

UNHEARD VOICES

Navigeren door de levensloop van dak- en thuisloze mensen in een gefragmenteerd zorglandschap

Auteur

Robert Dasović



Onder begeleiding van:

Joanneke Drogts (*eerste begeleider*)

Joyce Browne (*tweede begeleider*)

Datum: 25-06-2024

Aantal woorden: 13.593

Medical Humanities

Fotograaf: Bram Wildschut

Foto: Jason



Universiteit
Utrecht



UMC Utrecht

Samenvatting

"Unheard Voices" navigeert door de complexe gezondheidslevensloop van dak- en thuisloze mensen in Rotterdam vanuit een interdisciplinaire benadering die medische, psychologische en sociologische perspectieven integreert. Dit scriptie-onderzoek introduceert de innovatieve methoden van Life History Interviewing (LHI) en Life Mapping, die diepgaande persoonlijke verhalen visueel in kaart brengen. Deze methoden onthullen de dynamische interacties tussen gezondheid, sociale relaties en maatschappelijke participatie.

Door semigestructureerde interviews worden levenslopen niet alleen verteld, maar ook visueel uitgebeeld, wat dieper inzicht biedt in de structurele barrières en persoonlijke ervaringen die het welzijn van dak- en thuislozen beïnvloeden. Dit proces faciliteert een rijke, genuanceerde dataverzameling en maakt diepgaande reflectie mogelijk over de zorgtrajecten van dak- en thuisloosheid.

De resultaten wijzen op een diepgaande wisselwerking tussen negatieve jeugdervaringen, gezondheidsproblemen en het zorgsysteem, resulterend in een vicieuze cirkel van gezondheids- en sociale problematiek. Het onderzoek bouwt voort op de ontwikkeling van een geïntegreerde zorgbenadering waarin de unieke behoeften en levensgeschiedenis van dak- en thuisloze individuen erkent en respecteert.

De conclusie van het onderzoek illustreert de meerwaarde van deze methoden voor het ontwikkelen van empathische, trauma-geïnformeerde zorginterventies die rekening houden met complexe levenslopen. Deze benadering bevraagt tevens machtonevenwichtigheden en biomedische zorgmodellen die vaak de autonomie van dak- en thuisloze mensen ondermijnen.

Dit onderzoek concludeert dat een holistische, interdisciplinaire benadering cruciaal is voor het verbeteren van de levenskwaliteit en gezondheidsuitkomsten voor deze kwetsbare groep, en geeft handvatten voor een interdisciplinaire samenwerking tussen ervaringsdeskundige, medische zorgprofessionals, maatschappelijke hulpverleners en beleidsmakers om de complexe realiteit van dak- en thuisloosheid effectief aan te pakken.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
INTRODUCTIE	4
Definities, schattingen en tellingen	7
Epistemisch onrecht	13
Het belang van diepgaand/holistisch kwalitatief onderzoek naar de ervaring van dak- en thuisloze mensen	15
METHODEN	16
Steekproef en Werving	18
Dataverzameling	18
Data-analyse	19
Data statement	19
Weergave resultaten	20
Ethische overwegingen	20
RESULTATEN Levensverhalen Ontvouwd - Inzichten uit Life History Interviewing en Life Mapping met dertien dak- en thuisloze respondenten	21
Achtergrond respondenten	21
Thema 1: Levensloopbenadering visueel weergegeven	23
Thema 2: <i>Negatieve Jeugdervaringen en hun lange schaduw</i>	25
Thema 3: Leven in dakloosheid: Autonomie en Instellingen	29
DISCUSSIE	32
Stigma	32
Beperkingen van de Methode	36
Ethische overwegingen bij Life History Interviewing	36
Conclusie	38
Appendix	39
BIBLIOGRAFIE	41

“Op mijn vijfde werd ik uit huis geplaatst. Sindsdien ging ik van pleeggezin naar pleeggezin. Ik leefde als een robot zonder emoties of enig gevoel van eigenwaarde,” vertelt Vaishnawi, een jonge vrouw wiens leven getekend is door instabiliteit en ontbering (Kansfonds, 2023). Haar verhaal van veertien verschillende woonplekken sinds haar kindertijd, opgegroeid uit haar kwetsbare situatie, hoe dak- en thuisloosheid iedereen kan overkomen. Haar situatie verslechterde toen ze op haar achttiende, na het stopzetten van jeugdzorg, geen betaalbare woonplek kon vinden en dakloos werd: “Ik had geen perspectief en raakte verslaafd aan lachgas. Bij elk ballonnetje hoopte ik dat het mijn laatste zou zijn. Na drie maanden dacht ik: dit kan zo niet meer.” En vroeg om hulp bij Straat Consulaat¹. Met hun hulp kicke Vaishnawi af en zette ze zich vier dagen per week in voor dak- en thuislozen. “Sinds kort ben ik daar in dienst én heb ik een huis. Helemaal voor mezelf. Ik voel me eindelijk waardig.” (Ibid., 2023)

INTRODUCTIE

Dak- en thuisloosheid wordt steeds zichtbaarder binnen de samenleving. Door de recentelijke ontwikkeling naar het tellen van het aantal dak- en thuisloze mensen, middels de European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS), zijn we beter gaan zien wie dak- en thuisloos zijn (Wewerinke et al., 2023). Hierbij wordt in beleidsrapporten vaker gesproken over het toepassen van het Housing First (HF) model (Ministerie van Algemene Zaken, 2023), dat uitgaat van het verstrekken van permanente huisvesting met ondersteunende diensten als primaire interventie. Dit model, dat uitgaat van het verstrekken van permanente huisvesting met ondersteunende diensten als primaire interventie, biedt niet alleen een stabiele woonomgeving maar draagt ook bij aan het beter in kaart brengen en ondersteunen van een kwetsbaar deel van de bevolking.

Het Housing First Europe-project toonde bijvoorbeeld aan dat deelnemers een woningbehoudpercentage van 97,2% bereikten en bij 70% een significante vermindering van middelengebruik zagen. Daarnaast toonde het verbeteringen in de geestelijke gezondheid en een hoge mate van tevredenheid onder de deelnemers aan deze studie. Deze benadering gaat gepaard met actieve ondersteuning in het dagelijks leven van de daklozen, zoals hulp bij het organiseren van documenten en het verkrijgen van uitkeringen en een postadres (Maas et al., 2012; Busch-Geertsema, 2014).

Naast het feit dat goed beleid kan helpen in het verbeteren van de levenskwaliteit van dak- en thuislozen, kan het helpen om kosten te besparen. Investeren in daklozenbeleid levert ten minste twee euro aan besparingen op voor elke geïnvesteerde euro. Ook blijkt dat de

¹ Vaishnawi Paltantewari vond steun bij het Straat Consulaat in een bijzonder moeilijke periode van haar leven, waarin zij te maken had met dakloosheid en verslaving. Het Straat Consulaat kon haar helpen vanwege hun toegewijde benadering van de volgende kernpunten: preventie, wonen, betekenisvolle participatie, belangenbehartiging en *empowerment*. Straat Consulaat: <https://www.straatconsulaat.nl/>.

decentralisatie van langdurige gezondheidszorg verder kan bijdragen aan het optimaliseren van daklozenbeleid. Door de zorg dichterbij de burgers te brengen, kunnen gemeenten sneller en gericht inspelen op de behoeften van kwetsbare groepen, zoals daklozen (van Leerdam, 2013). De vraag rijst hoe de ervaringskennis van dak- en thuislozen het beste kan worden ingezet in onderzoek om zowel dak- en thuisloze mensen, hun betrokken actoren, zoals zorgverleners, als het daklozenbeleid te ondersteunen bij het ontwikkelen van zorginterventies voor een gemarginaliseerde groep. Verheul et al. (2020) pleiten voor een proactieve zorg die fysieke, mentale en sociale problemen gezamenlijk aanpakt, vanwege de complexe interacties tussen deze domeinen (Verheul et al., 2020). Verra et al. (2024) ondersteunen dit en wijzen op de noodzaak om sociaaleconomische onzekerheden zoals huisvesting, financiën en werk tegelijkertijd aan te pakken om schadelijke coping-mechanismen te voorkomen (Verra et al., 2024). Stockers et al. (2014) toonde kwantitatief aan dat sociale beleidsmaatregelen een positieve invloed hebben op de gezondheid van daklozen (Stocker et al., 2014), terwijl Boesveldt en Loomans (2024) wijzen op de noodzaak om de rol van verschillende actoren in de zorgverlening te erkennen en te integreren (Boesveldt & Loomans, 2024). Een geïntegreerde zorgaanpak dient zowel medische als sociaaleconomische factoren te omvatten en zou gebaseerd moeten zijn op interdisciplinaire onderzoeksmethoden om een effectieve verbinding tussen diverse onderzoeksdomeinen te realiseren.

Dit scriptieonderzoek richt zich daarom op de successen en tegenslagen in de levensloop van dak- en thuisloze mensen. Het doel is om de dynamische interacties tussen levensdomeinen te identificeren, en te verbinden aan de uitdagingen en mogelijkheden voor verbetering in de zorgbenadering van dak- en thuisloze individuen. Daarvoor presenteert dit scriptie-onderzoek een innovatieve kwalitatieve onderzoeksmethodologie: een semigestructureerde levensloopbenadering, specifiek afgestemd op de leefomgeving van dak- en thuisloze mensen in Rotterdam. Deze benadering, een interviewmethode, genaamd *Life History Interviewing* (LHI) en *Life Mapping*, maakt gebruik van levenskaarten, waarbij bijvoorbeeld negatieve jeugdervaringen en actoren van zorg voor dak- en thuislozen visueel worden weergegeven. Dit kan diepe inzichten opleveren over de structurele barrières en dynamische interacties die de levensdomeinen van dak- en thuislozen in Nederland beïnvloeden. Daarmee draagt deze Masterscriptie Medical Humanities bij aan de ontwikkeling van interdisciplinaire, sociaal geïntegreerde en persoonlijke zorginterventies voor deze groep.

De hoofdvraag van dit scriptie-onderzoek luidt:

Hoe kunnen inzichten in de (visuele) levensloop van dak- en thuisloze mensen bijdragen aan een geïntegreerde zorgaanpak voor dak- en thuisloze mensen?

Om deze vraag te beantwoorden zal ik eerst ingaan op de achtergrond van dit onderzoek, waarbij allereerst definities, schattingen en tellingen worden besproken om de variëteit en complexiteit van dak- en thuisloosheid te verduidelijken. Vervolgens wordt een ziekmakende tijdslijn naar dakloosheid gepresenteerd, waarbij de nadruk ligt op hoe negatieve jeugdervaringen bijdragen aan verhoogde gezondheidsrisico's en sterftekans onder daklozen. Het derde deel van de achtergrond belicht de uitdagingen van 'multi-problematiek' en de variabiliteit van zorgrichtlijnen, pleitend voor een geïntegreerde zorgbenadering die fysieke, mentale en sociale problemen gezamenlijk aanpakt. Ten slotte, komt dit scriptie-onderzoek aan bij het belang van LHI en Life Mapping, om de levensverhalen van dak- en thuisloze mensen in kaart te brengen. De bevindingen van de LHI-resultaten bieden diepere inzichten in de ervaringen en behoeften, wat cruciaal is voor aanbevelingen richting een geïntegreerde zorgbenadering. De bevindingen benadrukken de noodzaak voor een inclusieve en mensgerichte benadering in de zorg, waarbij de levensloopkennis van dak- en thuisloze mensen centraal staan.

Definities, schattingen en tellingen

Veerle

'Het is belangrijk dat mensen weten dat je niet dak- of thuisloos bent door je eigen toedoen, maar omdat er te weinig aanbod is.' Bovendien ziet Veerle wat de woningnood met jongeren doet. 'De mentale impact is groot. Als jongeren heel lang niets hebben kunnen vinden, of een beetje dakloos zijn geweest en daarna eindelijk iets hebben gevonden, dan is er eerst nog een lange recoverytijd. Ze moeten eraan wennen en er oké mee zijn dat ze ergens wonen.' (Wewerinke et al., 2023)

In het licht van de complexiteit en diversiteit van dakloosheid is het cruciaal om duidelijke en gedetailleerde definities te hanteren, zodat beleidsmaatregelen en interventies nauwkeurig kunnen worden afgestemd op de behoeften van de betrokkenen. In Nederland, waar de grondwet het recht op huisvesting waarborgt (CVRM, 2023), is het aantal daklozen volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) sinds 2009 gestegen, met een stabilisatie van deze cijfers rond 2022² (CBS, 2023). Deze traditionele schattingen worden echter steeds meer gezien als beperkt in hun vermogen om de werkelijke omvang van *dak- en thuisloosheid* vast te stellen. Het CBS heeft daarom recentelijk de European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) voor dak- en thuisloosheid aangenomen, die ontwikkeld is door de Europese Federatie van Nationale Organisaties die met Daklozen werken (FEANTSA). Dit raamwerk, uitgebreider dan vorige definities, classificeert dak- en thuisloosheid in vier hoofdcategorieën: dakloos, onvoldoende huisvesting, onzeker gehuisvest, en inadequate huisvesting (Tabel 1).

Dakloos: Dit omvat personen die op straat leven zonder enige vorm van conventionele of onmiddellijke huisvesting. Het omvat ook degenen die in nachtopvang verblijven of andere tijdelijke, niet voor langdurig verblijf bestemde accommodaties.

Thuisloos

Onvoldoende huisvesting: Hieronder vallen mensen die in instituten (zoals ziekenhuizen, psychiatrische klinieken, verslavingscentra of gevangenissen) verblijven zonder zekerheid van huisvesting bij ontslag, alsook degenen die in opvangcentra voor langere tijd verblijven.

Onzeker gehuisvest: Dit omvat personen die op korte termijn in pensions, hotels of bij vrienden en familie verblijven zonder zekerheid van continuïteit, of die onder bedreiging van uitzetting staan.

Inadequate huisvesting: Deze categorie bestrijkt personen die leven in zeer slechte en onveilige omstandigheden, zoals in ernstig overbevolkte woningen of in gebouwen die als onbewoonbaar worden beschouwd (FEANTSA, 2018).

Tabel 1: ETHOS-Definities dak- en thuisloosheid (FEANTSA, 2018).

² In 2009, schat het CBS, volgens haar oude definitie, bijna 18.000 daklozen. In 2022, schatte het CBS bijna 26.000 daklozen. Een consistente daling van de twee jaar daarvoor.

Recente uitvoeringen van tellingen hebben aangetoond dat de groep dak- en thuisloze mensen zeer divers is en dat traditionele methoden tekortschieten in het correct identificeren en categoriseren van de verschillende situaties van dak- en thuisloosheid. Bijvoorbeeld, de resultaten van de ETHOS-Light telling in Noordoost-Brabant tonen aan dat bijna een derde van de getelde volwassenen vrouw is, en een significant deel van de dak- en thuisloze populatie jongeren betreft, wat wijst op een aanzienlijk hogere diversiteit dan eerder gedacht. Deze telling bevestigt ook dat veel dak- en thuislozen verblijven in minder zichtbare situaties zoals bij vrienden of familie (Wewerinke et al., 2023). Dit maakt de noodzaak van een brede en gedetailleerde benadering in het beleid, om zodoende deze verborgen groepen effectief te ondersteunen en te waarborgen dat de beleidsmaatregelen correct afgestemd zijn op de werkelijke behoeften van alle dak- en thuisloze mensen.

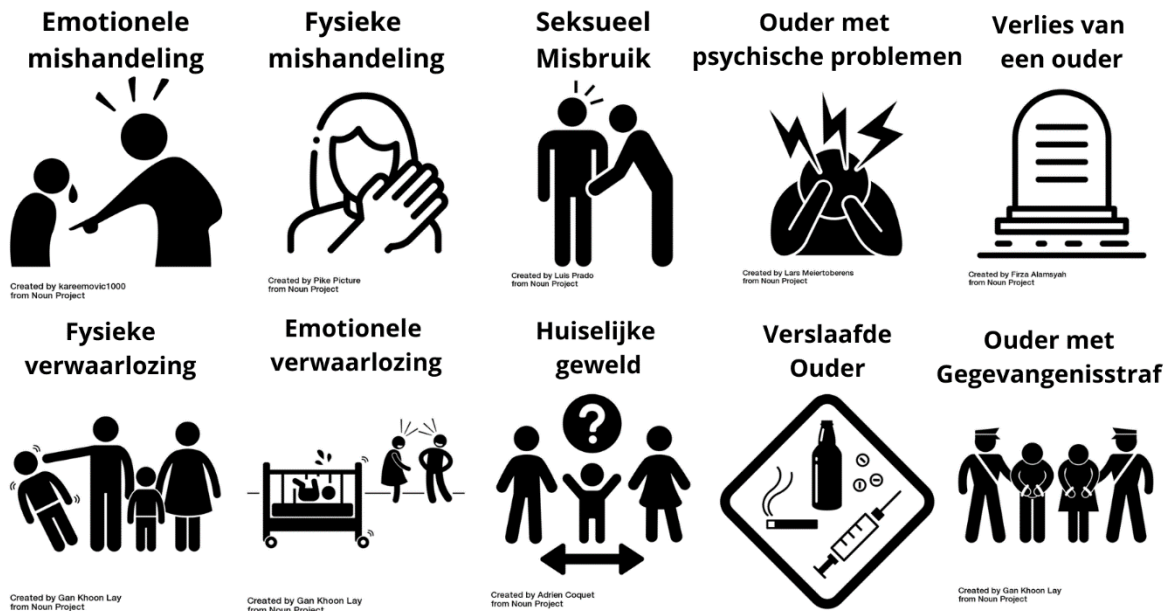
De ziekmakende-tijdslijn van dakloosheid

Amstel Televisie 5 (AT5)

“Bram Jacobs leeft op straat. Na omzwervingen door het hele land komt Jacobs afgelopen november naar Amsterdam. De Limburger is door oplichting dakloos geworden. En zonder vast verblijfsadres heeft hij ook geen verzekering meer. ‘Die kan ik ook niet betalen van de 66 euro; de verzekering kost 135 euro’, vertelt Jacobs. Met zijn hond Jutta, die hij uit het asiel heeft gehaald, loopt hij rond op straat en slaapt hij in de struiken, zelfs als het vriest. Twee jaar geleden raakte Jacobs gewond aan zijn been. Omdat het in het najaar buiten koud en nat is geweest, is die wond gaan ontsteken. Eerder werd hij daaraan al geopereerd, maar daarbij ging iets mis en nu heeft hij opnieuw een operatie nodig. Een chirurg waarschuwde Jacobs zelfs dat de situatie levensbedreigend werd, als hij hem niet snel zou opereren. Maar juist dat proces verliep stroef en duurde erg lang.” (AT5, 2024)

Een onderdeel van het probleem ligt bij het feit dat de ziekmakende levensloop van dakloze mensen, als secundair kan worden gezien en zelden begrijpelijk in kaart wordt gebracht. De volgende analyse biedt een essentiële basis voor dit scriptie-onderzoek, waarin het begrip van de dynamische interacties tussen levenservaringen en gezondheid van dak- en thuislozen in een tijdslijn worden gezet.

Nusselder et al. (2013) toonde aan dat daklozen in Rotterdam aanzienlijk hogere gezondheidsrisico's hebben, met een verhoogde kans op vroegtijdig overlijden (Nusselder et al., 2013). Uit onderzoek in Rotterdam blijkt dat dakloze mensen 3,5 keer vaker vroegtijdig overlijden dan de algemene bevolking. Hun levensverwachting vanaf dertig jaar is fors lager: mannen leven gemiddeld 11 jaar korter en vrouwen zelfs 16 jaar korter (Ibid., 2013).



Figuur 1: Levenskaarten van tien negatieve jeugdervaringen (Adverse Childhood Experiences, ACE)

Deze weg naar veelal voorkombare (vroegtijdige) doodsoorzaken en dakloosheid begint vaak in de jeugd. Een meta-analyse naar de voorspellers van dakloosheid wijst op sociaaleconomische factoren en negatieve jeugdervaringen, zoals fysieke en emotionele mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing, blootstelling aan huiselijk geweld, verlies van een ouder en leven met gezinsleden die worstelen met verslavingen, psychische problemen of gevangenisstraf (Figuur 1). Specifieke risicofactoren die de kans op dakloosheid aanzienlijk verhogen, zijn onder andere fysieke mishandeling, ervaringen met pleegzorg, eerdere gevangenisstraf en suïcidepogingen. Vrouwen en mensen met een partner hebben een grotere kans om dakloosheid te ontlopen, terwijl relatieproblemen, psychotische stoornissen en drugsproblemen deze kans verkleinen (Nilsson et al., 2019). De negatieve ervaringen in de jeugd kunnen daarmee de basis voor de gezondheidsuitdagingen zijn die daklozen later in hun leven tegenkomen.

De eerste Amerikaanse Adverse Childhood Experience (ACE) studie van 9.508 volwassenen in 1998 toonde een sterke relatie aan tussen negatieve jeugdervaringen en gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Personen met vier of meer van deze negatieve ervaringen hebben een aanzienlijk hogere kans op problemen zoals alcoholisme, drugsgebruik, depressie, zelfmoordpogingen, hartziekten, kanker en chronische longziekten (Felitti et al., 1998).



Figuur 2: Illustratie van de ziekmakende tijdslijn naar dakloosheid.

Deze vroege gezondheidssituatie in Nederland weerspiegelt deze bevindingen, naar schatting hebben 25 tot 30 procent van de dakloze mensen een lichte verstandelijke beperking (Slockers, van Laere & van den Muijsenbergh, 2017), een percentage dat ook geldt voor jongere daklozen (Movisie & SZN, 2017; Smulders et al., 2018). Van deze dakloze jongeren, ook wel zwerfjongeren genoemd, een bredere term voor dak- en thuisloze jongeren, heeft 60 procent jeugdzorg ontvangen. Een kwart tot een derde is onder toezicht gesteld, bijna de helft heeft contact gehad met justitie, en veertig procent kampt met ernstige of langdurige psychische problemen (Movisie & SZN, 2017) (Figuur 2). Deze complexe achtergronden maken effectieve continue zorg des te crucialer.

Vanaf volwassen leeftijd worden de gezondheidsproblemen steeds complexer. Dakloze mensen hebben vaker meer dan één chronische aandoening (multimorbiditeit), psychische aandoeningen, verslavingen en een verhoogd risico op infectieziekten (Slockers, van Laere & van den Muijsenbergh, 2017). Dit maakt dat het belangrijk is om daklozen continue op te volgen om onnodige spoedsituaties te voorkomen (Ibid., 2017). Veelvoorkomende gezondheidsproblemen van daklozen volwassenen zijn huidaandoeningen, luchtweginfecties, nek-, rug- en gewrichtspijn, gebitsproblemen en voet- en loopproblemen (Ibid., 2017).

De oorzaken van vroegtijdige sterfte onder daklozen relateert aan de eerdere bevindingen van Felitti et al.. De belangrijkste doodsoorzaken in Rotterdam waren onnatuurlijke dood (26%), hart- en vaatziekten (22%) en kanker (17%). Daklozen hadden een aanzienlijk hoger risico op overlijden vergeleken met de algemene bevolking, vooral door onnatuurlijke dood, infectieziekten en psychiatrische stoornissen (Figuur 2). Ongeveer 50% van de onnatuurlijke doden werd veroorzaakt door zelfmoord en moord. Deze cijfers tonen aan hoe dringend er preventieve maatregelen en voortdurende interventies nodig zijn om het welzijn van daklozen te verbeteren.

Daarom bevelen Public Health-onderzoekers op het gebied van dak- en thuisloosheid aan om een (landelijk) integraal zorgbeleid te ontwikkelen dat zowel fysieke, mentale als sociale gezondheidszorg omvat (Verheul et al., 2020; Slockers et al., 2018; van Laere et al. 2017). Door een holistische benadering te hanteren en vroegtijdig in te grijpen, kan de vicieuze cirkel van slechte gezondheid en dakloosheid doorbroken worden. Dit is essentieel om de levensverwachting en de kwaliteit van leven van dak- en thuislozen te verbeteren.

Een integraal zorgbeleid op komst

Vervolg persbericht AT5

“AT5 benaderde verschillende zorgkoepels, verenigingen, federaties en de gemeente Amsterdam om dit vraagstuk voor te leggen. Veel organisaties geven aan dat er sprake is van ‘multiproblematiek’; naast de zorgvraag kampen dak- en thuislozen en onverzekerden met meer uitdagingen. De meeste instellingen herkennen zich in de complexiteit van het vraagstuk en geven aan dat er niet één oplossing bestaat. ‘Leer de medisch specialisten, leer de artsen in opleiding hoe ze hiermee om moeten gaan en dat deze doelgroep er ook is’, aldus Steffie Janssen (Kruispost – Huisartsenpost voor onverzekerden in Amsterdam). De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSEH) reageert: ‘In principe werkt het zorgsysteem, maar zorgverleners denken onvoldoende na over het feit dat hun patiënt dakloos is. Het is onwil en dat klinkt wat naar. Vaak wordt de onverzekerde status als smoes gebruikt om de patiënt niet te helpen.’ [...] Uit de reacties blijkt dat richtlijnen uiteenlopen en dat organisaties geen of heel verschillende protocollen volgen, wanneer die te maken krijgen met zorg voor dak- en thuislozen of ongedocumenteerden. Steffie Jansen van de Kruispost: ‘Er moet iemand tussen komen die zegt: ik ken de regels, zij hebben recht op zorg en dit gaan we regelen. Zeker in de grote steden, waar veel onverzekerden en daklozen zijn.’” (AT5, 2024)

Uit een interviewstudie met 157 daklozen bleek dat een factor die goede zorg voor dak- en thuislozen in de weg staat gezondheidsproblemen zijn die niet spontaan gemeld worden. Bijdragend zijn daaraan de sociale problemen, zoals financiële stress en eenzaamheid, die hun gezondheid negatief beïnvloeden (Verheul et al., 2020). Onvervulde zorgbehoeften zijn vaak gerelateerd aan fysieke klachten. Daklozen ondervinden hierin veel obstakels bij het verkrijgen van zorg, zoals een gebrek aan geld, zorgverzekering en bureaucratische barrières

(Ibid., 2020). Verheul et al. (2020) benadrukken daarom de noodzaak van proactieve, geïntegreerde zorg die zowel fysieke, mentale als sociale problemen aanpakt, met een nauwere samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociale diensten. Verra et al. (2024) onderschrijven hierbij dat sociaaleconomische onzekerheden zoals problemen met huisvesting, financiën en werk elkaar beïnvloeden en gezamenlijk een negatieve impact hebben op de gezondheid (Verra et al., 2024). Deze onzekerheden verstoren de gezondheidsroutines van mensen, waardoor er zorg nodig is die zowel de directe gezondheidsbehoeften als de onderliggende sociaaleconomische factoren aanpakt. Wanneer dit niet gebeurt dan grijpen dak- en thuislozen mensen vanzelf naar schadelijke coping-mechanismen om hun stress te verminderen, wat aangeeft dat geïntegreerde zorg zowel deze gewoonten als de onderliggende stressfactoren moet aanpakken (Ibid., 2024). Verra et al. (2024) benoemen daarnaast dat deelnemers de behoefte hebben om met iemand te praten, wat het belang van toegankelijke, professionele ondersteuning benadrukt die hen helpt controle over hun leven te herwinnen. Traditionele gezondheidsinterventies missen dus de bredere sociaaleconomische context, terwijl een geïntegreerde aanpak deze factoren zou kunnen meenemen, met als gevolg een effectievere verbetering van de algehele gezondheid en welzijn. Slockers et al. (2014) bewezen dit in hun kwantitatieve analyse. Na de implementatie van sociale beleidsmaatregelen in 2006 werd de sterfte door suïcidaliteit en intoxicatie voor de onderzochte dakloze populatie significant verminderd, wat wijst op een positieve invloed van deze maatregelen op de gezondheid van daklozen (Slockers et al., 2014).

Hiernaast is het belangrijk te benoemen dat Boesveldt en Loomans (2024) onderscheiden dat er in het daklozenzorgcircuit verschillende methoden van interventie bestaan, waarbij straf en ondersteuning vaak door elkaar lopen en moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn, omdat zorg en controle vaak hand in hand gaan. Er is een breed scala aan sociale controlemaatregelen die uiteenlopen van dwang tot acceptatie, zoals politieagenten die sociale werkbenaderingen gebruiken om mensen te bewegen tot behandeling of opvang, of het betuttelende karakter van bepaalde sociale diensten en het gebruik van surveillance om straathulp programma's te ondersteunen (Boesveldt & Loomans, 2024). De veelheid aan betrokken actoren en instellingen van dakloosheid dient daarom erkend te worden. Naast politie en rechtshandhaving zijn er talrijke zorgverleners, vrijwilligers en lokale bestuursactoren actief. Het is daarom cruciaal om al deze factoren samen te nemen in de levensloop van een dak- en thuislozen om nader te onderzoeken, omdat er vaak interne spanningen bestaan binnen deze organisaties, en de uitvoering van beleid door individuen ter plaatse sterk kan verschillen (Ibid., 2024). Deze uitdagingen onderstrepen de noodzaak van een geïntegreerde en toegankelijke gezondheidszorg die rekening houdt met de specifieke behoeften van daklozen. Het bieden van effectieve gezondheidszorg aan deze groep vereist dus een grondige kennis van het samenspel van leefomstandigheden en de diverse gezondheidsproblemen waarmee zij worden geconfronteerd.

Epistemisch onrecht

"De stille lichamelijke kracht van het anonieme - die wordt aangedreven door de hoop op een betere toekomst, maar zich ook makkelijk het verleden herinnert - ontmoet de macht, geeft hem antwoord en spreekt met hem om opgenomen te worden of hem te veranderen."
(Arlette Farge, 2007)

De ervaringskennis van mensen met (ervaring van) dak- en thuisloosheid, wordt binnen bestaande zorg- en machtsstructuren veelal gemarginaliseerd. Dit fenomeen kan worden omvat in de term "Epistemisch onrecht" (Fricker, 2007; Newbigging & Ridley, 2018). Binnen de gezondheidszorg en bredere maatschappelijke structuren manifesteert epistemisch onrecht zich door machtsasymmetrieën. Als gevolg van de marginalisatie van ervaringskennis (de Vries, 2021), worden groepen in kwetsbare posities uitgesloten besluitvormingsprocessen. Dit heeft als gevolg dat er minder middelen, aandacht en passende aanpak is voor en van hun problematiek (Becker & Kleinman, 2013, VN, 2017).

Hoewel begrip van de dakloze ervaring noodzakelijk is voor passend beleid en passende zorg, is deze moeilijk te omvatten. Enerzijds volgt dit uit epistemisch onrecht: de kennis van degenen om wie het gaat wordt niet voldoende meegewogen in kennis, besluitvorming en beleid. Anderzijds kan het stigma dat op dak- en thuisloosheid zit, dit begrip vertroebelen (Figuur 3). Volgens Link en Phelan betekent stigma "het gelijktijdig voorkomen van etikettering, stereotypering, scheiding, statusverlies en discriminatie binnen een machtscontext" (Link & Phelan, 2001). Stigma kan op macro (instutioneel)-, meso (interpersoonlijk)- als micro (individueel) niveau plaatsvinden, en kan gericht zijn tegen anderen of tegen zichzelf. Hierbij is het belangrijk te benoemen dat er ook sprake kan zijn daklozenstigma, wat betekent stigma die voortvloeit uit de vooroordelen tegenover de 'huisvestingsstatus', ook dit kan zelfgericht zijn (Reilly et al., 2022; Padgett et al., 2015, 11). Veelvoorkomende stereotypen beelden waarbij mensen die geestelijke gezondheidsproblemen ervaren worden gezien als *"waanvoorstellingenhebbend, emotioneel instabiel, onvoorspelbaar, oneerlijk, onbetrouwbaar, volledig incapabel voor 'rationeel' denken en altijd gevaarlijk voor zichzelf of anderen"* (LeBlanc & Kinsella, 2016).

Deze stigmatisering van geestelijke gezondheidsproblemen leidt bovendien tot een geloofwaardigheidstekort, waarbij de verhalen en beslissingsvermogen van mensen met psychisch lijden vaak worden betwijfeld of genegeerd (Crichton et al., 2017; Newbigging & Ridley, 2018). Omdat geestelijke gezondheidsproblemen vaker voorkomen bij mensen met dak- of thuisloosheid, wordt het effect van epistemisch onrecht versterkt: dak- en thuislozen worden gestereotypeerd, machtsonevenwichtigheden tussen betrokkenen en hulpverlener en instituut wordt vergroot, en zo wordt de ervaring van dak- en thuislozen onvoldoende ingebracht in beleid en interventies (de Vries, 2021; Newbigging & Ridley, 2018) (Figuur 3).



Figuur 3: Persisterende exclusie van dak- en thuislozen in besluitvorming leidend tot epistemisch onrecht. Includeren van ervaringskennis in besluitvorming, interventiecampagnes en (zorg)diensten kan dit onrecht verminderen.

Om stigmatisering en epistemisch onrecht tegen te gaan, is het van belang de waarde van ervaringskennis te erkennen en het verbeteren van de deelname van gemarginaliseerde groepen aan besluitvormingsprocessen. Ook vraagt deze aanpak om aanzienlijke beleidswijzigingen en praktijkveranderingen. Deze wijzigingen dienen gericht te zijn op het versterken van deze groepen en het erkennen van hun capaciteiten als kenners, wat zal bijdragen aan een rechtvaardigere en menselijkere behandeling in alle maatschappelijke sectoren (Newbigging & Ridley, 2018) (Figuur 3). Hier kan diepgaand kwalitatief onderzoek een rol in spelen.

Het belang van diepgaand/holistisch kwalitatief onderzoek naar de ervaring van dak- en thuisloze mensen

Om tot een integraal sociaal-zorgbeleid te komen, waarin verschillende actoren één lijn kiezen, is het essentieel om de menselijke ervaring die erachter schuilgaat diepgaand te begrijpen, iets wat moeilijk te vatten is met statistieken en beleidsrapporten alleen (Kansfonds, 2023). De prevalerende biomedische modellen leiden tot een reductionistische uitvoering van zorg en beleid die niet aansluit op de behoeftes en geleefde ervaringen van mensen, waaronder gemarginaliseerde groepen als dak- en thuislozen (Becker en Kleinman, 2013; VN, 2017). Voor een holistisch of integraal zorgbeleid is daarom een holistische kwalitatieve methoden nodig die de levensloop van dak- en thuisloze mensen in kaart te brengt. Dit kunnen bijvoorbeeld gestructureerde levensloopbenaderingen met visuele hulpmiddelen, om dak- en thuislozen mensen tot diepere reflecties te laten komen. Creatieve benaderingen blijken namelijk rijke en genuanceerde data op te leveren, die anders moeilijk te verkrijgen zijn. Dit kan bijvoorbeeld verder inzicht geven in belangrijke gebeurtenissen, ervaringen en transformaties die dak- en thuisloze mensen hebben ondervonden en kan daarmee de zorg gericht en persoonlijker maken (Gauntlett & Holzwarth, 2006; Rosenthal, 1993).

Tot nu toe heeft kwalitatief onderzoek deze ervaringen voornamelijk onderzocht via interviews en casestudies. Deze informatie leverde bijvoorbeeld op dat ondanks enige toegang tot sociale en medische diensten, de situatie en interacties met deze services grotendeels gefragmenteerd waren en niet slaagden in het voorkomen van dakloosheid (Verheul et al., 2020, van Laere, 2009). Daarnaast toonden interviews met beleidsmakers van verschillende gemeente aan dat het beleid en de financiering van sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen sterk variëren tussen centrumgemeenten in Nederland, waarbij in veel (kleinere) gemeenten specifiek beleid ontbreekt (van Laere et al., 2018). De onderzoekers bevelen daarom aan dat er landelijke richtlijnen ontwikkeld worden voor de organisatie en financiering van sociaal-medische en tandheelkundige zorg voor dak- en thuislozen in alle Nederlandse centrumgemeenten (Ibid., 2018). Dit zou de gemeenten kunnen ondersteunen in het consistent en effectief aanbieden van deze essentiële diensten. Ook adviseren zij dat er meer samenwerking en uitwisseling van goede praktijkervaringen komt tussen de verschillende beleidsterreinen en gemeenten om de zorg voor dak- en thuislozen te verbeteren (Ibid. 2020, Ibid., 2018). De beperking hierin is dat er vragen overblijven hoe deze geïntegreerde zorg de dynamische interacties tussen verschillende zorgdomeinen van sociaaleconomische onzekerheden en gezondheidsproblemen aan kan gaan. Het wordt hieromtrent belangrijk om te blijven luisteren naar de levensloop naar dak- en thuisloosheid, en verbindingen tussen de dynamische interacties van zorg voor deze kwetsbare groep te vinden.

METHODEN

Verantwoording Visuele Levensloopbenadering

De kwalitatieve onderzoeksmethodologie die als doel heeft het levensverhaal van een individu te verkennen wordt Life History Interviewing (LHI) genoemd. Deze methode stelt de onderzoeker in staat het levensverhaal van een individu te verkennen, inclusief belangrijke gebeurtenissen, ervaringen en transformaties (Rosenthal, 1993). Deze aanpak gaat verder dan traditionele interviews door de nadruk te leggen op de levensloop van de respondent en hoe deze van invloed is geweest op hun huidige situatie. De analyse van het vertelde levensverhaal heeft als doel de huidige betekenissen van ervaringen en de tijdsorde van het levensverhaal te reconstrueren (Ibid., 1993). Deze kwalitatieve methode heeft zich vervolgens doorontwikkeld door middel van Life Mapping, waarbij het levensverhaal zowel verbaal als visueel wordt onderzocht. Deze toegevoegde visuele benadering stelt onderzoekers en deelnemers in staat om diepere inzichten te verwerven in zaken die niet verbaal kunnen worden uitgedrukt, zoals complexe zelfidentiteiten of emoties (Gauntlett, 2007).

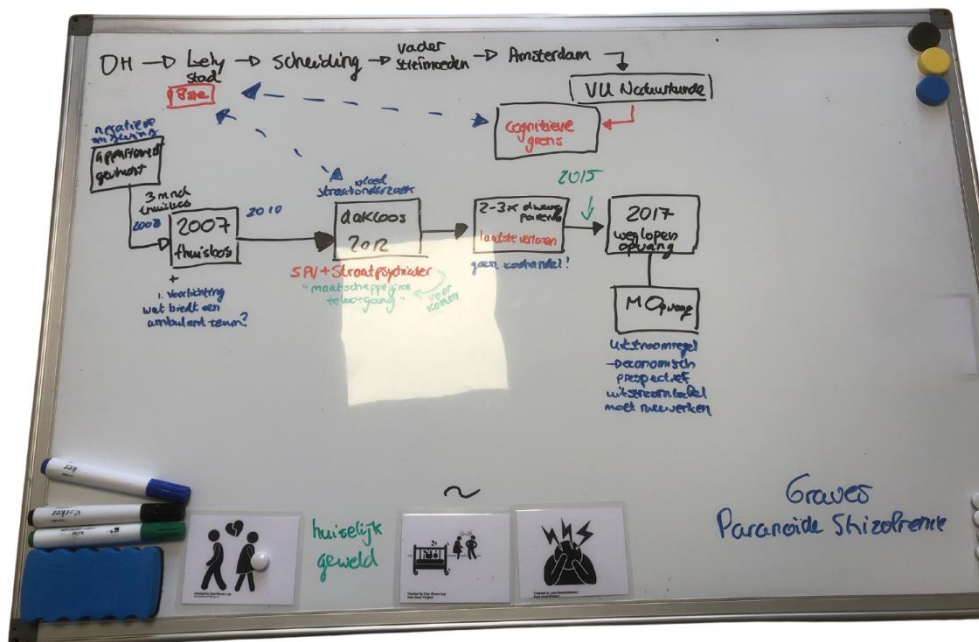
Het artikel van Flaherty en Garratt (2023) laat zien dat het gebruik van LHI met Life Mapping tot bredere inzichten heeft geleid door verschillende concrete voorbeelden. Jason's levenskaart onthulde meerdere overgangen tussen woonomstandigheden, waardoor kwetsbare momenten zichtbaar werden. Thomas gebruikte zwarte lijnen op zijn kaart om donkere periodes te symboliseren, wat emotionele diepgang toevoegde. Barry herinnerde zich vergeten episodes nadat hij zijn levenskaart had getekend, wat essentieel was voor zijn verhaal. Jakob's kaart benadrukte de rol van familierelaties in zijn dakloosheid, met name het verlies van familieondersteuning. Deze voorbeelden tonen aan hoe Life Mapping helpt bij het onthullen van complexe, diepgaande verhalen die verder gaan dan de vaak gerepeteerde verhalen aan hulpdiensten (Flaherty & Garratt, 2023). Het biedt een rijker en gedetailleerder begrip van de persoonlijke en sociale factoren die bijdragen aan dakloosheid. Het tijdslijn onderzoek van Patterson et al. (2012) biedt aanvullend bewijs voor het gebruik van narratieve interviewmethoden met combinatie van visuele tijdlijnen, zoals LHI en Life Mapping. Hun methode leverde diepere inzichten in de persoonlijke ervaringen, integratie van micro- en macroperspectieven middels de tijdlijnen, waardoor individuele trajecten bekeken kunnen worden in grotere structurele en sociale determinanten van gezondheid. Daarnaast gaven narratieve interviews deelnemers de ruimte om hun verhalen te delen op een manier die hen *agency* geeft, wat bijdraagt een gevoel van respect voor hun ervaringen (Patterson et al., 2012). Deze methodologische innovaties boden niet alleen rijkere en meer genuanceerde data, maar hebben de potentie om bij te dragen aan de ontwikkeling inclusieve besluitvorming, interventiecampagnes en (zorg)diensten, waarmee gezondheidsongelijkheden onder gemarginaliseerde populaties kunnen worden verkleind.

De methodologische benadering is waardevol voor het verbinden van de geleefde ervaringen van dak- en thuislozen met public health aanbevelingen. Door de levensverhalen centraal te

stellen, kan dit scriptie-onderzoek de persoonlijke levensloop koppelen aan bredere maatschappelijke en gezondheidsdynamieken. Dit stelt beleidsmakers, zorgverleners in staat om empathische en effectieve interventies te ontwikkelen die zijn afgestemd op de specifieke behoeften en uitdagingen die tijdens het onderzoek naar voren komen.

De visualisatie is in dit onderzoek gebruikt in de vorm van een tijdslijn en levenskaarten. Dit gaf participanten de mogelijkheid om tot zelfevaluatie te komen door als het ware een overzicht te krijgen van hun eigen levensloop. Door de fysieke documentatie verminderde tevens de kans dat ik de aspecten van hun leven verkeerd interpreteerde (Sheridan et al., 2011).

Bovendien zijn de levenskaarten bedoeld om tot meer gedetailleerde reflectie te krijgen op thema's als negatieve jeugdervaringen en de vraag in hoeverre hun emotionele welzijn wordt geïntegreerd in hun huidige zorgervaringen (Balistreri et al., 2016) (Figuur 4). Het in kaart brengen van stakeholders die betrokken waren stelde dit scriptie-onderzoek ook in staat om de relaties met bredere structurele factoren te onderzoeken en te begrijpen hoe deze hebben bijgedragen aan hun ervaringen van dakloosheid.



Figuur 4: Voorbeeld visuele levensloopbenadering met levenskaarten. Naam en leeftijd verwijderd uit de afbeelding. Stakeholders zijn niet zichtbaar op deze afbeelding.

Steekproef en Werving

Deelnemers voor het onderzoek werden geworven via een netwerk van instellingen die contact hebben met de daklozenpopulatie in Rotterdam, waaronder maatschappelijke opvangcentra, gezondheidszorginstellingen, sociale diensten en outreach-programma's. In het bijzonder was dit een ambulante dak- en thuisloze zorgteam, het Stedelijk Daklozen Team (SDT), waar ik als stagiaire was gesitueerd. De helft van de respondenten zijn vanuit deze medewerkers van deze dienst gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Het is hierbij belangrijk om te benoemen het oude of bestaande cliënten waren die deelname aan het onderzoek. Criteria voor deelname omvatten volwassen status, ervaring met dakloosheid of een preciaire huisvestingstatus, volgens de ETHOS-definitie (Tabel 1), en bereidheid om deel te nemen aan een persoonlijke levensloopinterview.

Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats door middel van semi-gestructureerde interviews, die 1 tot 3 uur duurden en plaatsvonden op een locatie naar wens van de respondent. Het is belangrijk te benoemen dat het eerste ervaring was in het doen van interviews. Deelnemers kregen een minimale vergoeding voor hun tijd.

De interviews zijn ontworpen om diepgaande persoonlijke verhalen te verzamelen die de weg naar dakloosheid, de ervaring tijdens het dakloos zijn, de interacties met gezondheids- en sociale diensten, en belangrijke levensgebeurtenissen te verkennen. Tijdens het interview werd gebruik gemaakt van een whiteboard, markers en levensloopkaarten van negatieve jeugdervaringen (Figuur 1) en logo's van stakeholders met sociaal-medische doelstellingen in Rotterdam. Kaarten zijn ontwikkeld middels iconen van de thenounproject.com³ en logo's van stakeholders waar dak- en thuislozen in relatie mee staan zijn gekopieerd van de website. Audio opnames werden met mijn telefoon opgenomen en letterlijk getranscribeerd voor analyse. De interviews zijn afgenomen tijdens de

Topic-lijst *Life History Interviewing & Life Mapping*

Wat is jouw verhaal?

Wanneer en hoe werd je voor het eerst dakloos?

Welke gebeurtenissen of omstandigheden leidden tot jouw dakloosheid?

Hoe had voorkomen kunnen worden dat je dakloos was geworden?

Wat voor soort hulp of ondersteuning heb je ontvangen?

Wat voor ondersteuning had je willen ontvangen?

Hoe denk je dat beleid en diensten verbeterd kunnen worden om zodat ze jou beter ondersteunen?

Ben je bekend met deze afbeelding (kaart negatieve jeugdervaringen, Appendix 1)?

Tabel 2: Topic-lijst levensloopinterviews.

³The Noun Project. "Noun Project: Free Icons & Stock Photos for Everything," z.d. <https://thenounproject.com/>.

stageperiode van RD tussen februari en maart 2024. Tabel 2 geeft een topiclijst van vragen weer die tijdens behandeld werden (Tabel 2).

Data-analyse

Door middel van een zorgvuldige analyse van opnames zijn thema's geïdentificeerd, de data is vervolgens gecodeerd in vier hoofdthema's: 'Achtergrondinformatie', 'Jeugdervaring', 'Levenservaring', en 'Hulpverstrekking' (Tabel 3). Op deze manier konden relevante patronen en verbanden tussen de ervaringen van de respondenten worden geïdentificeerd.

Deze benadering bood een gestructureerde manier om de data snel te verwerken en tegelijkertijd diepgang te behouden, waardoor de relevante patronen en verbanden tussen de ervaringen van de respondenten geïdentificeerd konden worden. Door deze aanpak blijft het onderzoek binnen de beschikbare tijd en middelen en zorgt het ervoor dat belangrijke inzichten niet verloren gaan in het omvangrijke dataverwerkingsproces.

Data statement

De data in dit onderzoek worden gepresenteerd op een wijze die consistent is met de COREQ-criteria (Tong et al., 2007), waarbij de privacy van de respondenten strikt wordt beschermd. Alle persoonlijk identificeerbare informatie is verwijderd of geanonimiseerd. Gezien de sensitieve aard van deze gegevens, voldoet deze benadering ook aan de vereisten van de General Data Protection Regulation (GDPR: artikel 9), waarbij bijzondere aandacht is voor de bescherming van gevoelige informatie. De presentatie van de data is geselecteerd om te illustreren hoe respondenten hun levensloop benaderden en de betekenis die zij hechten aan verschillende levensgebeurtenissen. Dit biedt waardevolle inzichten in hun percepties en interacties met maatschappelijke en gezondheidsdiensten.

Achtergrondinformatie

Deze categorie omvatte basisgegevens over de deelnemers, zoals leeftijd, geslacht, woonhistorie en aanloop naar dak- en thuisloosheid.

Jeugdervaring

Citaten die verwijzen naar de jeugd van de deelnemers, inclusief eventuele trauma's of significante gebeurtenissen die hun latere leven hebben beïnvloed, werden onder deze categorie geplaatst.

Levenservaring

Deze categorie betrof de bredere levenservaringen van de deelnemers, zoals belangrijke gebeurtenissen, beslissingen, perioden van stabiliteit of instabiliteit en transformaties.

Hulpverstrekking

Citaten die gerelateerd waren aan de interacties van de deelnemers met ondersteunende diensten, inclusief hun perspectieven op en ervaringen met de ontvangen hulp.

Tabel 3: Beschrijving van thematische gebieden 'achtergrondinformatie', 'jeugdervaring', 'levenservaring' en 'hulpverstrekking'.

Weergave resultaten

Deze resultatensectie zal zich verdiepen in de persoonlijke verhalen en ervaringen van dak- en thuislozen uit het onderzoek, geanalyseerd door een levensloopbenadering. De levenservaringen van deze individuen zullen worden uitgelicht binnen drie thematische categorieën: 'Levensloopbenadering visueel weergegeven', 'Jeugdervaringen en hun lange schaduw', en 'Leven in dakloosheid: Autonomie en instellingen'. Het hoofdthema 'achtergrondinformatie' bood de basis voor het begrijpen van het startpunt en de context van de levensloop van deelnemers. 'Jeugdervaringen', vooral traumatische, hebben langdurige effecten die doorwerken in de volwassenheid en kunnen bijdragen aan gezondheid, dakloosheid en zorgbehoeften, waardoor zijn gekoppeld aan de hoofdthema 'hulpverstrekking' en 'levenservaring'. Het derde thema 'autonomie en instellingen' relateert voornamelijk aan het hoofdthema 'hulpverstrekking'. Elk thema zal uitgebreid worden besproken, gebruik makend van illustratieve citaten van de respondenten om de complexiteit van hun ervaringen en de impact op hun huidige situaties weer te geven. Deze citaten zijn structureel weergegeven in tabellen. Tot slot, zijn elke levenskaarten (Figuur 1) van negatieve jeugdervaringen uitgevraagd welke kwantitatief worden weergegeven in Appendix 1.

Ethische overwegingen

Alle deelnemers aan het onderzoek hebben schriftelijk geïnformeerde toestemming gegeven voor hun deelname. Dit proces omvatte een gedetailleerde uitleg over het doel van het onderzoek, de procedures van datacollectie, en de manier waarop hun informatie zou worden gebruikt en beschermd. Alle namen zijn gepseudonimiseerd. Speciale aandacht werd besteed aan ethische overwegingen gezien de kwetsbaarheid van de populatie, waarbij zorgvuldigheid in de omgang met gevoelige informatie voorop stond.

RESULTATEN

Levensverhalen Ontvouwd - Inzichten uit Life History Interviewing en Life Mapping met dertien dak- en thuisloze respondenten

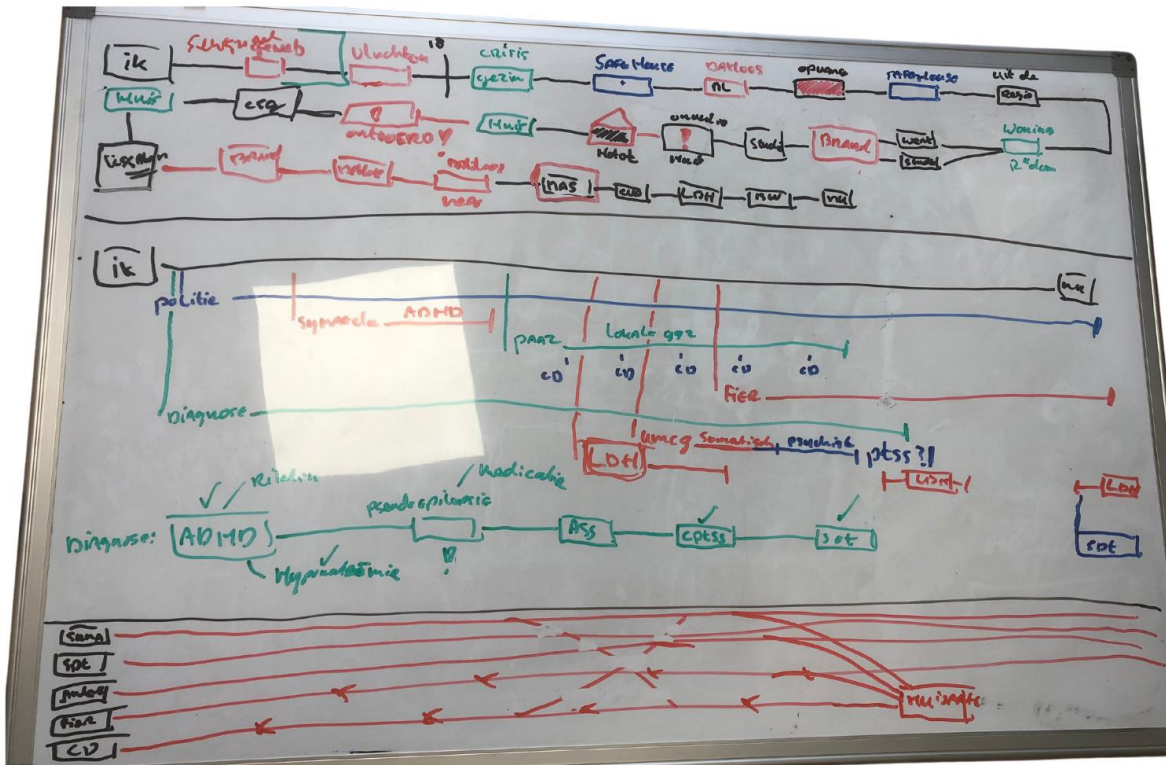
Achtergrond respondenten

Gedurende mijn stageperiode bij het Stedelijk Daklozen Team in Rotterdam heb ik de kans gekregen om dertien individuen die ervaringen hebben met dak- en thuisloosheid te interviewen, door middel van de gecombineerde methode van LHI en Life Mapping—of, zoals ik het in het Nederlands benoem, een visuele levensloopbenadering. De respondenten, variëren van mensen die recent dakloos zijn geworden tot degenen die al langere tijd zonder vaste verblijfplaats leven. Een baseline tabel over bijvoorbeeld hun afkomst, leeftijd en gender, kan ik niet weergeven, vanwege privacy gevoeligheid.

De lengte van de interviews varieerde aanzienlijk, van 37 minuten tot bijna drieënhalf uur, dit was afhankelijk van de bereidheid en het comfort van de respondenten om hun verhaal te delen. Opvallend was dat twee van de respondenten (Sam en Ivo) de behoefte voelden om terug te keren en hun verhaal verder uit te diepen, wat wijst op een mogelijk reflectieve, of zelfs therapeutisch, waargenomen waarde van het vertellen van hun levensgeschiedenis. Sam benoemde hierbij dat hij de foto's van zijn visuele levensloop wilde gebruiken voor zijn therapeutische sessies bij zijn psycholoog.

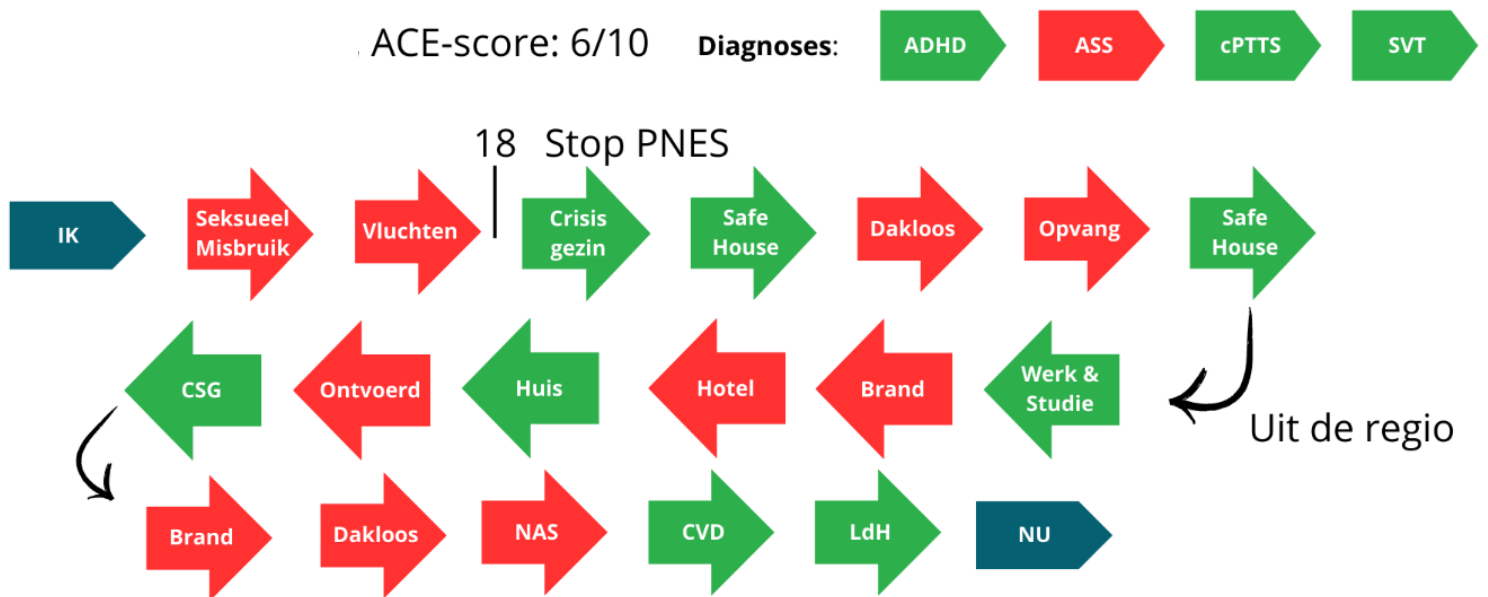
Tijdens de interviews kregen de respondenten de vrijheid om hun levensloop visueel uit te beelden op een whiteboard. Deze methodiek, die ik 'Life Mapping' noem, stelde hen in staat hun levensverhalen op een non-lineaire en creatieve manier te presenteren. Dit proces was niet alleen verhelderend voor mijn onderzoek, maar bood de respondenten ook een moment van reflectie en persoonlijke expressie. Eén respondent (Sam) koos ervoor om zijn

levensloop zelf uit te tekenen, wat een uniek inzicht gaf in de manier waarop hij zijn eigen ervaringen en levensgebeurtenissen interpreteerde (Figuur 5).



Figuur 5: Sam's visuele levensloop. In blokjes weergegeven. Hieronder plaatst Sam zijn zorglevensloop, op welke momenten hij tijdens zijn tijdslijn in aanraking is geweest met de politie en verschillende GGZ-stakeholders, zoals de Crisisdienst en de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). Daarnaast plaatst hij lijnen van zorg die door elkaar heenlopen, ter illustratie van een moment dat hij zorg begon te ontvangen.

Thema 1: Levensloopbenadering visueel weergegeven



Figuur 6: Visuele levensloopbenadering van Sam digitaal uitgewerkt. Bovenaan Adverse Childhood Experiences (ACE) score (Appendix 1). Daaronder een schematische levensloopweergave van Sam. De rode kleur betekent onveiligheid en verkeerde diagnose (ASS) voor Sam, de groene kleur betekent veiligheid en correcte diagnose voor Sam. PNES staat voor Psychogenic nonepileptic seizure, ofwel pseudo-epilepsie. (LdH = Leger des Heils (nachtopvang), CVD = Centrum voor Dienstverlening (nachtopvang), NAS = Nico Adriaan Stichting (nachtopvang) & CSG = Centrum voor Seksueel Geweld.

Sam heeft gedurende zijn leven een aanzienlijke behoefte aan zorg en ondersteuning gehad. Vanaf jonge leeftijd heeft Sam trauma's opgelopen zoals ernstig seksueel misbruik, wat leidde tot vluchtgedrag. Deze momenten van onveiligheid zijn weergegeven in het rood in levensloop waar hij zelf een keuze in heeft mogen maken, zoals "Seksueel Misbruik" en "Vluchten" (Figuur 6). Dit heeft volgens Sam geresulteerd in zijn diagnose van complexe posttraumatische stressstoornis (cPTSS) en *psychogenic nonepileptic seizure*. Sam beschrijft momenten van crisis en misdiagnoses, zoals het (onnodig) slikken van medicijnen voor een niet-bestaande epilepsie en ADHD, zijn gevoel van onveiligheid versterkte (Quote 1A, Tabel 4). Hier tegenover plaats hij zijn ervaringen in een crisisgezin waar hij voor het eerst veiligheid voelde en er ruimte was voor persoonlijke inbreng in zijn behandeling, wat hem hielp in zijn herstelproces, zijn pseudo-epilepsie verdween op het moment dat hij in een veilig thuis setting terechtkwam (Figuur 6). Deze momenten van begrip en juiste ondersteuning van het traumacentrum in het ziekenhuis en zijn huisarts, uiteindelijk resulterend in de diagnose van cPTSS, waren een belangrijk punt voor het welzijn van Sam. Sam onderschrijft dat er tevens signalen waren waar omstanders misbruik hadden kunnen erkennen (Quote 1B, Tabel 4). In ons gesprek verklaart Sam uitgebreid hoe hij door het systeem, zowel in dossiervorming als door

hulpverstrekkers, meerdere malen als 'verward' werd bestempeld, wat een aanzienlijke invloed had op het verloop van zijn behandeling (Quote 1C, Tabel 4) en hoe instanties zoals de politie met hem omgingen (Quote 1D, Tabel 4). Hij merkt op dat “heel veel mensen in Nederland worden afgeschilderd als verward”, wat wijst op een breder probleem van vroegtijdige en mogelijk incorrecte categorisering binnen het zorgsysteem. Dit label leidde tot een blijvend stigma (Quote 1D, Tabel 4). Dit stigma beïnvloedde direct de kwaliteit en het type hulp dat hij kreeg, omdat elke interactie met de politie vaak werd gereduceerd tot een vooroordeel. Deze ervaringen illustreren duidelijk hoe het label 'verward' kan leiden tot vooroordelen en een overmaat aan onnodige hulp, wat kritiek is voor iemand die in onveilige thuissituatie verkeert.

	Subthema	Citaat
1A	Medicalisering	De Nederlandse zorg is heel erg gebouwd op het farmaceutisch behandelen van klachten [...] het probleem is er niet, omdat je het wegstopt en isoleert, dat betekent dat niet dat er geen probleem is.
1B	Omstanders	Ik had signalen. [...] Ik wens mijn ouders dood, ik wou me niet omkleden en dat soort dingen, en ik had een hekel aan sport. Kijk daar naar. Kijk, waarom gaat het niet goed met hem op school? Kijk niet alleen naar het feit van: “Oké, hij is druk, dus we moeten hem ADHD-pillen geven of Ritalin geven.” Kijk naar het feit van: “Hé, waarom is hij druk?”
1C	Zorggebruik	Ambulances tot nu toe 150 keer en ik overdrijf niet. Volgens mij is het zelfs wel meer, maar goed. Ik heb het niet exact uitgerekend. Hiervan ben ik minimaal 90 keer vervoerd naar het ziekenhuis. Ik ben dus 90 keer gediagnosticeerd en geanalyseerd op de spoedeisende hulp. [...] Ja, precies. Nee, ik ben in het ziekenhuis 90 keer beoordeeld op de SEH, waarvan ik minimaal 25 keer naar een cardioloog ben doorgestuurd. Minimaal 10 keer naar neurologie en 5 keer naar psychiatrie. [...] Ik denk, en dit (zorglevensloop) is een hele globale schets van mijn zorgdossier, maar ik denk dat als jij hier een prijskaartje aan gaat hangen... Ja, nee, ik weet het niet exact, maar ik denk dat dat in de miljoenen loopt. Als jij dit allemaal ziet en een gemiddeld ziekenbezoek bekijkt, zoals een bezoek aan een cardioloog, een neuroloog of een psycholoog, die mensen zijn vrij duur. Die rekenen €2.000 tot €3.000 per keer. En dan hebben we het ook nog over ambulances, die kosten €2.000 tot €3.000 per keer. En dat zijn spoedjes.
1D	Labels	Op het moment dat je een keer in het systeem als verward gaat, dan krijg je een aandachtsvestiging op je naam. [...] Elke keer als jij de politie belt, wordt er al heel snel van “oh, hij is verward” uitgegaan.

Tabel 4: Subthema's levensloop van Sam met bijpassende citaten.


Thema 2: Negatieve Jeugdervaringen en hun lange schaduw

Dit thema verkent hoe vroege negatieve ervaringen, zoals familieontwrichting en misbruik, de latere levensfasen van individuen beïnvloeden en bijdragen aan hun kwetsbaarheid voor dakloosheid, evenals de potentie van herstel die gerealiseerd kan worden wanneer de diepte van de reeds onverwerkte negatieve jeugdervaring als basis gezien wordt van het terugkerende moment in het hedendaagse leven van dak- en thuisloze mensen.

Jeugdtrauma's tonen een plausibele voorspellende factor die bij kunnen dragen aan negatieve gezondheidsgevolgen. In Appendix 1 zijn alle negatieve jeugdervaringen van de respondenten weergegeven met de bijbehorende kaarten, uitleg over de betekenis van de kaarten zijn tevens terug te vinden in Appendix 1. De gemiddelde uitkomst van ACE-score over alle respondenten is 3.9/10. Het maximale aantal negatieve jeugdervaringen is acht (R10, Appendix 1) en het minimale aantal is één. De negatieve jeugdervaringen variëren van bijvoorbeeld familieontwrichting, verwaarlozing, en misbruik tot vroege blootstelling aan verslaving en socio-culturele ontworteling.

In de complexe verweving van jeugdervaringen en volwassen levensuitdagingen kunnen sociale afwijzing en verraad diepe sporen nalaten in de zoektocht naar sociale acceptatie en steun binnen positieve gemeenschapsverbanden, zoals blijkt uit de transitie van drugsgebruik (Quote 2A1, Tabel 5) naar participatie in zelfhulpgroepen (Quote 2A2, Tabel 5). Deze dynamiek van afwijzing wordt verder gecompliceerd door ervaringen van afwijzing van de wortels waar iemand van afstamt (Quote 2B1, Tabel 5) waarbij één respondent worstelt met zijn identiteit en plaats binnen de samenleving, een worsteling die voortduurt in gevoelens van gevangenschap binnen zijn huidige socio-culturele context (Quote 2B2, Tabel 5). Evenzo illustreren ervaringen van fysieke onveiligheid en geweld tijdens de jeugd hoe respondenten normaliseren en soms zelfs geweld incorporeren in hun perceptie van "thuis" (Quote 2C1, Tabel 5), wat hun gevoeligheid voor gevaar vermindert en hen vatbaarder maakt voor herhaaldelijk geweld in hun volwassen leven (Quote 2C2, Tabel 5). Dit wordt verder versterkt door ervaringen van emotionele en fysieke mishandeling die leiden tot diep wantrouwen in institutionele steunsystemen, waarbij vroege institutionele tekortkomingen leiden tot een blijvend gevoel van maatschappelijk onrecht en het gevoel van afwijzing van maatschappelijke hulp in het heden. Tegelijkertijd wordt de diepgravende bekommering van zorgverleners die zich voor een urgent-zorgbehoevende (Quote 2D1, Tabel 5), dan wel 'zorgmijdende', persoon inzetten gewaardeerd (Quote 2D2, Tabel 5). De emotionele afstandelijkheid waarmee sommigen zijn opgegroeid, een aanhoudend gevoel van onveiligheid binnen opvangstructuren creëert, waarbij een gebrek aan warmte en steun tijdens de jeugd (Quote 2E1, Tabel 5) voortdurend invloed heeft op hun vermogen om vertrouwen en stabiliteit in volwassen relaties te vinden (Quote 2E2, Tabel 5). Tenslotte resulteren jeugdervaringen van verlatenheid (Quote 2F1, Tabel 5) en verplaatsing in langdurige psychologische nood met depressie, een patroon dat voortduurt in gevoelens van eenzaamheid en verkeerd begrepen worden in hun huidige situaties (Quote 2F2, Tabel 5).

	Citaat over Jeugdervaring		Citaat gerelateerde Ervaring
2A1	Ik heb wel iets meegemaakt wat mij wel traumatisch heeft gevormd. Niet fysiek, maar geestelijk en ook fysiek door een groep vrienden. Ik ben echt in de zeik genomen, heel erg. [...] Maar ze hadden gezegd dat er iemand gek op mij was, een meisje dat heel tof was. Ik was een jaar of 16. En dat was allemaal niet waar. Iedereen zei het, heel Capelle, mijn vrienden, ook mijn beste vrienden. Dat leidde tot een confrontatie met die dames die een stuk ouder waren. Het begon met stoeien en zo, en toen werd ik onwijs uitgelachen dagen daarna. En dat heeft mij onwijs geraakt, dat mijn beste vrienden dat hadden meegespeeld. [...] Ik vond het echt heel erg. Mijn jas was gescheurd en toen werd mijn vader alleen maar kwaad omdat mijn jas kapot was. [...] Daarop ben ik veel harder in de drugs gegaan. Van de heroïne werd ik heel zeker en iedereen keek tegen me op. Op die leeftijd kijkt iedereen tegen je op. [...] Ja, en in die drugswereld daar was iedereen gelijk. [...] Maar het is wel heel eerlijk, geen imago, geen stoerdoen met kleding, of weet ik veel wat. In het begin had ik nog geld van inbraken, ik kocht de nieuwste Nike Air Max. Mijn vrienden keken naar me op. En heroïne. En in die groep, de junkies, dat trok mij gewoon aan.	2A2	Ik ga naar CA-meetings, Cocaine-Anonymous. [...] Ja, en daar heb ik dus ook hele goede contacten. Vrienden gemaakt waarmee ik ga hardlopen, eten. [...] Ook wel leuk om te vertellen, je hebt een Meet5-app. Ken je dat? [...] Dat is een app waar je je kunt inschrijven op activiteiten. [...] Daar heb ik mijn vriendin ontmoet. Dan ga je bowlen of uit eten, of naar het theater. [...] Ik ga veel naar het theater, weet je. [...] Ik ben echt superblij met die ontmoetingen. Ik heb weer goed contact met mijn moeder en zus. Dat zijn allemaal cadeautjes van herstel.

2B1	<p>Dat is eigenlijk ook wat je als volwassene eigenlijk hier (dagopvang) zelf ook als klein kind tegen jou wordt gezegd alles ligt aan jou. Jij bent een probleem. Jouw verhaal boeit niet. Het gaat erom wat jij met mij doet in plaats van andersom. Dus dit eigenlijk deze afbeelding (zie afbeelding). Dat is eigenlijk voor mij, dat is eigenlijk voor mij adoptie. In deze afbeelding zie ik eigenlijk mijn adoptiemoeder en, mijn adoptievader. Letterlijk zeggen tegen mij van: "Je moet je aanpassen, daarom hebben we jou uit Haïti gehaald." Om een moeder wens in vervulling te brengen. Ongeacht wat het met jou doet. Wat voor hechting jij hebt met jouw moeder, wat voor leegte jij hebt, doet er niet toe.</p>  <p><small>Created by kareemovic1000 from Noun Project</small></p>	2B2	<p>En wat de maatschappij natuurlijk niet doet, zorgsysteem doet dat niet. Ik heb psychologen, ik heb zoveel psychologen gesprekken gehad, zoveel niemand heeft gezegd tegen mij, dat ik nu elke keer zeg tegen mezelf gezegd: geloof in jezelf. [...] Zij maken diagnoses voor je, rapporteren voor je. Maar ze zouden jou nooit de medische pil geven, wat het kind echt nodig heeft, en dat is: "hier alsjeblieft slik dit, ik geloof in je. Ik zie jou staan. Ja jij mag er wezen, je mag er zijn, jouw stem wordt gehoord, mijn zoon. Ik voel jouw pijn. Ook al begrijp ik niet jouw verhaal. Ik voel jouw pijn, jij wordt jij bent hier thuis, ook al zit je in jaren hier binnen in een gesloten setting. Dit is wel jouw huis. Ook al zijn er mensen die te zeggen hebben over hoe laat jij thuis in dit gebouw moet komen en wat dan ook. Wij geloven in jouw.</p>
2C1	<p>Maar ik denk dat dat eigenlijk al vanaf mijn 12e was hoor. Het klinkt heel dramatisch, maar het is wel een beetje... Kijk, iets kan als een thuis voelen en iets kan als een thuis zijn. Doordat ik zeg maar die (onveilige) thuissituatie had. Als ik eigenlijk al vanaf het begin van mijn leven, heb ik een hele dikke muur om me heen gebouwd. Waardoor ik niemand meer toeliet, doordat jij zo een jeugd hebt, dat is iets waarbij frustratie, spanning, angst. Veiligheid is dan heel erg een ding. [...] Officieel was ik 19 toen ik vluchtte, maar daarvoor was ik er eigenlijk al nooit, want het was daar niet veilig. Dus toen heb ik gewoon letterlijk om dat niet te doen... Heb ik daar niet hoeven zijn, ben ik 's nachts gewoon gaan crashen in de trein zodat ik niet thuis hoefde te zijn, omdat de veiligheid daar gewoon niet gewaarborgd was.</p>	2C2	<p>Doordat ik dat (negatieve jeugdervaringen) vooral heb meegemaakt, kom je ook vaak in situaties terecht die gewelddadig zijn. Dus dat is inderdaad het ding, hoe kan dat? Ik vind het altijd een heel mooi voorbeeld dat als wij samen op straat zouden lopen en je zou iets tegenkomen waarbij je het gevoel zou hebben van: "Oh, kut ik moet even een blokje om." Dat is voor mij een heel vreemd gevoel. Ik ken niets anders dan geweld gewend, dus ik loop dan door. Ik heb niet de ervaring van "Oh kut", ik denk "oh thuis".</p>
2D1	<p>Ik heb ook een tijd gehad dat ik heel erg trapt tegen de maatschappij, in verband met dit (negatieve jeugdervaringen) dus allemaal. Omdat ik niet geholpen werd. Als kleinkind zijnde, terwijl iedereen dat zag van school, etcetera, etcetera, etcetera. [...] Ja snap je, ze hadden al in kunnen grijpen en dat hebben ze nooit gedaan en dat vrat zo aan mij. [...] Ik heb me wel kunnen uiten, maar ik kon er nooit echt</p>	2D2	<p>Nou, dat begon met de BW, weet je wel, begeleid beschermd wonen. [...] Ze steunden mij ook gewoon. Ze hebben echt hun best gedaan voor mij. [...] Ze bekommerden zich echt om mij, weet je, en dat deed veel voor mij. [...] Ik was echt best wel een <i>pain in the ass</i> en ik was ineens pleite en ik vertrouwde echt niemand. Op een gegeven moment heb ik toch een hele vertrouwensband met hen opgebouwd, zeker met VPK2, want</p>

	<p>over praten zoals nu, want toen begon ik gelijk te huilen en ik klapte dicht. [...] Daarom schopte ik zo tegen de maatschappij aan. [...] Ik was gewoon fucking boos. Je werd niet gezien. Je werd niet geholpen. Dus ik droeg ook tegenstrijdige kleding, tenminste ik vond het tof. [...] Mensen keken en ik zei: "Kun je het zien?" [...] Op een gegeven moment werd ik ook zoiets van: ja, weet je... Een rel.</p>		<p>VPK1 en ik zaten steeds met elkaar in de haren. [...] We gingen lunchen of ontbijten, whatever, weet je wel. Ja, weet je, we bouwden een band op met elkaar. [...] Ze (VPK1) bleef graven, graven, graven, ze liet niet los, ze beet zich gewoon vast. [...] Toen ik bij de Spanjaardstraat zat, zei hij (MW) meteen: "Nee, ik laat je niet uit het zicht, ik blijf bij je." [...] Dus ja, ik had echt zoiets van: ja, ik ben ziek, maar ze bleven bij me. [...] Ja, ze hielden me wel in het oog, ook al was ik aan het gebruiken. [...] Dat is wel een pluspunt, ja. Moet ik zeker zeggen, ja.</p>
2E1	<p>De knuffels, het vragen "hoe voel je je?" en dat soort dingen. Er werd bij ons thuis weinig tot niet over gevoel gesproken. Er was weinig warmte. Mijn ouders hebben het wat dat betreft goed gedaan, waren wel heel consequent in hoe ze ons benaderden. Het was niet totale willekeur. Je wist waar je aan toe was, maar de "ik hou van je" en de warmte ontbraken.</p>	2E2	<p>Dus ja om echt om de knulligste redenen, dus in de zin van je veilig voelen in zo'n omgeving, je ieder moment bang moeten zijn dat je op straat terecht komt. Dat is wel een van de grootste trauma's die ik daaraan overgehouden heb. Dat het totale willekeur is en dat je helemaal geen poot om op te staan hebt. Stel dat een begeleider met het verkeerde been uit bed is gestapt, dan kan hij gewoon jouw hele leven op zijn kop zetten. Terwijl, het een plek mag zijn waar je veilig mag zijn en je leven weer op de rit mag proberen te krijgen.</p>
2F1	<p>Ja, mijn naam is Jason, en ik ben nu bijna tien jaar dakloos. Tien jaar zit ik in deze situatie en ik ben 26 jaar. Ik kom uit Liberia, daar was ik oorspronkelijk geboren, maar... [...] Ik was tijdens de oorlog geboren, ja, dus op mijn vijfde moesten we wegrennen uit dat land en heb ik mijn moeder achtergelaten in Liberia en ik ben met mijn zusje op de boot naar Ghana gegaan. Vanaf Ghana werden we opgehaald door onze vader en naar hier gebracht. Ja, en daarna zijn we teruggegaan, weer omdat onze vader ons splitste. [...] Na een paar jaar hier (Nederland) wonen vond hij dat wij te stout waren of te koppig. En stuurde die ons terug naar Ghana. [...] Ze hebben ons bij de vliegveld gelaten.</p>	2F2	<p>RD: Je had verteld dat je een depressie had, kan je daar iets over vertellen?</p> <p>Jason: Het is best wel vanzelfsprekend. Je voelt je meestal eenzaam. Je voelt je niet begrepen, je denkt ben ik een verkeerd iets ofzo dat ik in zo'n situatie geplaatst ben dat niemand mij mag. Niemand wil deze kind bij zich hebben, dus ja, je hebt gewoon zin om altijd alleen te zijn.</p>

Tabel 5: Jeugdervaringen van de respondenten gekoppeld de huidige ervaring.

Thema 3: Leven in dakloosheid: Autonomie en Instellingen

In de interactie tussen individuele autonomie en maatschappelijke- en zorginstellingen onthult zich een complexe dynamiek waarbij zelfregie, zelfontplooiing, vertrouwen, betrokkenheid bij besluitvorming, familiedynamiek, gelijkwaardigheid en institutionele macht centraal staan. Individuen benadrukken het belang van het behouden van eigen regie in het navigeren door zorginstellingen, wat essentieel blijkt voor succesvolle zelfredzaamheid (3A, Tabel 6). Het gebrek aan vertrouwen en de noodzaak voor meer inclusieve besluitvorming wijzen op een discrepantie tussen de behoeften van cliënten en de praktijken van instellingen (3B, Tabel 6). Het angstzaaien ouderlijke rechten te verliezen bij te veel vraag naar hulp op het moment van maatschappelijke teloorgang wijzen op de onzekerheid om behoeften uit te spreken (3C, Tabel 6). En de ervaring van geleefd worden doordat individuen klem komen te staan in het systeem van macht en individuele tegenmacht, illustreren de machtsdynamieken die cliënten als ondergeschikt positioneren ten opzichte van instituties (3D, Tabel 6). Tot slot, is er binnen psychiatrische instelling veel invloed van institutionele structuren die de persoonlijke handelingsmogelijkheden en stem van de cliënt ondermijnen (3E, 3F, Tabel 6). Deze respondent heeft zijn persoonlijke wil hierin duidelijk doorgegeven, hij was overtuigd van zijn eigen route, namelijk verlies van huisvesting waardoor er maatschappelijk teloorgang optrad. Hij eiste hierin eigen regie, echter was de macht van deze psychiatrische instelling dermate sterk dat hij tegen zijn wil toch opgenomen moest worden en later met dwangmedicatie werd behandeld.

Deze thema's samen vormen een rijk weefsel dat de noodzaak illustreert voor instellingen om responsief, flexibel en respectvol te zijn naar de behoeften en capaciteiten van dak- en thuislozen, en benadrukken de kritieke rol van instellingen in het faciliteren van niet alleen zorg maar ook persoonlijke groei en sociale integratie.

	Subthema	Citaat
3A	<i>Eigen regie in herstel</i>	Ja, hij (veldwerker) heeft echt die regie bij mij gelaten. En hij zegt ook altijd <i>"Ja, maar jij kan dat. Jij was ook in staat om zelf die regie te nemen."</i> Maar er zijn ook veel mensen die dat niet kunnen. Die weten niet hoe ze eruit kunnen komen, weet je? Dus die dat helemaal niet voor zich zien. Daar is andere zorg voor nodig. Maar ik zag dat wel helemaal voor me. Ik heb echt al die route uitgestippeld. Weet je wel. Van eerst naar de opvang, vanuit de opvang naar de loods, vanuit de loods naar begeleid wonen. Wat voor vorm wist ik nog niet zo goed. Dat is dus [naam detoxkliniek] geworden. Want dan kan ik van daaruit urgentie krijgen, en een huis krijgen. Ja, als een van die dingen er niet tussen had gezeten, dan..
3B	<i>Betrekken bij besluitvorming</i>	In het begin, toen SDT net bij mij betrokken was, had ik zoiets van: "Ja, en zij zouden het wel even regelen." Ze kwamen in beeld en ze zouden het wel even voor me regelen. En toen heb ik eigenlijk al meteen gezegd: "Jongens, dat gaan we niet doen. Prima, als je met mij wilt overleggen, dan zit ik erbij." [...] Ik ben prima capabel om zelf het woord te doen. Ik ben niet dom, niet gek. In het begin hadden ze echt de houding van: <i>"Jongen, wij gaan jou wel even vertellen hoe jij het moet doen."</i> Het is dan bemoeizorg, oké, maar ik denk, ik ben er een

		<p>voorstander van dat als een cliënt zelf wil meewerken aan herstel. Als iemand echt niet wil en gewoon zorg mijdt en zorg weigert terwijl het duidelijk nodig is, ja, dan is het een heel ander verhaal. Maar dat was het nu niet. Ik wou zelf ook zorg, ik heb 10.000 keer gezegd van "ik wil hulp", maar als dan iedereen zegt: <i>"Ja, maar wij zullen jou wel even vertellen hoe jij geholpen wordt,"</i> dat schopte dat mij echt tegen het verkeerde been. [...] Op een gegeven moment kwamen ze bij mij van: <i>"Ja, we hebben morgen een overleggesprek met het [naam opvang] over jou."</i> "Nou prima, dan zit ik erbij." Toen kreeg ik: <i>"Ja nee, dat is niet het protocol."</i> Nou, ik zeg "prima, maar dan praat je niet."</p> <p>[...] Op het moment dat iemand structureel zorg mijdt en het wel nodig is, dan is het een ander verhaal. Maar ik was zelf aan het vechten voor zorg en dan ga ik het niet doen dat je achter mijn rug om praat.</p>
3C	<i>Familiedynamiek</i>	<p>Daarom had ik hulpverlening (Maatschappelijk werk Jeugd & Kind). Op een gegeven moment begonnen ze naar mij te kijken <i>"ja, je moet oppassen, want als je de lichamelijke dingen opnoemt dan pakken ze je kind af"</i> [...] Mijn inziens werd alleen maar verteld <i>"je moet niet te veel hulpverlening vragen, je moet niet te veel praten, want ander pakken ze je kind af"</i>, dat was vooral wat ik hoorde. [...] Wat ik had willen horen was iets dat niet zo kleinerend was, dat ze wel begrepen dat ik me zorgen maakte.</p>
3D	<i>Gelijkwaardigheid</i>	<p>Je wordt geleefd op een gegeven moment. Ik denk dat het belangrijk is, je wordt geleefd. En, je wordt, ja, voor mijn gevoel... Wat je in eerste instantie als een, tussen aanhalingstekens, gelijkwaardige gesprekspartner ziet, wordt voor gewoon ja... Voor Pipo verzet (gezet). Als het puntje bij paaltje komt, gaat het toch allemaal zoals zij het willen. Ja, en voor mijn gevoel dan, zeg je: "Ja, maar dat is niet zoals het behoort te gaan." En als je dat als woonstichting zo doet, hè, dan is het alsof je nog een piratenschip rond vaart. Wat de intentie ook is, je bent een woonstichting. En dan heb je ook een bepaalde verantwoordelijkheid tegenover je huurders. En die verantwoordelijkheid wordt nu eigenlijk gewoon vaak genegeerd.</p>
3E	<i>Macht van de instelling</i>	<p>Als de senior PSA of de hoofdkliniek vindt dat er dwangmedicatie moet worden toegepast, kan alleen zij het verzoek indienen bij de GD (Geneesheer Directeur). Dan moet de GD jou nog zien, dus als patiënt ga je de GD spreken. Dat is nog meer stress, want eerst spreek je met een junior, en je gaat hogerop in de hiërarchie. En je hebt één kans in 15 tot 20 minuten tijd, om kalm, rationeel, argumentueel, jouw verhaal te vertellen tegen een GD, die dit spelletje al tientallen keren eerder heeft gedaan. De eerste keer red ik dat niet, dus het besluit GD: we gaan de commissie doen. Ik won de commissie, maar een paar weken later besloot [naam psychiater] tot een tweede commissie. Er kwam een andere GD van een andere kliniek. Die gaat eerst thuis op afstand alle dossiers beloopjes doorlezen. Die heb ik wel kunnen overtuigen om de commissie niet aan te vragen. Toen moest ik wel uitgezet worden, en toen was ik blij dat ik op straat was (lacht). En een paar weken later zou de RM (Rechtelijke Machtiging) aflopen, maar dus</p>

		behandelend straatpsychiater besloot weer een volwaardige machtigingszitting op te zetten, want hij vond het nodig dat ik nog onder machtiging zou leven.
3F	<i>Macht van de instelling</i>	<p>Dat heb ik in 2013 meegemaakt, maar dit gaat echt om de gevallen die niet met een mes staan te zwaaien of onmiddellijk gevaar voor zichzelf zijn. Dit gaat om de gevallen die chronisch maatschappelijke teloorgang hebben geleden, waarvan de psychiatrie meldt: <i>“zonder behandeling zal hij altijd in maatschappelijke teloorgang leven.”</i> En ik zeg dat had ook via een andere route gekund. En die commissiezitting heb ik gewonnen. De statistiek is dat maar een op de zes patiënten wint. Dat geeft een beetje aan dat mijn casus redelijk sterk was, dus de eerste commissie besloot: omdat geen, ja, je moet gewoon een dossier hebben, we leven in 2024. Ja, er is een term voor... uiterste remedie. Die was nog in de conclusie van de commissie. De commissie zei bijvoorbeeld: de uiterste remedie, dwangbehandeling, is niet aangetoond. De psychiatrie heeft niet aangetoond dat er geen enkel ander soort van middel bestaat, dat er niets anders overblijft dan dwangmedicatie. Omdat de psychiatrie dat niet kon bewijzen, heb ik de commissie gewonnen.</p> <p>Normaal gesproken word je eruit gezet. Daarom, maar ik werd nog in de kliniek gehouden. Normaal gesproken, als je uit een woning in de kliniek komt en jij wint een commissie, kun je weer terug naar je woning, maar zij wilden niet dat ik naar straat ging. Maar de RM die was voor 6 maanden afgegeven, dus zij gingen me nog een paar weken meer observeren. En toen heeft de senior psychiater arts weer besloten <i>“ik wil graag nog een keer dwangmedicatie op te zetten.”</i> En dit neem ik [naam psychiater], want zo heet die, dat vergeef ik nooit meer. Dit is een patiënt die niets weet van de juridische structuren die totaal naïef een heel ding ingaat, die wint de commissie. En jij flikt het een paar weken later, we gaan gewoon een nieuwe commissie aanvragen.</p>

Tabel 6: Citaten autonomie en instellingen. BW = Begeleid Wonen, VPK = Verpleegkundige, MW = Maatschappelijk Werker, GD = Geneesheer-Directeur en RM = Rechtelijke Machtiging, PSA = Psychiater

DISCUSSIE

Impact van Negatieve Jeugdervaringen

De respondenten in dit onderzoek benadrukten dat hun traumatische jeugdervaringen littekens achterlieten die hun herstellang beïnvloedden. Negatieve jeugdervaringen, dak- en thuisloosheid en gezondheidsproblemen werken op elkaar in als een moeilijk te doorbreken vicieuze cirkel. Het gebrek aan erkenning en herkenning van traumatische jeugdervaringen draagt bij aan een blijvende ontkenning van een diepere zorgbehoefte van dak- en thuislozen. Trauma-geïnformeerde zorg voor mensen met meerdere negatieve jeugdervaringen biedt potentie voor het doorbreken van de vicieuze cirkel.

Trauma-geïnformeerde zorg houdt rekening met de wijdverspreide gevolgen van trauma, herkent de tekenen en symptomen van trauma bij cliënten, en integreert kennis over trauma in beleid, procedures en praktijken (Classen & Clark, 2017). In de praktijk betekent dit dat beleidsmakers trauma-geïnformeerde zorg kunnen integreren in zorgpraktijken. Een voorbeeld hiervan is dat begeleiders en zorgverleners van dak- en thuislozen cliënten zich bekwamen in het kaart brengen van negatieve jeugdervaringen van hun cliënten. Door deze diepgaand te begrijpen, kunnen maatschappelijke organisaties voor dak- en thuislozen hun cliënten vanuit hun diepere zorgbehoefte zien en erkennen dat hun gedrag en behoefte vanuit een weerspiegeling komt van een traumatische jeugd. Een andere meer toereikende mogelijkheid zijn initiatieven als het Stedelijk Daklozen Team (SDT). Integrale zorgdiensten als het SDT kunnen essentieel zijn bij het leveren van trauma-geïnformeerde zorg, aangezien hun multidisciplinaire team bemoei-/outreachzorg op maat biedt op de plekken waar dak- en thuislozen zich bevinden. Door de inzet van verpleegkundige, straatartsen en psychologen wordt niet alleen de fysieke, maar ook de psychische gezondheid integraal aangepakt, wat van cruciaal belang is voor mensen met negatieve jeugdervaringen en voortdurende traumatische stress. Tevens zullen (toekomstige) zorgverleners opgeleid moeten worden om vanuit een trauma-geïnformeerde benadering de groep dak- en thuisloze mensen met negatieve jeugdervaringen beter te sociaal te ondersteunen. Door deze aanbevelingen toe te passen kan de vicieuze cirkel van trauma en dak- en thuisloosheid doorbroken worden en bijdragen aan duurzamere vormen herstel en integratie.

Stigma

Uit de interviews bleek hoe daklozenstigma verankerd is binnen de structuren van de geestelijke gezondheidszorg op diverse niveaus. Een treffend voorbeeld betreft een respondent die de institutionele macht kritisch belichtte door zijn ervaringen met dwangmedicatie te delen. Hoewel hij een commissiezitting won—aangezien dit volgens hem slechts één op de zes patiënten dit lukt—werd hij kort daarop wederom geconfronteerd met een vergelijkbare situatie. Dit patroon van herhaalde evaluaties en commissies illustreert hoe diep geworteld professionele vooroordelen en dominante medische interpretaties zijn,

en hoe deze de werkelijke behoeften en de stem van de patiënt verduisteren (Newbigging & Ridley, 2018), waardoor onevenwichtige machtsverhoudingen in standgehouden worden door de zorgverlener/-instituut. Dergelijke geïnstitutionaliseerde GGZ-structuren, zoals door de VN in 2017 benadrukt, faciliteren een machtsonevenwicht waarbij de autoriteit van psychiaters de sociale behoeften van zeer kwetsbare patiënten overschaduwet (VN, 2017).

Deze interviews tonen daarmee aan dat ondanks aanhoudende belangenbehartiging en pogingen tot het bevorderen van gelijkheid binnen de geestelijke gezondheidszorg, er nog steeds barrières bestaan die de volledige erkenning van de epistemische waarde van ervaringskennis hinderen. Deze belemmeringen vragen om het erkennen van de *epistemic agency* voor dak- en thuislozen binnen de praktijken van de geestelijke gezondheidszorg (Newbigging & Ridley, 2018). Daarvoor is er een behoefte aan zorgverleners en ervaringsdeskundigen die de belangen van dak- en thuislozen actief verdedigen wanneer zij in contact komen met psychiatrische zorginstellingen, om zo epistemische rechtvaardigheid voor de ervaringskennis van deze groepen te waarborgen.

Zorg, Gezondheid en Autonomie

Uit gesprekken met respondenten blijkt dat zeggenschap en eigen regie binnen de zorg cruciaal zijn voor hun welzijn en gezondheid. Dit houdt in dat cliënten, vooral in de context van zorginstellingen waar machtsonevenwichtigheden vaak voorkomen, actief betrokken moeten worden bij het integrale zorgproces (4A, 4B, 4C, Tabel 7). Deze bevindingen benadrukken een duidelijke kloof tussen de behoeften van cliënten en de huidige praktijken binnen instellingen, waarbij cliënten zich vaak gemarginaliseerd voelen door een paternalistische benadering en een gebrek aan inclusieve besluitvorming.

Praktisch gezien betekent dit dat zorginstellingen manieren moeten vinden om machtsonevenwichtigheden te adresseren en te verminderen. Hierin zou bijvoorbeeld een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige een folder kunnen meegeven aan de cliënten om hen te bewust te maken van machten tussen individu en verschillende zorginstellingen (Quote 4A, Tabel 7). Cliënten, zoals die in maatschappelijke opvangcentra, moeten kansen krijgen om zich te re-integreren in de samenleving en voorbereid worden op de uitdagingen die zij daarbij tegenkomen. Dit is vooral van belang voor individuen die weinig ondersteuning hebben gehad in hun jeugd of die nieuw zijn in Nederland en onvoldoende middelen hebben om zich aan te passen aan een nieuwe samenleving (Quote 4B, 4C, Tabel 7). Hierin spelen sleutelfiguren, zoals gedefinieerd door het Jongerenpanel de Derde Kamer, een cruciale rol. Zij zijn de personen die gedurende langere tijd aanwezig zijn in het leven van jongeren en die tijdens belangrijke levensmomenten een positieve of negatieve invloed kunnen uitoefenen op hun toekomst (Jongerenpanel 3^e Kamer, 2023).

Deze sleutelfiguren, zoals leerkrachten of coaches, die consistent betrokken blijven en actief de jongeren ondersteunen, kunnen een aanzienlijke en positieve impact hebben. Een sterk ondersteuningsnetwerk kan cruciaal zijn om dakloosheid te voorkomen door tijdige interventies en steun (Jongerenpanel 3^e Kamer, 2023). Met deze inzichten in gedachten is

het duidelijk dat zorgverleners cliënten actief moeten betrekken bij besluitvormingsprocessen en hen moeten ondersteunen bij het nemen van controle over hun eigen integrale zorgtrajecten. Dit vereist een verschuiving van een paternalistische naar een meer collaboratieve, participatieve en emanciperende benadering van integrale zorg (de Vries, 2021).

	Aanbeveling	Citaat aanbeveling
4A	<i>Inclusieve besluitvorming</i>	Dus ga je weer naar een voorwaardelijke machtigingszitting en die verloor ik weer, dus dan zit je al op 12 maanden, maar er staat wat uitloop dus dan zit je eigenlijk al in de eerste contractfase, dan zit je met 14 maanden. Er mag in een rechtszaak en voorwaardelijke machtiging, maar het houdt wel in dat binnen die machtigingsperiode iedere poep of scheid die je laat wordt genoteerd, dus ieder flintertje mogelijk negatief gedrag kan onmiddellijk richting het ziektebeeld geplaatst worden. En dat zijn dat soort machten had de SPV'er in 2008 mij hadden moeten vertellen. <i>"Wij zijn een, ik ben een SPV'er van een ambulante psychiatrisch team. Wij kunnen dat allemaal leveren, maar wees gewaarschuwd, want wij kunnen ook dat allemaal veroorzaken"</i> .
4B	<i>Zelfontplooiing en sleutelpersonen</i>	<p>Zoals ik vorige keer zei, miste ik informatie, opleiding, en werk. Maar niet een opleiding of naar school gaan. Een opleiding in jezelf, van wat jij allemaal kunt. Niemand vertelde mij hoe goed de wereld is en dat ik erbij hoor. Iedereen, vooral als kind in zo'n situatie, moet horen: <i>"Dit definieert jou niet. Dit is niet jouw leven. Het is een situatie die je meemaakt."</i> En dat is met motivatie, sterkte, iemand die mij zou kunnen zeggen dat ik wel sterk was.</p> <p>Dus hier [wijst naar: naam jeugdopvang] werd ik behandeld met de gedachte: <i>"Oké, jij bent gebroken. We gaan jou proberen te fixen."</i> Maar dat helpt niet echt. Dat laat de persoon meer voelen: <i>"Oké, ik kon niks. Ik heb deze instanties nodig om dingen voor mij te regelen."</i> Eigenlijk moeten we het samen doen, zodat de persoon stap voor stap ook leert. Als je in een jaar tijd soms bij de [jeugdopvang], toen ik daar wegging, ook al had ik een beetje <i>knowledge</i>, dan zou ik verder kunnen gaan voor mezelf. Maar ik heb die kennis een beetje allemaal zelf moeten bouwen vanaf de hostel, dus werken voor je eigen geld en werken voor je onderdak boven je hoofd.</p>
4C	<i>Emanciperend</i>	Ik heb zoveel psychologen. Gesprekken gehad, zoveel. Niemand heeft gezegd tegen mij, dat ik nu elke keer zeg tegen mezelf: <i>"geloof in jezelf."</i> [...] Dat zeggen ze nooit. Zij maken diagnoses voor je, rapporteren voor je. Maar ze zouden jou nooit de medische pil geven. Wat het kind echt nodig heeft. En, dat is <i>"hier alsjeblieft slik dit, ik geloof in je. Ik zie jou staan. Ja jij mag er wezen, je mag er zijn, jouw stem wordt gehoord, mijn zoon. Ik voel jouw pijn. Ook al begrijp ik niet jouw verhaal. Ik voel jou pijn, jij wordt, jij bent hier thuis, ook al zit je jaren hier binnen in een</i>

		gesloten setting. Dit is wel jouw huis. Ook al zijn er mensen die te zeggen hebben over hoe laat jij thuis in dit gebouw moet komen en wat dan ook. Wij geloven in jou.”
--	--	--

Tabel 7: Aanbevelingen respondenten Zorg, Gezondheid & Autonomie: inclusieve besluitvorming, zelfontplooiing en sleutelpersonen en emanciperend. SPV = Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.

Initiatieven zoals het Stichting Bouwdepot-model tonen aan hoe financiële stabiliteit kan leiden tot betere gezondheidsuitkomsten door stress en onzekerheid te verminderen, wat bijdraagt aan een stabiel en zelfstandiger leven met meer toekomstperspectief. Deze onvoorwaardelijke financiële ondersteuning geeft jongeren de ruimte om zich te concentreren op hun herstel en maatschappelijke re-integratie, wat essentieel is voor het bevorderen van zeggenschap en eigen regie (Madern, 2024).

Door dergelijke initiatieven te integreren met bestaande zorgpraktijken kunnen zorginstellingen een meer responsieve, flexibele en respectvolle zorg bieden die rekening houdt met de individuele behoeften van dak- en thuisloze mensen. Elk van deze programma's draagt bij aan het verhogen van de sociale *insluiting* en verbetert de algemene levenskwaliteit door een omgeving te creëren die emancipatie bevordert (Madern et al., 2024).

Meerwaarde van de Methode

De gebruikte methoden, Life History Interviewing (LHI) en Life Mapping, bleken meerwaarde te bieden in het verkrijgen van diepere inzichten in de ervaringen van dak- en thuisloze individuen. Door het gebruik van visuele hulpmiddelen konden respondenten hun verhalen op een meer holistische en creatieve manier delen, wat leidde tot rijkere en meer genuanceerde data. Deze benadering heeft een aantal belangrijke voordelen. De combinatie van verbale en visuele methoden stelde de deelnemers in staat om complexe zelfidentiteiten, emoties en ervaringen beter te articuleren. Een treffend voorbeeld welke de meerwaarde van de ontwikkelde levenskaarten volgt uit het verhaal van een respondent die zijn adoptie vanuit Haïti, als een constante bron van emotioneel misbruik ervoer. Volgens de respondent, beschouwden zijn adoptieouders hem als een middel om hun eigen verlangens te vervullen, zonder rekening te houden met zijn emotionele behoeften en hechtingsproblemen. Deze ervaring van voortdurende miskennen en gebrek aan erkenning van zijn gevoelens leidde tot een gevoel van minderwaardigheid, het letterlijk zich niet thuis voelen in Nederland. De afbeelding van emotioneel misbruik die de respondent tijdens het Life Mapping-proces koos, gaf de dynamiek van onderdrukking en ondermijning van eigenwaarde aan. De visuele hulpmiddelen hielpen hem en andere respondenten om hun ervaringen te articuleren en dieperliggende oorzaken van aanhoudende emotionele pijn te delen en hierop te reflecteren. Hierdoor konden nuances en verbanden worden blootgelegd die anders wellicht onopgemerkt zouden zijn gebleven. Het proces van Life Mapping gaf de deelnemers een gevoel van *agency* en controle over hun eigen verhaal (Patterson et al.,

2012). Dit is een belangrijk aspect van epistemische rechtvaardigheid, wat de rechtvaardige kennisvergaring van de levensloop middels LHI benadrukt.

Door deelnemers de ruimte te geven om hun levensverhalen op hun eigen manier te vertellen, werd hun ervaringskennis gevalideerd. Dit draagt bij aan het doorbreken van het stigma en de vooroordelen die vaak geassocieerd worden met dakloosheid. Uit de resultaten blijkt dat deze methoden niet alleen waardevolle data opleveren, maar ook een therapeutisch effect kunnen hebben voor de deelnemers. Dit suggereert dat dergelijke benaderingen breed ingezet kunnen worden in onderzoek en praktijk om de ervaringen van gemarginaliseerde groepen beter te begrijpen en te erkennen.

Beperkingen van de Methode

Hoewel de gebruikte methoden aanzienlijke voordelen bieden, zijn er ook enkele beperkingen. De deelnemers aan dit onderzoek werden geworven via instellingen die contact hebben met de daklozenpopulatie. Dit kan hebben geleid tot een selectiebias waarbij de meest kwetsbare en geïsoleerde individuen mogelijk niet werden bereikt, echter het Stedelijk Daklozen Team is een ambulante zorgteam dat zich inzet voor veelal de meest kwetsbare dak- en thuisloze mensen in Rotterdam. Verdere beperkingen zijn dat de resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een relatief kleine steekproef van dak- en thuisloze individuen in Rotterdam. De populatie dak- en thuisloze mensen is heterogeen, en behoeft een grotere *sample size* om huidige bevindingen te toetsen, echter is de generaliseerbaarheid van deze methode moeilijk te duiden (Flaherty & Garratt, 2023). De methoden van LHI en Life Mapping zijn tijdsintensief en vereisen ervaring. Dit kan een belemmering vormen voor grootschalige toepassing in zowel onderzoek als praktijk. De analyse van complexe en subjectieve levensverhalen vereist een hoge mate van interpretatieve vaardigheid van de onderzoeker. Er is een risico op misinterpretatie of overinterpretatie van de data, wat de validiteit van de bevindingen kan beïnvloeden.

Ethische overwegingen bij Life History Interviewing

Bij kwalitatief onderzoek met kwetsbare groepen, zoals Life Mapping en LHI, zijn ethische overwegingen cruciaal. Een belangrijk aspect is het respecteren van de controle die deelnemers hebben over hun eigen verhaal. Zo is het essentieel om te voorkomen dat deelnemers door het delen van hun levensverhaal traumatische ervaringen herbeleven. Onderzoekers dienen duidelijk te maken dat deelnemers vrij zijn om te kiezen wat zij delen. Bijvoorbeeld, wanneer een deelnemer emotioneel reageerde op de wens om hun kind weer te zien, stelde ik voor het interview te onderbreken. Dit benadrukt het belang van het respecteren van de grenzen van de deelnemers. Verder, bij het gebruik van kaarten die negatieve jeugdervaringen weergeven, is het belangrijk om te vragen of de deelnemers zich herkennen in de afbeeldingen, zonder hen te verplichten om deze ervaringen te bespreken.

Daarnaast speelt de therapeutische schijn van het onderzoek een belangrijke rol (Smith, 2012). Het delen van gedetailleerde levensverhalen kan soms therapeutisch aanvoelen voor deelnemers, wat ethische complicaties kan opleveren als zij het onderzoek verwarren met daadwerkelijke therapie (ref). Een respondent sprak over de positieve uitkomsten van zijn herstelproces, zoals het opbouwen van nieuwe sociale contacten, wat illustreert hoe deelname aan het onderzoek therapeutisch kan lijken. Onderzoekers moeten duidelijk maken dat hun rol niet therapeutisch is en deelnemers volledig informeren over de aard van het onderzoek en de mogelijke impact van hun deelname. Informed consent gaat verder dan het simpelweg ondertekenen van een formulier; het waarborgen dat deelnemers echt begrijpen waar ze aan deelnemen en zich daar comfortabel bij voelen is cruciaal.

Mogelijkheden voor Toekomstig Onderzoek

Gezien de belangrijke bevindingen uit dit onderzoek over trauma-geïnformeerde zorg en de verankering van stigma in de geestelijke gezondheidszorg, bieden verschillende onderzoeksrichtingen potentieel voor verdere exploratie. Het onderzoeken van de implementatie en effectiviteit van trauma-geïnformeerde zorgpraktijken in verschillende instellingen zou kunnen bijdragen aan het doorbreken van de vicieuze cirkel van trauma en dakloosheid. Dit sluit aan bij het werk van Classen & Clark (2017), die de brede impact van trauma-geïnformeerde benaderingen op zorgbeleid en -praktijk benoemen (Classen & Clark, 2017).

Daarnaast zou onderzoek dat zowel het perspectief van dak- en thuisloze mensen onderzoekt als de inhoud van hun zorgdossiers vergelijkt, inzicht kunnen bieden in discrepanties tussen zelfgerapporteerde ervaringen en institutionele documentatie. Dit zou niet alleen de epistemische waarde van de ervaringen van deze groep benadrukken, maar ook bijdragen aan een beter begrip van de manieren waarop institutionele praktijken en beleid de werkelijke behoeften van cliënten mogelijk niet weerspiegelen. Onderzoek in deze richting zou ondersteund kunnen worden door literatuur die het belang van narratieve congruentie in de zorg benadrukt, zoals studies die de *misalignments* tussen cliëntverhalen en klinische interpretaties onderzoeken (McCabe et al., 2018). Dit zou niet alleen een rijkere dataverzameling opleveren, maar ook praktische implicaties hebben voor het verbeteren van zorgpraktijken en beleid.

Gezien de beperkingen van dit onderzoek zijn er verschillende gebieden waar toekomstig onderzoek zich op kan richten om de methoden verder te verfijnen en uit te breiden. Dit kan helpen om een breder scala aan ervaringen en perspectieven van dak- en thuisloze individuen te omvatten. Het gebruik van longitudinale onderzoeksdesigns kan helpen om veranderingen in de levensverhalen en ervaringen van dak- en thuisloze mensen over tijd te volgen. Dit kan inzicht geven in de dynamische interacties tussen verschillende levensdomeinen en de impact van interventies op de lange termijn. Het integreren van inzichten uit verschillende disciplines, zoals sociologie, psychologie, en gezondheidswetenschappen, kan helpen om een meer holistisch begrip te ontwikkelen van zowel de interacties die zich tijdens de interviews afspelen, als de bredere interpretatie van

de bevindingen van LHI en Life Mapping voor dak- en thuisloze mensen. Boesveldt & Loomans (2024) suggereren om verschillende zorgstakeholders van controle en zorg te onderzoeken, om de onnodige maatregelen van dwang te voorkomen (Boesveldt & Loomans, 2024). Toekomstig onderzoek kan voortbouwen op deze inzichten door de interacties tussen verschillende domeinen en stakeholders verder te verkennen. Het verder ontwikkelen en testen van innovatieve methodologische benaderingen, zoals participatieve en visuele methoden, kan helpen om de ervaringen van dak- en thuisloze mensen beter te begrijpen en te erkennen. Dit omvat tevens het verkennen van nieuwe manieren om complexe data te analyseren en te presenteren, zoals digitale storytelling en tijdslijnweergaven.

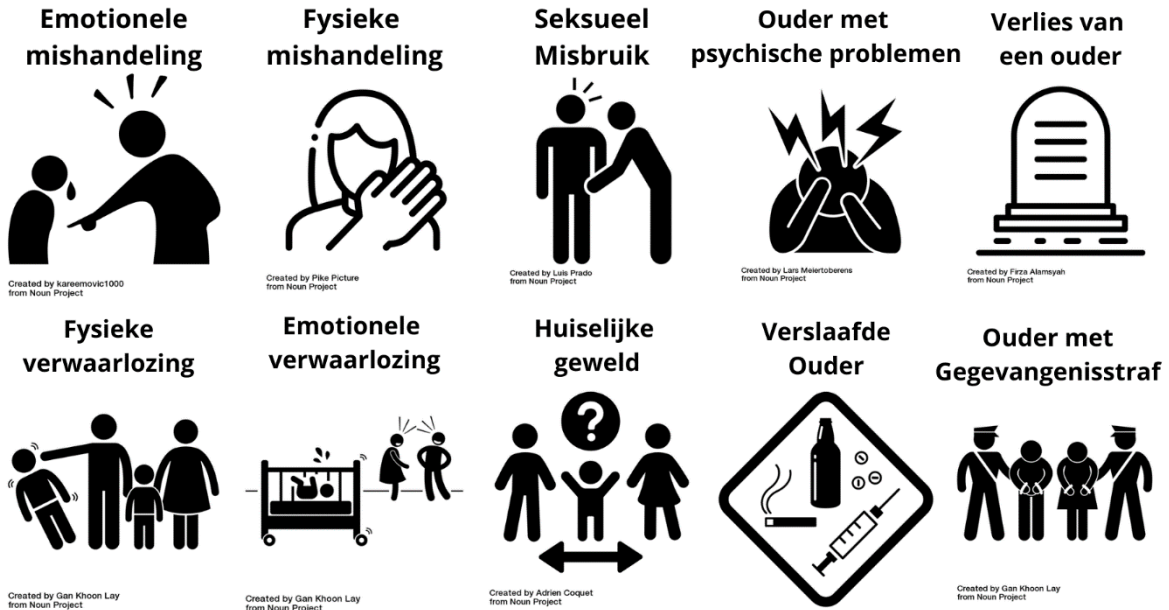
Conclusie

Dit onderzoek benadrukt de noodzaak voor een meer inclusieve en mensgerichte benadering in de zorg voor dak- en thuisloze individuen. Door te luisteren naar de levensverhalen en ervaringen van deze mensen, kunnen beleidsmakers en zorgverleners beter inspelen op hun behoeften en bijdragen aan een rechtvaardigere en menselijkere behandeling in alle maatschappelijke sectoren.





De bevindingen tonen aan dat negatieve jeugdervaringen een diepe en langdurige impact hebben op het leven van dak- en thuisloze individuen, en dat stigma en institutionele barrières hun situatie verder compliceren. Het gebruik van participatieve en visuele methoden zoals Life History Interviewing en Life Mapping biedt diepere inzichten en draagt bij aan de erkenning en waardering van hun ervaringskennis.







De inzichten uit dit onderzoek hebben belangrijke implicaties voor de praktijk. Beleidsmakers en zorgverleners moeten trauma-geïnformeerde en integrale zorgmodellen ontwikkelen die de autonomie en *agency* van dak- en thuisloze individuen respecteren en versterken. Dit vereist een fundamentele verschuiving in de manier waarop we denken over en omgaan met dakloosheid, waarbij de nadruk ligt op inclusie, rechtvaardigheid en menselijke waardigheid.

Appendix



Figuur 1: Betekenis levenskaarten negatieve jeugdervaringen (10).

ACE-SCORE	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13
 <small>Created by Gan Khoon Lay from Noun Project</small>													
 <small>Created by Gan Khoon Lay from Noun Project</small>													
 <small>Created by Luis Prado from Noun Project</small>													
 <small>Created by Pike Picture from Noun Project</small>													

 <small>Crafted by Esperanza1000 from Noun Project</small>													
 <small>Crafted by Haza Ajayraj from Noun Project</small>													
 <small>Crafted by Andree Cooper from Noun Project</small>													
													
 <small>Crafted by Dan Whinn Lay from Noun Project</small>													
 <small>Crafted by van Mechelen from Noun Project</small>													
TOTAAL	3	1	5	6	4	3	6	5	1	8	2	5	2

Tabel 8: Adverse Childhood Experiences respondentent met weergegeven met levenskaarten.

BIBLIOGRAFIE

Alain Badiou, Pierre Bourdieu, Judith Butler, Georges Didi-Huberman en Jacques Rancière. "Wat is een volk?" Octavo Publicaties, 2014, 93.

AT5. "Daklozen Lopen Vast in Het Zorgsysteem: 'Je Wordt Van Het Kastje Naar De Muur Gestuurd.'" mei 28, 2024. <https://www.at5.nl/artikelen/226823/daklozen-lopen-vast-in-het-zorgsysteem-je-wordt-van-het-kastje-naar-de-muur-gestuurd>.

Becker, Anne E., en Arthur Kleinman. "Mental Health and the Global Agenda." *New England Journal of Medicine* 369, no. 1 (2013): 66-73.

Belcher, John R., en Bruce R. DeForge. "Social Stigma and Homelessness: The Limits of Social Change." *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 22, no. 8 (2012): 929-46. <https://doi.org/10.1080/10911359.2012.707941>.

Boumans, Jenny, Hans Kroon, Bert Van Der Hoek, en Trimbos-instituut. "Ggz Uit De Knel." Trimbos-Instituut, 2023. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/01/AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf>.

Busch-Geertsema, Volker, Gesellschaft für Innovative Sozialforschung und Sozialplanung, and European Observatory on Homelessness. "Housing First Europe – Results of a European Social Experimentation Project." *European Journal of Homelessness* 8, no. 1 (augustus 2014): 1-16. https://www.feantsaresearch.org/download/article-01_8-13977658399374625612.pdf.

Centraal Bureau voor de Statistiek. "26,6 Duizend Dakloze Mensen Begin 2022." Centraal Bureau Voor De Statistiek, september 26, 2023. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/39/26-6-duizend-dakloze-mensen-begin-2022>.

Classen, C. C., & Clark, C. S. "Trauma-informed care." In *APA Handbook of Trauma Psychology: Trauma Practice*, edited by S. N. Gold, 515-41. American Psychological Association, 2017. <https://doi.org/10.1037/0000020-025>.

Crichton, Paul, Havi Carel, en Ian James Kidd. "Epistemic Injustice in Psychiatry." *BJPsych Bulletin* 41, no. 2 (april 1, 2017): 65-70. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>.

De Vries, Jan, "Collectieve Belangenbehartiging Op (Dreigende) Dakloosheid In Nederland," 2021. <https://straatalliantie.nl/wp-content/uploads/2022/03/Volledige-rapportage-collectieve-belangenbehartiging-dakloosheid.pdf>.

FEANTSA. "ETHOS Light: European Typology of Homelessness and Housing Exclusion. Measurement of Homelessness at European Union Level." 2018. <https://www.feantsa.org/download/fea-002-18-update-ethos-light-0032417441788687419154.pdf>.

Felitti, Vincent J, Robert F Anda, Dale Nordenberg, David F Williamson, Alison M Spitz, Valerie Edwards, Mary P Koss, en James S Marks. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults." *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (mei 1, 1998): 245-58. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

Flaherty, Jan, en Elisabeth Garratt. "Life History Mapping: Exploring Journeys Into and Through Housing and Homelessness." *Qualitative Research* 23, no. 5 (maart 10, 2022): 1222–43. <https://doi.org/10.1177/14687941211072788>.

Fricker, Miranda. "Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing." Oxford: OUP Oxford, 2007.

Gauntlett, David, en Peter Holzwarth. "Creative and Visual Methods for Exploring Identities." *Visual Studies* 21, no. 1 (april 1, 2006): 82-91. <https://doi.org/10.1080/14725860600613261>.

Jongerenpanel de Derde Kamer. "Sleutelfiguren in het leven van jongeren: hoe we samen dak- en thuisloosheid kunnen voorkomen," z.d. <https://irp.cdnwebsite.com/351083a6/files/uploaded/Sleutelfiguren%20in%20het%20leven%20van%20jongeren%20JP3%20-Document%20juli%202023.pdf>.

Kansfonds. "'Ik Voel Me Eindelijk Waardig' - Kansfonds," mei 30, 2023. <https://www.kansfonds.nl/artikelen/verhalen/ik-voel-me-eindelijk-waardig/>.

LeBlanc, Stephanie, en Elizabeth Anne Kinsella. "Toward epistemic justice: A critically reflexive examination of 'sanism' and implications for knowledge generation." *Studies in Social Justice* 10, no. 1 (2016): 59-78.

Link, Bruce G., en Jo C. Phelan. "Conceptualizing Stigma." *Annual Review of Sociology* 27 (2001): 363-385.

Maas, M., S. Al Shamma, A. Altena, N. Jansen, and J. Wolf. "Discus Amsterdam: Housing First Evaluatie van de werkzaamheid." Nijmegen: Rikken Print (2012).

Madern, Tamara, Barbera Van Der Meulen, Julia Te Boekhorst, Froukje Hovenkamp, Anna Custers, Marleen Kruihof, Ruth Dijkstra, et al. "Preventie Van Geldzorgen, Schulden En Armoede: Verschillende Typen Interventies in Kaart." Hogeschool Van Amsterdam, Lectoraat Armoede Interventies, 2024. https://pure.hva.nl/ws/portalfiles/portal/47497703/preventie_van_geldzorgen_-_30_intiatieven_in_kaart_2024_2_.pdf.

Ministerie van Algemene Zaken. "Nationaal Actieplan Dakloosheid Eerst Een Thuis." oktober 26, 2023. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/11/30/nationaal-actieplan-dakloosheid-eerst-een-thuis>.

Ministerie van Justitie en Veiligheid, "Huisvesting," Thema's | College Voor De Rechten Van De Mens, juli 25, 2023, <https://www.mensenrechten.nl/themas/huisvesting>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Herstel Begint Met Een Huis. Dakloosheid Voorkomen En Verminderen." mei 24, 2024. <https://www.raadrvs.nl/adviezen/herstel-begint-met-een-huis/documenten/publicaties/2020/04/21/herstel-begint-met-een-huis---dakloosheid-voorkomen-en-verminderen>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Sociaal Domein Op Koers?" July 12, 2023. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/11/16/sociaal-domein-op-koers>.

- Movisie en Stichting Zwerfjongeren Nederland (SZN). "Factsheet Zwerfjongeren Nederland," 2017. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Factsheet-Zwerfjongeren-Nederland-2017%20%5BMOV-4689514-1.4%5D.pdf>.
- Newbigging, Karen, en Julie Ridley. "Epistemic Struggles: The Role of Advocacy in Promoting Epistemic Justice and Rights in Mental Health." *Social Science & Medicine* 219 (december 1, 2018): 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.003>.
- Nilsson, Sandra Feodor, Merete Nordentoft, en Carsten Hjorthøj. "Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: A Systematic Review and Meta-analysis." *Journal of Urban Health* 96, no. 5 (august 6, 2019): 741–50. <https://doi.org/10.1007/s11524-019-00377-x>.
- Nusselder, Wilma J., Marcel T. Slockers, Luuk Krol, Colette T. Slockers, Caspar W. N. Looman, en Ed F. Van Beeck. "Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010." *PloS One* 8, no. 10 (oktober 2, 2013): e73979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073979>.
- Padgett, Deborah, Benjamin Henwood, en Sam Tsemberis. *Housing First*. 2015. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199989805.001.0001>.
- Patterson, Michelle L., Melinda A. Markey, en Julian M. Somers. "Multiple Paths to Just Ends: Using Narrative Interviews and Timelines to Explore Health Equity and Homelessness." *International Journal of Qualitative Methods* 11, no. 2 (april 1, 2012): 132–51. <https://doi.org/10.1177/160940691201100202>.
- Reilly, Johanna, Iris Ho, en Andrea Williamson. "A Systematic Review of the Effect of Stigma on the Health of People Experiencing Homelessness." *Health & Social Care in the Community* 30, no. 6 (2022): 2128–2141.
- Rosenthal, Gabriele. "Reconstruction of life stories: Principles of selection in generating stories for narrative biographical interviews." *The narrative study of lives* 1, no. 1 (1993): 59–91.
- Sheridan, Joanna, Kerry Chamberlain, en Ann Dupuis. "Timelining: Visualizing Experience." *Qualitative Research* 11, no. 5 (oktober 1, 2011): 552–69. <https://doi.org/10.1177/1468794111413235>.
- Slockers, Marcel, Igor van Laere Maria van den Muijsenbergh, Nederlandse Straatdokter Groep (NSG), Gezondheidscentrum DWL-de Esch, and Radboudumc. "Gezondheidsproblemen Bij Daklozen." *Huisarts Wet.* Vol. 60, juli 2017. <https://www.henw.org/system/files/download/HW60-360.pdf>.
- Slockers, M. T., W. J. Nusselder, C. W. N. Looman, C. J. T. Slockers, L. Krol, en E. F. van Beeck. "The Effect of Local Policy Actions on Mortality Among Homeless People: A Before-after Study." *European Journal of Public Health* 25, no. 2 (september 15, 2014): 290–92. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku155>.
- Slockers, Marcel T, Wilma J Nusselder, Judith Rietjens, en Ed F Van Beeck. "Unnatural Death: A Major but Largely Preventable Cause-of-death Among Homeless People?" *European Journal of Public Health* 28, no. 2 (februari 4, 2018): 248–52. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky002>.

Smith, Joan M. "Reflections on using life history to investigate women teachers' aspirations and career decisions." *Qualitative Research* 12, no. 4 (2012): 486-503.

Smulders, L. M., S. Bunt, J. J. C. Van Eerten, en J. Mak. "Rapportage onderzoek zwerfjongeren en schulden." Utrecht: Labyrinth Onderzoek en Advies (2018).

Straat Consulaat. "Straat Consulaat | Belangenbehartiging Dakloze Mensen Den Haag." juni 18, 2024. <https://www.straatconsulaat.nl/>.

Tong, A., P. Sainsbury, en J. Craig. "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-item Checklist for Interviews and Focus Groups." *International Journal for Quality in Health Care* 19, no. 6 (September 16, 2007): 349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

Van Laere, Igor R, Matty A de Wit, en Niek S Klazinga. "Pathways Into Homelessness: Recently Homeless Adults Problems and Service Use Before and After Becoming Homeless in Amsterdam." *BMC Public Health* 9, no. 1 (januari 7, 2009): Article 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-3>.

Van Laere, Igor, Ronald Smit, and Maria van den Muijsenbergh. "Sociaal-medische En Tandheelkundige Zorg Voor Dak- En Thuislozen." *TSG. Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen* 96, no. 7 (juli 2, 2018): 283–89. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0164-8>.

Van Leerdam, John. "Analysing Costs and Benefits of Homelessness Policies in the Netherlands: Lessons for Europe." *European Journal of Homelessness* _ Volume 7, no. 2 (2013).

Verheul, Marieke, Igor van Laere, Maria van den Muijsenbergh, and Will Van Genugten. "Self-perceived Health Problems and Unmet Care Needs of Homeless People in the Netherlands : The Need for Pro-active Integrated Care." *Journal of Social Intervention* 29, no. 1 (February 21, 2020): 21. <https://doi.org/10.18352/jsi.610>.

Verra, Sanne E., Maartje P. Poelman, Andrea L. Mudd, John De Wit, and Carlijn B.M. Kamphuis. "Trapped in Vicious Cycles: Unraveling the Health Experiences and Needs of Adults Living With Socioeconomic Insecurity." *Archives of Public Health* 82, no. 1 (april 16, 2024). <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01281-w>.

United Nations, Human Rights Council. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." Report. Human Rights Council, juni 6, 2017. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g17/076/04/pdf/g1707604.pdf?token=Nf68UstvRMork3D EMC&fe=true>.

Wewerinke, D., Schel, S., Kuijpers, M., De Vries, J. & Van Doorn, L. (2023). Iedereen telt mee. Resultaten eerste ETHOS telling dak- en thuisloosheid regio Noordoost Brabant. Utrecht: Hogeschool Utrecht.