet afronden van een interview (1 feitelijk dakloze) of achteraf niet aan de selectiecriteria voldoen (2 feitelijk daklozen en 3 residentieel daklozen).

Aldus bleven 301 interviews over voor analyse (103 met feitelijk daklozen, 100 met residentieel daklozen en 98 met marginaal gehuisveste mensen; zie voor preciseringen van vindplaatsen de tabellen 2 en 4).

Met jongeren zijn in totaal zijn 66 interviews gerealiseerd. 8 Interviews bleken niet bruikbaar, aangezien dit jongeren waren onder de 16 jaar en er van tevoren geen toestemming was gevraagd aan de ouders. Aldus bleven 58 interviews over voor analyse.

Verwerking en analyse

De vragenlijsten werden gescand met behulp van het programma Teleform (versie 5).

Voor elke variabele in dit rapport werden beschrijvende statistieken geproduceerd en werden twee toetsen uitgevoerd: één om na te gaan of er verschillen waren tussen feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten, en één om na te gaan of er verschillen waren tussen de drie leeftijdsgroepen (inclusief alle jongeren). Voor de vergelijkingen tussen de groepen werden gebruikt: Pearson's chi-square, oneway analysis of variance, T-test for unequal variances, of de Mann-Whitney U test.

De analyses zijn uitgevoerd met het programma STATA. De tabellen zijn met behulp van SPSS gemaakt en voor rapportage geschikt gemaakt met Microsoft Word.

Bijlage 3 Instrumenten gebruikt in het kenmerkenonderzoek: keuzes en bepalingen

Voor de interviews selecteerden wij screeners en vragenlijsten die eerder met succes zijn afgenomen bij sociaal kwetsbare populaties. Het gaat om:

- Een screener voor stoornissen op het schizofrene spectrum ontleend aan de Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versie 1.0)
- Een screener voor het vaststellen van depressie ontwikkeld door Schrijvers e.a. (1997)
- De module alcohol en drugsgebruik en de module lichamelijke gezondheid van de Europese versie van de Addiction Severity Index (Europ-ASI, versie III). Ontleend aan de Europ-ASI zijn verder vragen over zorgbehoeften, lichamelijke problemen en contacten met politie en justitie
- De korte versie van de kwaliteit van levenlijst van Anthony Lehman (1995)
- Daarnaast maakten wij een eigen module over contacten met opvang- en zorgvoorzieningen

Hierna volgt een uitgebreide beschrijving van hoe de psychische stoornissen en de kwaliteit van leven in de sociaal kwetsbare populatie in dit onderzoek zijn vastgesteld.

Vaststelling van psychische stoornissen en de keuze van drempelwaardes

De keuze van drempelwaardes voor het vaststellen van psychische stoornissen moet gebaseerd zijn op relevante symptoomcriteria voor onderzoek in deze populatie, rekening houdend met de specifieke context waarin zij leven. Er is onderzoek naar daklozen en mensen met ernstige of complexe psychische problemen waarin beproefde diagnostische klinische of lekeninterviews zijn afgezet tegen onze screeningsinstrumenten. Bekendste voorbeeld van een klinische interview is de SCID-R; bekende lekeninterviews zijn de CIDI en zijn voorloper de DIS. De SCID-R en CIDI zijn gerelateerd aan de DSM-III-R. Daarom baseren wij ons in dit onderzoek op de DSM-III-R, ook al is inmiddels zijn opvolger de DSM-IV gepubliceerd.

Aan de hand van het vergelijkende onderzoek is bepaling mogelijk van de sensitiviteit en specificiteit van onze screeners ten opzichte van de gouden standaard van de uitgebreide interviews. Sensitiviteit en specificiteit staan in wisselwerking met elkaar. Verhoging van het aantal terecht gediagnosticeerde cases (hoge sensitiviteit) kan er toe leiden dat het aantal ten onrechte gediagnosticeerde cases toeneemt (lage specificiteit). Bij dit soort trade-off problemen kiezen wij onze drempelwaardes voorzichtig: een hoge specificiteit heeft de voorkeur boven een hoge sensitiviteit, met de aantekening dat dit kan leiden tot een onderschatting van de ware prevalentie. Hierna geven wij per diagnose een omschrijving van de stoornis en beargumenteren wij de keuze voor een drempelwaarde.

Alcohol- of drugsafhankelijkheid- of misbruik

De DSM-III-R maakt een onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik van alcohol of drugs. In beide gevallen is sprake van patroon van onaangepast gebruik van een middel dat belangrijke beperkingen of lijden veroorzaakt.

Afhankelijkheid uit zich in psychologische of fysiologische veranderingen ten gevolge van het gebruik. Men zet het middelengebruik voort ondanks de negatieve effecten. De diagnose wordt gesteld bij aanwezigheid van ten minste drie van de volgende problemen: (1) langer of

meer gebruik dan gepland; (2) aanhoudend verlangen naar gebruik of niet geslaagde pogingen tot minderen; (3) veel tijd voor de verwerving van middelen of het herstellen van de effecten ervan; (4) intoxicatie of onthoudingsverschijnselen bij belangrijke sociale of beroepsmatige verplichtingen of als gebruik van het middel gevaarlijk is (bijvoorbeeld bij autorijden) (5) ophouden met of beperken van belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden als gevolg van het gebruik (6) continuering van het gebruik ondanks aanhoudende, gerelateerde lichamelijke, psychische of sociale problemen (7) tolerantie voor het middel.

Van misbruik is sprake bij onaangepast gebruik blijkend uit (1) herhaaldelijk gebruik ondanks gerelateerde sociale, beroepsmatige, psychische of lichamelijke problemen of herhaaldelijk gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (2) dit doet zich herhaaldelijk gedurende een langere periode of aanhoudend gedurende een maand. De diagnose misbruik van middelen wordt alleen gesteld als nooit aan de criteria voor afhankelijkheid is voldaan. Misbruik is dus ondergeschikt aan afhankelijkheid.

De EuropASI heeft een module over alcohol- en drugsgebruik. Dit wordt uitgevraagd voor elf middelen: (1) alcohol, (2) cannabis, (3) heroïne, (4) cocaïne, (5) methadon/LAAM, (6) medicijnen / pillen (benzodiazepinen, kalmerende middelen, hypnotica en barbituraten, niet op doktersrecept), (7) amphetamines, (8) tripmiddelen, (9) andere opiaten (codeïne, morfine, opium en palfium), (10) inhalantia (lijm, benzine, poppers en dergelijke), (11) overige middelen (bijvoorbeeld extasy en MDMA). Bij alcohol wordt gevraagd naar elk gebruik en gebruik van vijf glazen of meer gedurende drie of meer dagen per week, of ten minste twee dagen gebruik in hoeveelheden die normale activiteiten als werk, school en sociale contacten verhinderen. Vijf glazen of meer gedurende dezelfde periode geven zwaar gebruik weer. Dit telt mee bij de bepaling van het oordeel over de omvang van de problemen en bij de vaststelling van polygebruik. Bij drugsgebruik gelden alleen de criteria voor het aantal dagen (overmatig) gebruik, de hoeveelheid gebruik per tijdseenheid doet niet ter zake. De EuropASI bevat per middel vragen over de beginleeftijd van gebruik, het aantal jaren gebruik en het gebruik de laatste maand. Tevens wordt geïnformeerd naar het voorkomen van een delirium of een overdosis drugs, contacten met de hulpverlening, problemen met het gebruik en vrijwillige abstinentie.

Alcoholdiagnoses

Svikis e.a. (1996) hebben de ASI-gegevens over zwaar alcoholgebruik tijdens het leven afgezet tegen de DSM-III-R diagnose alcoholafhankelijkheid bij harddrug gebruikende vrouwen. De diagnose werd vastgesteld via het gestructureerde klinische interview SCID-R. De onderzoekspopulatie ligt op het eerste gezicht niet voor de hand als referentiegroep voor onze onderzoeksgroep. De prevalentie van alcoholafhankelijkheid is echter hoog, conform de resultaten bekend uit internationale daklozenstudies. Bovendien heeft het gekozen ASI-criterium (tijdens het leven ten minste 1 jaar zwaar drinken) face-validity.

In de studie van Svikis is de sensitiviteit van de ASI 96% en de specificiteit 94% ten opzichte van de SCID-R. Dit was het beste resultaat van de vijf onderzochte screeningsinstrumenten. De geringe percentages van 4% gemiste diagnoses en 6% ten onrechte gestelde diagnoses zijn alleszins acceptabel. Ten minste een jaar zwaar drinken stellen wij gelijk aan een DSM life-time diagnose alcoholafhankelijkheid of -misbruik. Strikt genomen heeft de studie van Svikis geen betrekking op alcoholmisbruik. Wanneer bij daklozenpopulaties echter een stoornis in het alcoholgebruik wordt vastgesteld betreft dit vrijwel uitsluitend alcoholafhankelijkheid (Herrman e.a., 1989; Fichter e.a., 1996).

Een criterium voor de diagnose actuele alcoholafhankelijkheid of -misbruik is niet gevonden. In het verlengde van Svikis hebben wij de volgende vuistregel gehanteerd: ten minste een

jaar zwaar alcoholgebruik én zwaar gebruik de laatste maand. De grens voor actueel zwaar alcoholgebruik is gelegd op ten minste vier dagen zwaar gebruik de laatste maand, ofwel een hypothetisch gemiddelde van eenmaal of meer per week. Dit sluit aan bij een door De Zwart e.a. (1997) gememoreerde operationalisatie van zwaar gebruik als ten minste eenmaal per week 6 glazen of meer.

Drugsdiagnoses

Svikis beperkt zich tot alcoholafhankelijkheid en -misbruik. Voor de diagnose drugsafhankelijkheid of -misbruik tijdens het leven hebben wij dezelfde systematiek toegepast als voor alcohol. De symptoomcriteria uit de DSM zijn gelijk voor alcohol en drugs. Hierbij realiseren wij ons dat er verschillen zijn tussen de effecten van middelen. Gebruik van heroïne leidt veel sneller tot afhankelijkheid dan gebruik van cannabis. Dit heeft echter niet geleid tot een aanpassing van de vuistregel. Ter controle hebben wij naar een alternatieve richtlijn gekeken voor een life-time diagnose drugsafhankelijkheid of -misbruik: heroïnegebruik ten minste een jaar of enige andere drug gedurende ten minste twee jaar. Dit leidde slechts tot een iets lagere life-time prevalentie.

Voor de actuele diagnoses van drugsafhankelijkheid of -misbruik ontbrak het ons aan alle daarvoor benodigde informatie uit de EuropASI om te komen tot een zogeheten composite score⁴³. Dit geeft de actuele diagnoses in de tekst vooral een indicatieve waarde. Analoog aan de werkwijze bij het vaststellen van een actuele alcoholdiagnose hebben wij gekozen voor tenminste één jaar gebruik van heroïne of ten minste twee jaar gebruik van twee andere middelen, met vier of meer dagen gebruik in de laatste maand.

Depressie

De DSM-III-R noemt de volgende symptomen van een depressieve episode: (1) een depressieve stemming, (2) verminderde interesse, (3) verlies van gewicht of eetlust, (4) slaperigheid of buitensporige slaperigheid, (5) duidelijke rusteloosheid of apathie, (6) vermoeidheid of energieverlies, (7) gevoelens van waardeloosheid of schuld (8) verminderde concentratie of besluiteloosheid, (9) terugkerende gedachten aan de dood. Vijf van deze symptomen moeten ten minste twee weken aanwezig zijn geweest, waaronder in elk geval symptoom 1 of 2. Een dergelijke depressieve episode kan onderdeel uitmaken van een depressie in engere zin of een bipolaire stoornis (waarbij ook manische episoden moeten zijn vastgesteld). Onze screener laat geen differentiatie toe tussen beide stoornissen.

De gebruikte depressiescreener van Schrijvers e.a. (1997) is gebaseerd op de CIDI en bevat vragen naar de bovengenoemde symptomen 1, 2, 7 en 9. De vragen hebben betrekking op de periode van zes maanden voorafgaande aan het interview. De maximumscore op de screener is vier.

De drempelwaarde van de depressiescreener is gelegd op vier. Dit leidt tot een specificiteit van 99% en een sensitiviteit van 48% (ten opzichte van de CIDI). Dit lijkt onbevredigend, maar een goed alternatief is niet voorhanden. Bij een drempelwaarde drie stijgt de sensitiviteit naar 97%, maar zakt de specificiteit naar 63%.

De drempelwaarde van vier kan leiden tot een zekere overschatting. Reinking en anderen (1998) raamden dit voor de feitelijk daklozen in Utrecht op circa 4 procentpunt. Hierbij

⁴³ Wij misten informatie over drie van de zestien items, en die waren: hoeveelheid besteed geld aan drugs in de afgelopen 30 dagen, aantal dagen in de afgelopen 30 dagen dat drugs waren geïnjecteerd, en aantal dagen in de afgelopen 30 dagen dat de persoon last had van het drugsgebruik.

speelt echter het universele probleem van een zekere overschatting van depressie onder daklozen door middel van afname van gestructureerde interviews (zie North e.a., 1997). De auteurs wijten deze discrepantie aan het moeilijk te maken onderscheid tussen de stress en zorgen van het daklozenbestaan en een klinische depressie.

Schizofrenie en aanverwante stoornissen

De aanwezigheid van psychosen is vastgesteld via een selectie uit de schizofreniesectie van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI). De selectie is gebaseerd op data uit het Nemesis-onderzoek naar psychische problemen onder de Nederlandse bevolking (Bijl e.a., 1997). Wij kozen die items die tezamen alle CIDI-indicaties voor een psychose konden opsporen. Ervaringen met de CIDI wijzen op de noodzaak van doorvragen om 'vals-positieven' te voorkomen. Dit geldt in het bijzonder voor daklozen: zij maken relatief vaak gebeurtenissen (zoals achtervolging en bedreiging) mee die - gemeld tijdens het CIDI-interview - ten onrechte als tekenen van een psychose kunnen worden opgevat. Daarom werden, overeenkomstig het Nemesis-onderzoek, aanvullende vragen uit het Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID-R) gesteld wanneer er volgens de CIDI sprake was van psychotische symptomen. Onze resultaten zijn verder getoetst door alle twijfelgevallen en alle interviews waarbij slechts één symptoom gescoord werd, voor te leggen aan een psychiater, die deze zelfde taak vervuld had binnen het Nemesis-onderzoek en binnen het onderzoek naar daklozen in Utrecht.

De drempelwaarde voor het belangrijkste, zogenaamde A-criterium (aanwezigheid van kenmerkende symptomen) van schizofrenie bestaat uit twee of meer van de volgende symptomen: wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, katatoon gedrag en een inadequaat of vlak affect. Eén symptoom volstaat in geval van bizarre wanen en hallucinaties die bestaan uit een stem die voortdurend commentaar geeft op de respondent geeft of twee of meer stemmen die met elkaar in gesprek zijn.

Voor de diagnose schizofrenie gelden nog vier aanvullende criteria. Het sociaal en beroepsmatig functioneren ligt duidelijk onder het premorbide niveau (B), de verschijnselen zijn ten minste een half jaar manifest (D), ze mogen niet het gevolg zijn van middelengebruik of lichamelijke ziekten (E) en er gelden exclusiecriteria wanneer de psychotische symptomen passen in het beeld van een schizoaffectieve of stemmingsstoornis (C) of autisme en aanverwante stoornissen (F). Voor andere psychosen dan schizofrenie gelden minder restrictieve criteria. Voor een schizofreniforme stoornis volstaan bijvoorbeeld de criteria A en C. Uiteindelijk leidt de vaststelling van een psychose altijd tot een diagnose binnen de DSM-III-R, ook als niet voldaan wordt aan criterium A. De precieze diagnose is afhankelijk van de aard en duur van de psychose en middelengebruik of lichamelijke ziekte als oorzaak. Ons interview voorziet in mogelijkheden voor het toetsen op criteria A, D en E. Hiermee kunnen wij stoornissen van het schizofrene spectrum (schizofrenie, schizofreniforme en schizoaffectieve stoornis) afbakenen zoals dat in vergelijkbare studies veelal wordt gedaan (bijv. Koegel e.a., 1988; Smith e.a., 1992; Fichter e.a., 1996). In deze studies worden namelijk de exclusiecriteria C en F genegeerd. Overigens blijkt in deze studies schizofrenie verreweg de meest gestelde diagnose uit het schizofrene spectrum te zijn.

Vaststelling van kwaliteit van leven en zorgbehoeften

Voor het vaststellen van de kwaliteit van leven van dakloze personen is gebruik gemaakt van de korte versie van de kwaliteit van levenlijst van Anthony Lehman⁴⁴. De psychometrische eigenschappen zijn goed en ook in dit opzicht vergelijkbaar met die van de uitgebreide versie (Lehman, 1988; Lehman, 1995; Lehman e.a., 1997; Schutt e.a., 1997). Het instrument bestaat 74 items en is in een kwartier af te nemen. De lijst start en eindigt met een basisvraag hoe de persoon zijn of haar leven in het algemeen ervaart (algemene levenskwaliteit). Daarna volgen er over acht leefdomeinen vragen over (objectieve) omstandigheden en functioneren en over de (subjectieve) beleving van aspecten ervan (wat vind u van ...?). Het gaat om de volgende acht leefdomeinen: woonsituatie, dagelijkse activiteiten en functioneren, familie, sociale relaties, financiën, werk & school, justitie en veiligheidskwesties en gezondheid.

Per leefdomein eindigden wij de gegevensverzameling met twee vragen, namelijk:

In welke mate heeft u de afgelopen 30 dagen last gehad van problemen (op het betreffende leefdomein)?

In hoeverre is hulp bij deze problemen voor u op dit moment belangrijk?

Bij de beantwoording van de vragen werd een vijfpuntsschaal gebruikt (1=helemaal niet tot 5 erg veel). Op deze wijze inventariseerden wij de zorgbehoeften van dakloze personen.

Subjectieve levenskwaliteit

Bij de beantwoording van de basisvraag en de vragen naar subjectieve beleving werd een zevenpuntsschaal gebruikt (1= vreselijk en 7= prima). Wij hebben de drempelwaarde voor een lage kwaliteit van leven gesteld op 4 en lager, dat wil zeggen niet slecht/niet goed tot vreselijk (vergelijk Van Nieuwenhuizen, 1998). De betrouwbaarheid van de subjectieve kwaliteit van levenindicatoren is voldoende tot goed (zie tabel 1).

⁴⁴ Drie medewerkers vertaalden de korte kwaliteit van levenlijst van Lehman van het Engels in het Nederlands. Er werd een bijeenkomst gehouden om te komen tot consensus over de verschillen in vertaling. De consensusversie werd in het Engels terugvertaald door een beëdigd vertaler en native speaker. Deze Engelse versie werd vergeleken met de originele Engelse versie van de kwaliteit van leven-lijst. In overleg met de vertaler werd besloten hoe om te gaan met de overigens zeer kleine verschillen in formulering.

Tabel 1 **Betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha) van subjectieve kwaliteit van leven indicatoren in sociaal kwetsbaren-studie en uit 'Quality of Life Toolkit' door Lehman (1995)**

Domeinen	Onderzoek verkommerden en verloederden (2002)		Quality of Life toolkit Lehman (1995)	
	N	Aantal items	Cronbach's Alpha^a	Cronbach's Alpha
Algemene levenskwaliteit	301	2	.75	.83
Woonsituatie	297	3	.80	.87
Dagelijkse activiteiten	295	4	.84	.78
Familie	279	2	.94	.87
Sociale relaties	288	3	.82	.81
Financiën	285	3	.84	.81
Werk	50	3	.72	-
Veiligheid	287	3	.78	.70
Gezondheid	296	3	.71	.85

a. Alpha gelijk aan of groter dan .70 is voldoende betrouwbaar

De correlaties tussen de algemene levenskwaliteit van de mensen in dit onderzoek en hun subjectief ervaren kwaliteit van leven op de diverse leefdomeinen zijn als volgt:

Woonsituatie: .47**

Dagelijkse activiteiten: .64**

Familie: .45**

Sociale contacten: .43**

Financiën: .40**

Werk: .15

Veiligheid: .29**

Gezondheid: .59**

** significantie van r^2 is $p < 0,01$

Hierna presenteren we, voor een vergelijking met de resultaten uit dit onderzoek, enkele subjectieve kwaliteit van leven scores uit Amerikaanse studies naar daklozen.

Tabel 2 Subjectieve kwaliteit van leven indicatoren en algemene levenskwaliteit bij daklozen in Los Angeles (Wolf e.a., 2001) en Baltimore (Lehman e.a., 1995)

	Daklozen Los Angeles N= 249 Gem.	Daklozen Baltimore N=106 Gem.
Domeinen ^a		
Algemene levenskwaliteit	3,76	3,89
Woonsituatie	3,90	3,97
Dagelijkse activiteiten	-	4,11
Familie	-	4,04
Sociale relaties	4,45	4,42
Financiën	2,73	2,97
Werk & school	-	-
Veiligheid	-	4,18
Gezondheid	-	-

a. zeven-puntsschaal van 1= verschrikkelijk tot 7 = prima

Objectieve levenskwaliteit

Van zes leefdoemen is, volgens de aanwijzingen van Lehman hiervoor, de objectieve levenskwaliteit vastgesteld. Hierna volgt een overzicht van de gevolgde werkwijze per leefdoemen, van de vragen die zijn gesteld en de berekeningswijze van de levenskwaliteit.

Dagelijkse activiteiten en functioneren

Nagevraagd werd of de persoon in de afgelopen week (voorafgaand aan het interview) een wandeling heeft gemaakt, gewinkeld, een restaurant of café heeft bezocht, een boek, tijdschrift of krant heeft gelezen, een ritje heeft gemaakt met een bus of auto, zich bezig heeft gehouden met een hobby, heeft gesport, een park heeft bezocht (anders dan voor gebruik van drugs of overnachtring). De objectieve levenskwaliteit van het dagelijks functioneren werd bepaald door het gemiddelde te nemen van de acht items (ja=1, nee=0)

Familie

Twee vragen werden gesteld, namelijk: hoe vaak praatte u met een familielid aan de telefoon in het afgelopen jaar en hoe vaak ontmoette u een familielid in het afgelopen jaar. Het antwoord werd geregistreerd op een vijfpuntschaal met als eindpunten 5= minstens één keer per dag en 1= helemaal niet. De objectieve kwaliteit van de relatie met familie werd berekend door het gemiddelde te nemen van de scores op beide vragen.

Sociale relaties

In kaart werd gebracht hoe vaak de persoon: iemand bezoekt met wie hij/zij niet woont, telefoneert met iemand met wie hij/zij niet woont, iets onderneemt met iemand anders wat van tevoren is afgesproken, de tijd doorbrengt met iemand die hij/zij als meer dan een vriend beschouwd, zoals een echtgenoot, partner of vaste vriend of vriendin. Het antwoord werd geregistreerd op een vijfpuntschaal met als eindpunten 5= minstens één keer per dag en 1= helemaal niet. De objectieve kwaliteit van de sociale relaties werd berekend door het gemiddelde te nemen van de scores op de vier vragen.

Financiën

Gevraagd werd of de persoon in de afgelopen maand (voorafgaand aan het interview) voldoende geld had uit te geven aan: voeding, kleding, wonen, reizen in de stad voor zaken als boodschappen doen, afspraken met een arts of het bezoeken van vrienden en familie, en aan sociale activiteiten als het uit eten gaan in een restaurant of naar de bioscoop gaan. De objectieve kwaliteit voor financiën werd berekend door het gemiddelde te nemen van de scores op de vijf vragen (ja=1, nee=0).

Werk

De objectieve kwaliteit inzake werk werd vastgesteld door te vragen of de persoon in de afgelopen maand had gewerkt. Met werk werd bedoeld betaald werk, zwart werk, vrijwilligerswerk en ook bijvoorbeeld de verkoop van Straatnieuws. De objectieve kwaliteit inzake werk wordt uitgedrukt in het percentage mensen met werk.

Veiligheid

De objectieve kwaliteit in relatie tot veiligheidskwesties werd in kaart gebracht door het stellen van twee vragen, namelijk of de persoon in het afgelopen jaar (voorafgaand aan het interview) slachtoffer was van een gewelddadig misdrijf (mishandeling, verkrachting, overval) of van niet-gewelddadig misdrijf (inbraak, diefstal van eigendom of geld, bedrog) en of de persoon in het afgelopen jaar was gearresteerd of opgepakt vanwege een mogelijk misdrijf. De objectieve kwaliteit voor veiligheidskwesties wordt uitgedrukt in het percentage mensen dat slachtoffer was van een misdrijf en het percentage mensen dat werd gearresteerd.

In tabel 3 geven we voor de vier indicatoren waarvoor dat mogelijk is de betrouwbaarheid van de schalen weer. De betrouwbaarheid van de objectieve indicatoren is redelijk tot voldoende.

Tabel 3 **Betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha) van objectieve kwaliteit van leven indicatoren in sociaal kwetsbaren-studie en uit 'Quality of Life Toolkit' door Lehman (1995)**

Domeinen	Sociaal kwetsbaren-studie		Quality of Life toolkit Lehman (1995)	
	N	Aantal Items	Cron- bach's Alpha ^a	Cron- bach's Alpha ^a
Dagelijkse activiteiten	278	8	.54	.56
Familie	280	2	.74	.60
Sociale relaties	296	4	.68	.71
Financiën	286	5	.79	.82

a. Alpha tussen .50 en kleiner dan .70: schaal is redelijk betrouwbaar;
Alpha gelijk aan of groter dan .70: schaal is voldoende betrouwbaar

De correlatie tussen de subjectieve en objectieve kwaliteit van leven indicatoren is voor:

Dagelijkse activiteiten: .38**

Familie: .43**

Sociale contacten: .38**

Financiën: .63**

** significantie van r^2 is $p < 0,01$

Bijlage 4 Gedetailleerde resultaten van het kenmerkenonderzoek

Leeswijzer bij de tabellen

Elke tabel beschrijft van elke variabele de gegevens van drie groepen: eerst worden de tabellen met de gegevens van feitelijk daklozen, residentieel daklozen en marginaal gehuisvesten gegeven; daarna de tabellen met de gegevens van jongeren (16-25 jaar; inclusief 58 extra interviews), volwassenen (26-55 jaar) en ouderen (ouder dan 55 jaar).

De in de tabellen gepresenteerde gegevens zijn

- a. Gemiddelde (Gem.) en Standaarddeviatie⁴⁵ (SD), of
- b. Mediaan⁴⁶ en Range⁴⁷, of
- c. het aantal (n) en het percentage (%) respondenten met het betreffende kenmerk.

Voor optie a is gekozen als het een continue variabele betreft (bv. leeftijd, aantal jaren dakloos, etc.). Als een continue variabele echter niet normaal verdeeld is (niet evenwichtig gespreid is in de groep), dan is voor optie b gekozen. Voor optie c is gekozen bij zogenoemde categorische data, die de onderzoeksgroep in subgroepen verdelen (bv. geslacht, ooit dakloos geweest, ooit harddrugs gebruikt).

Van de meeste variabelen waren de gegevens niet over alle respondenten bekend, met zogenoemde 'missing data' als gevolg. Per variabele zijn de respondenten waarover niets bekend was uitgesloten. De gegevens in de tabellen betreffen dus de valide ('non-missing') antwoorden. In de tabellen is steeds het betreffende aantal valide responsen weergegeven (N).

Voor elke variabele is een statistische toets uitgevoerd om te meten of er verschillen zijn tussen de drie groepen. De gebruikte toetsen zijn:

tu= T-toets voor ongelijke variantie

χ^2 = Pearson's Chi-Square Toets⁴⁸

kW- χ^2 = Kruskal-Wallis Toets

F= Eenzijdige Variantie Analyse

De belangrijkste toetsresultaten zijn de in de tabellen gegeven p-waarden. Zij geven de significantie van de verschillen tussen de groepen weer. Alleen significante resultaten zijn gepresenteerd (p-waarden lager dan 0,05). NS (niet significant) staat vermeld als er geen statistische verschillen zijn. Daar waar er voor de analyse onvoldoende gegevens waren, zijn de toetsen niet uitgevoerd.

⁴⁵ De standaarddeviatie geeft aan hoe de scores van de respondenten gespreid zijn rondom het gemiddelde.

⁴⁶ De mediaan is vergelijkbaar met het gemiddelde. Het is de waarde waar 50% van de respondenten onder (en de andere 50% dus boven) scoort.

⁴⁷ De range geeft de laagste en de hoogste gescoorde waarde weer.

⁴⁸ χ^2_z waarbij z het aantal vrijheidsgraden is en X^2 is χ^2

Tabel 4.1 Demografische gegevens

	Feitelijk daklozen (N=103)		Residentieel daklozen (N=100)		Gehuisvesten (N=98)		Toets voor groep
Geslacht							
Man (n, %)	82	79,6%	74	74,0%	59	60,2%	$\chi^2_2=9,8$ p=0,008
Vrouw (n, %)	21	20,4%	26	26,0%	39	39,8%	
Leeftijd							
(Gem.,SD)	36,9	9,8	46,3	14,8	49,1	15,6	F _{2,298} =22,5 p<0,001
Range	18 - 66		18 - 81		20 - 93		
<18 jaren (n, %)							$\chi^2_6=52,1$ p<0,001
18-30 jaren (n, %)	26	25,5%	19	19,0%	8	8,2%	
31-45 jaren (n, %)	63	61,8%	27	27,0%	38	38,8%	
46-60 jaren (n, %)	10	9,8%	35	35,0%	33	33,7%	
61(n, %)	3	2,9%	19	19,0%	19	19,4%	
Etniciteit^a							
Nederland (n, %)	50	48,5%	68	68,0%	73	74,5%	$\chi^2_4=22,4$ p<0,001
Marokko/ Ned.Antillen /Indonesië/Turkije/ Suriname (n, %)	38	36,9%	21	21,0%	10	10,2%	
Anders (n, %)	15	14,6%	11	11,0%	15	15,3%	
Burgerlijke staat							
Hertrouwd (n, %)	4	3,9%	9	9,0%	18	18,4%	$\chi^2_4=14,0$ p=0,007
Gescheiden (n, %)	34	33,0%	39	39,0%	26	26,5%	
Nooit gehuwd geweest (n, %)	65	63,1%	52	52,0%	54	55,1%	
Huidig samenlevings- verband							
Anders (n, %)	6	5,8%	7	7,0%	22	22,4%	$\chi^2_2=16,6$ p<0,001
Alleenstaand (n, %)	97	94,2%	93	93,0%	76	77,5%	

a. Etniciteit volgens de 'brede' VNG-definitie:
geboorteland respondent (R) niet-NL: als geboorteland R = NL en geboorteland moeder = niet-NL; etnische groep R = geboorteland moeder; bij geboorteland R en moeder = NL en geboorteland vader niet-NL: etnische groep R= geboorteland vader

Tabel 4.2 Hoogst voltooide opleiding

	Feitelijk daklozen N=103		Residentieel daklozen N=94		Gehuisvesten N=97		
							Toets voor groep
Opleiding							
Geen/BUO/LO/LVO (n, %)	53	51,5%	31	33%	31	32,00%	
LBO/MVO/MBO (n, %)	34	33,0%	51	54,3%	45	46,40%	
HVO/HBO/VWO/ WO (n, %)	16	15,5%	12	12,8%	21	21,60%	$\chi^2_4=13,7$ p=0,008

Tabel 4.3 Inkomstenbronnen

	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		
							Toets voor groep
Gewerkt afgelopen maand							
wit en zwart werk (n, %)	5	5,1%	26	26,0%	19	19,6%	$\chi^2_2=16,1$ p<0,001
Totaal Valide (N)	98		100		97		
Inkomstenbronnen in het afgelopen jaar							
Loon, wit en zwart werk (n, %)	34	36,2%	28	28,3%	18	19,6%	$\chi^2_2=6,3$ p=0,042
Uitkering ^a (n, %)	79	84,0%	91	91,9%	84	91,3%	NS
Illegale activiteiten ^b en prostitutie (n, %)	49	52,1%	5	5,1%	14	15,2%	$\chi^2_2=64,4$ p<0,001
Andere Inkomsten ^c (n, %)	31	33,0%	13	13,1%	10	10,9%	$\chi^2_2=18,1$ p<0,001
Totaal Valide (N)	94		99		92		

a. Uitkering: WAO, AAW, ziektewet, AOW, pensioen, RWW, WW

b. Illegale activiteiten: diefstal, beroving, heling en bedelen

c. Andere Inkomsten: Alimentatie, inkomsten van partner/ouders, beurzen, giften

Tabel 4.4 Slaaplokaties in de afgelopen maand

	Feitelijk daklozen	Residentieel daklozen	Gehuisvesten				Toets voor groep
	(N=102)	(N=100)	(N=98)				
Geslapen afgelopen maand \geq 1 nacht							
Buiten (n, %)	70	68,6%	0	0,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=177,2$ p<0,001
(TN)	1185		0		0		
Nachtopvang (n, %)	54	52,9%	8	8,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=100,1$ p<0,001
(TN)	731		240		0		
(Semi)permanente woonvoorzieningen voor daklozen (n, %)	15	14,7%	92	92,0%	8	8,2%	$\chi^2_2=183,6$ p<0,001
(TN)	116		2717				
Familie/vrienden, tijdelijk, zonder uitzicht op vast verblijf (n, %)	45	44,1%	0	0,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=102,8$ p<0,001
(TN)	615		0		0		
Familie/vrienden, permanent, zonder huurcontract (n, %)	1	1,0%	1	1,0%	7	7,1%	$\chi^2_2=8,6$ p=0,014
(TN)	3		8		210		
Eigen zelfstandige woonruimte (met huurcontract /hypotheek) (n, %)	4	3,9%	2	2,0%	82	83,7%	$\chi^2_2=207,4$ p<0,001
(TN)	79		31		2436		
Anders (n, %)	25	24,5%	1	1,0%	4	4,1%	$\chi^2_2=36,7$ p<0,001
(TN)	326		3				

n = tenminste 1 nacht ;TN = Totale aantal nachten geslapen (voor de gehele groep)

Tabel 4.5 Voornaamste slaaplokatie in de afgelopen maand

	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		
	(N=102)		(N=100)		(N=98)		Toets voor groep
Geslapen afgelopen maand \geq 15 nachten							
Buiten (n, %)	42	41,2%	0	0,0%	0	0,0%	$\chi^2_8=94,8$ p<0,001
Nachtopvang (n, %)	23	22,5%	8	8,0%	0	0,0%	$\chi^2_8=28,3$ p<0,001
(Semi)permanente woonvoorzieningen voor daklozen (n, %)	8	7,8%	91	91,0%	8	8,2%	$\chi^2_8=217,8$ p<0,001
Familie/vrienden, tijdelijk, zonder uitzicht op vast verblijf (n, %)	19	18,6%	0	0,0%	0	0,0%	$\chi^2_8= 39.4$ p<0.000
Familie/vrienden, permanent, zonder huurcontract (n, %)	0	0,0%	0	0,0%	7	7.1%	$\chi^2_8= 14.8$ p=0.001
Eigen zelfstandige woonruimte (met huurcontract /hypotheek)(n, %)	3	2,9%	1	1,0%	82	83.7%	$\chi^2_8= 215,4$ p<0.001
Anders (n, %)	10	9,8%	0	0,0%	0	0,0%	$\chi^2_8=16,6$ p<0,001

n = Aantal mensen dat 15 of meer nachten in de afgelopen 30 dagen op een lokatie heeft doorgebracht

Tabel 4.6 Aantal verschillende types woonsituatie in het afgelopen jaar

	Feitelijk daklozen (N=98)		Residentieel daklozen (N=99)		Gehuisvesten (N=98)		Toets voor groep
Aantal woonsituaties afgelopen jaar							
Mediaan (Range)	3,0	(1-6)	1,0	(1-4)	1	(0-5)	KW- $\chi^2=118,3$ p=0,001
Gemiddelde (SD)	3,3	1,3	1,7	0,9	1,3	0,7	

Tabel 4.7 De duur van feitelijke dakloosheid tijdens het leven

	Feitelijk daklozen (N=102)		Residentieel daklozen (N=100)		Gehuisvesten (N=98)		Toets voor groep
De duur van feitelijke dakloosheid							
Nooit (n, %)	0	0	37	37,4%	66	67,4	$\chi^2_{8}=129,0$ p<0,001
Minder dan 1 jaar (n, %)	20	19,6	33	33,3%	16	16,3	
1 tot 5 jaar (n, %)	45	44,1%	17	17,2%	12	12,2	
5 tot 10 jaar (n, %)	20	19,6%	6	6,1%	2	2,0	
10 jaar of meer (n, %)	17	16,7%	6	6,1%	2	2,0	
Gemiddeld jaren dakloosheid (SD)	4,8	(5,74)	2,15	(6,12)	0,66	(2,16)	
Mediaan jaren dak- loosheid (Range)	3	(0,02- 37)	0,1	(0-40)	0	(0-15)	KW- $\chi^2=116,3$ p=0,0001

Tabel 5.1 Zesmaandsprevalentie van psychische stoornissen

	Feitelijk daklozen (N=99)		Residentieel dak- lozen (N=97)		dak- Gehuis- vesten (N=93)		Toets voor groep
Depressie							
Ja (n, %)	29	29,3%	13	13,4%	11	11,8%	$\chi^2_2=12,1$ p=0,002
Schizofrenie							
Ja (n, %)	5	5,0%	5	5,0%	4	4,3%	NS

Tabel 5.2.1 Middelengebruik

	Feitelijk daklozen (N=97)		Residentieel lozen (N=93)		dak- Gehuis- vesten (N=96)		Toets voor groep
Ooit gebruikt							
Alcohol elke hoeveelheid (n, %)	62	63,9%	62	66,7%	62	64,6%	NS
Alcohol 5 glazen of meer (n, %)	48	49,5%	45	48,4%	43	44,8%	NS
Cannabis (n, %)	54	55,7%	30	32,3%	21	21,9%	$\chi^2_2=24,9$ p<0,001
Cocaine, Heroïne of Methadon (n, %)	70	72,2%	19	20,7%	33	34,4%	$\chi^2_2=55,4$ p<0,001
Overig (n, %) ^a	50	51,5%	31	33,3%	55	57,3%	$\chi^2_2=11,8$ p=0,003
Combinatie van middelen ^b (n, %)	73	75,3%	22	23,7%	39	40,6%	$\chi^2_2=53,0$ p<0,001

a. Overig = andere opiaten/analgetica, amphetamines, hallucinogenen, vluchtige stoffen, pillen, medicijnen, andere stoffen (o.m. XTC)

b. M.u.v. alcohol elke hoeveelheid

Tabel 5.2.2 Middelengebruik

	Feitelijk daklozen (N=97)		Residentieel daklozen (N=93)		Gehuisvesten (N=96)		Toets voor groep
Afgelopen maand gebruikt							
Alcohol elke hoeveelheid (n, %)	37	35,1%	30	32,3%	39	40,6%	NS
Alcohol - 5 glazen of meer (n, %)	25	25,8%	17	18,3%	22	22,9%	NS
Cannabis (n, %)	34	35,1%	12	12,9%	10	10,4%	$\chi^2_2=22,5$ p<0,001
Cocaine, Heroïne of Methadon (n, %)	57	58,8%	4	4,3%	28	29,2%	$\chi^2_2=66,0$ p<0,001
Overig (n, %) ^a	30	30,9%	20	21,5%	48	50,0%	$\chi^2_2=17,7$ p<0,001
Combinatie van middelen ^b (n, %)	55	56,7%	8	8,6%	31	32,3%	$\chi^2_2=49,8$ p<0,001

a. Overig = andere opiaten/analgetica, amphetamines, hallucinogenen, vluchtige stoffen, pillen, medicijnen, andere stoffen (o.m. XTC)

b. M.u.v. alcohol elke hoeveelheid

Tabel 5.3 Life-time en actuele verslavingproblemen							
	Feitelijk daklozen (N=97)		Residentieel daklozen (N=93)		Gehuisvesten (N=97)		Toets voor groep
Afhankelijk of misbruik tijdens het leven							
Alcohol ^a (n, %)	46	47,4%	40	43,0%	43	44,8%	NS
Drugs ^a (n, %)	66	68,0%	18	19,4%	36	37,5%	$\chi^2_2=47,4$ p<0,001
Alcohol en/of drugs (n, %)	76	78,4%	49	52,7%	55	57,3%	$\chi^2_2=15,4$ p<0,001
Afhankelijk of misbruik tijdens afgelopen maand							
Alcohol ^b (n, %)	21	21,6%	14	15,1%	18	18,7%	NS
Drugs ^b (n, %)	51	52,6%	4	4,3%	27	28,1%	$\chi^2_2=54,1$ p<0,001
Alcohol en/of drugs (n, %)	63	64,9%	16	17,2%	40	41,7%	$\chi^2_2=44,5$ p<0,001

a. Volgens Svikis e.a. (1996)

b. Alcohol volgens Svikis e.a., drugs volgens: Lehman e.a. (1996)

Tabel 5.4 Verkommerden en verloederden met en zonder psychische (GGZ) en/of verslavingsproblemen (VZ)							
	Feitelijk daklozen (N=93)		Residentieel daklozen (N=90)		Gehuisvesten (N=91)		Toets voor groep
Geen GGZ en VZ (n, %)	25	26,9%	61	67,8%	46	50,5%	
Alleen GGZ (n, %)	6	6,5%	13	14,4%	6	6,6%	
Alleen VZ (n, %)	40	43,0%	12	13,3%	32	35,2%	
GGZ en VZ (n, %)	22	23,7%	4	4,4%	7	7,7%	$\chi^2_6=50,4$ p<0,004

Tabel 6.1 Kwaliteit van leven: objectieve indicatoren

	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		Toets voor groep
Objectieve indicatoren							
Familiecontacten (Gem1./SD, N)	2,4/1,2	96	2,5/1,1	94	2,8/1,1	90	NS
Sociale contacten (Gem1./SD, N)	2,3/1,1	100	2,3/1,1	99	2,7/1,0	97	F _{2,293} =3,95 p=0,020
Dagelijkse activiteiten (Gem2./SD, N)	3,2/1,8	91	3,7/1,8	91	4,1/1,8	96	F _{2,275} =5,23 p=0,006
Financiën 2 (Gem3./SD, N)	1,6/1,7	94	3,4/1,4	100	3,1/1,6	92	F _{2,283} =33,5 p<0,001
Gemiddeld inkomen in Euro's in afgelopen maand (Gem./SD, N)	729,8 (647,2)	92	677,7 (543,0)	93	790,7 (314,2)	89	
(Mediaan, Range)	619 Euro	0-3358	635,3 Euro	0-4538	707 Euro	82-1679	KW- $\chi^2_2=13,3$ p=0,001
Werk (in afgelopen maand) (n/N, %)	5/98	5,1%	26/100	26,0%	19/96	19,6%	$\chi^2_2=16,1$ p<0,001
Slachtoffer van misdrijf (n/N, %)	40/91	44,0%	18/100	18%	33/95	34,7%	$\chi^2_2=15,3$ p<0,001
Arrestaties afgelopen jaar (>=1) (n/N, %)	44/91	48,4%	7/98	7,1%	9/95	8,4%	$\chi^2_2=61,9$ p<0,001

Gem1: Familie en Sociale contacten = gemiddelde van 5 puntschaal; 1=minstens 1 keer per dag tot 5 helemaal niet

Gem2: Dagelijkse activiteiten = gemiddelde van 8 items

Gem3: Financiën = gemiddelde van 5 items

Tabel 6.2 Kwaliteit van leven: subjectieve indicatoren

	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		Toets voor groep
Subjectieve indicatoren							
Algemene tevredenheid over kwaliteit van leven (Gem./sd, N)	3,5/1,6	103	4,8/1,4	100	4,3/1,5	98	$F_{2,298}=20,5$ $p<0,001$
Leefsituatie (Gem./sd, N)	2,6/1,3	100	4,6/1,5	99	4,7/1,5	98	$F_{2,294}=65,4$ $p<0,001$
Dagelijkse activiteiten (Gem./sd, N)	3,6/1,4	99	4,8/1,4	98	4,3/1,4	98	$F_{2,292}=17,6$ $p<0,001$
Familie (Gem./sd, N)	3,1/1,8	96	4,6/1,8	94	4,2/1,9	89	$F_{2,276}=14,8$ $p<0,001$
Sociale contacten (Gem./sd, N)	4,5/1,7	98	5,1/1,3	95	4,5/1,4	95	$F_{2,285}=5,5$ $p=0,004$
Financiën (Gem./sd, N)	2,8/1,5	93	3,5/1,7	100	3,5/1,5	92	$F_{2,282}=6,6$ $p=0,002$
Werk (Gem./sd, N)	4,9/1,6	5	5,2/1,1	26	5,2/1,5	19	NS
Veiligheid (Gem./sd, N)	3,8/1,6	91	4,7/1,3	100	4,0/1,5	96	$F_{2,284}=10,9$ $p<0,001$
Gezondheid (Gem./sd, N)	4,2/1,4	101	4,6/1,4	99	4,1/1,4	96	$F_{2,293}=3,5$ $p=0,030$

Gem. = gemiddelde van 7 puntschaal van 1=verschrikkelijk tot 7=prima

Tabel 6.3.1 Lichamelijke klachten en gebitsverzorging

	Feitelijk daklozen	Residentieel daklozen	Gehuisvesten	Toets voor groep
Heeft u op dit moment lichame- lijke klachten, die uw leven voordurend beïnvloeden? (n/N, %)	64/101 63,4%	59/99 59,6%	70/100 70,0%	NS
Aantal klachten (Gem./SD, N)	1,5/1.9 103	1,3/1.8 100	1,7/1.7 98	NS
Mediaan (Range)	1 (0-10)	1 (0-10)	1 (0-8)	
Heeft u op dit moment klachten over uw gebit? (n/N, %)	47/95 49,5%	26/93 28,0%	36/96 37,5%	$\chi^2_2=9,3$ p=0.01 0
Heeft u het afgelopen 2 jaar hulp van een tandarts gehad? (n/N, %)	34/94 36,2%	39/94 41,5%	51/96 53,1%	NS

Tabel 6.3.2 Lichamelijke klachten individueel

	Feitelijk daklozen		Residentieel Daklozen		Gehuisvesten		Toets voor groep
	(N=89)		(N=89)		(N=96)		
Onsteking/pararistiaire ziekte (n, %)	8	9,0%	5	5,6%	7	7,3%	NS
Nieuwvorming, gezwel (n, %)	0	0,0%	3	3,4%	2	2,1%	NS
Voedings-/stofwisselings-/immuuniteitsstoornis (n, %)	10	11,2%	7	7,9%	12	12,5%	NS
Bloed/bloedbereidende organen (n, %)	7	7,9%	5	5,6%	2	2,1%	NS
Zenuwstelsel, neurologische aandoeningen (epilepsie) (n, %)	13	14,6%	10	11,2%	10	10,4%	NS
Zintuigen (n, %)	12	13,5%	8	9,0%	9	9,4%	NS
Hart en vaatziekten (n, %)	6	6,7%	7	7,9%	9	9,4%	NS
Luchtwegen (bronchitis) (n, %)	19	21,3%	15	16,9%	28	29,2%	$\chi^2=6,2$ p=0.045
Maag/darmstelsel (maagzweer) (n, %)	14	15,7%	11	12,4%	15	15,6%	NS
Urinewegen/geslachtsorganen (n, %)	3	3,4%	7	7,9%	3	3,1%	NS
Huid en onderhuid (n, %)	13	14,6%	9	10,1%	9	9,4%	NS
Spieren/skelet/bindweefsel (arthritis) (n, %)	25	28,1%	30	33,7%	35	36,4%	NS
Aangeboren afwijkingen/ geboortelefsel (n, %)	7	7,9%	3	3,4%	2	2,1%	NS
Ongevalslefsel en vergiftigingen (n, %)	8	9,0%	6	6,7%	12	12,5%	NS
Overigen klachten (n, %)	10	11,2%	8	9,0%	5	5,2%	NS

Tabel 6.4 Verkommerden en verloederden in Den Haag met tamelijk of erg veel problemen op twaalf leefdoeinen

	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten	Toets voor groep	
Problemen met							
Alcohol (n/N, %)	8/64	13,0%	3/62	4,8%	5/60	8,3%	NS
Drugs (n/N, %)	25/80	31,0%	2/39	5,1%	12/47	25,5%	$\chi^2_2=10,1$ p=0,006
Huisvesting (n/N, %)	65/100	65,0%	12/99	12,1%	11/98	11,2%	$\chi^2_2=90,5$ p<0,001
Dagbesteding (vrije tijd) (n/N, %)	29/99	29,0%	10/98	10,2%	13/98	13,3%	$\chi^2_2=14,3$ p=0,001
Familie (n/N, %)	17/98	17,3%	5/98	5,1%	14/95	14,7%	$\chi^2_2=7,5$ p=0,023
Vrienden/kennissen (n/N, %)	18/98	18,4%	5/99	5,1%	4/97	4,1%	$\chi^2_2=14,9$ p=0,001
Financiën (n/N, %)	44/92	47,8%	14/100	14,0%	27/92	29,3%	$\chi^2_2=26,2$ p<0,001
Werk (n/N, %)	21/97	21,7%	11/91	12,1%	16/89	18,0%	NS
Justitie (n/N, %)	10/32	12,2%	0/30	0,0%	4/42	9,5%	NS
Veiligheid (n/N, %)	11/39	12,4%	2/86	2,3%	10/93	10,8%	$\chi^2_2=6,5$ p=0,039
Lichamelijke klachten (n/N, %)	24/94	25,5%	25/92	27,2%	37/89	41,6%	$\chi^2_2=6,5$ p=0,038
Tandheelkundig (gebit) (n/N, %)	16/92	17,4%	3/89	3,4%	11/85	12,9%	$\chi^2_2=9,2$ p=0,010

Tabel 6.5 Verkommerden en verloederden in Den Haag met tamelijk of erg veel behoefte aan hulp op twaalf leefdomeinen

	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		Toets voor groep
Hulpbehoefte							
Alcohol (n/N, %)	8/63	12,7%	8/62	12,9%	9/60	15,0%	NS
Drugs (n/N, %)	40/81	49,4%	5/38	13,2%	15/46	32,6%	$\chi^2_2=15,1$ P<0,001
Huisvesting (n/N, %)	72/100	72,0%	36/99	36,4%	22/98	22,4%	$\chi^2_2=52,7$ P<0,001
Dagbesteding (vrije tijd) (n/N, %)	46/99	46,5%	22/98	22,4%	31/98	31,6%	$\chi^2_2=13,0$ p=0,002
Familie (n/N, %)	18/98	18,4%	12/98	12,2%	15/95	15,8%	NS
Vrienden/kennissen (n/N, %)	17/98	17,3%	11/99	11,1%	15/97	15,5%	NS
Financiën (n/N, %)	48/92	52,2%	37/100	37,0%	37/92	40,2%	NS
Werk (n/N, %)	32/97	33,0%	17/92	18,5%	16/89	18,0%	$\chi^2_2=7,7$ p=0,021
Justitie (n/N, %)	11/81	13,6%	2/29	6,9%	12/42	28,6%	$\chi^2_2=6,9$ p=0,032
Veiligheid (n/N, %)	12/89	13,5%	11/86	12,8%	17/93	18,3%	NS
Lichamelijke klachten (n/N, %)	39/93	41,9%	28/90	31,1%	44/87	50,6%	$\chi^2_2=7,0$ p=0,031
Tandheelkundig (gebit) (n/N, %)	56/92	60,9%	37/89	41,6%	33/89	37,1%	$\chi^2_2=11,7$ p=0,003

n = totale aantal mensen die zeiden tamelijk of erg veel hulp nodig te hebben op het gebied van bovenstaande leefdomeinen

Tabel 7.1 Slachtoffer van een misdrijf							
	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		Toets voor groep
	(N=91)		(N=100)		(N=95)		
Was u in het afgelopen jaar slachtoffer van							
Gewelddadig misdrijf (n, %)	21	23,1%	11	11,0%	18	18,9%	NS
Niet-gewelddadig misdrijf (n, %)	31	34,1%	13	13,0%	24	25,3%	$\chi^2_2=11.8$ p=0,003
Enig misdrijf: Gewelddadig en/ of niet-gewelddadig (n, %)	40	44,0%	18	18,0%	33	34,7%	$\chi^2_2=15.3$ p<0,001

Tabel 7.2 Arrestaties en veroordelingen							
	Feitelijk daklozen		Residentieel daklozen		Gehuisvesten		Toets voor groep
Bent u het afgelopen jaar							
Gearresteerd of opgepakt vanwege een mogelijk misdrijf (n/N, %)	44/91	48,4%	7/98	7,1%	8/95	8,4%	$\chi^2_2=61,9$ p<0,001
Veroordeeld vanwege een misdrijf (n/N, %)	38/93	40,9%	3/100	3,0%	5/97	5,1%	$\chi^2_2=64,3$ p<0,001

Tabel 8.1 Contacten met opvangvoorzieningen

	Feitelijk daklozen (N=98)		Residentieel daklozen (N=95)		Gehuisvesten (N=85)		Toets voor groep
Ooit							
Soepbus (n, %)	81	82,7%	38	40,0%	25	29,4%	$\chi^2_2=59,7$ p<0,001
Passantenverblijf (n, %)	64	65,3%	41	43,2%	21	24,7%	$\chi^2_2=30,5$ p<0,001
Het Slaaphuis (n, %)	11	11,2%	16	16,8%	13	15,3%	NS
Noodcentrum (n, %)	18	18,4%	31	32,6%	8	9,4%	$\chi^2_2=15,3$ p<0,001
Goodwillcentrum (n, %)	82	83,7%	34	35,8%	29	34,1%	$\chi^2_2=60,3$ p<0,001
Drugpunt (n, %)	52	53,1%	1	1,1%	12	14,2%	$\chi^2_2=78,7$ p<0,001
Aandachtcentrum (n, %)	45	45,9%	7	7,4%	15	17,7%	$\chi^2_2=42,0$ p<0,001

Tabel 8.2 Contacten met opvangvoorzieningen

	Feitelijk daklozen (N=98)		Residentieel daklozen (N=95)		Gehuisvesten (N=85)		Toets voor groep
Afgelopen zes maanden							
Soepbus (n, %)	65	66,3%	8	8,4%	2	2,3%	$\chi^2_2=119,8$ p<0,001
Passantenverblijf (n, %)	40	40,8%	7	7,4%	2	2,3%	$\chi^2_2=56,8$ p<0,001
Het Slaaphuis (n, %)	5	5,1%	4	4,2%	1	1,2%	NS
Noodcentrum (n, %)	10	10,2%	15	15,8%	2	2,3%	$\chi^2_2=9,3$ p=0,010
Goodwillcentrum (n, %)	79	80,6%	16	16,8%	9	10,6%	$\chi^2_2=121,4$ p<0,001
Drugpunt (n, %)	50	51,0%	0	0,0%	5	5,9%	$\chi^2_2=94,0$ p<0,001
Aandachtcentrum (n, %)	37	37,8%	3	3,2%	8	9,4%	$\chi^2_2=45,7$ p<0,001

Tabel 8.3 Contacten met de hulpverlening

	Feitelijk daklozen (N=78)		Residentieel daklozen (N=81)		Gehuisvesten (N=90)		Toets voor groep
Ooit							
Ambulante GGZ (n, %)	13	16,7%	24	29,6%	47	52,2%	$\chi^2_2=24,5$ p<0,001
Intramurale GGZ (n, %)	19	24,4%	38	46,9%	44	48,9%	$\chi^2_2=12,4$ p=0,002
Ambulante VZ excl. Methadonverstrekking (n, %)	16	20,5%	12	14,8%	11	12,2%	NS
Ambulante Methadonverstrekking (n, %)	37	47,4%	7	8,6%	25	27,8%	$\chi^2_2=29,8$ p<0,001
Intramurale VZ (n, %)	28	35,9%	20	24,7%	25	27,8%	NS
Algemeen maatschappelijk werk (n, %)	40	51,3%	50	61,7%	45	50,0%	NS
Overig zorggebruik (n, %)	21	26,9%	42	51,9%	48	53,3%	$\chi^2_2=14,4$ p=0,001

Tabel 8.4 Contacten met de hulpverlening

	Feitelijk daklozen (N=78)		Residentieel daklozen (N=81)		Gehuisvesten (N=90)		Toets voor groep
Afgelopen zes maanden							
Ambulante GGZ (n, %)	7	9,0%	11	13,6%	31	34,4%	$\chi^2_2=20,0$ p<0,001
Intramurale GGZ (n, %)	6	7,7%	6	7,4%	7	7,8%	NS
Ambulante VZ excl. Methadonverstrekking (n, %)	7	9,0%	5	6,2%	7	7,8%	NS
Ambulante Methadonverstrekking (n, %)	25	32,1%	4	4,9%	23	25,6%	$\chi^2_2=19,5$ p<0,001
Intramurale VZ (n, %)	10	12,8%	4	4,9%	4	4,4%	NS
Algemeen maatschappelijk werk (n, %)	25	32,1%	31	38,3%	23	25,6%	NS
Overig zorggebruik (n, %)	8	10,3%	19	23,5%	28	31,1%	$\chi^2_2=10,7$ p=0,005

Tabel 9.1 Demografische gegevens

	Jongeren (N=87)		Volwassenen (N=216)		Ouderen (N=56)		
Doelgroep							
Feitelijk daklozen (n, %)	15	17,2%	84	38,9%	4	7,1%	
Residentieel daklozen (n, %)	11	12,6%	64	29,6%	25	44,6%	
Gehuisvest (n, %)	3	3,4%	68	31,5%	27	48,2%	
Jongeren(n, %)	58	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=243,8$ p<0.001
Geslacht							
Man(n, %)	68	78,2%	161	74,5%	32	57,1%	
Vrouw(n, %)	19	21,8%	55	25,5%	24	42,9%	$\chi^2_2=8,5$ p=0.014
Etniciteit^a							
Nederland(n, %)	48	55,2%	131	60,6%	46	82,1%	
Marok- ko/Ned.Antillen/ Indonesië/Turkije/ Suriname (n%)	23	26,4%	56	25,9%	6	10,7%	
Anders (n%)	16	18,4%	29	13,4%	4	7,1%	$\chi^2_4=12,2$ p=0.016
Burgerlijke staat							
hertrouwd (n, %)	0	0,0%	13	6,0%	18	32,1%	
gescheiden (n, %)	1	1,1%	77	35,6%	21	37,5%	
nooit gehuwd geweest (n, %)	86	98,9%	126	58,3%	17	30,4%	$\chi^2_4=101,8$ p<0.001
Huidig samenlevings- verband							
Anders (n, %)	24	27,6%	25	11,6%	7	12,5%	
Alleenstaand (n, %)	63	72,4%	191	88,4%	49	87,5%	$\chi^2_2=12,6$ p=0.002

a. Etniciteit volgens de 'brede' VNG-definitie: geboorteland respondent (R) niet-NL: als geboorteland R = NL en geboorteland moeder = niet-NL; etnische groep R = geboorteland moeder; bij geboorteland R en moeder = NL en geboorteland vader niet-NL: etnische groep R= geboorteland vader

Tabel 9.2.1 Hoogst voltooide opleiding

	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	N=87		N=210		N=55		
Opleiding	n	%	n	%	n	%	
Geen/BUO/LO/LV O (n, %)	39	44,8%	80	38%	22	40,0%	
LBO/MVO/MBO (n, %)	46	52,9%	93	44,3%	23	41,8%	
HVO/HBO/VWO/ WO (n, %)	2	2,3%	37	17,6%	10	18,2%	$\chi^2_4=13,1$ p=0,011

Tabel 9.2.2 Inkomstenbronnen

	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	N=87		N=210		N=55		
Gewerkt afgelopen maand							
wit en zwart werk (n/N, %)	36/86	41,9%	39/213	18,3%	4/54	7,4%	$\chi^2_2=27,8$ p<0,001
Inkomstenbronnen in het afgelopen jaar							
Loon, wit en zwart werk (n, %)	63	74,1%	59	28,8%	5	9,4%	$\chi^2_2=73,4$ p<0,001
Uitkering ^a (n, %)	39	45,9%	184	89,8%	52	98,1%	$\chi^2_2=85,4$ p<0,001
Illegale activiteiten ^b en prostitutie (n, %)	49	28,2%	56	27,3%	0	0,0%	$\chi^2_2=19,1$ p<0,001
Andere Inkomsten ^c (n, %)	40	47,1%	42	20,5%	1	1,9%	$\chi^2_2=40,2$ p<0,001
Totaal Valide (N)	85		205		53		

a. Uitkering: WAO, AAW, ziektewet, AOW, pensioen, RWW, WW

b. Illegale activiteiten: diefstal, beroving, heling en bedelen

c. Andere Inkomsten: Alimentatie, inkomsten van partner/ ouders, beurzen, giften

Tabel 9.3.1 Slaaplokaties in de afgelopen maand							
	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	N=87		N=215		N=56		
Geslapen afgelopen maand							
≥ 1 nacht							
Buiten (n, %)	14	16,1%	58	27,0%	1	1,8%	$\chi^2_2=18,7$ p<0,001
Nachtopvang (n, %)	15	17,2%	47	21,9%	4	7,1%	$\chi^2_2=6,5$ p=0,039
Familie of vrienden (n, %)	53	60,9%	104	48,4%	27	48,2%	NS
(Semi) permanente woonvoorzieningen voor daklozen (n, %)	22	25,3%	77	35,8%	28	50,0%	$\chi^2_2=9,1$ p=0,010
Anders (n, %)	13	14,9%	25	11,6%	1	1,8%	$\chi^2_2=6,4$ p=0,014

n = tenminste 1 nacht

Tabel 9.3.2 Voornaamste slaaplokatie in de afgelopen maand							
	Jongeren		Volwassen		Ouderen		Toets voor groep
	N=87		N=215		N=56		
Geslapen afgelopen maand \geq 15 nachten							
Buiten (n, %)	5	5,7%	36	16,7%	1	1,8%	$\chi^2_2=13,6$ p=0,001
Nachtopvang (n, %)	9	10,3%	20	9,3%	2	3,6%	NS
(Semi)permanente woonvoorzieningen voor daklozen (n, %)	18	20,7%	67	31,6%	27	48,2%	$\chi^2_2=12,0$ p=0,002
Familie/vrienden, tijdelijk, zonder uitzicht op vast verblijf (n, %)	11	12,6%	15	7,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=8,2$ p=0,017
Familie/vrienden, permanent, zonder huurcontract(n, %)	27	31,0%	6	2,8%	0	0,0%	$\chi^2_2=65,8$ p<0,001
Eigen zelfstandige woonruimte (met huurcontract /hypotheek) (n, %)	9	10,3%	60	28,0%	25	44,6%	$\chi^2_2=21,4$ p<0,001
Anders (n, %)	8	9,2%	10	4,7%	0	0,0%	$\chi^2_2=6,2$ p=0,045

n = aantal mensen dat 15 of meer nachten in de afgelopen 30 dagen op een lokatie heeft doorgebracht

Tabel 9.3.3 Aantal verschillende types woonsituatie in het afgelopen jaar							
	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	N=86		N=212		N=54		
Aantal woonsituaties afgelopen jaar							
Gem. (SD)	2,3	(1,1)	2,2	(1,3)	1,4	(0,7)	KW- $\chi^2_2=25,8$ p<0,001
Mediaan (Range)	2,0	(1-6)	2	(1-6)	1	(1-4)	

Tabel 9.4 De duur van feitelijke dakloosheid tijdens het leven							
	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	N=87		N=214		N=56		
De duur van feitelijke dakloosheid							
Nooit (n, %)	39	44,8%	61	28,5%	36	64,3%	$\chi^2_8=41,3$ p<0,001
Minder dan 1 jaar (n, %)	25	28,7%	52	24,3%	7	12,5%	
1 tot 5 jaar (n, %)	21	24,1%	56	26,2%	6	10,7%	
5 tot 10 jaar (n, %)	2	2,3%	25	11,7%	2	3,6%	
10 jaar of meer (n, %)			20	9,3%	5	8,9%	

Totaal jaren dakloosheid

Gem. (SD)	0,7	(1,2)	2,8	(5,2)	2,5	(6,8)	KW- $\chi^2_2=25,4$ p<0,001
Mediaan (Range)	0,1	(0-6)	0,6	(0-40)	0	(0-33)	

Tabel 9.5 Zesmaandsprevalentie van psychische stoornissen							
	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	(N=85)		(N=209)		(N=53)		
Depressie							
Ja (n, %)	19	22,4%	40	19,1%	6	11,3%	NS
Schizofrenie							
Ja (n, %)	1	1,2%	12	5,7%	1	1,9%	NS

Tabel 9.6.1 Middelengebruik

	Jongeren N=86		Volwassenen N=205		Ouderen N=53		Toets voor groep
Ooit gebruikt							
Alcohol elke hoeveelheid (n, %)	49	57,0%	136	66,3%	33	62,3%	NS
Alcohol 5 glazen of meer (n, %)	33	38,4%	106	51,7%	19	35,8%	$\chi^2_2=6,9$ p=0,032
Cannabis (n, %)	50	58,1%	85	41,5%	2	3,8%	$\chi^2_2=4,0$ p<0,001
Cocaïne, Heroïne of Methadon (n, %)	22	25,6%	108	52,9%	2	3,8%	$\chi^2_2=51,0$ p<0,001
Overig ^a (n, %)	37	43,0%	107	52,2%	13	24,5%	$\chi^2_2=13,3$ p=0,001
Combinatie van middelen ^b (n, %)	34	39,5%	115	56,1%	4	7,5%	$\chi^2_2=41,3$ p<0,001

a. Overig = andere opiaten/analgetica, amphetamines, hallucinogenen, vluchtige stoffen, pillen, medicijnen, andere stoffen (o.m. XTC)
b. M.u.v. alcohol elke hoeveelheid

Tabel 9.6.2 Middelengebruik

	Jongeren N=86		Volwassenen N=205		Ouderen N=53		Toets voor groep
Afgelopen maand gebruikt							
Alcohol elke hoeveelheid (n, %)	33	38,4%	76	37,1%	14	26,4%	NS
Alcohol - 5 glazen of meer (n, %)	19	22,1%	53	25,9%	5	9,4%	$\chi^2_2=6,5$ p=0,038
Cannabis (n, %)	32	37,2%	43	21,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=26,8$ p<0,001
Cocaine, Heroïne of Methadon (n, %)	12	14,0%	81	39,5%	0	0,0%	$\chi^2_2=43,3$ p<0,001
Overig ^a (n, %)	12	14,0%	80	39,0%	11	20,8%	$\chi^2_2=20,7$ p<0,001
Combinatie van middelen ^b (n, %)	19	22,1%	83	40,5%	0	0,0%	$\chi^2_2=36,2$ p<0,001

a. Overig = andere opiaten/analgetica, amphetamines, hallucinogenen, vluchtige stoffen, pillen, medicijnen, andere stoffen (o.m. XTC)
b. M.u.v. alcohol elke hoeveelheid

Tabel 9.6.3 Lifetime en actuele verslavingproblemen

	Jongeren (N=86)	Volwassenen (N=205)	Ouderen (N=53)	Toets voor groep		
Afhankelijk of misbruik tijdens het leven						
Alcohol ^a (n, %)	32 37,2%	102 49,8%	16 30,2%	$\chi^2_2=8,5$ p=0,015		
Drugs ¹⁾ (n, %)	22 25,6%	107 52,2%	1 1,9%	$\chi^2_2=52,6$ p<0,001		
Alcohol en/of drugs (n, %)	41 47,7%	148 72,2%	16 30,2%	$\chi^2_2=37,6$ p<0,001		
Afhankelijk of misbruik tijdens afgelopen maand						
Alcohol ^b (n, %)	14 16,3%	44 21,5%	4 7,5%	$\chi^2_2=6,2$ p=0,046		
Drugs ²⁾ (n, %)	9 10,5%	74 36,1%	0 0,0%	$\chi^2_2=41,7$ p<0,001		
Alcohol en/of drugs (n, %)	23 26,7%	103 50,2%	4 7,5%	$\chi^2_2=38,6$ p<0,001		

a. Volgens Svikis e.a. (1996)

b. Alcohol volgens Svikis e.a., drugs volgens: Lehman e.a. (1996)

Tabel 9.6.4 Verkommerden en verloederden met en zonder psychische (GGZ) en/of verslavingsproblemen (VZ)

	Jongeren (N=84)	Volwassenen (N=198)	Ouderen (N=50)	Toets voor groep		
Geen GGZ en VZ (n, %)	48 57,1%	78 39,4%	42 84,0%			
Alleen GGZ (n, %)	14 16,7%	17 8,6%	5 10,0%			
Alleen VZ (n, %)	17 20,2%	75 37,9%	2 4,0%			
GGZ en VZ (n, %)	5 6,0%	28 14,1%	1 2,0%	$\chi^2_6=46,8$ p<0,004		

Tabel 9.7 Kwaliteit van leven: objectieve indicatoren

	Jongeren		Volwassenen			Ouderen			Toets voor groep	
Objectieve indicatoren										
Familiecontacten (Gem1., SD, N)	3,3	1,1	87	2,6	1,2	202	2,3	1	49	F _{2,335} =17,7 p<0,001
Sociale contacten (Gem1., SD, N)	3,4	1,2	87	2,5	1,1	212	1,9	0,8	55	F _{2,351} =32,4 p<0,001
Dagelijkse activiteiten (Gem2., SD, N)	4,7	1,9	86	3,7	1,8	200	3,5	1,5	50	F _{2,333} =10,7 p<0,001
Financiën 2 (Gem3., SD, N)	3,6	1,7	85	2,5	1,8	206	3,5	1,4	53	F _{2,341} =16,1 p<0,001
Gemiddeld inkomen (Euro's) in afgelopen maand (Gem., SD, N)	717,2	73	84	747.4	551.0	199	701.3	362.4	49	NS
Werk (in afgelopen maand) (n, %, N)	36	41,	86	39	18,3%	213	4	7,4%	54	$\chi^2_{2}=27,8$ p<0,001
Slachtoffer van misdrijf (n, %, N)	34	39,	86	61	29,6%	206	14	26,4%	53	NS
Arrestaties afgelopen jaar (>=1) (n, %, N)	33	38,	86	51	25,0%	204	0	0,0%	52	$\chi^2_{2}=25,8$ p<0,001

Gem1.: Familie en Sociale contacten = gemiddelde van 5 puntschaal;

1=minstens 1 keer per dag tot 5 helemaal niet

Gem2.: Dagelijkse activiteiten = gemiddelde van 8 items

Gem3.: Financiën = gemiddelde van 5 items

Tabel 9.8 Kwaliteit van leven: subjectieve indicatoren

	Jongeren			Volwassenen			Ouderen			Toets voor groep
Subjectieve indicatoren										
Algemene tevredenheid over kwaliteit van leven (Gem., SD, N)	4,8	1,6	87	4,1	1,6	216	4,8	1,5	56	$F_{2,356}=8,9$ $p=0,002$
Woonsituatie (Gem., SD, N)	4,3	1,7	86	3,8	1,7	214	5,1	1,3	55	$F_{2,352}=15,0$ $p<0,001$
Dagelijkse activiteiten (Gem., SD, N)	4,9	1,5	87	4,1	1,5	211	4,9	1,3	55	$F_{2,350}=12,7$ $p<0,001$
Familie (Gem., SD, N)	4,4	2	87	3,9	1,9	201	4,4	1,9	49	NS
Sociale contacten (Gem., SD, N)	5,3	1,2	86	4,7	1,5	209	4,6	1,6	50	$F_{2,342}=6,8$ $p=0,001$
Financiën (Gem., SD, N)	4	1,9	85	3,1	1,6	205	4	1,8	53	$F_{2,340}=10,7$ $p<0,001$
Werk (Gem., SD, N)	5,4	1,2	36	5,3	1,2	39	5,2	0,8	4	NS
Veiligheid (Gem., SD, N)	4,7	1,4	86	4,1	1,5	206	4,5	1,5	53	$F_{2,342}=4,9$ $p=0,008$
Gezondheid (Gem., SD, N)	4,7	1,3	87	4,2	1,4	213	4,9	1,4	54	$F_{2,351}=6,8$ $p=0,001$

Gem. = gemiddelde van 7 puntschaal van 1=verschrikkelijk tot 7=prima

Tabel 9.9.1 Lichamelijke klachten en gebitsverzorging

	Jongeren	Volwassenen	Ouderen	Toets voor groep
Heeft u op dit moment lichamelijke klachten, die uw leven beïnvloeden? (n/N, %)	41/87 47,0%	134/213 63,0%	42/54 78,0%	$\chi^2_2=13,8$ p=0,001
Aantal klachten (Gem (SD), N)	1,0 (1,8) 85	1,5 (1,8) 216	1,5 (1,4) 56	KW- $\chi^2_2=12,2$ p=0,002

	Jongeren (N=85)	Volwassenen (N=204)	Ouderen (N=53)	Toets voor groep
Heeft u op dit moment klachten over uw gebit? (n, %)	23 27,1%	85 41,7%	13 24,5%	$\chi^2_2=8,8$ p=0,012
Heeft u afgelopen 2 jaar hulp van een tandarts gehad? (n, %)	60 70,6%	91 44,6%	15 28,3%	$\chi^2_2=26,5$ p<0,001

Tabel 9.9.2 Lichamelijke klachten individueel

	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	(N=87)		(N=213)		(N=54)		
Ontsteking/parasitaire ziekte (n, %)	4	4,6%	15	7,0%	3	5,6%	NS
Nieuwvorming/gezwel (n, %)	0	0,0%	5	2,3%	0	0,0%	NS
Stofwisselings-/immuuniteitsstoornis (n, %)	6	6,9%	20	9,4%	4	7,4%	NS
Bloed/bloedbereidende organen klachten (n, %)	4	4,6%	10	4,7%	3	5,6%	NS
Neurologische aandoeningen (epilepsie) (n, %)	4	4,6%	22	10,3%	7	13,0%	NS
Zintuigen (n, %)	6	6,9%	18	8,5%	8	14,8%	NS
Hart- en vaatziekten (n, %)	2	2,3%	13	6,1%	8	14,8%	$\chi^2_2=8,8$ p=0,003
Luchtwegen (bronchitis) (n, %)	16	18,4%	47	22,1%	9	16,7%	NS
Maag/darmstelsel (maagweer) (n, %)	5	5,7%	31	14,6%	5	9,3%	NS
Urinewegen/geslachtsorganen (n, %)	2	2,3%	8	3,8%	4	7,4%	NS
Huid en onderhuid (n, %)	6	6,9%	26	12,2%	2	3,7%	NS
Spieren/skelet/bindweefsel (arthritis) (n, %)	14	16,6%	64	30,0%	23	42,6%	$\chi^2_2=12,1$ p=0,002
Aangeboren afwijkingen/geboortelletsel (n, %)	4	4,6%	8	3,8%	0	0,0%	NS
Ongevalsletsel en vergiftigingen (n, %)	5	5,7%	16	7,5%	7	13,0%	NS
Overige klachten (n, %)	5	5,7%	18	8,5%	2	3,7%	NS

Tabel : 9.9.3 Verkommerden en verloederden in Den Haag met tamelijk of erg veel problemen op twaalf leefdoeinen

	Jongeren			Volwassenen			Ouderen			Toets voor groep
Problemen met										
Alcohol (n, %, N)	0	0,0%	46	15	10,7%	140	1	3,3%	30	$\chi^2_2=6,6$ p=0,038
Drugs (n, %, N)	8	15,4%	52	35	25,5%	137	0	0,0%	7	NS
Huisvesting (n, %, N)	22	25,6%	86	68	31,8%	214	7	12,7%	55	$\chi^2_2=8,2$ p=0,017
Dagbesteding of besteding vrije tijd (n, %, N)	9	10,3%	87	44	20,9%	211	3	5,5%	55	$\chi^2_2=10,4$ p=0,006
Familie (n, %, N)	14	16,1%	87	30	14,4%	208	2	3,7%	54	NS
Vrienden/kennissen (n, %, N)	10	11,5%	87	19	9,0%	210	3	5,5%	55	NS
Financiën (n, %, N)	22	25,9%	85	65	31,9%	204	11	20,8%	53	NS
Werk (n, %, N)	10	11,6%	86	43	20,4%	211	1	2,6%	38	$\chi^2_2=9,2$ p=0,010
Justitie (n, %, N)	2	3,6%	67	13	11,1%	117	0	0,0%	15	NS
Veiligheid (n, %, N)	6	7,0%	86	18	9,3%	194	2	4,3%	46	NS
Lichamelijke klachten (n, %, N)	13	17,3%	75	60	30,3%	198	22	44,0%	50	$\chi^2_2=10,5$ p=0,005
Tandheelkundig (gebit) (n, %, N)	9	12,7%	71	23	11,9%	193	2	4,3%	46	NS

Tabel 9.9.4 Verkommerden en verloederden in Den Haag met tamelijk of erg veel behoefte aan hulp op twaalf leefdomeinen

	Jongeren			Volwassenen			Ouderen			Toets voor groep
Hulpbehoefte										
Alcohol (n, %, N)	2	4,4%	46	22	13,8%	139	2	6,7%	30	NS
Drugs (n, %, N)	19	36,5%	52	50	36,5%	137	0	0,0%	6	NS
Huisvesting (n, %, N)	25	29,1%	86	106	49,5%	214	12	21,8%	55	$\chi^2_2=19,9$ p<0,001
Dagbesteding of besteding vrije tijd (n, %, N)	24	27,6%	87	84	39,8%	211	6	10,9%	55	$\chi^2_2=17,8$ p<0,001
Familie (n, %, N)	19	21,8%	87	36	17,3%	208	4	7,4%	54	NS
Vrienden/kennissen (n, %, N)	10	11,5%	87	37	17,6%	210	4	7,3%	55	NS
Financiën (n, %, N)	27	31,8%	85	97	47,5%	204	17	32,1%	53	$\chi^2_2=8,4$ p=0,015
Werk (n, %, N)	16	18,8%	85	57	27,0%	211	3	7,7%	39	$\chi^2_2=8,0$ p=0,020
Justitie (n, %, N)	11	17,2%	64	18	18,2%	99	1	10,0%	10	NS
Veiligheid (n, %, N)	13	15,1%	86	30	15,5%	194	7	15,2%	46	NS
Lichamelijke klachten (n, %, N)	20	27,0%	74	79	40,5%	195	21	42,9%	49	NS
Tandheelkundig (gebit) (n, %, N)	24	32,4%	74	98	50,3%	195	17	35,4%	48	$\chi^2_2=8,5$ p=0,014

n = totale aantal mensen die zeiden tamelijk of erg veel hulp nodig te hebben op het gebied van bovenstaande leefdomeinen

Tabel 9.10 Slachtoffer van een misdrijf

	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep
	N=86		N=205		N=53		
Was u in het afgelopen jaar slachtoffer van							
Gewelddadig misdrijf	13	15,1%	39	19,0%	6	11,3%	NS
Niet-gewelddadig misdrijf (n/N, %)	29	33,7%	41	20,0%	12	22,6%	$\chi^2=6,3$ p=0,042
Enig misdrijf: Gewelddadig en/ of niet-gewelddadig (n/N, %)	34	39,5%	61	29,9%	14	26,4%	NS

Tabel 9.11 Arrestaties en veroordelingen

	Jongeren		Volwassenen		Ouderen		Toets voor groep			
Bent u het afgelopen jaar										
Gearresteerd of opgepakt vanwege een mogelijk misdrijf (n, %, N)	33	38,0%	86	51	25,0%	204	0	0,0%	52	$\chi^2_2=25,8$ p<0,001
Veroordeeld vanwege een misdrijf (n, %, N)	18	21,0%	86	40	19,2%	208	0	0,0%	54	$\chi^2_2=12,9$ p=0,002

Tabel 9.12.1 Contacten met opvangvoorzieningen							
	Jongeren		Volwassenen		Ouderen	Toets voor groep	
	(N=86)		(N=205)		(N=45)		
Ooit							
Soepbus (n, %)	19	22,1%	120	58,5%	10	22,2%	$\chi^2_2=42,9$ p<0,001
Passantenverblijf (n, %)	20	23,3%	98	47,8%	16	35,6%	$\chi^2_2=15,6$ p<0,001
Het Slaaphuis (n, %)	5	5,8%	34	16,6%	4	8,9%	$\chi^2_2=7,0$ p=0,030
Noodcentrum (n, %)	13	15,1%	44	21,5%	6	13,3%	NS
Goodwillcentrum (n, %)	25	29,1%	117	57,1%	11	24,4%	$\chi^2_2=28,5$ p<0,001
Drugpunt (n, %)	8	9,3%	58	28,3%	0	0,0%	$\chi^2_2=26,5$ p<0,001
Aandachtcentrum (n, %)	5	5,8%	59	28,8%	3	6,7%	$\chi^2_2=25,8$ p<0,001

Tabel 9.12.2 Contacten met opvangvoorzieningen							
	Jongeren		Volwassenen		Ouderen	Toets voor groep	
	(N=86)		(N=205)		(N=45)		
Afgelopen zes maanden							
Soepbus (n, %)	10	11,6 %	62	30,2%	4	8,9%	$\chi^2_2=17,6$ p<0,001
Passantenverblijf (n, %)	12	14,0 %	36	17,6%	3	6,7%	NS
Het Slaaphuis (n, %)	3	3,5%	8	3,9%	0	0,0%	NS
Noodcentrum (n, %)	6	7,0%	21	10,2%	2	4,4%	NS
Goodwillcentrum (n, %)	19	22,1 %	87	42,4%	3	6,7%	$\chi^2_2=27,2$ p<0,001
Drugpunt (n, %)	7	8,1%	49	23,9%	0	0,0%	$\chi^2_2=21,2$ p<0,001
Aandachtcentrum (n, %)	4	4,7%	42	20,5%	2	4,4%	$\chi^2_2=16,5$ p<0,001

Tabel 9.13.1 Contacten met de hulpverlening

	Jongeren (N=86)		Volwassenen (N=181)		Ouderen (N=40)		Toets voor groep
Ooit							
Ambulante GGZ (n, %)	28	32,6%	64	35,4%	13	32,5%	NS
Intramurale GGZ (n, %)	11	12,8%	80	44,2%	15	37,5%	$\chi^2_2=25,6$ p<0.001
Ambulante VZ excl. Methadon- verstrekking (n, %)	11	12,8%	31	17,1%	2	5,0%	NS
Ambulante Me- thadonverstrek- king (n, %)	7	8,1%	63	34,8%	0	0,0%	$\chi^2_2=37,1$ p<0.001
Intramurale VZ (n, %)	18	20,9%	59	32,6%	5	12,5%	$\chi^2_2=9,0$ p=0.002
Algemeen maat- schappelijk werk (n, %)	41	47,7%	96	53,0%	17	42,5%	NS
Overig zorgge- bruik (n, %)	49	57,0%	77	42,5%	22	55,0%	NS

Tabel 9.13.2 Contacten met de hulpverlening

	Jongeren (N=86)		Volwassenen (N=181)		Ouderen (N=40)		Toets voor groep
Afgelopen zes maanden							
Ambulante GGZ (n, %)	16	18,6%	35	19,3%	7	17,5%	NS
Intramurale GGZ (n, %)	5	5,8%	14	7,7%	2	5,0%	NS
Ambulante VZ excl. Methadonverstrek- king (n, %)	5	5,8%	15	8,3%	1	2,5%	NS
Ambulante Metha- donverstrekking (n, %)	6	7,0%	47	26,0%	0	0,0%	$\chi^2_2=24,3$ p<0.001
Intramurale VZ (n, %)	14	16,3%	11	6,1%	0	0,0%	$\chi^2_2=12,1$ p=0.002
Algemeen maat- schappelijk werk (n, %)	25	29,1%	58	32,0%	6	15,0%	NS
Overig zorggebruik (n, %)	38	44,20%	35	19,3%	14	35,0%	$\chi^2_2=18,7$ p<0.001

Bijlage 5 Lijst van gebruikte afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ASI	Addiction Severity Index (Europ-ASI = Europese versie)
Bopz	Bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CMO`	Centrum voor Maatschappelijke Opvang (Leger des Heils)
DAC	Dagactiviteitencentrum
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd version - Revised
EEG	Europese Economische Gemeenschap
FEANTSA	Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (European Federation of National Organisations Working with the Homeless)
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGV	Gespecialiseerde Gezinsverzorging
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAVO	Hoger Algemeen Vormend Onderwijs
IVO	Instituut voor Verslavingsonderzoek
LAAM	Lambda-Alfa-Acetylmethadol (chemische drug)
LdH	Leger des Heils
MDMA	Methyleendoxymethylamfetamine (chemische drug)
MW	Maatschappelijk Werk
NIBUD	Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting
NS	Niet significant
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
QOL	Quality of Life (Kwaliteit van Leven)
RIBW	Regionale Instellingen Beschermd Wonen
RIJ	Regionale Instellingen Jeugdhulpverlening
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
SCID-R	Structured Clinical Interview for DSM-III-R
SD	Standaarddeviatie (van een gemiddelde score)
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
T-Team	Thuislozenteam
TZT	Transmurale Zorgteams
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZ	Verslavingszorg
WBV	Woningbouwvereniging
WDC	Wijk- en Dienstencentrum
WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden
XTC	Ectasy (chemische drug)

Bijlage 6 Samenstelling begeleidingscommissie

Mevr. G.H.M.M. ten Horn	Voorzitter
Mevr. R. Beers	Federatie Opvang (Utrecht)
Dhr. F. Bergsma	Solidair Consultancy (Amsterdam)
Dhr. M.A. Bos	Gezondheidsraad (Den Haag)
Mevr. A.B.A. Broodbakker	Gemeente Den Haag (Den Haag)
Dhr. G. Goedhart	Vereniging van Nederlandse Gemeenten (Den Haag)
Dhr. V.M. Hendriks	Parnassia Psychomedisch Centrum (Den Haag)
Mevr. M. Reuwer	Woningbouwvereniging Staedion (Den Haag)
Dhr. C. Rijnders	GGZ Midden-Brabant (Tilburg)
Mevr. M.O. Samuels	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (opdrachtgever)
Dhr. D. Schols	Parnassia (Den Haag)
Dhr. T.P. Widdershoven	Stichting Patiënten Vertrouwenspersoon (Utrecht)

Bestellen

Dit rapport van het Trimbos-instituut is te bestellen onder vermelding van RF200203.

De prijs van dit boek is €17,50,-.

Het volledige rapport van Research voor Beleid is te bestellen onder artikelnummer AF0425.

De prijs van dit boek is €15,-.

De samenvatting van beide bovengenoemde rapporten is te bestellen onder artikelnummer AF0434.

De prijs van deze samenvatting is €10,-.

De twee rapporten en de samenvatting zijn samen te bestellen onder vermelding van artikelnummer AF0438.

De prijs van de 3 rapporten tezamen is €40,-.

Alle boeken zijn te bestellen bij het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax 030-297 11 11.

U ontvangt een factuur voor de betaling.