

2015

Zelfregie volgens dak- en thuislozen

Van een leven op straat tot aan begeleid wonen



Door Moniek Smolders

Universiteit Utrecht

1° beoordelaar: Dorota Lepianka

2° beoordelaar: Ludwien Meeuwesen

Stichting Neos

Stagebegeleider: Ton Spek

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van de master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie aan de Universiteit van Utrecht. Na mijn HBO studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening ben ik gaan werken als ambulante begeleider bij een organisatie die zich inzet voor mensen met een beperking. Door dit werk nam mijn interesse in beleid en maatschappelijke vraagstukken toe, waarna ik 2013 gestart ben aan de pre-master als voorbereiding op de master. Zowel de pre-master als de master hebben mij inzicht gegeven in veranderingen in de samenleving, de totstandkoming van wet- en regelgeving en nieuw beleid dat daaruit volgt.

In deze masterscriptie staan dak- en thuislozen centraal: mensen die vaak door een opeenstapeling van problemen de regie over hun woon- en leefsituatie zijn kwijtgeraakt. Deze masterscriptie beoogt het perspectief van deze mensen op een nieuw concept in de zorg, zelfregie, in kaart te brengen. Naast het feit dat dit onderzoek mij nieuwe inzichten heeft opgeleverd, heeft het gezorgd voor veel begrip voor deze mensen. Ik ben alle respondenten dan ook bijzonder dankbaar!

Daarbij wil ik mijn stagebegeleider Ton Spek en overige collega's van Stichting Neos bedanken voor de positieve steun die ik heb gekregen en ook mijn begeleidster vanuit Universiteit Utrecht, Dorota Lepianka, bedanken voor de momenten waarop zij mij met raad en daad heeft bijgestaan. Als laatste en in het bijzonder, wil ik mijn vriend, familie, vriendinnen en studiegenootjes bedanken voor de steun, feedback, nodige energie en afleiding.

Met trots en opluchting presenteer ik u mijn masterscriptie!

Moniek Smolders

Bergeijk, juli 2015

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	4
1.1	Probleem- en doelstelling.....	5
1.2	Relevantie.....	5
1.3	Leeswijzer.....	6
2.	Theoretisch kader.....	7
2.1	Beknopt overzicht theoretisch kader.....	7
2.2	Ontwikkelingen van de verzorgingsstaat in een notendop.....	7
2.3	Nadruk op zelfregie.....	8
2.4	Zelfregie in relatie tot zorg.....	9
2.5	Zorg aan dak- en thuislozen.....	10
2.6	Dak- en thuislozen: over wie gaat het eigenlijk?.....	12
2.7	Het perspectief van dak- en thuislozen.....	13
3.	Vraagstelling.....	15
4.	Onderzoeksmethoden.....	16
4.1	Keuze van de onderzoeksmethode.....	16
4.2	Keuze voor de onderzoekslocatie.....	16
4.3	Respondenten.....	17
4.4	Steekproef.....	18
4.5	Operationalisering van begrippen – topiclijst interviews.....	18
4.6	Analysemethoden.....	19
5.	Resultaten.....	20
5.1	Achtergrond informatie.....	20
5.2	Fase 1: ‘en dan.. als extra word je dakloos’.....	21
5.3	Fase 2: ‘je gaat gewoon een traject aan’.....	24
5.4	Fase 3: ‘dit is echt gewoon mijn huis’.....	29
5.5	Fase 4: ‘genoeg bagage om vooruit te gaan’.....	34
6.	Discussie en conclusie.....	35
6.1	Discussie.....	35

6.2 Conclusie.....	38
Literatuurlijst.....	40
Bijlage 1: codeboom.....	43

1. Inleiding

Het zorgstelsel van Nederland is de laatste tijd sterk aan verandering onderhevig. Residentiële (intramurale) zorg - zorg die gedurende 24 uur per dag geleverd wordt binnen een instelling - wordt steeds minder toegankelijk en blijft in de toekomst alleen beschikbaar voor mensen met een ernstige, langdurige ziekte (Rijksoverheid, 2015). Wonen in de gemeenschap, met begeleiding aan huis, krijgt daarom steeds vaker de voorkeur. Deze ontwikkeling wordt ook wel de-institutionalisering genoemd: een proces waarbij de gemeenschap in toenemende mate zorgdraagt voor kwetsbare burgers zodat zij kunnen participeren en integreren in de gemeenschap (Fakhoury & Priebe, 2002). Het concept zelfregie is hierbij leidend. Beleid dat vanuit de gemeenschap wordt georganiseerd, gemeentelijk beleid, is namelijk steeds meer gericht op het stimuleren van zelfregie. Hoewel zelfregie vanzelfsprekend klinkt, is regie in de praktijk een complex concept dat regelmatig spraakverwarring en discussie oplevert. Zelfregie betekent over het algemeen dat mensen zeggenschap hebben over hun leven en eventuele ondersteuning die ze daarbij krijgen, ook wanneer zij in een kwetsbare situatie verkeren (Huisman, Deeg, & Claassens, 2014; Brink, Lucassen, Middelaar, & Poll, 2013).

Wanneer we over kwetsbaarheid spreken, kan gesteld worden dat dak- en thuislozen een kwetsbare groep vormen in de samenleving. Zij hebben onvoldoende hulpbronnen om moeilijkheden en tegenslagen op eigen kracht te overwinnen (Schuyt, 1995). In het geval van dak- en thuislozen zijn problemen vaak complex. Velen van hen kunnen hierbij geen beroep doen op het eigen netwerk omdat familiecontacten verwaterd, beschadigd of zelfs geheel afwezig zijn. Dakloos raken heeft dan ook te maken met een proces van uitval: van zelfredzaamheid – naar crisis – naar dakloosheid (Van Bergen et al., 2010, gebaseerd op Wolf 2006 en Bergen 2006). Mensen die zelfredzaam zijn, lossen hun problemen zelf op of met hulp van anderen. Wanneer de zelfredzaamheid te kort schiet kunnen mensen in problemen raken waardoor er een crisissituatie kan ontstaan, met verlies van huisvesting als gevolg (Van Bergen et al., 2010). Veel dak- en thuislozen zijn hierdoor genoodzaakt om een beroep te doen op maatschappelijke opvang. Maatschappelijke opvang organiseert de noodzakelijke voorzieningen voor hen om te herstellen: van residentiële opvang tot aan begeleid wonen. Begeleid wonen is hierbij een vorm van wonen in de gemeenschap met ondersteuningsvoorzieningen die tevens vanuit de gemeenschap worden geleverd (Rog, 2004).

Mensen die verblijven in de maatschappelijke opvang krijgen steeds meer te maken met de nadruk op eigen regieversterking. Zo worden zij steeds vaker gestimuleerd door professionals om zelf regie te nemen over hun zorgtraject (Huber, Joanknecht, & Metze, 2013). Hierbij is een herstelgerichte visie het uitgangspunt: iedereen kan grip op het leven terug krijgen en een betekenisvol en zingevend bestaan met hoop en zicht op een betere toekomst ontwikkelen (vgl. Wolf, 2015). Vaak is dit een onderdeel van empowerment. Empowerment is een denk- en handelingskader waarbij geloof in groei en ontwikkeling constant aanwezig is. In Nederland wordt er in deze context ook wel gesproken over eigen kracht (Van Regelmortel, 2009).

1.1 Probleem- en doelstelling

Hoewel zelfregie steeds meer ter discussie staat in het wetenschappelijke en maatschappelijke debat, ontbreekt het aan een concrete definitie. Wanneer er gesproken wordt over zelfregie is het daardoor niet altijd duidelijk wat zelfregie precies betekent. Daarbij, ondanks dat zelfregie steeds nadrukkelijker aanwezig is bij instellingen voor maatschappelijke opvang, is er relatief weinig onderzoek gedaan naar het perspectief van dak- en thuislozen zelf op dit concept. Hoewel dak- en thuislozen door een opeenstapeling van problemen over het algemeen weinig grip op hun bestaan hebben, stelt Wolf (2015) dat hun behoefte aan zelfbepaling – wat ik gelijk stel aan zelfregie - onverminderd groot is. Tuynman en Huber (2014) stellen hierbij dat er in de maatschappelijke opvang veel kracht- en herstelgerichte initiatieven gaande zijn maar dat het professionals maar moeizaam lukt om dakloze mensen ook daadwerkelijk regie te laten nemen over hun leven en de hulpverlening.

Dit gegeven duidt erop dat de behoefte van dak- en thuislozen aan zelfregie in de praktijk (nog) niet volledig bevredigd wordt. Dak- en thuislozen vormen daarbij een doelgroep die vaak wordt gestigmatiseerd en wiens perspectief zelden wordt meegenomen in beleid (Glasser, 1999). Als het gaat om mensen die zich in de marge van de samenleving bevinden, wordt beleid vaak gedomineerd door perspectieven en ervaringen van professionals en beleidsmakers (Narayan et al., 2000). Dit is opvallend en zelfs ironisch te noemen omdat zelfregie juist gebaseerd is op empowerment en ‘*voice giving*’. Nu worden dak- en thuislozen in onderzoek vaak als passieve objecten bestudeerd en geïnstrueerd, in plaats van dat zij direct betrokken worden bij het formuleren van richtlijnen bij zelfregie. Het doel van dit onderzoek is dan ook om het concept zelfregie, te beschrijven en te begrijpen in termen die dak- en thuislozen er zelf aan geven.

1.2 Relevantie

In de master Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie worden verschillende disciplines in de sociale wetenschappen bij elkaar gebracht. Aanleiding voor het doen van dit onderzoek is een beleidsmatig perspectief: de zorg is aan het veranderen waardoor nieuwe concepten, waaronder zelfregie, in beleid steeds meer op de voorgrond treden. Het concept zelfregie bevat hierbij zowel een psychologische dimensie, gericht op het individu, als ook een sociologische dimensie, gericht op de maatschappij. Dit onderzoek is overwegend maatschappelijk relevant omdat het zelfregie onderzoekt vanuit het perspectief van gebruikers. Dit maakt dat instellingen voor maatschappelijke opvang en overige professionals in de zorg mogelijk een beter inzicht krijgen over de betekenis van zelfregie voor deze doelgroep en daar concrete handelingen, interventies of beleid (beter) op af kunnen stemmen. Resultaten kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden als inspiratie voor verdere ontwikkeling van woon- en ondersteuningsvoorzieningen aan dak- en thuislozen. Daarnaast is dit onderzoek wetenschappelijk relevant omdat het een bijdrage levert aan het in kaart brengen van het perspectief van een kwetsbare, en bovenal bijzondere doelgroep: dak- en thuislozen. Door dak- en thuislozen te

zien als ervaringsdeskundigen en hun waardevolle mening te noteren, draagt dit onderzoek bij aan het empoweren van deze doelgroep.

1.3 Leeswijzer

Deze masterthesis bestaat uit zes hoofdstukken. In het tweede, hiernavolgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven: een introductie op de achtergrond en context van het probleem, theorieën over zelfregie en een beschrijving van de doelgroep dak- en thuislozen. Dit theoretisch kader mondt uit in een vraagstelling voor het empirisch onderzoek: hoofdstuk drie. In hoofdstuk vier wordt de onderzoeksmethode beschreven en in hoofdstuk vijf worden de resultaten van dit onderzoek op chronologische wijze gepresenteerd: zelfregie ten tijde van een leven op straat tot aan begeleid wonen. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk zes, bevat de discussie en conclusie.

2. Theoretisch kader

2.1 Beknopt overzicht theoretisch kader

In het theoretisch kader worden allereerst de ontwikkelingen van de Nederlandse verzorgingsstaat beschreven zodat de toegenomen nadruk op zelfregie in perspectief wordt geplaatst. Daarnaast wordt het concept zelfregie toegelicht en wordt duidelijk dat het een verwarrend concept kan zijn. In de volgende paragraaf wordt zelfregie in relatie tot zorg beschreven. Hier wordt bijvoorbeeld duidelijk dat zelfregie bij kwetsbare mensen in verband staat met het ontvangen van hulp en ondersteuning. Als vervolg op bestaande theorieën over zelfregie wordt het zorgtraject dat dak- en thuislozen doorlopen omschreven. Hier wordt duidelijk waar zelfregie het beste tot uiting kan komen; dit is namelijk binnen vormen van begeleid wonen. Als laatste wordt een beschrijving gegeven van de doelgroep dak- en thuislozen en wordt toegelicht waarom het van belang is om dak- en thuislozen een stem te geven in een wereld die wordt gedomineerd door perspectieven van beleidsmakers en professionals. Deze laatste paragraaf legt tevens de brug naar de vraagstelling en onderzoeksmethoden, welke na het theoretisch kader besproken zullen worden.

2.2 Ontwikkelingen van de verzorgingsstaat in een notendop

Om de toegenomen nadruk op zelfregie te begrijpen is het van belang de ontwikkelingen van de Nederlandse verzorgingsstaat in perspectief te zien. Het stimuleren en bevorderen van zelfregie is namelijk een gevolg van veranderingen in de Nederlandse verzorgingsstaat. Kort samengevat is de verzorgingsstaat een garantieformule van sociale zekerheden. Waar er in de Engelse literatuur het begrip ‘welfare state’ wordt gebruikt, heeft de Nederlandse variant ‘verzorgingsstaat’ volgens Trommel en van der Veen (1999) een wat ongelukkige connotatie omdat het begrip lijkt te impliceren dat het om het verzorgen van kwetsbare en afhankelijke sociale groepen gaat. Het tegendeel is hier echter waar: de verzorgingsstaat is er voor al haar onderdanen en richt zich op het collectief welzijn. Zo zijn doelen van de verzorgingsstaat vooral gericht op het creëren van gelijke kansen en het tegengaan van ongelijkheden. De uitwerking van deze doelen komt terug op meerdere beleidsterreinen, zoals gezondheidszorg, huisvesting, sociale zekerheid en onderwijs (Snel & Engbersen, 1999).

Vanaf de Tweede Wereldoorlog heeft de Nederlandse verzorgingsstaat zich in rap tempo ontwikkeld en aangepast aan risico's, zoals het risico op arbeidsongeschiktheid of het risico op werkloosheid. Deze risico's hielden volgens Bonoli (2007) vooral verband met het verlies van inkomen van de kostwinnaar. In deze periode wordt er gesproken over een passieve verzorgingsstaat. Door uitbreiding van regelingen en uitkeringen werd de verzorgingsstaat een vangnet van sociale zekerheid. Doordat steeds meer burgers een beroep deden op voorzieningen van de verzorgingsstaat liepen de kosten dan ook hoog op.

Vanaf de jaren '70 was er dan ook sprake van crisis in de verzorgingsstaat: het systeem was niet langer houdbaar en de noodzaak tot verandering nam toe (Trommel & Van der Veen, 1999). Daarbij was de Nederlandse samenleving ook nog eens onderhevig aan verschillende sociale en culturele processen, zoals individualisering, globalisering en modernisering. De passieve verzorgingsstaat, gekenmerkt door veel collectieve arrangementen en weinig keuzemogelijkheden, leek steeds minder aan te sluiten bij de flexibiliteit en diversiteit van de hedendaagse samenleving (Trommel & Van der Veen, 1999).

Sinds de jaren '90 is er dan ook een transitie ingezet van een verzorgingsstaat die was gericht op het beschermen en verzekeren, naar een verzorgingsstaat die gericht is op het ondersteunen en activeren (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2013). Dit wordt ook wel de verschuiving van een passieve naar een actieve verzorgingsstaat genoemd of de verschuiving van een verzorgingsstaat als vangnet naar een verzorgingsstaat als trampoline. Zeker de afgelopen jaren is er, in het licht van vergrijzing en ontgroening, een toegenomen focus op activering en participatie (Trommel & Van der Veen, 1999). Hierbij vindt er een decentralisatie van overheidstaken plaats, waarbij gemeenten meer verantwoordelijkheden krijgen. Zo zijn er verschillende onderdelen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De strekking van de WMO is dat iedereen in Nederland zo volwaardig mogelijk in de gemeenschap kan en mag deelnemen, ongeacht beperkingen (Rijksoverheid, 2015a). Deze deelname in de gemeenschap willen gemeenten bewerkstelligen door mensen te activeren en te sturen op eigen kracht. De bedoeling is dat de gemeente in toenemende mate zorgdraagt voor kwetsbare burgers, zodat er minder beroep wordt gedaan op professionele vormen van zorg. Een belangrijk element van dit nieuwe beleid is het maken van eigen keuzes en het voeren van zelfregie (Brink et al., 2013).

2.3 Nadruk op zelfregie

Zelfregie betekent dat mensen zeggenschap hebben over hun leven en de ondersteuning die ze daarbij krijgen (Brink et al., 2013). Hoewel zelfregie een centraal element is geworden van het gemeentelijk beleid is het concept niet nieuw. Wel lijkt er wat te zijn veranderd in de perceptie van regie en de noodzaak tot *zelfregie* nu de zelfredzaamheid van mensen steeds meer centraal is komen te staan. Zelfregie betekent dan ook dat iemand zelf, in tegenstelling tot iemand anders, de regie voert over zijn of haar eigen leven. Zelfregie is hierbij een middel geworden om de zorg betaalbaar te houden: door zelfregie te benadrukken worden mensen gestimuleerd om eerst zelf een oplossing te zoeken voordat er een beroep wordt gedaan op professionele vormen van zorg. Daarnaast is zelfregie ook vooral van betekenis voor mensen zelf: zelfbeschikkingsrecht is fundamenteel voor iemands autonomie en identiteit (Brink et al., 2013).

Hoewel zelfregie volop ter discussie staat in het wetenschappelijke en maatschappelijke debat ontbreekt het aan een concrete definitie. Wanneer er gesproken wordt over zelfregie is het daarom niet altijd duidelijk wat zelfregie precies betekent of welke betekenis mensen geven aan zelfregie.

Hauwert, Metze, en Sedney (2013) laten in hun onderzoek zien dat zelfregie zowel benaderd kan worden vanuit een psychologische invalshoek als ook vanuit een sociologische invalshoek. In de psychologie ligt er bij de term zelfregie een sterke nadruk op individuele, emotionele en cognitieve processen. Deze psychologische invalshoek duidt op bekwaamheden van mensen om zelfregie te voeren. Sociologische theorieën linken zelfregie veelal aan omgevingsfactoren: deze maken zelfregie mogelijk of vormen juist een belemmering (Hauwert et al, 2013). Door Boyce (2011) wordt bijvoorbeeld gesteld dat empowerment niet mogelijk is als er in werkelijkheid geen keuzemogelijkheden zijn. Dit geldt ook voor zelfregie: als er geen keuzevrijheid of weinig tot geen keuzemogelijkheden zijn, is het theoretisch gezien niet mogelijk om zelfregie te voeren. Omgevingsfactoren kunnen op deze manier zelfregie belemmeren. Ook is het bij zelfregie niet altijd duidelijk om wat voor soort regie het gaat. Huisman, Deeg, en Claassens (2014) stellen dat er een duidelijk verschil is tussen algemene regie en zorgregie. Algemene regie verwijst naar de mate waarin iemand grip ervaart over de gang van zaken in zijn of haar leven in het algemeen en zorgregie gaat over het ervaren van controle over processen en activiteiten die met het ontvangen van zorg te maken hebben. Ook dit maakt het extra lastig om zelfregie helder te definiëren.

2.4 Zelfregie in relatie tot zorg

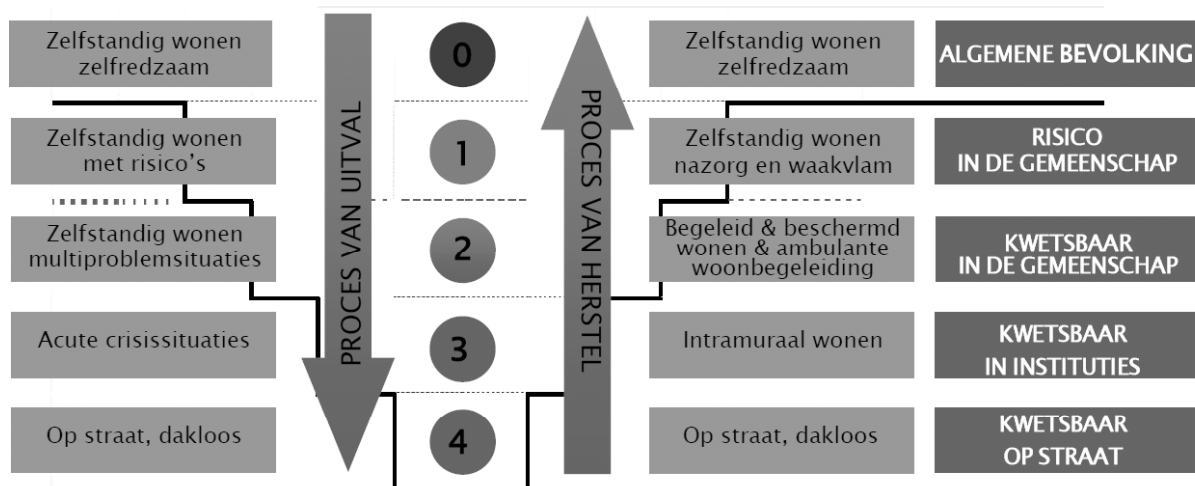
Uit onderzoek van Kooiker en Hoeymans (2014) blijkt dat er verschillende kwetsbare groepen in de samenleving zijn bij wie zelfregie niet lukt. Deze groepen missen vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen en op de juiste manier te beoordelen en hebben dan ook ondersteuning nodig bij het voeren van zelfregie (Kooiker & Hoeymans, 2014). Zelfregie wordt zo verbonden aan een situatie waarin iemand zorgbehoevend is, ook wel zorgregie genoemd. In deze context wordt er ook wel over zelfregie gesproken als belangrijk element van herstel. Het begrip herstel kan echter voor verwarring zorgen, zeker wanneer het wordt vergeleken met behandelprocessen. Bij herstellen gaat het om groei en ontwikkeling en niet om genezing (Meehan, King, Beavis & Robinson, 2008). De herstelvisie, die vanaf de jaren '80 is geïntroduceerd, gaat er vanuit dat iedereen grip op het leven terug kan krijgen en hoop voor de toekomst kan ontwikkelen, ook wanneer symptomen van een ziekte, verslaving of andere vorm van kwetsbaarheid niet helemaal onder controle zijn. Het doel is dat kwetsbare mensen weer een zingevend bestaan kunnen leiden met hoop en zicht op een betere toekomst, zodat men weer kan aanhaken in de gemeenschap (Vlg. Meehan et al., 2008; Wolf, 2015). Het opnieuw grip krijgen op het leven door middel van zelfregie draagt wel een paradox in zich: om zelfregie te voeren tijdens het proces van herstel is het nodig om eerst hulp en ondersteuning te ontvangen, in hoeverre is dit dan nog zelfregie? Idealiter zou er volgens herstel- en cliënten bewegingen in periodes waarin zelfregie niet mogelijk is, de regie overgedragen mogen worden aan een ander (Boevink et al., 2002, zoals beschreven in Hauwert et al., 2013).

Om zelfregie te bevorderen tijdens het proces van herstel is het van belang een stimulerende omgeving te creëren. Werken vanuit het empowermentsparadigma sluit hier op aan. Volgens Van

Regelmortel (2009) is empowerment vooral een denk- en handelingskader waarbij geloof in groei en verandering constant aanwezig is. De focus bij empowerment ligt op gezondheid, welzijn, krachten en omgevingsinvloeden en niet op problemen en risicofactoren. Empowerment is zowel actief op persoonlijk niveau als ook op collectief niveau. Op persoonlijk niveau slaat empowerment op de wijze waarop individuen naar zichzelf kijken en in zichzelf geloven. En op collectief niveau houdt empowerment verband met processen waarin maatschappijen, instellingen en individuen elkaar steunen, van elkaar leren en elkaar versterken (Boehm & Staples, 2004; Van Regelmortel, 2009). Beide concepten, de herstelgerichte visie en empowerment, gaan uit van groei en ontwikkeling en zullen als uitgangspunt voor dit onderzoek worden gebruikt.

2.5 Zorg aan dak- en thuislozen

Zoals aangegeven in de inleiding, heeft dakloos raken te maken met een proces van uitval: van zelfredzaamheid – naar crisis – naar dakloosheid (Van Bergen et al., 2010, gebaseerd op Wolf 2006 en Bergen 2006). Mensen die zelfredzaam zijn, lossen hun problemen zelf op of met hulp van anderen. Wanneer de zelfredzaamheid te kort schiet kunnen mensen in problemen raken waardoor er een crisissituatie kan ontstaan, met verlies van huisvesting als gevolg (Van Bergen et al. 2010). Onderstaand schema, overgenomen uit van Bergen en collega's (2010) geeft deze processen helder weer:



Figuur 1: het proces van uitval naar herstel (naar Wolf, 2006 en Bergen, 2006, zoals beschreven in Bergen et al., 2010).

In het geval van dak- en thuislozen zijn problemen vaak complex en zijn er weinig hulpbronnen in het netwerk aanwezig. Veel dak- en thuislozen verkeren dan ook in een kwetsbare situatie omdat zij onvoldoende hulpbronnen hebben om deze complexe problemen op eigen kracht op te lossen (Schuyt, 1995). Velen van hen zijn hierdoor genoodzaakt om een beroep te doen op maatschappelijke opvang.

Maatschappelijke opvang organiseert de noodzakelijke voorzieningen om te herstellen: van residentiële 24-uurs-opvang tot aan begeleid wonen.

De stap naar maatschappelijke opvang is volgens Huber, Joanknecht en Metze (2013) voor veel dak- en thuislozen niet vrijwillig. Het is in eerste instantie een traumatische ervaring om niet (langer) terecht te kunnen bij familie, vrienden of kennissen. De contacten die dak- en thuislozen met het eigen netwerk hebben zijn door overvraging en uitputting vaak beschadigd, verwaterd of zelfs geheel afwezig. Op het moment dat men in de maatschappelijke opvang terecht komt en in een zorgtraject komt, betekent dit ook dat professionals onderdeel gaan uitmaken van het sociale netwerk van dak- en thuislozen (Huber et al., 2013). Samen met professionals gaan dak- en thuislozen kijken hoe problemen kunnen worden opgelost. Vaak is dit de eerste stap richting zelfredzaamheid.

In de maatschappelijke opvang zijn er in grote lijnen drie belangrijke fases te onderscheiden (Hubert et al., 2013; Van Bergen et al., 2010). De eerste fase houdt in dat iemand, vaak door een opeenstapeling van problemen, dakloos wordt. Zonder een opvangvoorziening zouden deze mensen dak- of thuisloos blijven. De tweede fase betekent dan ook dat iemand instroomt in een 24-uurs-opvangvoorziening. Dit is vaak een crisisopvang of behandelcentrum. Deze voorzieningen, die 24 uur per dag beschikbaar zijn, zijn gericht om de situatie van mensen te stabiliseren. Dit wordt onder andere gedaan door structuur en regelmaat te bieden. Daarnaast wordt samen met professionals gekeken hoe de ontstane problemen kunnen worden opgelost. Het doel van 24-uurs-voorzieningen is om doorstroming naar begeleid wonen, fase drie, mogelijk te maken. Hierbij is het van belang dat er ook voldoende uitstroommogelijkheden zijn. Bij een gebrek aan uitstroommogelijkheden vanuit de opvang kunnen mensen hun ambitie en hoop om zelfstandig hun leven vorm te geven, gaan verliezen (Tuynman & Huber, 2014). Wanneer men is doorgestroomd naar fase drie, begeleid wonen, is de zelfredzaamheid van mensen vaak (nog) beperkt maar is men goed op weg om weer aan te haken in de gemeenschap. Bij begeleid wonen functioneren mensen redelijk zelfstandig en komt er enkele uren in de week begeleiding aan huis. Begeleiding kan op verschillende manieren geboden worden, zoals: praktische ondersteuning, financieel of administratieve ondersteuning, sociaalemotionele ondersteuning of ondersteuning bij het indelen van de dag (Rijksoverheid, 2015b). Het doel van begeleid wonen is om vaardigheden aan te leren, zodat mensen na verloop van tijd weer zelfstandig kunnen gaan wonen. Wanneer men zelfstandig kan gaan wonen betekent dit dat het zorgtraject kan worden afgesloten. Hoewel bovenstaande fases geen uitputtend overzicht geven en er bijvoorbeeld soms ook overbruggingszorg aanwezig is: een opvangvoorziening tussen twee fases in, geeft dit wel de belangrijkste fases in de maatschappelijke opvang weer. De duur of doorstroom staat hierbij niet vast; dit is persoonsafhankelijk. Voor sommige mensen zal fase twee of fase drie het hoogst haalbare zijn (Huber et al., 2013; Bergen et al., 2010).

De verwachting ligt er, dat ervaringen van dak- en thuislozen met zelfregie in deze fases kunnen verschillen. Vanuit de wetenschappelijke literatuur wordt namelijk gesteld dat residentiële 24-uurs-voorzieningen vaak weinig oog voor herstelmogelijkheden van mensen hebben (Tabol, Drebing &

Rosenheck, 2010; Parkinson & Nelson, 2003). 24-uurs-voorzieningen zijn vaak aanbod-gestuurd en door het collectieve karakter ligt regie vaak bij professionals. Bewoners kunnen hierdoor weinig invloed uitoefenen en moeten zich aan verschillende regels en gedragscodes houden (Parkinson & Nelson, 2003). Daarbij zal er in de toekomst steeds minder intramurale zorg beschikbaar zijn (Culhane, Metraux, & Hadley, 2002). Vormen van begeleid wonen worden daarom steeds populairder. Binnen vormen van begeleid wonen worden kwetsbare mensen gezien in ‘normale’ rollen van de gemeenschap, zoals lid, huurder, buurman of buurvrouw en hebben ze zelf een keuze in waar ze willen wonen, hoe ze willen wonen en welke ondersteuning ze daarbij nodig hebben (Tabol et al., 2010; Carling, 1995). Er kan dan ook gesteld worden dat er – in tegenstelling tot 24-uurs-voorzieningen – ruimte is voor zelfregie: mensen zijn vrij in het maken van eigen keuzes in waar ze willen wonen en met welke ondersteuning. Hoewel zelfregie en begeleid wonen zich als twee losstaande concepten hebben ontwikkeld, zijn ze op deze manier aan elkaar verbonden. Daarnaast sluit begeleid wonen aan bij het streven naar participatie en integratie van kwetsbare mensen in de gemeenschap. Begeleid wonen is namelijk een vorm van wonen in de gemeenschap in combinatie met voorzieningen die vanuit de gemeenschap worden geleverd (Rog, 2004).

Toch is begeleid wonen niet per definitie voor iedereen een succes. Onderzoeken naar begeleid wonen laten bijvoorbeeld ook zien dat er regelmatig problemen zijn met sociale isolatie en eenzaamheid van mensen (Chapney & Dzurec, 1992; Depp et al., 1986; Publice, McCormick, & Dewees, 1995; zoals beschreven in Parkinson & Nelson, 2003) Isolement en een gebrek aan betekenisvolle relaties kunnen volgens Chesters, Fletcher, en Jones (2005) een barrière vormen in het herstelproces. Dit kan mogelijk weer invloed hebben op de zelfregie en zelfredzaamheid van mensen. Hoewel voorzieningen in deze gevallen in de praktische behoeften van mensen voorzien, sluiten ze niet aan bij hun sociale behoeften. Browne, Hemsley, en John (2008) spreken in deze context over systematische tekortkomingen als het gaat om het matchen van mensen aan woon- en begeleidingsvoorzieningen. Met het oog op zelfstandig wonen waarbij begeleiding zal stoppen, is het opbouwen van een nieuw netwerk of het verstevigen van het oude netwerk van (ex) dak- en thuislozen in deze fase belangrijk om terugval te voorkomen. Betekenisvolle relaties zijn namelijk belangrijk voor mensen om met stressoren om te gaan. Een gebrek aan betekenisvolle relaties kan er voor kan zorgen dat iemand in deze fase sneller risicogedrag vertoont (Cohen & Syme, 1985).

2.6 Dak- en thuislozen: over wie gaat het eigenlijk?

Dak- en thuislozen vormen om te beginnen een *onzichtbare* populatie. Een populatie die zelden van zich laat horen in het publiek domein. Daarnaast worden daklozen vaak omschreven als een *‘moeilijk bereikbare doelgroep’* (Schmeets, Reep, & Snijkers, 2013). Begin 2012 waren er ruim 27 duizend mensen dakloos in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2013). Waar er in de Engelse literatuur de term *‘homeless’* wordt gehanteerd, wordt er in Nederland vaak gesproken over dak- en thuislozen. Daklozen zijn mensen zonder reguliere huisvesting die in de nachtopvang slapen, een

wisselende slaappleats hebben bij vrienden of familie of regelmatig buiten slapen. Daklozen hebben vaak geen officieel postadres. Thuislozen zijn mensen zonder reguliere huisvesting die wel een slaappleats hebben en daarbij ook een postadres maar die zich daar niet thuis voelen. Deze mensen slapen tijdelijk of voor langere tijd bij bijvoorbeeld vrienden, familieleden of in een 24-uursvoorziening.

Het profiel van daklozen is zeer divers. In een cohortstudie naar het profiel van daklozen in vier grote steden van Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) hebben Van Straaten et al. (2012) ruim 500 deelnemers geïnterviewd. Zij stellen dat de meerderheid van deze deelnemers man is, de meerderheid laag tot zeer laag is opgeleid en bijna alle deelnemers schulden hebben. Daarnaast hebben veruit de meeste volwassenen en jonge deelnemers lichamelijke klachten en scoren volwassenen en jongere deelnemers in vergelijking met de algemene bevolking hoog op psychische klachten. Als laatste gebruikt bijna 30% van de volwassen en jongere deelnemers alcohol (Van Straaten et al., 2012).

De oorzaken van dakloosheid variëren van huisuitzettingen vanwege huurachterstand of overlast, psychische problemen of verslavingsproblematiek, geen woonruimte kunnen vinden na een periode van detentie, tot problemen in de relationele sfeer. Daarnaast is er een toenemende groep ‘nieuwe daklozen’: mensen die door schulden, werkloosheid, echtscheiding en hypotheeklast dakloos zijn geworden en bij wie er geen sprake is van verslavings-, justitiële- of psychische problemen (Planije, Hulsbosch, & Tuynman, 2013). Bij veel dak- en thuislozen speelt er echter een combinatie van factoren en zijn er problemen op meerdere leefgebieden (Wolf, 2015; De Bruin et al., 2003).

2.7 Het perspectief van dak- en thuislozen

Dak- en thuislozen vormen een doelgroep waarbij er sprake is van armoede. Naast materiële effecten, zoals het hebben van een laag inkomen, hangt armoede nauw samen met psychologische effecten (Narayan et al., 1999). Armoede heeft bijvoorbeeld te maken met een gevoel van schaamte, hopeloosheid en machteloosheid. Een gebrek aan ‘voice’ en ‘power’ ervaren veel mensen die in armoede leven. Ook hebben vele van hen geen vertrouwen in de verzorgingsstaat. Volgens het perspectief van armen is de verzorgingsstaat ineffectief: hoewel de verzorgingsstaat namelijk voorziet in een infrastructuur rondom scholing, gezondheid en huisvesting, blijven toch veel mensen arm en verandert er dus niets aan hun situatie (Narayan et al., 1999). Zoals aangegeven in de inleiding, wordt beleid dat armen betreft vaak gedomineerd door perspectieven en ervaringen van diegene die juist niet arm zijn, zoals professionals of beleidsmakers (Narayan et al., 2000). Door de manier waarop maatschappelijke systemen vervolgens worden ingericht door professionals en beleidsmakers, creëren maatschappijen min of meer haar eigen ‘uitvallers’ (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO], 2011). Er zou dan ook meer ruimte moeten komen voor het perspectief van deze ‘uitvallers’ op beleid. Volgens Bourdieu (1999) brengt dit de wereld in een beter evenwicht. Hij pleit er voor om, tussen alle perspectieven en meningen van professionals die zich bezig houden met armoedebelief of

erover praten, een ruimte te creëren voor het perspectief en de mening van mensen die de gevolgen van dat beleid zelf ervaren.

Ook de stem van dak- en thuislozen wordt volgens Glasser (1999) zelden meegenomen in besluitvorming. Dak- en thuislozen worden vaak gestigmatiseerd. Mede door deze stigma's, welke vaak nog meer aanwezig zijn wanneer iemand psychische problemen heeft, maken zorgaanbieders de aanname dat dak- en thuislozen niet goed weten wat ze nodig hebben. In deze context worden keuzes vaak voor hen gemaakt. Glasser (1999) stelt hierbij dat wanneer zorgaanbieders het perspectief van dak- en thuislozen niet meenemen, zij voorzieningen sneller zullen weigeren.

3. Vraagstelling

Hoewel zelfregie steeds meer ter discussie staat in het wetenschappelijke en maatschappelijke debat, ontbreekt het aan een concrete definitie. Zelfregie kan bekeken worden vanuit verschillende invalshoeken en daarnaast is er een duidelijk verschil tussen algemene regie en zorgregie. Wanneer er gesproken wordt over zelfregie is het daardoor niet altijd duidelijk wat zelfregie precies betekent. Daarbij, ondanks dat zelfregie steeds nadrukkelijker aanwezig is bij instellingen voor maatschappelijke opvang, is er relatief weinig onderzoek gedaan naar het perspectief van dak- en thuislozen zelf op dit concept. Tuynman en Huber (2014) stellen dat er ook in de maatschappelijke opvang veel kracht- en herstelgerichte initiatieven gaande zijn maar dat het professionals maar moeizaam lukt om dakloze mensen ook daadwerkelijk regie te laten nemen over hun leven en de hulpverlening. Ondanks de toegenomen focus op zelfregie is er dus weinig onderzoek gedaan naar het perspectief van ervaringsdeskundigen en gebruikers van maatschappelijke opvang. Dak- en thuislozen vormen hierbij een doelgroep die vaak wordt gestigmatiseerd en wiens perspectief zelden wordt meegenomen in beleid (Glasser, 1999). Als het gaat om mensen die zich in de marge van de samenleving bevinden, wordt beleid vaak gedomineerd door perspectieven en ervaringen van professionals en beleidsmakers (Bourdieu, 1999; Narayan et al., 2000). Zoals eerder in de inleiding beschreven, is dit opvallend en zelfs ironisch te noemen omdat zelfregie juist gebaseerd is op empowerment en ‘*voice giving*’. Nu worden dak- en thuislozen in onderzoek vaak als passieve objecten bestudeerd en geïnstrueerd, in plaats van dat zij direct betrokken worden bij het formuleren van richtlijnen bij zelfregie. Het doel van dit onderzoek is dan ook om het concept zelfregie tijdens de verschillende fases van een zorgtraject, te beschrijven en te begrijpen in termen die dak- en thuislozen er zelf aan geven. Dit draagt er toe bij dat professionals in de maatschappelijke opvang een beter inzicht krijgen in de betekenis van zelfregie voor hun doelgroep. Hierbij ligt er de verwachting dat zelfregie het best tot uiting kan komen bij begeleid wonen. Uit de theorie komt naar voren dat dak- en thuislozen - in vergelijking tot 24-uurs-voorzieningen - bij begeleid wonen meer keuze hebben in hoe ze willen wonen en met welke ondersteuning. In lijn met – en als aanvulling op het theoretisch kader – is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

<p>Wat betekent zelfregie voor dak- en thuislozen en hoe verandert hun kijk op zelfregie tijdens de verschillende fases van een zorgtraject?</p>

4. Onderzoeksmethoden

4.1 Keuze van de onderzoeksmethode

Dit onderzoek betreft een kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. Een kwalitatieve onderzoeksmethode geeft de mogelijkheid om dieperliggende ervaringen en perspectieven dan dak- en thuislozen te onderzoeken en sluit daarom het beste aan bij de onderzoeksvraag. Daarnaast blijkt het gebruik van een kwantitatieve onderzoeksmethode, zoals het afnemen van enquêtes, onder dak- en thuislozen niet te werken. Dak- en thuislozen zijn vaak moeilijk op huisadres te vinden en daarbij ontbreekt het vaak aan een adequaat steekproefkader. Als laatste is de kans op non-respons bij deze doelgroep groot (Van Doorn, 2005). Binnen dit onderzoek is dan ook gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk diepte-interviews. Diepte-interviews geven de mogelijkheden om het zingevingskader aan het licht te stellen: wat betekent het om dakloos te zijn en hoe beleeft men zelfregie in de verschillende fases van een zorgtraject? Het theoretisch kader geldt hierbij als startpunt voor het onderzoek, wat maakt dat er sprake is van een deductief proces. De resultaten en uitkomsten van dit onderzoek zullen namelijk iets zeggen over de bestaande theorieën over zelfregie (Boeije, 2010).

Hiermee is dit onderzoek gericht op het verkrijgen van diepte informatie in plaats van breedte informatie. In lijn met de definitie van Boeije (2010) over kwalitatief onderzoek, is het doel van dit onderzoek om een sociaal fenomeen – zelfregie – te beschrijven en te begrijpen in termen van de mening die dak- en thuislozen er zelf aan geven. Dit maakt dat het onderzoek niet te generaliseren is naar andere doelgroepen binnen een andere context. Respondenten bepalen hierbij uiteindelijk wat zij vertellen, hoe zij vertellen en wat zij achterhouden voor mij als onderzoeker. Hoewel ik niet twijfel aan de verhalen die mij zijn verteld, is dit onderzoek hiermee mogelijk niet gebaseerd op feitelijke gegevens. Dit heeft te maken met het perceptieproces van mensen: de wijze waarop individuen informatie selecteren, ordenen, beoordelen en interpreteren. Mensen horen wat zij willen horen en zien wat zij willen zien. Elk individu geeft hierdoor op een unieke wijze betekenis aan de wereld om hen heen (Mullins, Plooij, & Swart, 2007). Dit onderzoek laat dan ook zien hoe dak- en thuislozen betekenis geven aan zelfregie in de maatschappelijke opvang.

4.2 Keuze voor de onderzoekslocatie

Dit onderzoek vindt plaats in Eindhoven. Daar waar dak- en thuislozen in de vier grootste gemeenten van Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) al regelmatig in kaart zijn gebracht, is er in Eindhoven nog weinig bekend over de populatie dak- en thuislozen. Stichting Neos¹, de stage gevende organisatie, is in Eindhoven de grootste organisatie die opvang en begeleiding biedt aan dak- en thuislozen. Stichting Neos stelt zich ten doel de (sociaal) kwetsbaarste burgers in de samenleving – mensen of gezinnen die dreigen uit te vallen of slachtoffer zijn van huiselijk geweld – nieuw

¹ www.st-neos.nl, geraadpleegd op 28 mei 2015

perspectief te bieden. Neos ondersteunt deze mensen naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan. Een praktisch argument, namelijk dat ik via Stichting Neos toegang heb kunnen krijgen tot de daklozenpopulatie in Eindhoven, is tevens aanwezig geweest.

4.3 Respondenten

In totaal hebben 28 respondenten (N=28) deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan 19 mannen en negen vrouwen en allen in leeftijd variërend van 19 tot 62 jaar oud. Het zorgtraject dat dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang doorlopen is in dit onderzoek als uitgangspunt gebruikt, zodat zelfregie in perspectief wordt gezet. De respondenten zijn dan ook afkomstig uit verschillende fases van het zorgtraject:

Subgroep 1 (N=3):	Respondenten die dakloos zijn en niet staan ingeschreven bij Stichting Neos (fase 1)
Subgroep 2 (N=13):	Respondenten die verblijven in een 24-uurs-voorziening van Stichting Neos (fase 2)
Subgroep 3 (N=12):	Respondenten die begeleid wonen via Stichting Neos (fase 3)

Respondenten uit subgroep één zijn in dit onderzoek ondervertegenwoordigd. Enerzijds omdat dit de moeilijkst bereikbare doelgroep was en anderzijds omdat respondenten uit subgroep drie, gevolgd door subgroep twee, naar verwachting een bredere kijk op zelfregie hebben. Zo hebben respondenten uit subgroep drie zowel ervaringen met zelfregie bij begeleid wonen, als ook uit de periode dat zij in een 24-uurs-voorziening verbleven of uit de periode dat zij dakloos waren. Dit geldt ook voor respondenten uit subgroep twee: zij hebben nog herinneringen uit de periode dat zij dakloos waren. In de resultaten is achter elk citaat dan ook te zien uit welke subgroep de respondent afkomstig is. Respondenten uit subgroep twee zijn afkomstig uit verschillende 24-uurs-opvangvoorzieningen van Stichting Neos. Dit zijn het Instroomhuis (N=2), Ritahuis (N=2), Labrehuis (N=5), Crisisopvang Odulpha (N=2) en het Blijf van mijn Lijf huis (N=2).

Acht van de twaalf respondenten uit subgroep drie zijn doorgestroomd vanuit een 24-uurs-voorziening naar begeleid wonen en hebben daarmee alle fases van het zorgtraject doorlopen. Deze acht respondenten wonen begeleid via DOOR! (N=4) of wonen begeleid in een projectpand van Neos (N=4). DOOR! is een samenwerkingsverband tussen verschillende woningcorporaties uit Eindhoven en de regio en verschillende zorginstellingen, waaronder Neos. In het samenwerkingsverband worden woningen beschikbaar gesteld en verdeeld onder de zorginstellingen. Het doel is om doorstromen in de 24-uurs-voorzieningen te versnellen en deze mensen – die niet via de reguliere weg aan een woning kunnen komen – nieuwe kansen te bieden. Projectpanden van Neos zijn panden waar meerdere

mensen samen wonen. Elke bewoner heeft dan een eigen appartement of één of meerdere eigen kamers van het pand waarbij de keuken en badkamer gedeeld worden met de andere bewoners van het pand.

Vier van de twaalf respondenten uit subgroep drie zijn echter niet vanuit een 24-uurs-voorziening doorgestroomd naar begeleid wonen. Zij hebben de fase in de opvang min of meer overgeslagen en wonen begeleid via Housing First. Daar waar het hebben van een eigen woning vaak het einde van een langdurend zorgtraject is, gaat Housing First uit van het omgekeerde: beginnen met een huis. Mensen krijgen dus direct vanaf de straat een huis, zonder dat zij eerst een periode in een 24-uurs-opvang doorbrengen. De achtergrond van de respondenten is zeer divers en allen hebben een uniek verhaal. Om de privacy van respondenten te waarborgen en om bij het onderwerp van dit onderzoek te blijven is gekozen om zowel de achtergrond als kenmerken van respondenten verder niet toe te lichten.

4.4 Steekproef

Om in contact te komen met bovenstaande subgroepen zijn verschillende steekproeven gehouden. Bij respondenten uit subgroep één die op straat leven, is gewerkt met een sneeuwbalsteekproef waarbij ik via bemoeizorg Eindhoven in contact ben gekomen met een dakloze man. Via deze man ben ik in contact gekomen met twee andere daklozen in Eindhoven. Bij respondenten uit de tweede subgroep is gewerkt met een gelegenheidssteekproef. Verschillende 24-uurs-voorzieningen (zie boven) van Stichting Neos heb ik bezocht. Tijdens deze bezoeken heb ik contact gelegd met mensen en ter plekke gevraagd of ze deel wilden nemen aan dit onderzoek. Ook zijn er enkele respondenten door begeleiding aan mij voorgesteld. Bij respondenten uit de derde subgroep is gewerkt met een systematisch steekproef. Op basis van een lijst met namen van personen die begeleid wonen via Neos – dus waarbij de begeleidingsvoorziening door Neos wordt geleverd – heb ik elk tiende persoon geselecteerd. Na selectie heb ik contact gelegd met desbetreffende persoonlijk begeleiders om na te gaan of een interview bij de mensen thuis of op kantoor haalbaar en verantwoord zou zijn. Wanneer dit niet het geval was of bijvoorbeeld wanneer de geselecteerde uit beeld was bij Stichting Neos, zijn door begeleiders van Stichting Neos nieuwe mensen aangedragen. Uiteindelijk hebben vijftien mensen een uitnodiging ontvangen, waarvan uiteindelijk twaalf mensen hebben ingestemd om deel te nemen aan het onderzoek.

4.5 Operationalisering van begrippen – topiclijst interviews

Om een antwoord te krijgen op de hoofdvraag: **wat betekent zelfregie voor dak- en thuislozen en hoe verandert hun kijk op zelfregie tijdens de verschillende fases van een zorgtraject?**, zijn er twee concepten van belang bij het onderdeel operationalisering. Dit zijn zelfregie en zorgtraject. Deze concepten zijn als volgt geoperationaliseerd en gebruikt als topiclijst van de interviews:

- Zelfregie: psychologische dimensie, sociologische dimensie, betekenis, verschil algemene regie en zorgregie, rol en functie begeleiding en/of netwerk.

- Zorgtraject: ervaringen uit verschillende fases van het zorgtraject (dakloze periode, periode in de opvang, periode begeleid wonen), woonbehoeften (praktisch en sociaal), begeleidingsbehoeften (inhoud, frequentie).

4.6 Analysemethoden

Kwalitatieve onderzoeksmethoden geven beschrijvende data die geïnterpreteerd wordt aan de hand van codes en overeenkomstige thema's (Boeije, 2010). In dit onderzoek zijn alle interviews – na vooraf instemming van de respondenten – opgenomen en nadien getranscribeerd. De interviews zijn bij mensen thuis of op kantoor afgenomen en duurden ongeveer een half uur tot anderhalf uur. Vervolgens zijn de interviews door middel van het computerprogramma Nvivo geanalyseerd. Nvivo biedt de mogelijkheid om kwalitatieve, ongestructureerde data te structureren aan de hand van codes. Voor dit onderzoek zijn er naar aanleiding van de transcripten zeven hoofdcodes opgesteld. De zeven hoofdcodes zijn: *persoonlijke informatie, toegang tot zorg, ervaringen (dakloos – 24-uurs-voorziening – begeleid wonen), zelfregie, begeleiding, woonbehoeften en perspectief*. Onder deze hoofdcodes vallen vervolgens verschillende subcodes. De volledige codeboom is in bijlage 1 te vinden.

5. Resultaten

5.1 Achtergrond informatie

De resultaten zijn opgedeeld in vier fases zodat het zorgtraject in kaart wordt gebracht. De delen illustreren een reis door het leven van dak- en thuislozen: van een leven op straat, naar verblijf in een 24-uurs-voorziening tot aan begeleid wonen. In dit onderzoek is tevens een ‘fase 4’ toegevoegd: zelfstandig wonen zonder begeleiding. Dit betreft een korte blik naar de toekomst waarin het zorgtraject wordt afgesloten. De ervaringen per fase zijn verder afkomstig van verschillende respondenten, onafhankelijk van hun subgroep, zie hiervoor sectie onderzoeksmethoden. Dit wil zeggen dat resultaten van fase één zowel ervaringen beschrijven van huidige daklozen (subgroep 1), als ook van mensen die nu in fase twee, een 24-uurs-voorziening (subgroep 2) of fase drie, begeleid wonen (subgroep 3) zitten. Ook in de beschrijving van fase twee zijn zowel ervaringen van huidige mensen in de 24-uurs-opvang opgenomen, als ook de herinneringen van mensen die nu in fase drie zitten.

5.2 Fase 1: ‘en dan.. als extra word je dakloos’.

Oorzaken

Waar de ene respondent vertelt dat hij uit huis is gezet wegens overlast, vertelt een ander dat zij dakloos is geworden door een ontslag op het werk met een depressie als gevolg. Vaak is er sprake geweest van een combinatie van factoren, problemen en tegenslagen op meerdere leefgebieden, zoals ook uit onderstaand citaat valt op te maken:

“Bij ons thuis zijn ze gescheiden. Twee keer... vandaar die borderline denk ik. Op mijn 18^e naaide mijn moeder eruit. Die liet mij bij mijn stiefvader achter, daar stond ik niet mee op goede voet [...] Hij zei: ga maar op je eigen zitten jij. Ja, ik geef hem groot gelijk. Maar dat ging dus meteen fout [...] Ik kon nog geen acceptgiro kaart invullen.”

(Respondent subgroep 1).

Waar de verhalen van respondenten over de periode dat zij dakloos raakten uniek zijn en sterk uiteenlopen, is er in alle gevallen een crisis situatie ontstaan: een situatie waarin men door onmacht of door eigen toedoen grip op het leven kwijt raakt: *“Je hebt schulden en je hebt zo’n berg bagage. Voordat je dakloos wordt... voordat je op dat minpunt komt barst je van de problemen en dat escaleert. En dan... als extra word je dakloos.”* (Respondent subgroep 3). Respondenten noemen in deze fase gebeurtenissen waarin voorbeelden naar voren komen waarin men de regie kwijt was, bijvoorbeeld door een verslaving of depressie. De verslaving of depressie voerde op deze momenten de boventoon waardoor zelfregie niet mogelijk was. Zelfregie wordt hier dan ook in verband gebracht met persoonlijke factoren die zelfregie belemmeren.

Machteloosheid en behoeften

In deze fase is machteloosheid een overall thema dat naar voren is gekomen bij de respondenten. Machteloosheid slaat hier vooral op het onvermogen om problemen op eigen kracht op te lossen. Daarnaast valt uit de verhalen op te maken dat respondenten niet beschikken over middelen, mogelijkheden of een netwerk om op terug te vallen zodat de situatie op korte termijn weer gestabiliseerd kan worden. Hierbij omschrijven respondenten gevoelens van radeloosheid; het gevoel met de rug tegen de muur te staan. In deze fase hebben respondenten vooral primaire biologische behoeften, waaronder de behoefte aan onderdak. Vele van hen vinden ook onderdak, bijvoorbeeld bij familie, vrienden of kennissen. Hoewel de respondenten dan wel (tijdelijk) een dak boven het hoofd hebben, beschrijven ze hoe het is om thuisloos te zijn: *“je komt bij een gezin waar je eigenlijk niet bij hoort en dat is heel kut.”* (Respondent subgroep 3). Respondenten lijken op dit punt dan ook een

afweging te maken: of ze blijven van plaats naar plaats gaan (tijdelijke oplossing), of ze zoeken professionele hulp (structurele oplossing).

Zelfregie en zoeken naar hulp

In hun zoektocht om weer regie over hun leven (terug) te krijgen, kiezen de meeste respondenten voor een langdurige oplossing en zoeken daarom professionele hulp. Daar waar de meerderheid van de respondenten ook in een zorgtraject is gekomen, is – vanuit het perspectief van iemand die dak- of thuisloos is (geweest) – het vinden van de juiste weg naar zorg lastig. Hoewel alle respondenten aangeven dat zij informatie over wonen en zorg wel weten te vinden, blijkt uit hun ervaringen dat zij dit meestal niet zelf hebben gevonden. Toegang tot professionele zorg, mede door een gebrek aan technische middelen en mogelijkheden, loopt vaak via contact met anderen: familie, vrienden of bekenden. Verschillende respondenten hebben hierbij aangegeven dat familiebanden beschadigd, verbroken of geheel afwezig zijn, soms al op jonge leeftijd. Doordat veel respondenten geen contact meer hebben met hun oude sociale netwerk lijken ze veelal aangewezen op elkaar. Zo treffen ze elkaar in openbare ruimten en in opvangvoorzieningen. Doordat allen in ‘hetzelfde schuitje’ zitten, lijkt men zich verbonden te voelen. Via de contacten die de respondenten opdoen in deze netwerken, weet men vaak de toegang tot professionele zorg te vinden:

“Een maat van mij deed begeleid wonen. Als het koud was kon ik bij hem op de bank slapen weet je wel, hij heeft me goed opgevangen. Toen gingen we altijd naar zo’n buurthuis en toen was er een meneer, die had vroeger bij de sociale dienst gewerkt. Ik ben zo in contact gekomen met hem en hij kon mij helpen. Zo heb ik hulp gezocht.”

(Respondent subgroep 2).

Professionele hulp wordt echter niet altijd als optimale oplossing gezien. Twee respondenten die ten tijden van het interview (nog) op straat leven linken professionele zorg aan macht en machtsmisbruik. Dit maakt dat zij geen vertrouwen hebben in hulpverlening en ervoor kiezen om elke vorm van professionele zorg of hulpverlening te weigeren of te mijden. Zij gaan op zoek naar alternatieve overlevingsstrategieën en leiden een overwegend zwervend bestaan. Deze respondenten lijken bang te zijn om het laatste beetje regie en zeggenschap over hun leven kwijt te raken en geven aan dat ze zelf regie hebben over waar ze slapen en wat ze op een dag doen. Zelfregie wordt door deze respondenten tevens in verband gebracht met begrippen die in het theoretisch kader naar voren zijn gekomen: machteloosheid en een gebrek aan ‘voice’ en ‘power’. Machteloosheid slaat hier op de machteloosheid die respondenten ervaren ten aanzien van de – in hun ogen – machtige zorgorganisaties. Dit is goed geïllustreerd door één van deze respondenten:

“Dat is juist... als je mensen die dakloos zijn nog meer frustreert, worden ze nog psychotischer of gaan ze nog meer drugs gebruiken, zodat er een grotere subsidie pot is die je open kan trekken om over de hoofden van de meest zwakke te verdienen [...] Ik merk dat in mijn zelfregie een aantal mensen of organisaties proberen die zelfregie van mij – op wat voor manier dan ook – om zeep te helpen [...] Jij bent groot [de organisatie] en jij bent klein [als dakloze].”

(Respondent subgroep 1).

FASE 1: In deze fase kan gesteld worden dat respondenten – met hulp van anderen – naar wegen zoeken om de regie over hun leven terug te krijgen. Dit maakt dat afhankelijkheid van derden in deze fase groot is: men heeft ondersteuning nodig bij het voeren van zelfregie. Men voelt zich machteloos en radeloos en is niet in staat om de ontstane problemen alleen, op eigen kracht op te lossen. Waar professionele hulp voor de meerderheid een uitkomst is, wordt zelfregie ook gelinkt aan macht en machtsmisbruik van zorgorganisaties: men is in deze context bang het laatste beetje eigen regie te verliezen en kiest ervoor professionele zorg te mijden.

5.3 Fase 2: ‘je gaat gewoon een traject aan’

Achterover leunen

Wanneer men de weg naar professionele zorg heeft gevonden lijken respondenten zich aan het begin van een traject voornamelijk over te geven aan begeleiding, zoals ook uit het volgende fragment valt op te maken: *“Het is gewoon... je gaat een traject aan. Je bent voor jezelf bezig. Hier [24-uursvoorziening] kan je ook gewoon lekker de tijd voor jezelf nemen. Dingen worden gewoon geregeld.”* (Respondent subgroep 2). De ervaren machteloosheid uit fase 1 lijkt te zijn vervangen voor een licht vertrouwen dat het allemaal weer de goede kant op gaat. Respondenten geven zich niet alleen over aan begeleiding, maar hebben de verwachting dat begeleiding dingen voor hen gaat regelen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat verschillende respondenten hierover klagen. Zo stellen zij dat ze geen verbeteringen zien of geen perspectief hebben: *“Ja... kijk... ik vind persoonlijk.. ik zit hier [24-uursopvang] nu drie maanden en ik ben net zo ver als toen ik hier binnen stapte. Ik zit hier nu en ik weet nog niks. Zit ik hier over vijf jaar nog? Zit ik hier over een half jaar nog? Zit ik hier over een maand nog?”* (Respondent subgroep 2). De verwachting dat begeleiding zaken voor hen gaat regelen zorgt er mogelijk ook voor dat respondenten zich afhankelijk opstellen. Daarnaast lijkt een gebrek aan perspectief ervoor te zorgen dat respondenten motivatie verliezen om zelf actie te ondernemen. Uit de ervaringen van respondenten valt op te maken dat zij wel worden gestimuleerd om zaken zelf op te pakken, maar omdat zij verwachten dat begeleiding dingen regelt, zorgt dit bij sommige respondenten voor ontevredenheid: *“Ik heb niks met computers.. nou zeggen ze [begeleiding 24-uurs-opvang] tegen mij: ‘je kan dat op de computer opzoeken’, ik zeg: ‘hoe?! Ik heb niks met computers, ik kan niet werken met computers!’”* (Respondent subgroep 2).

Zelfregie en verstand van zaken hebben

Zelfregie lijkt in deze fase door respondenten in verband te worden gebracht met verstand van zaken hebben. Respondenten willen graag hulp wanneer zij voor het gevoel geen verstand van zaken hebben. Hierbij lijkt er voor respondenten een onderscheid te zitten in de beleving van zelfregie – het gevoel zeggenschap te hebben - en de uitvoering van zelfregie – de nodige actie ondernemen. Veel respondenten geven namelijk aan dat er sprake is van gedeelde regie. Één respondent uit subgroep twee gaf dan ook de volgende betekenis aan zelfregie: *“Dat je het zelf een beetje in de hand hebt, wat je wilt en wat je wilt gaan doen en dat je er dan samen met begeleiding uitkomt.”* (Respondent subgroep 2). Hierbij lijken respondenten concrete acties over te laten aan begeleiding, zoals het regelen van financiën, passend werk of dagbesteding zoeken, telefoontjes plegen met instanties of het doen van aanvragen. Respondenten lijken hiermee te vertrouwen op de kennis van begeleiding, voelen zich mogelijk zelf niet bekwaam om dit te doen en dragen daarom op praktisch gebied de regie over aan begeleiding. Het feit dat respondenten zichzelf niet bekwaam vinden kan verschillende oorzaken hebben. Dit heeft dan ook te maken met persoonlijke factoren, zoals laaggeletterdheid, het

onvermogen om informatie te begrijpen, psychische problematiek, onvoldoende motivatie, slecht ontwikkelde contactuele eigenschappen of beperkte verstandelijke vermogens. Zij geven dan ook een soort goedkeuring dat begeleiding zaken mag gaan regelen en samen met hen de regie mag nemen over hun zorgtraject. Er kan hierbij tevens gesteld worden dat er voor respondenten een verschil is tussen algemene regie, regie over het leven in het algemeen en zorgregie, regie over een zorgtraject. Wanneer het zorgregie betreft, dragen respondenten de regie gedeeltelijk over aan begeleiding. Er kan dan ook gesteld worden dat er in deze fase sprake is van gedeelde zorgregie: de regie over de zorg van de respondent is verdeeld onder zowel de respondent als begeleiding.

Enkele respondenten lijken hierbij in hun houding echter een uitzondering te vormen. Zij zijn goed in staat zaken te regelen en willen dit dan ook vooral zelf in de hand houden. Zij wachten niets af, maar ondernemen zelf actie en lijken ook bekwaam te zijn om zelf uitvoering te geven aan zelfregie. Eén respondent gaf bijvoorbeeld aan dat hij tijdens zijn verblijf in een 24-uurs-locatie verschillende woningcorporaties een brief had gestuurd. In deze brief had hij zijn situatie beschreven en vroeg hij woningcorporaties met hem mee te denken in zijn zoektocht naar een woning. Uiteindelijk heeft deze respondent naar aanleiding van zijn brief een woning toegewezen gekregen. Deze respondent, samen met nog enkele andere respondenten, geven ook aan dat het nodig is om er bij begeleiding bovenop te zitten: *“is er al actie?”, ‘gebeurt het nog?’, ‘zijn we nog op de goede weg?’* (Respondent subgroep 3). Maar zoals uit de eerdere resultaten valt op te maken, staat niet iedereen er in deze fase hetzelfde in. De meerderheid van de respondenten die in een 24-uurs-voorziening verblijft, lijkt eerder een passieve houding aan te nemen. Respondenten vinden het wel belangrijk dat zaken altijd in overleg gedaan worden. Over het algemeen heeft men ook deze ervaring: *“Ik bepaal wat ik wil en mijn begeleiding gaat akkoord of niet. Die zegt van: ‘jouw plannen zijn goed maar misschien kan je het beter zo en zo aanpakken.’* (Respondent subgroep 2). Een belangrijk element uit deze fase is dat de situatie van respondenten wordt gestabiliseerd. Zo worden problemen aangepakt en men krijgt hulp in de breedste zin van het woord: van het regelen van financiën tot aan sociaalemotionele begeleiding.

Behoeften

Ten opzichte van fase 1 is te zien dat behoeften van respondenten verschuiven. Daar waar men eerst vooral behoefte had aan onderdak, kijkt men steeds kritischer naar het verblijf in de opvang. Zo wordt het verblijf in de 24-uurs-voorzieningen door vrijwel alle respondenten beschreven als een noodzakelijk kwaad. Acceptatie van de situatie lijkt hierbij van groot belang: *‘het is nu even noodzaak dat ik hier ben’*. Dit beschrijven vooral respondenten die ten tijden van het interview in fase 3 – begeleid wonen – zitten. Zij omschrijven de periode in de 24-uurs-opvang tevens als een periode waarin er (te) weinig persoonlijke aandacht werd geschonken en men als ‘eenheidsworst’ werd behandeld. Vanuit de literatuur wordt gesteld dat keuzemogelijkheden belangrijk zijn voor mensen om zelfregie te voeren (Boyce, 2011). Door het collectieve karakter van de 24-uurs-voorzieningen, zeker

in een opvang waar veel mensen tegelijk verblijven, worden respondenten daar niet altijd toe in staat gesteld. Zo zijn zij onderhevig aan verschillende regels en gedragscodes.

Daar waar deze regels en gedragscodes door veel respondenten als vervelend worden ervaren, geeft het hen aan de andere kant wel structuur en regelmaat. Daarbij lijken respondenten in deze fase bevredigd te worden in hun behoefte aan veiligheid, zoals ook uit het volgende fragment naar voren komt:

“Nu voelt het verblijf op zich wel oké. Het is natuurlijk niet de ideale situatie maar het voelt oké. Vier maanden geleden, vorig jaar november, ben ik weer in een depressie geraakt. Een hele erge... daar ben ik nu een beetje aan het uitkomen met medicijnen. Ik had hier [24-uurs-opvang] eigenlijk al weg kunnen zijn maar ik heb gezegd van: laat mij hier alsjeblieft even zitten want hier voel ik me veilig. Ik weet gewoon dat als er iets is met mij, dan kan ik naar beneden en dan kan ik iemand van de woonbegeleiding aanspreken en zeggen van: kunnen we even praten?”

(Respondent subgroep 2).

Daar waar bovenstaand citaat de behoefte aan veiligheid in kaart brengt, laat dit tevens zien dat eerst andere behoeften vervuld moeten zijn, voordat men behoefte heeft om zelfstandig – met of zonder begeleiding – te wonen. Respondenten geven dan ook aan dat ze er ‘klaar’ voor moeten zijn. Wanneer men klaar is om door te stromen vanuit een 24-uurs-voorziening naar een zelfstandige woonruimte met begeleiding staat niet vast; dit is persoons- en contextafhankelijk. Twee respondenten uit het Ritahuis, een 24-uurs-voorziening, noemen dat zij gehospitaliseerd zijn wanneer er gepraat wordt over doorstromen. Voor de ene respondent betekent dit dat hij niet meer sport en nergens meer zin in heeft en voor de andere respondent lijkt dit te betekenen dat ze is gewend geraakt aan de nabijheid van begeleiding. Hospitalisatie lijkt hiermee haaks te staan op zelfregie. Gewend raken aan de hulp en nabijheid van begeleiding maakt mogelijk dat respondenten niet meer goed weten waartoe ze zelf in staat zijn. Er kan dan ook gesteld worden dat er *onnodige afhankelijkheid* kan ontstaan wanneer men (te) lang in deze fase blijft zitten.

Respondenten uit de 24-uurs-opvang noemen verder – met het oog op de volgende fase: begeleid wonen - dat zij behoefte hebben aan rust, privacy en het bepalen van eigen regels. Waarschijnlijk omdat zij in de 24-uurs-opvang juist drukte ervaren en te maken hebben met veel regels en weinig privacy. Daarnaast is het voor veel respondenten belangrijk om bezoek te kunnen ontvangen en contact met het netwerk te kunnen onderhouden. Omdat men in de 24-uurs-opvang vaak maar een kleine kamer heeft, is in deze fase het onderhouden van een bestaand netwerk of opbouwen van een nieuw netwerk lastig. In relatie tot zelfregie wordt het eigen netwerk – wanneer er sprake is van goed contact – door alle respondenten wel als de belangrijkste steunfactor omschreven. Het netwerk is er

dan ook om op terug te vallen wanneer het zelf even niet meer lukt. De opvang lijkt dan ook eerder een belemmering te vormen in het onderhouden van het contact met het netwerk.

Zelfregie en belemmerende factoren

Maar toch, zelfs wanneer iemand 'klaar' is om door te stromen wil dat nog niet zeggen dat dat ook direct kan. Zo hebben veel respondenten schulden of financiële problemen en is het van belang dat deze eerst op orde zijn voordat doorstroom kan plaatsvinden. Wanneer dit vervolgens op orde is, bijvoorbeeld wanneer men is aangemeld voor bewindvoering, schuldhulpverlening, schuldsanering of financiële dienstverlening, betekent dit dat men weinig te besteden heeft. Zeker in het geval van schulden wordt er vaak beslag gelegd op huurtoeslag, wat huren bijna onmogelijk maakt. Particulier huren is per definitie vaak al te duur en om die reden valt ook dit voor veel respondenten af. Daarbij heeft men vanuit de straat of vanuit een 24-uurs-voorziening vaak weinig spullen en betekent dit dus dat wanneer men een eigen woonruimte krijgt, deze in één keer moeten worden aangeschaft. Veel respondenten hebben geen spaargeld en kunnen dus niet zomaar aan spullen komen. Een nieuwe woning naar behoren in kunnen richten, vinden veel respondenten wel belangrijk:

“Ik zit in de WAO. Dus nu kan ik hier [24-uurs-opvang] vlug weg [schuldenvrij] maar ze hebben gezegd: ‘wacht liever nog een maand of drie en dan kan je het ook naar je zin inrichten. Als je daar [nieuwe woning] dadelijk komt en je hebt maar 500 euro... daar doe je ook niet veel mee.’”

(Respondent subgroep 2).

Wanneer er met een sociologische bril naar het concept zelfregie wordt gekeken, zijn er factoren die zelfregie in deze fase belemmeren. Bovenstaande zijn voorbeelden van persoonlijke factoren die zelfregie belemmeren. Zo zijn er ook omgevingsfactoren die zelfregie belemmeren. In deze fase van de reis zijn respondenten namelijk afhankelijk van de manier waarop minimabeleid in Nederland is georganiseerd of bijvoorbeeld het woonaanbod bij woningcorporaties. Dit geldt ook bij DOOR! waar woningen worden verdeeld onder verschillende zorginstellingen. Voor respondenten duurt dit soms (te) lang:

“Ja, nou ik had al heel lang gevraagd van ik wil iets voor mezelf. Met name ook om mijn kinderen en kleinkinderen thuis te kunnen ontvangen. Ik wil gewoon plaats voor mezelf dat ik kan zeggen: ‘hier woon ik en kom!’. Dat is eigenlijk best lang stil gehouden van.. ja dat komt.. en moeilijk.. moeilijk. Tot dat ze zeiden: ‘we hebben iets’, en toen was het in twee weken tijd.”

(Respondent subgroep 3).

Alle respondenten hebben tijdens het onderzoek aangegeven dat zij het belangrijk vinden om de regie over hun leven in eigen hand te hebben en te houden. Hierbij noemen respondenten tegelijkertijd dat dit in de praktijk niet haalbaar is. Vele van hen hebben voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat zij afhankelijk zijn van externe partijen. Eén respondent geeft het voorbeeld dat je als werknemer altijd afhankelijk zal zijn van je werkgever. Dit houdt in dat er bij het concept zelfregie vrijwel nooit sprake kan zijn van volledige onafhankelijkheid. Als individu ben je onlosmakelijk met de rest van de maatschappij verbonden.

FASE 2: In deze fase is er sprake van gedeelde zorgregie: respondenten hebben samen met hun begeleiders de regie over het zorgtraject. De regie over de uitvoering ligt vaak bij professionals omdat zij volgens respondenten verstand van zaken hebben. In deze fase wordt tevens duidelijk dat zelfregie nauw samenhangt met bekwaamheden (interne, persoonlijke factoren) en belemmerende factoren (externe, omgevingsfactoren).

5.4 Fase 3: ‘dit is echt gewoon mijn huis’

Aanmelding en keuzemogelijkheden

En dan, vanuit een leven op straat of vanuit een verblijf in een 24-uurs-voorziening worden respondenten aangemeld voor begeleid wonen. Dit houdt in: het krijgen van een zelfstandige woonruimte met begeleiding op gezette tijden in de week. Dit kan zijn in een projectpand van Neos, een woning waar meerdere mensen samen wonen of een eigen woning, vaak via DOOR! Voor respondenten die worden aangemeld voor begeleid wonen is het vaak onduidelijk wanneer men een woonruimte krijgt. Respondenten geven aan dat ze gewoon een woning krijgen toegewezen:

“Nee, je hebt er niet echt keuze in. Je krijgt gewoon wat toegewezen. Keuzemogelijkheden mis ik op dit moment ook niet omdat ik denk dat alles beter is dan hier [24-uurs-opvang]. Je hebt dan toch je vrijheid en je kan doen en laten wat je wilt. Het geeft je meer vrijheden.”

(Respondent subgroep 2).

Wanneer of wat voor soort woning respondenten krijgen toegewezen, blijft vaak onbekend. Vanuit de sociologische invalshoek van zelfregie kan dan ook gesteld worden dat respondenten geen of beperkte regie hebben over hun woonsituatie. Respondenten zitten in deze fase in afwachting en zijn – in het geval van DOOR! - afhankelijk van de samenwerking tussen Neos en woningcorporaties. Daarbij noemen respondenten dat ze bij DOOR! een woning in principe niet kunnen weigeren. Wel mogen ze enkele voorkeuren opgeven. Veel respondenten zijn daarnaast niet op de hoogte van wat DOOR! precies inhoudt, zoals het volgende fragment weergeeft:

“Mensen die dat [DOOR!] aangeboden krijgen weten niet precies wat dat inhoud. Het is iets van: wij zoeken dan een woning voor jou ofzo... dat doet plan DOOR! Het wordt je dan aangeboden en in feite lijkt het net of je niet mag weigeren. Het maakt niet uit hoe de woning er uit ziet of wat het is, het is: jij kunt daar wonen. Het wordt beslist terwijl jij geen inbreng hebt. Het is gewoon: boem bam ga daar maar wonen en dan opflikkeren [...] Het is in feite net of je een product bent, dat gevoel had ik.”

(Respondent subgroep 3).

Impact en sociale behoeften

Hoewel de meeste respondenten ‘staan te springen’ om een eigen woning, lijkt de impact van begeleid wonen – de verandering ten opzichte van een leven op straat of een verblijf in een 24-uurs-voorziening – in veel gevallen te worden onderschat. Zeker wanneer men langere tijd geen woning heeft gehad:

“Ik kreeg mijn huisje van Housing First. Toen vroegen ze aan mij: wat vind je er van?. Ik zei: ik vind het wel fijn dat jullie na 20 jaar eindelijk mijn hulpvraag begrijpen! Ze vragen al 20 jaar: wat wil je? Ik zeg: geef mij een huisje, dan kan ik verder. Nu heb ik eindelijk na 20 jaar mijn huis en nu kan ik niet meer verder. Nu ben ik helemaal vastgeroest. Ik kom alleen maar daar [eigen huis] naar hier [daklozenopvang].”

(Respondent subgroep 3).

Juist het feit dat respondenten bij begeleid wonen meer op zichzelf aangewezen zijn, lijkt voor sommige respondenten ook een keerzijde te hebben, zoals blijkt uit het volgend fragment: *“Ik moet ook oppassen dat ik niet teveel hier [eigen woning] blijf zitten, dan word ik weer... ofja... dan ga je jezelf afzonderen. Even is niet erg maar je moet niet de hele dag binnen zitten; dan sta je buiten de maatschappij.”* (Respondent subgroep 3). Ook enkele respondenten uit subgroep 2, die verblijven in een 24-uurs-voorziening en in de toekomst begeleid gaan wonen, zijn ‘bang’ voor deze keerzijde. Eenzaamheid en sociale isolatie vormen dan ook risico’s die het proces van herstel belemmeren. Dat woonruimten aansluiten bij de sociale behoeften van dak- en thuislozen, is in deze fase dan ook erg belangrijk.

Om woonbehoeften in kaart te brengen, is alle respondenten gevraagd naar de mate waarin zij uiteenlopende sociale en praktische woonaspecten belangrijk vinden. Hieruit valt op te maken dat sociale woonbehoeften, zoals de omgeving en buurt, voor respondenten zwaarder wegen dan praktische woonbehoeften, zoals de grootte van de woning of bijvoorbeeld de aanwezigheid van een tuin. Vooral de buurt en het contact met buurtgenoten is voor hen belangrijk en moet vooral een ‘goed gevoel’ geven. Zo noemen respondenten *sociale controle, goeiendag zeggen, schoon, geen last van burens hebben, sociaal, rustig, tolerant* en *gemoedelijk* op wanneer zij een leuke buurt omschrijven. In deze fase lijkt men dan ook behoefte te hebben aan erkenning, waardering en respect: een *‘sense of belonging’*.

Bij respondenten die wonen in een projectpand van Neos lijkt deze *‘sense of belonging’* afwezig. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het volgende fragment, afkomstig van een respondent die begeleid woont in een projectpand van Neos:

“Hier in de buurt weten mensen dat dit een pand van Neos is en er zijn natuurlijk in het verleden ook dingen gebeurd die voor de buurt niet leuk zijn. Dus het moment dat ze je hier de deur uit zien lopen denken ze: daar heb je er weer zo een. Dat merk je wel.”

(Respondent subgroep 3).

Deze respondent lijkt last te hebben van stigmatisering en ervaart een afstand tussen zichzelf en overige buurtgenoten. Het hebben van een eigen, zelfstandige woonruimte - losgekoppeld van begeleidingsvoorzieningen - lijkt een voorwaarde te zijn om bevredigd te worden in de behoefte aan waardering en respect. De projectpanden van Neos worden door respondenten ook als doorstroomhuizen omschreven, een echt gevoel van 'thuis' lijkt afwezig. Het verblijf is ook vaak tijdelijk en geldt als een opstap tot dat men een zelfstandige woning heeft. Alle respondenten geven aan een zelfstandige woning of appartement, met een eigen woonkamer, keuken, slaapkamer en badkamer, in deze fase belangrijk te vinden.

Groei en vooruitgang

Begeleid wonen is in tegenstelling tot de 24-uurs-opvang - voor alle respondenten die erover spreken - meer dan alleen een vooruitgang op het gebied van woonoppervlakte of zelfstandigheid. Begeleid wonen – in de zin van het hebben van een zelfstandige woning - is ook van symbolische waarde voor respondenten: *'het leven staat weer op poten'*, wat verband houdt met zelfregie: *'ik heb weer grip op het leven'*. Het hebben van een eigen woning geeft veel respondenten ook weer een stukje eigenheid terug: *"Kijk.. het [eigen woonruimte] doet ook veel met je eigenwaarde. Van ben ik het nog waard? Word ik nog als vol voor mens aangezien?"* (Respondent subgroep 3). Daar waar zelfregie in eerdere fases vooral gelinkt werd aan hulp van anderen, zijn respondenten bij begeleid wonen meer op zichzelf aangewezen:

"Ja, de eerste paar weken ben ik dus nog veel terug gegaan naar Odulpha [24-uurs-opvang]. Vooral ook overdag omdat ik anders ook niet goed wist wat ik moest doen en ik had nog geen vrijwilligerswerk of iets anders en dan is het wel lastig je dag doorkomen, vooral omdat je eerst elke dag omringd was. Maar dat werd wel steeds beter en op een gegeven moment realiseerde ik me ook: dit is echt gewoon mijn huis."

(Respondent subgroep 3).

Respondenten voelen zich gesterkt en zijn minder afhankelijk van anderen. Men gaat ook beseffen dat ze het zelf kunnen. Begeleid wonen laat respondenten daadwerkelijk ervaren hoe het is om zelfregie te voeren. Niet alleen over grote zaken maar ook over simpele alledaagse dingen: van opstaan tot het naar bed gaan. Het hebben van een dagindeling met bijvoorbeeld werk of dagbesteding lijkt hierbij belangrijk te zijn. Verschillende respondenten die begeleid wonen geven aan dat ze bij zichzelf een verandering ervaren:

"Kijk, ik ben wel veranderd. Ik ben wel positief [...] Ik heb tegen mezelf gezegd: al het negatieve wegflikkeren en alleen het positieve nog maar pakken. Zo ben ik wel

veranderd. Eigenlijk door Neos maar in feite door begeleid wonen... net dat zetje krijgen van: die kant moet je op gaan want dat is de juiste kant."

(Respondent subgroep 3).

Ook andere respondenten vertellen dat ze opener zijn en meer energie hebben. Over het algemeen kan gesteld worden dat respondenten weer hoop en moed lijken te ontwikkelen voor de toekomst. Zij zien weer perspectief.

Zelfregie en de rol van begeleiding en het eigen netwerk

Daar waar er in de 24-uurs-opvang sprake is van gedeelde zorgregie, is er bij begeleid wonen sprake van zelfregie waarbij begeleiding een ondersteunende rol heeft. Respondenten bepalen in deze fase wat ze doen, hoe ze dat doen én doen het ook zelf. Daarbij wordt zelfregie in deze fase ook gelinkt aan factoren die in het verleden hebben gezorgd dat er een crisissituatie is ontstaan. Zo noemt één respondent uit subgroep 3 dat zelfregie voor hem betekent dat hij niet drinkt, geen drugs gebruikt en zichzelf goed verzorgt. Zelfregie betekent voor hem dus factoren die zelfregie beïnvloeden onder controle houden. Juist het feit dat respondenten in deze fase op zichzelf aangewezen zijn, maakt hen kwetsbaar. Het aanleren van (nieuwe) strategieën om met moeilijkheden om te gaan is in deze fase dan ook erg belangrijk. Dit is vooral de taak van professionals: respondenten vinden het in deze fase belangrijk dat er een spiegel voor wordt gehouden. Zo worden respondenten zelfbewust en leren zij goede keuzes te maken. Begeleiding is er dan ook om richting te geven. Respondenten vinden het ook belangrijk dat begeleiding de regie niet overneemt maar dat zij een ondersteunende rol innemen: *"Vooral zoals ze ook genoemd worden: begeleiden. Dus niet de regie overnemen maar een beetje de weg wijzen van afstand. Maar niet commanderen en zeggen dat je dit of dat moet doen maar meer aansturen en begeleiden."* (Respondent subgroep 3).

Ten opzichte van eerdere fases krijgen respondenten bij begeleid wonen minder vaak begeleiding. Het is dan ook de bedoeling dat deze naarmate het zorgtraject vordert, wordt afgebouwd. Het aansterken en opbouwen van een eigen netwerk wordt in deze fase dan ook erg belangrijk. Bij respondenten die niet beschikken over een eigen netwerk, wordt soms vanuit de 24-uurs-voorziening al een professioneel netwerk opgebouwd:

"Nou, mijn sociale netwerk is behoorlijk nihil. Ik kom uit een heel groot gezin maar ze vinden mijn ziektebeeld allemaal een beetje eng. Ze hebben er heel erg moeite mee om daar mee om te gaan [...] Binnenkort ga ik verhuizen, dan ga ik zelfstandig wonen met een plan van aanpak en met woonbegeleiding [begeleid wonen]. Die stap vind ik heel eng maar ik heb er veel zin in. Maar er is een heel netwerk om mij heen. Dus als het weer slecht zou gaan met mij, wordt er meteen actie ondernomen."

(Respondent subgroep 2).

Zoals ook in bovenstaand fragment naar voren komt, is een netwerk belangrijk om op terug te vallen. Zeker bij begeleid wonen staat begeleiding vaak in het teken van uitbreiding van het (informele) netwerk. Zo geeft één respondent uit subgroep 3 aan dat hij samen met zijn begeleider aan het kijken is waar hij vrijwilligerswerk kan doen in de buurt. Via bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, ontmoeten respondenten nieuwe kennissen en vrienden waardoor het netwerk kan worden uitgebreid. Een netwerk, letterlijk dichtbij, is belangrijk om zelfregie te voeren zodat men wanneer het even moeilijk wordt, op dit netwerk kan terugvallen: *“Een goede buur is beter dan een verre vriend.”* (Respondent subgroep 2). Tevens zorgt een netwerk ervoor dat respondenten minder risico lopen om te vereenzamen. Een netwerk maakt dat zij ook daadwerkelijk geïntegreerd raken in de gemeenschap: een belangrijk doel binnen begeleid wonen.

FASE 3: In deze fase is er sprake van zelfregie met ondersteuning van begeleiding. Respondenten voeren zelfregie en begeleiding kijkt op afstand mee. Respondenten ervaren dat zij zelf beslissingen kunnen én moeten maken en voelen zich ook gesterkt hierin. Met het oog op fase 4 staat begeleiding in het teken van uitbreiding van het informele netwerk. Juist het feit dat men bij begeleid wonen op zichzelf aangewezen is, maakt dit mensen in deze fase ook kwetsbaar. De keerzijde van begeleid wonen heeft dan ook te maken met eenzaamheid en sociale isolatie; stilstand of terugval in het proces van herstel. Om dit te voorkomen, dient er voldoende aandacht te zijn voor de sociale woonbehoeften van respondenten.

5.5 Fase 4: ‘genoeg bagage om vooruit te gaan’.

Einde zorgtraject?

Begeleid wonen kan gezien worden als een eindstadium van een zorgtraject. Nadat iemand bij begeleid wonen uitstroomt, gaat men vaak zelfstandig wonen. Zelfstandig wonen is namelijk niet voor iedereen de eindfase: sommige mensen zullen altijd behoefte blijven houden aan een vorm van begeleiding en dus in fase drie blijven zitten.

Daar waar verschillende respondenten uit subgroep drie aan hebben gegeven dat zij uitkijken naar zelfstandig wonen zonder begeleiding, zijn er ook respondenten die aangeven dat zij nog niet ‘klaar’ zijn om zelfstandig te wonen zonder begeleiding: *“Maar eigenlijk als ik eerlijk ben, ben ik nog niet stabiel genoeg dat ik het alleen aandurf. En eigenlijk toen ik er aan begon [Housing First] dacht ik: hoe kom ik hier zo snel mogelijk vanaf? Maar ja, dan werk je zo samen en dan bevalt het eigenlijk wel goed.”* (Respondent subgroep 3).

Zelfregie met een netwerk om op terug te vallen

Pas wanneer men minder fluctueert in de mentale gezondheid, er een netwerk aanwezig is, men werk of dagbesteding heeft, men zelfbewust is en strategieën om met problemen om te gaan zijn verbeterd, lijken respondenten ‘klaar’ te zijn om zelfstandig – zonder begeleiding – verder te gaan. Deze fase staat naar verwachting in het teken van zelfontplooiing. Het volgende citaat is afkomstig van een respondent waarbij de begeleiding van Neos op korte termijn wordt afgesloten: *“Ik heb niet gedacht dat het allemaal zo zou gaan maar ben uiteindelijk wel blij dat het zo is gegaan, het is niet altijd makkelijk geweest maar ik heb genoeg bagage om vooruit te gaan.”* (Respondent subgroep 3).

In deze fase kan er gesteld worden dat men volledig zelfregie voert, zonder enige vorm van ondersteuning, zowel over praktische zaken als ook over kleine, alledaagse dingen. Wel is het belangrijk dat er een netwerk aanwezig waar men op terug kan vallen als het even niet meer lukt, zoals dit voor iedereen belangrijk is.

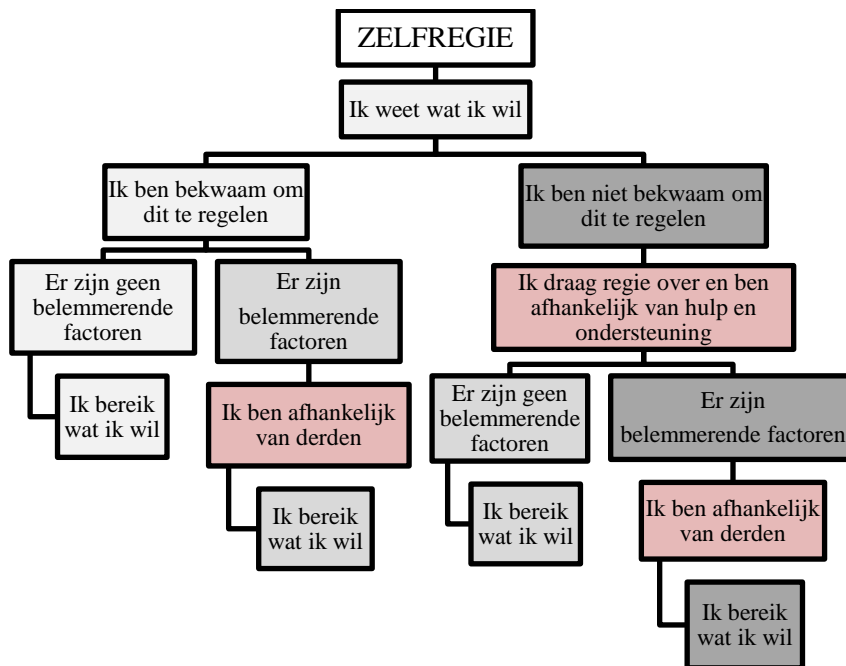
FASE 4: In deze fase is er sprake van volledige zelfregie, zonder enige vorm van ondersteuning. Wel is het belangrijk – zoals dat bij iedereen het geval is – dat er een netwerk aanwezig is waar men op terug kan vallen.

6. Discussie en conclusie

6.1 Discussie

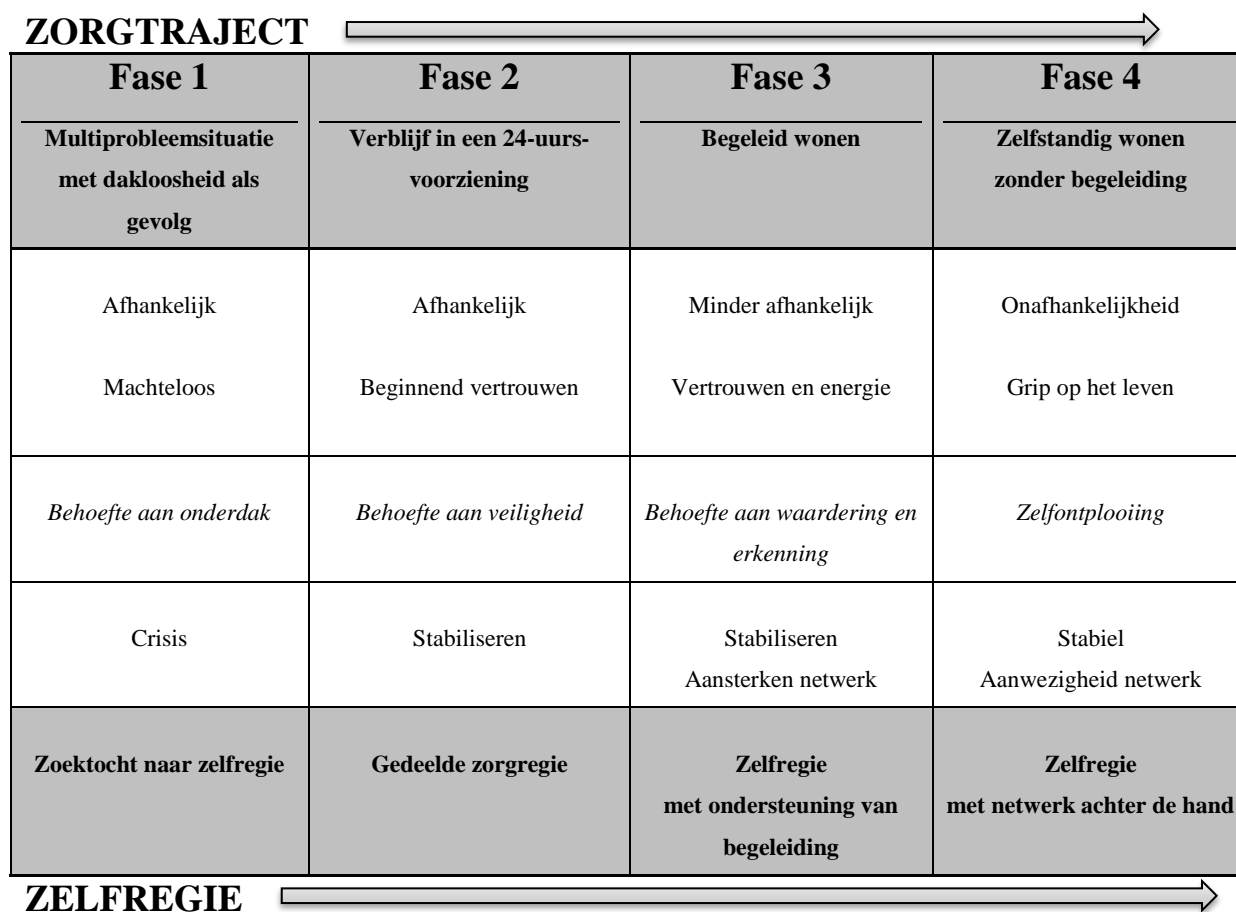
Alle 28 respondenten hebben diepte informatie gegeven over hun kijk op zelfregie. Hierbij vormden de herstelgerichte visie en het empowermentparadigma bruikbare kaders om de ervaringen van respondenten te begrijpen en in de context van een zorgtraject te kunnen plaatsen. Beide concepten gaan namelijk uit van groei en ontwikkeling.

Daar waar zelfregie in de literatuur veelal gedefinieerd wordt als een vaststaand gegeven – je kan het of je kan het niet – valt uit de resultaten op te maken dat zelfregie op verschillende manieren tot uiting komt in de verschillende fases van een zorgtraject. Hiermee is zelfregie voor respondenten iets dat gaandeweg met ondersteuning en hulp van anderen, wordt opgebouwd. In lijn met de theorie van Hauwert et al. (2013) is zelfregie dan ook een element van herstel. Hoe snel iemand de fases van het herstelproces doorloopt, is afhankelijk van verschillende factoren. Deze factoren vallen op te delen in persoonlijke factoren, ook wel bekwaamheden genoemd en belemmerende factoren. De samenhang tussen deze factoren in relatie tot zelfregie ten tijde van een zorgtraject, is weergegeven in figuur 2. De roodgekleurde vakjes laten zien dat je bij zelfregie, gewild of ongewild, op sommige momenten afhankelijk bent van anderen. Dit kan zijn doordat je regie overdraagt aan een ander en daarmee afhankelijk bent van de hulp en ondersteuning die de ander biedt of doordat er belemmerende factoren in maatschappelijke systemen zitten waar je als individu van afhankelijk bent. De meest linkse route laat zien dat wanneer je bekwaam bent en er geen belemmerende factoren zijn, je sneller bereikt wat je wilt en mogelijk ook sneller naar een volgende fase van een zorgtraject kan doorstromen. Daarentegen laat de meest rechtse route zien dat zelfregie, wanneer er onvoldoende bekwaamheden en daarnaast belemmerende factoren zijn, een langer durend proces is:



Figuur 2: Zelfregie in relatie tot bekwaamheden en belemmerende factoren.

Hoewel elk verhaal uniek is, zijn er overeenkomsten gevonden in de betekenis die respondenten geven aan zelfregie in de verschillende fases van het zorgtraject. Deze overeenkomsten zijn weergegeven in figuur 3 en laten tevens zien hoe zelfregie in een zorgtraject tot uiting komt. In deze discussie worden deze overeenkomsten gelinkt aan de bestaande theorieën over zelfregie.



Figuur 3: verbinding tussen zelfregie en begeleid wonen

In figuur 3 is de verbinding tussen zelfregie en begeleid wonen, twee concepten die in onderzoek niet eerder aan elkaar gekoppeld zijn, in kaart gebracht. Zoals uit figuur 3 valt af te lezen, is er in de fase van begeleid wonen sprake van zelfregie met ondersteuning van begeleiding. Respondenten voeren zelfregie en geven de voorkeur aan begeleiding die op afstand meekijkt en richting aangeeft. In tegenstelling tot eerdere fases, zijn respondenten bij begeleid wonen minder afhankelijk van de hulp en ondersteuning van begeleiding. Juist het feit dat men bij begeleid wonen op zichzelf aangewezen is, maakt mensen in deze fase ook kwetsbaar. De keerzijde van begeleid wonen heeft dan ook te maken met eenzaamheid en sociale isolatie, wat tot stilstand of terugval kan leiden. Om dit te voorkomen, dient er voldoende aandacht te zijn voor de sociale woonbehoeften van respondenten. Daar waar er in de theorieën over begeleid wonen wordt gesteld dat gebruikers zelf een keuze hebben in waar ze willen wonen, hoe ze willen wonen en welke ondersteuning ze daarbij krijgen (Carling, 1995; Tabol et al., 2010), krijgen respondenten in de praktijk een woning toegewezen. Zij hebben dus geen of

beperkte regie over hun woonsituatie. Het feit dat men niet zelf kan kiezen waar men komt te wonen, kan tot gevolg hebben dat de woning niet aansluit bij de sociale behoeften die ze hebben. Juist sociale behoeften lijken in de fase van begeleid wonen belangrijk te zijn. De verwachting ligt er, dat wanneer men meer inspraak of keuzemogelijkheden zou krijgen, dit het herstelproces kan versnellen. Waarom? Omdat de woning – in lijn met de theorie van Browne et al. (2012) – dan beter zou aansluiten bij de sociale behoeften van respondenten. Wanneer men bij begeleid wonen bevredigd wordt in de behoefte aan erkenning, waardering en respect – wat respondenten voornamelijk uit contacten met buurtgenoten lijken te halen – ligt er de verwachting dat men eerder ‘klaar’ is voor fase 4: zelfstandig wonen zonder begeleiding. In vergelijking met eerdere fases kan zelfregie – in lijn met de verwachting die er voorafgaand aan dit onderzoek lag – bij begeleid wonen het beste tot uiting komen. Zoals uit bovenstaande valt op te maken is dit niet doordat respondenten keuzes krijgen in waar ze willen wonen en hoe ze willen wonen; deze keuzes krijgen zij in de praktijk niet. Zelfregie komt het beste tot uiting bij begeleid wonen omdat men minder begeleiding krijgt en meer op zichzelf is aangewezen. Respondenten kunnen én moeten daarom zelfregie voeren.

Om een zorgtraject daarnaast te begrijpen, blijkt dat behoeften van dak- en thuislozen ook een rol spelen. Deze behoeften per fase, wederom weergegeven in figuur 3, komen overeen met de behoefte piramide van de Amerikaanse psycholoog Abraham H. Maslow². Maslow stelt dat elk mens streeft naar zelfontplooiing (fase 4). Om deze staat te bereiken moeten volgens hem eerst enkele fundamentele menselijke behoeften bevredigd zijn, zoals primaire biologische behoeften (fase 1), veiligheidsbehoeften (fase 2) en sociale behoeften (fase 3).

Als laatste stellen verschillende auteurs, waaronder Glasser (1999), Narayan et al. (2000) en Bourdieu (1999) dat beleid dat armen betreft, te veel wordt gedomineerd door perspectieven van mensen die niet arm zijn. Zo ook in het geval van dak- en thuislozen. Behoeften van dak- en thuislozen worden ingevuld en keuzes, bijvoorbeeld waar men komt te wonen, worden voor hen gemaakt. Hoewel uit de verhalen van respondenten valt op te maken dat beleidsmakers en zorgaanbieders dit naar tevredenheid inrichten, wordt hun stem amper meegenomen. Wel, zo blijkt uit dit onderzoek, zijn dak- en thuislozen goed in staat hun mening te delen. Zij lijken hierbij – een wat onwennige – behoefte aan inspraak te hebben.

² <http://www.over-maslow.com/>, geraadpleegd op 4 juni 2015

6.2 Conclusie

In dit onderzoek stond het perspectief van dak- en thuislozen centraal. Dit onderzoek heeft dan ook een bijdrage geleverd aan het in kaart brengen van het perspectief van dak- en thuislozen op zelfregie in de context van een zorgtraject en daarmee in relatie tot zorgregie. Hoewel er overeenkomstige thema's zijn gevonden, maakt de kwalitatieve benaderingswijze dat er geen oorzaak-gevolg verbanden aangetoond kunnen worden en resultaten niet te generaliseren zijn. Dit onderzoek laat wel zien welke betekenis dak- en thuislozen geven aan zelfregie en hoe het tot uiting komt in de verschillende fases van een zorgtraject. De betekenis die respondenten geven aan zelfregie loopt hierbij sterk uiteen en is veranderlijk en dynamisch te noemen. Hier is dan ook geen eenduidig antwoord op te geven. Waar de één zelfregie koppelt aan machtsmisbruik van zorginstellingen of hulp en ondersteuning van anderen, betekent zelfregie voor de ander dat hij controle heeft over zijn persoonlijke kwetsbaarheden. Zelfregie lijkt voor alle respondenten wel iets dat gaandeweg - met hulp en ondersteuning van anderen - wordt opgebouwd. Waar men in eerdere fases de regie over het leven kwijt is en op zoek gaat naar wegen om zelfregie terug te krijgen, vaak met hulp en ondersteuning van anderen, ervaart men binnen vormen van begeleid wonen daadwerkelijk hoe het is om (weer) zelfregie te voeren. Bij begeleid wonen lijken dak- en thuislozen zichzelf weer terug te vinden en zijn ze minder afhankelijk van de hulp en steun van professionals.

Daar waar ontwikkelingen in de zorg ervoor zorgen dat zelfregie en begeleid wonen in de gemeenschap steeds belangrijker worden, is de relatie tussen beiden niet eerder in kaart gebracht. Deze ontwikkelingen maken echter wel dat er op een nieuwe manier naar kwetsbare burgers wordt gekeken. Dit onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat dak- en thuislozen binnen vormen van begeleid wonen competent zijn om zelfregie te voeren met ondersteuning van begeleiding. Begeleid wonen zorgt voor een *'sense of belonging'* en een gevoel dat het leven – na vaak moeilijke periodes – weer op poten staat. Stigma's en vooroordelen over dak- en thuislozen worden zo minder.

Vervolgonderzoek kan op verschillende manieren voortborduren op dit onderzoek. Hoewel er overeenkomstige thema's zijn gevonden, blijft het bijvoorbeeld onduidelijk wanneer iemand *'klaar'* is om door te stromen naar een nieuwe fase. Deze transitie momenten lijken echter cruciaal in het proces naar herstel. Mogelijk dat implementatie- en/of evaluatieonderzoek naar Critical Time Intervention (CTI) hierin een uitkomst kan bieden. CTI is een methodiek van casemanagement die is bedoeld om personen met complexe, meervoudige sociaal maatschappelijke en/of psychiatrische problematiek op gestructureerde wijze en op het juiste moment in verbinding te brengen met passende ondersteuning³. Deze methodiek is sterk gericht op de transitie momenten en op het versterken van het formele en informele netwerk van mensen en kan dan ook gezien worden als een aanbeveling voor de praktijk. Kwantitatief vervolgonderzoek zou zich ook kunnen richten op zowel persoonlijke als omgevingsfactoren die een significante rol spelen bij de doorstroom van dak- en thuislozen naar een

³ www.criticaltime.nl, geraadpleegd op 28 juni 2015

nieuwe fase in het zorgtraject. Dit zou in verband kunnen worden gebracht met de theorie van Sen (1990) over functies en mogelijkheden. Deze theorie is namelijk sterk gericht op de vrijheden die mensen hebben om te kiezen tussen verschillende levensstandaarden. Volgens Sen staat keuzevrijheid ten grondslag aan de mogelijkheid van individuen om te bereiken wat zij voor ogen hebben (Sen, 1990). Deze theorie zou dan ook in verband kunnen worden gebracht met de sociologische invalshoek van zelfregie en voor een dieperliggend, sociologisch begrip kunnen zorgen. Ten derde komt in dit onderzoek naar voren dat het informele netwerk bij begeleid wonen belangrijk is om in fase 4 zelfregie te voeren. Daarnaast hebben dak- en thuislozen bij begeleid wonen behoefte aan waardering en erkenning in contact met de buurt en buurtgenoten. Praktijkgericht onderzoek naar manieren waarop het informele netwerk in de naaste omgeving van dak- en thuislozen kan worden uitgebreid – op manieren dat dak- en thuislozen zich erkend en gewaardeerd voelen in plaats van gestigmatiseerd - zou voor concrete handvaten en richtlijnen voor professionals in zorg en welzijn kunnen zorgen. Als laatste zou onderzocht kunnen worden of de ontwikkelingen in de zorg, met zelfregie als onderdeel van empowerment, er toe bijdragen dat dak- en thuislozen ook daadwerkelijk meer ‘voice’ en ‘power’ gaan ervaren. Wordt regie steeds meer iets van (kwetsbare) mensen zelf – ook in beleid - of blijft dit een speeltje van machtige partijen en is het slechts een hippe beleidsterm?

Literatuurlijst

- Boehm, A., & Staples, H. L. (2004). Empowerment: the point of view of consumers. *Families in society*, 85, 270-280.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in kwalitatieve research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Bonoli, G. (2007). Time Matters. Postindustrialization, New Social Risks and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies. *Comparative Political Studies*, 40, 495-520.
- Bourdieu, P. (1999). *The weight of the world*. Cambridge: Polity Press.
- Boyce, F.W. (2001). Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. *Social Science & Medicine*, 52, 1551-1564.
- Browne, G., Hemsley, M., & John, St. W. (2008). Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 402-409.
- Brink, C., Lucassen, A., Middelaar, M., Poll, A. (2013). *Methoden en instrumenten zelfregie: Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties*. Utrecht: Movisie.
- Carling, P.J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: Guildford Press.
- CBS (2013). *27 duizend daklozen*. Verkregen via: www.cbs.nl
- Chesters, J., Fletcher, M. & Jones, R. (2005). Mental illness recovery and place. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 1-9.
- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- Culhane, P.D., Metraux, S., & Hadley, T. (2002). Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing. *Housing Policy Debate*, 13, 106-163.
- De Bruin, D.C., Meijerman, H., Verbraeck, R., Braam, F., Leenders, G. & Van de Wijngaart. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw. Een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: An international overview. *Social Psychiatry*, 15, 187-192.
- Glasser, N. (1999). Giving voice to homeless people in policy, practice, and research. In L. B. Fosburg & D. L. Dennis (Red.). *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*. Rockville: U.S. Department of Housing and Urban Development and the U.S. Department of Health and Human Services.
- Hauwert, S., Metze, R., & Sedney, P. (2013). Zelfregie van mensen in kwetsbare posities. In R. Kwekkeboom & P. van Heijst (red.). *Tinteling. De driehoek onderzoek-onderwijs-*

- praktijk in evenwicht*. Digitale uitgave van het landelijk Lectorenplatform Zorg en Welzijn.
- Huber, A.M., Joanknecht, L., & Metze, R. (2013). Netwerk- en regieversterking in de maatschappelijke opvang. *Journal of Social Interventions: Theory and Practice*, 22, 39-55.
- Huisman, D., Deeg, J.H. & Claassens, C. (2014). *Ervaren regie bij Nederlandse ouderen en de samenhang ervan met zorggebruik, demografische factoren en persoonlijkheid*. Amsterdam: longitudinal aging study.
- Kooiker, S. & Hoeimans, N. (2014). *Burgers en gezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu.
- Meehan, T., King, R., Beavis, P. & Robinson, J. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 117-182.
- Mullins, J.L., Plooij, F., & De Swart, F. (2007). *Management van gedrag*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.
- Narayan, D., Chambers, R., Shah, K. M., & Petesch, P. (2000). *Voices of the poor. Crying Out for Change*. Oxford: University Press.
- Narayan, D., Patel, R., Schafft, K., Rademacher, A. & Koch-Schulte, S. (1999). *Can Anyone Hear Us? Voices From 47 Countries*. Verkregen via: <http://siteresources.worldbank.org/>
- Parkinson, D.S., & Nelson, G. (2003). Consumer/Survivor Stories of Empowerment and Recovery in the Context of Supported Housing. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 103-118.
- Planije, M., Hulsbosch, L., & Tuynman, M. (2013). *Monitor Stedelijk Kompas 2013*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001). *Kwetsbaar in kwadraat; Krachtige steun aan kwetsbare mensen (RMO advies 16)*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Rijksoverheid (2015). *Veranderingen zorg en ondersteuning 2015*. Verkregen via: www.rijksoverheid.nl
- Rijksoverheid (2015a). *Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) 2015*. Verkregen via: www.rijksoverheid.nl
- Rijksoverheid (2015b). *Regelhulp, wegwijzer naar zorg en ondersteuning*. Verkregen via: www.regelhulp.nl
- Rog, D.J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 334-344.
- Schmeets, H., Reep, C., en Snijkers, G. (2003). Afbakenen van moeilijk waarneembare bevolkingsgroepen. *Bevolkingstrends*, 51, 62-68.
- Schuyt, C.J.M. (1995). *Kwetsbare jongeren en hun toekomst; een beleidsadvies gebaseerd op een literatuurverklaring*. Rijswijk: Ministerie van VWS.

- Sen, A. (1990). Justice: means versus freedoms. *Philosophy and public affairs*, 19, 111-121.
- Snel, E. en G. Engbersen. (1999). Openheid en geslotenheid van de Nederlandse verzorgingsstaat. Over oude en nieuwe vormen van sociale ongelijkheid. In: W. Trommel en R. van der Veen (red.). *De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 261-290.
- Tabol, C., Drebing, C., & Rosenheck, R. (2010). Studies of “supported” and “supportive” housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning*, 33, 446-456.
- Trommel, W. & Van der Veen, R. (1999). *De herverdeelde samenleving. De ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Tuynman, M., & Huber, M.A. (2014). *Maatschappelijke opvang in zelfbeheer*. Effectieve sociale interventies. Utrecht: Trimbos-instituut en Amsterdam: HvA.
- Wolf, J. (2015). *Niemand tussen wal en schip. Referentiekader in een notendop: maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties*. Nijmegen: academische werkplaats OGGZ.
- Van Bergen, A., Smit, R., Reinking, D., Muis, L., Leer, van der M., Kolen, M., et al. (2010). *Zorg voor sociaal kwetsbaren*. Themarapport Volksgezondheidsmonitor Utrecht. Utrecht: GG&GD Utrecht.
- Van Doorn, L. (2005). *Leven op straat*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Regelmortel, T. (2009). Empowerment as a challenging framework for social inclusion and modern care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18, 22-42.
- Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J., & Mheen, Van der D. (2012). *Profiel van daklozen in vier grote steden*. Verkregen via: www.rijksoverheid.nl
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2013). *Vernieuwen en vertrouwen*. Verkregen via: www.vng.nl

Bijlage 1: codeboom

- Persoonlijke informatie
- Toegang tot zorg
 - Ervaringen
 - Kijk op zorg
- Zelfregie
 - Algemene regie
 - Zorgregie
 - Betekenis
 - Psychologische dimensie
 - Sociologische dimensie
 - Hulp of steun van anderen
 - In eigen hand houden
 - Overdragen of overnemen
 - Voorbeelden
- Begeleiding
 - Ervaringen
 - Voorkeuren
 - Frequentie
 - Inhoud
 - Regie
- Woonbehoeften
 - Sociale woonbehoeften
 - Zelfstandigheid
 - Veiligheid
 - Wonen met anderen
 - Contact met buren
 - Omgeving en buurt
 - Praktische woonbehoeften
 - Kosten
 - Grootte
 - Bereikbaarheid
 - Tenaamstelling
 - Woning van binnen
 - Tuin
- Woonervaringen

- Dakloos
 - 24-uurs-opvang
 - Begeleid wonen
- Perspectief
 - Keuzemogelijkheden en inspraak