

# **Wlz Woonwensen Amsterdam**

## ***Onderzoek naar de woon- en zorgbehoeften van Wlz cliënten in de regio Amsterdam***

Michiel Klaver

Martijn Kikkert

Mariken de Koning

Max Huber

Maaïke van Vugt

Met medewerking van

Annijje van Dijk

Evelien Nijland

In opdracht van het netwerkoverleg Wlz-GGZ Amsterdam

2023

## Inhoud

Aanleiding .....	4
Doel- en vraagstelling .....	4
Methode .....	5
Werving respondenten.....	5
Analyses.....	6
Resultaten van de interviews.....	7
Beschrijving respondenten.....	7
Huidige woonsituatie en woonduur.....	9
Eigen meubels en spullen, inrichting .....	11
Gemeenschappelijke ruimte .....	11
Buurt, leefomgeving, faciliteiten.....	11
Huisdieren.....	12
Thuisgevoel.....	12
Eigen sanitair .....	13
Schoonmaken .....	13
Sociale contacten.....	13
Ontvangen bezoek.....	13
Kinderen .....	14
Contact medebewoners .....	14
Persoonlijke verzorging en voeding .....	14
Persoonlijke verzorging.....	14
Voeding, koken .....	15
Veiligheid .....	15
Privacy en autonomie .....	17
Leefstijl, middelengebruik.....	18
Middelen .....	18
Roken.....	19
Ondersteuning en begeleiding.....	19
Woonbegeleiding .....	19
Naasten over begeleiding.....	20

Expertise woonbegeleiding .....	20
Wisselingen personeel/personeelstekort .....	21
Behandeling.....	21
Medicatie.....	21
Somatiek.....	22
Financiën .....	22
Woonwensen.....	23
Woonwens: perspectief cliënt.....	23
Woonwens: perspectief begeleiding.....	24
Woonwens: perspectief naaste.....	24
Verschillende perspectieven .....	24
Resultaten van de kwantitatieve uitvraag.....	27
Aantallen GGZ Wonen-indicaties .....	27
Wachlijsten en -tijden .....	29
Conclusies en discussie .....	34
Aanbevelingen .....	34
Dankwoord .....	36
Literatuurlijst .....	37
Bijlage 1 Kenmerken geïnterviewde cliënten.....	38
Bijlage 2 Leden expertgroep .....	39

## Aanleiding

Sinds 2021 hebben volwassenen die voldoen aan de inhoudelijke toelatingscriteria ook op grond van een psychische stoornis directe toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Voorheen hadden alleen cliënten met een psychische aandoening die langer dan drie jaar klinisch opgenomen waren toegang tot de Wlz (Wlz Voortgezet Verblijf). Deze toegang is dus verruimd per 2021. In vijf nieuwe zorgprofielen (“GGZ Wonen”) is omschreven welke zorg en ondersteuning cliënten met een psychische aandoening als grondslag vanuit de Wlz<sup>1</sup> kunnen krijgen (zie onderstaande tabel). Het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) kent een zorgprofiel toe op basis van de ondersteuningsbehoefte van een cliënt.

**Tabel GGZ Wonen zorgprofielen**

GGZ Wonen 1	GGZ wonen met intensieve begeleiding
GGZ Wonen 2	GGZ wonen met intensieve begeleiding
GGZ Wonen 3	GGZ wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
GGZ Wonen 4	GGZ wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
GGZ Wonen 5	GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

Cliënten die op grond van een psychische stoornis een Wlz indicatie hebben, kunnen op verschillende manieren zorg ontvangen. Voor cliënten die in een instelling wonen kan dat via een zorgzwaartepakket (zvp). Voor cliënten die thuis wonen is er het volledig pakket thuis (vpt) of het modulair pakket thuis (mpt). Cliënten kunnen de zorg ook met een persoonsgebonden budget (pgb) inkopen (NZA, 2022).

Om meer zicht te krijgen op de specifieke kenmerken en zorgbehoeften van deze cliënten heeft het netwerkoverleg Wlz-GGZ Amsterdam opdracht gegeven aan de onderzoeksteams van Arkin en HVO-Querido om een onderzoek uit te voeren. Met een beter beeld van de doelgroep en de opgedane kennis over zorgbehoeften en woonwensen kunnen betrokken organisaties het GGZ Wlz<sup>1</sup> aanbod beter laten aansluiten op de vraag en mogelijke knelpunten verminderen.

## Doel- en vraagstelling

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief deel. Door middel van bestaande data van zorgorganisaties in Amsterdam die cliënten begeleiden of behandelen die een GGZ Wlz-indicatie hebben met als grondslag een psychische aandoening, wordt in kaart gebracht welke voorzieningen gebruikt worden door cliënten met een GGZ Wlz-indicatie (of waarvoor ze op de wachtlijst staan),

---

<sup>1</sup> Wlz indicatie met als grondslag een psychische aandoening' wordt omwille van de leesbaarheid in het rapport aangeduid met 'GGZ Wlz'.

welk Wlz-zorgprofiel ze hebben, welke diagnoses veel voorkomen en, voor zover bekend, wat hun leeftijd is.

Het doel van het kwalitatieve onderzoek was om thema's te inventariseren die relevant zijn voor cliënten met GGZ Wlz-indicatie, hulpverleners en naasten als het gaat om woon- en zorgbehoeften, zowel thema's die vaker genoemd worden als thema's die specifiek zijn (voor een bepaalde subdoelgroep).

## Methoden

Het onderzoek bestaat uit een kwalitatief en een kwantitatief deel. Het kwalitatieve onderzoek richt zich op het verdiepen van de kennis over zorg- en woonbehoeften van cliënten met een GGZ Wlz-indicatie, vanuit een triadisch perspectief, dat wil zeggen: vanuit de cliënt zelf, een naaste en de professional. Hiertoe zijn semigestructureerde vragenlijsten opgesteld met zowel open als gesloten vragen over huidige zorg- en woonbehoeften en (toekomstige) woonwensen. De vragenlijst die is opgesteld voor de cliënt vormde de basis voor de vragenlijsten voor naasten en professionals. De vragenlijsten zijn voorgelegd aan de voor dit onderzoek ingestelde expertgroep, waarin wetenschappelijke, beleids-, professionele en ervaringskennis vertegenwoordigd was<sup>2</sup>. De interviews zijn uitgevoerd door onderzoekers van Arkin, PerMens en HVO-Querido. Bij de helft van de interviews werd er samengewerkt met een co-interviewer met ervaringskennis. Twee van hen hebben cliënt-ervaring in de GGZ en één is familie-ervaringsdeskundige.

Aan de organisaties in Amsterdam die een GGZ Wlz aanbod hebben, is gevraagd om op geaggregeerd niveau gegevens aan te leveren over hun cliënten met een GGZ Wlz-indicatie en wachtlijsten. Zes organisaties hebben deze informatie in de zomer/begin van het najaar van 2022 aangeleverd, één begin 2023. Daarnaast zijn beschikbare documenten met regionale dan wel landelijke cijfers over het GGZ Wlz aanbod bekeken. Aanvullend is een gesprek gevoerd met de kwaliteitsadviseur van Zilveren Kruis Zorgkantoor over vraag en aanbod van GGZ Wlz.

Zodra de dataverzameling was afgerond is met de eerdergenoemde expertgroep gekeken naar de mate van herkenbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek, of dat zij mogelijk nog specifieke thema's missen of willen benadrukken. Zo is de praktische geldigheid van het onderzoek geborgd.

De triadische aanpak geeft ruimte voor verschillende perspectieven van de betrokkenen (Abma & Stake, 2014; Lincoln & Guba, 1985). In het onderzoek is sprake van verschillende vormen van triangulatie (verschillende soorten gegevensverzameling, triadische interviews en verschillende onderzoekers) om het risico op vertekening te beperken (Denzin, 1989; Kimchi et al., 1991).

## Werving respondenten

De ambitie was om circa 20 triadische interviews uit te voeren, dus 20 interviews met cliënten, 20 interviews met naasten van die cliënten en 20 interviews met hulpverleners van die cliënten, gezamenlijk 60 interviews. In afstemming met de expertgroep is ervoor gekozen om te streven naar diversiteit wat betreft type Wlz-zorgprofiel, type voorziening, de verschillende organisaties, leeftijd en ook één of twee respondenten te spreken uit aanpalende voorzieningen (MO, langdurig klinisch Wlz Voortgezet Verblijf, langdurig klinisch ZVW).

Omdat het werven van cliënten die zowel toestemming gaven om een begeleider als een naaste te interviewen, moeizaam verliep, is gedurende het wervingsproces ervoor gekozen om ook cliënten te

---

<sup>2</sup> Zie Bijlage 2 Leden van de expertgroep

werven die geen toestemming gaven om een naaste te interviewen of geen naaste konden aandragen.

De werving van respondenten is voornamelijk binnen de organisatie zelf gebeurd, door een daar werkzame onderzoeker. Bij Cordaan, waar geen onderzoeker maar wel een beleidsadviseur betrokken was bij het onderzoek, heeft deze persoon de werving uitgezet. Cliënten zijn vaak via begeleiders geworven, maar ook direct door middel van flyers en het bezoeken aan afdelingen door de onderzoeker. Tijdens de interviews met cliënten is aan hen toestemming gevraagd een begeleider en een naaste te benaderen. Cliënten konden zelf aangeven welke naaste en welke begeleider geïnterviewd zou worden.

De respondenten zijn middels een informatiebrief geïnformeerd over het doel van het onderzoek en privacy-aspecten en hebben een informed consent getekend.

### Analyses

De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen (geluidsopname) en de eerste opnames zijn getranscribeerd. Uit pragmatische overwegingen zijn de andere interviews samengevat, meteen na het gesprek en met ondersteuning van de opname. Het eerste interview is door twee onderzoekers afzonderlijk samengevat en deze samenvattingen zijn met elkaar vergeleken. Voor zover nodig zijn specifieke fragmenten nogmaals teruggeluisterd tijdens de analyse. De teksten zijn vervolgens gecodeerd in MAXQDA en Excel. Daarbij is gewerkt volgens een iteratief proces, waarbij topics van de vragenlijst als uitgangspunt zijn gebruikt, aangevuld met thema's die voortkomen uit de empirische data. De triadische interviews hebben we waar mogelijk aan elkaar gekoppeld, zodat we de ervaringen en meningen van bewoner, naaste en begeleider met elkaar kunnen vergelijken. Zowel voor de specifieke bewoners als voor de bredere analyse geeft dit een dieper inzicht in het vraagstuk van dit onderzoek, waardoor we een meer authentieke weergave van de werkelijkheid kunnen beschrijven (Abma & Stake, 2014; Lincoln & Guba, 1985).

De kwantitatieve data die zijn aangeleverd door de organisaties, zijn verwerkt in een Excelbestand.

Gedurende de analyse heeft er regelmatig uitwisseling plaatsgevonden tussen de onderzoekers om voorlopige resultaten te bespreken en verdiepen en zo de analyse aan te scherpen, wat bij heeft gedragen aan de authenticiteit en gezamenlijk begrip van de bevindingen van dit onderzoek (Abma & Stake, 2014; Lincoln & Guba, 1985). Daarnaast zijn in sessies met de expertgroep de (voorlopige) bevindingen besproken, wat de analyse aanscherpte alsmede een gedeeld begrip van de kernbevindingen (Doyle, 2007; Lincoln & Guba, 1985).

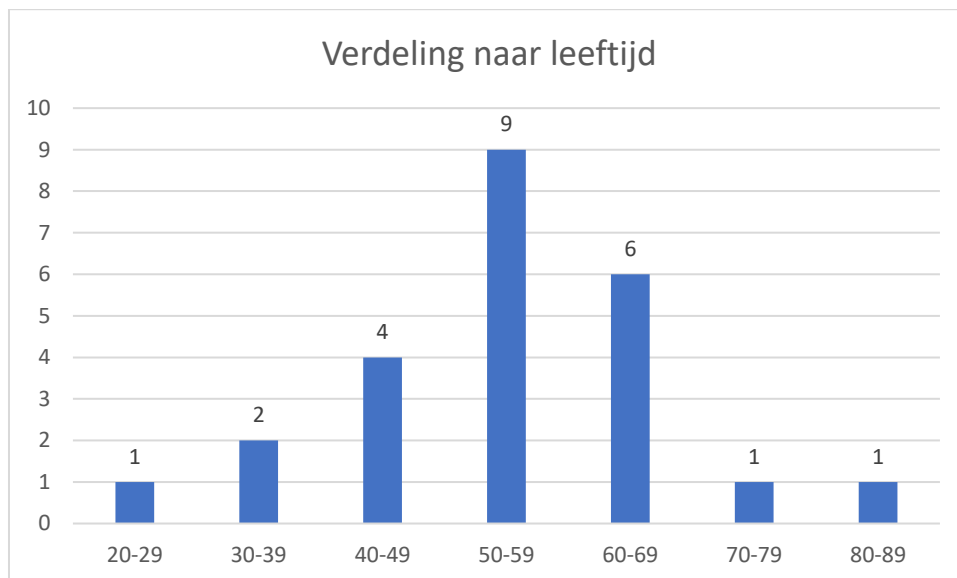
## Resultaten van de interviews

### Beschrijving respondenten

In totaal zijn er 24 cliënten, 21 begeleiders en acht naasten geïnterviewd. Van de acht naasten hadden zeven een directe band met de cliënt. Eén naaste is niet gelinkt aan een van de geïnterviewde cliënten, maar heeft wel verteld over haar naaste, die woonbegeleiding in Amsterdam krijgt en een GGZ Wlz-indicatie heeft.

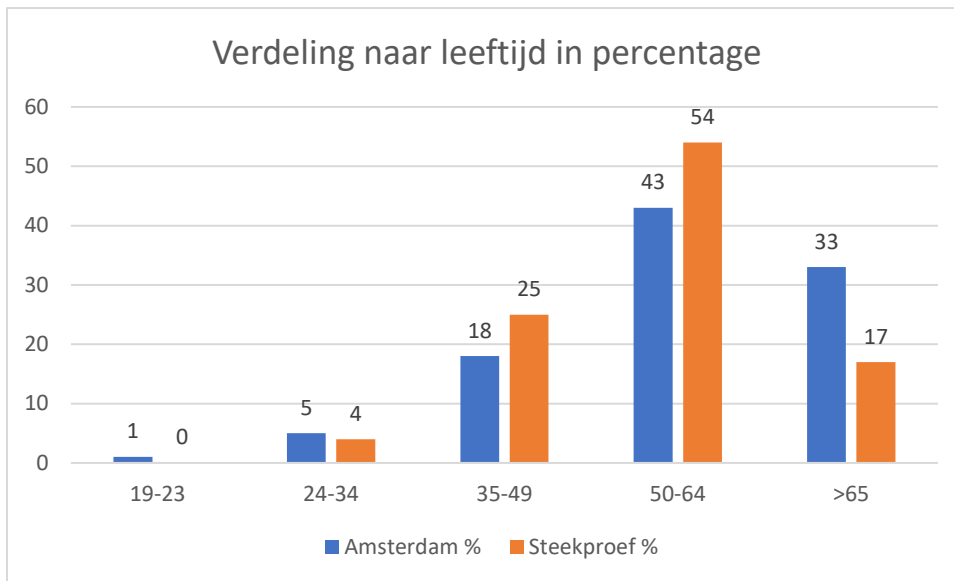
De 24 geïnterviewde cliënten zijn verdeeld over twaalf afdelingen van vier organisaties (Arkin, Cordaan, HVO-Querido en PerMens), verspreid over alle stadsdelen van Amsterdam. Twee van de cliënten krijgen ambulante woonbegeleiding, zestien cliënten wonen in een woonvoorziening en zes verblijven langdurig in een kliniek. Van de cliënten in de kliniek verblijven er drie in een aanleunappartement, één in een open setting en twee in een gesloten setting. Van de geïnterviewde cliënten zijn er 14 man en 10 vrouw. In onderstaande tabel is de leeftijdsverdeling van de cliënten weergegeven.

**Tabel: leeftijd respondenten (n=24)**



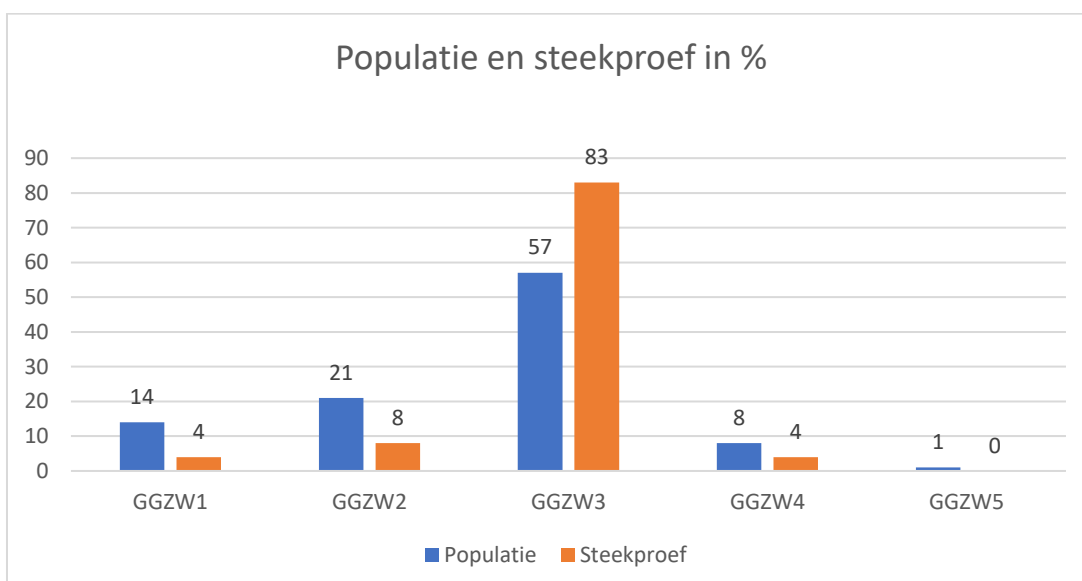
Uit de regioanalyse van het Zilveren Kruis blijkt dat de leeftijdsverdeling van de steekproef in dit onderzoek redelijk goed overeenkomt met de percentages GGZ Wlz cliënten in de regio Amsterdam (zie onderstaande tabel).

**Tabel: Leeftijdpercentages steekproef en regiogegevens**



De doelstelling was om een diverse groep cliënten te werven. Dit is op veel vlakken, namelijk leeftijd, verblijfsduur, type woonvoorziening en locatie/stadsdeel, gelukt. Wat betreft type Wlz GGZ Wonen indicaties is de groep respondenten vrij homogeen. Twintig (83%) van de respondenten heeft een Wlz GGZ Wonen 3 indicatie. Eén respondent heeft een Wlz GGZ Wonen 1 indicatie, twee Wlz GGZ Wonen 2 en één respondent heeft Wlz GGZ Wonen 4. Het grote percentage van respondenten in de Wlz GGZ Wonen 3 categorie komt overeen met de cijfers van de populatie bij de vier organisaties waar de interviews zijn gehouden (zie onderstaande tabel). Ook komt dit overeen met de landelijke verdeling (NZA, 2022). Wel is er in de steekproef sprake van een overrepresentatie van WIZ Wonen 3 en is het niet gelukt om cliënten met aanpalende indicaties (o.a. Wlz Voortgezet Verblijf) te interviewen. In bijlage 1 staat een overzicht van kenmerken van de geïnterviewde cliënten (woonsituatie, Wlz indicatie, leeftijdscategorie, problematiek).

**Tabel: Verdeling Wlz GGZ Wonen indicaties steekproef en populatie (Arkin, HVO-Querido, Cordaan en PerMens)**





De geïnterviewde begeleiders zijn voornamelijk werkzaam in de functie ‘persoonlijk begeleider’. Daarnaast zijn er een aantal werkzaam als verpleegkundige, en één als zorgcoördinator.

De naasten hebben hun relatie tot de cliënt als volgt beschreven: drie zijn de zus van, één is moeder van, één is neef van, één is een medebewoner van<sup>3</sup>, één is een broer van en één is de zus van een medebewoner.

### Huidige woonsituatie en woonduur

De huidige woonsituatie van de geïnterviewde cliënten varieert (zie onderstaande tabel). De meeste respondenten (22; 92%) wonen/verblijven in een setting waar 24 uur per dag begeleiding aanwezig is. Zes hiervan verblijven in een klinische GGZ setting, waarvan twee op een gesloten afdeling, één op een open afdeling en drie in een aanleunwoning. De overige twee respondenten hebben een zelfstandige woning in de stad. Zij ontvangen ambulante woonbegeleiding.

**Tabel: huidige woonsituatie geïnterviewde cliënten**

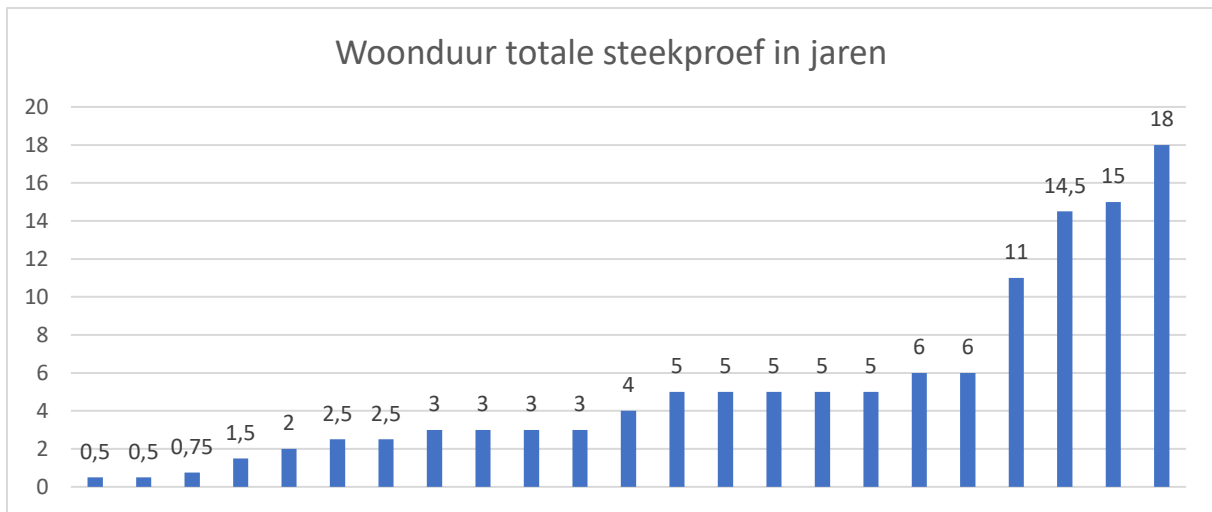
Woonsetting	Aantal
<b><i>Intramuraal</i></b>	22
Woonvoorziening	16
Kliniek	6
<i>Gesloten setting</i>	2
<i>Open setting</i>	1
<i>Aanleunwoning</i>	3
<b><i>Ambulant</i></b>	2
<b><i>Totaal</i></b>	24

De woonduur van de cliënten varieert van een half tot 18 jaar, gemiddeld zo’n 5 jaar. Van één respondent is de woonduur onbekend<sup>4</sup>. De respondenten uit de klinische GGZ setting verblijven daar gemiddeld 4 jaar, met als kanttekening dat het niet altijd duidelijk is of het om het totale verblijf bij de locatie gaat, of specifiek deze (intramurale) woonfase. De respondenten die in een 24 uren setting (niet klinisch) wonen, wonen hier gemiddeld 5 jaar. De ambulante begeleide respondenten wonen vijf en vijftien jaar in hun woning (zie onderstaande tabel).

<sup>3</sup> De medebewoner speelt een belangrijke rol in het leven van desbetreffende cliënt. ,

<sup>4</sup> Respondent gaf hierover geen precieze informatie (“een tijdje”) en gaf geen toestemming om de begeleiding te spreken.

**Tabel: woonduur steekproef**



De resultaten van de triadische interviews worden beschreven aan de hand van de volgende thema's:

Eigen meubels en spullen, inrichting;

Gemeenschappelijke ruimte;

Buurt, leefomgeving, faciliteiten;

Huisdieren;

Thuisgevoel;

Eigen sanitair;

Schoonmaken;

Sociale contacten;

Persoonlijke verzorging en voeding;

Veiligheid;

Privacy en autonomie;

Leefstijl, middelengebruik;

Ondersteuning en begeleiding;

Behandeling;

Medicatie;

Somatiek;

Financiën;

Woonwensen.

## Eigen meubels en spullen, inrichting

De meeste intramuraal wonende cliënten hebben een combinatie van eigen meubilair en dat van de locatie. Bed, kledingkast, tafel en stoelen worden gefaciliteerd door de organisatie en kunnen eventueel vervangen worden door de bewoner. De meerderheid van de cliënten benoemt moeite te hebben met de regels m.b.t. eigen meubilair, spullen en inrichting. Zo vertelt een cliënt dat haar gezegd was dat ze eigen spullen mee mocht nemen, terwijl de woning al vol stond met meubilair. Zij heeft haar eigen spullen nu opgeslagen. Haar begeleider geeft aan dat zij wel haar eigen spullen mag meenemen, maar niet een eigen bed of andere grote meubelstukken. *"Dat komt ook omdat we aan regels gebonden zijn in verband met brandveiligheid, alles moet geïmpregneerd zijn, alles moet brandwerend zijn zeg maar."* (begeleider) De andere twee respondenten van dezelfde locatie benoemen ook dat zij geen eigen spullen in de kamer mogen. Een respondent van een andere locatie vertelt dat een deel van zijn spullen van zijn kamer verwijderd is. Hiervoor heeft hij een vergoeding ontvangen. Ook in dit geval speelt brandveiligheid een rol, maar ook hygiëne, aldus de begeleider. De cliënt zegt hierover: *"Ik vind het gewoon belachelijk. Is mijn eigendom, het is van mij. Waarom moeten ze dat doen? Omdat gevaarlijk voor brand, allemaal van die rare praatjes. Maarja, hoe moet ik het zeggen. Je hebt niks te vertellen als het ware."* (cliënt) De begeleider geeft aan: *"Dat was wel pittig. Dat is zijn thuis, en daar moet je dan iets mee doen. Dat was moeilijk, voor [naam] vooral."* (begeleider)

Verven mag op sommige locaties wel, op sommige locaties is dit toegestaan op één muur, en op sommige locaties helemaal niet. Bij één locatie vragen ze bij de intake/kennismaking aan de cliënt of en hoe ze de ruimte geverfd willen hebben en wordt dit vervolgens gedaan. Bij een locatie waar officieel niet geverfd mag worden, laat de begeleiding het wel toe. *"De organisatie wil dat liever niet, maar ik had zo iets van, bij iemand om zich prettiger in zijn woning te laten voelen, een muur te schilderen."* (begeleider) Eén bewoner van een locatie waar niet geschilderd mag worden, benoemt dit jammer te vinden: *"Ik mag dat [verven] niet doen daar. Ik wil zo graag gekleurde muren."* (cliënt)

## Gemeenschappelijke ruimte

Bijna alle intramurale locaties hebben een gemeenschappelijke ruimte. Er is veel variatie in de mate waarin bewoners hier gebruik van maken. Sommigen zitten er de hele dag, en wachten tijdens sluiting tot het weer opengaat. Anderen brengen meer tijd op hun kamer door. Op één locatie is geen gemeenschappelijke kamer. Dit wordt door zowel de bewoner als zijn naaste en begeleider als gemis ervaren. *"Ik denk dat als zij in een woning zou wonen waar ook andere mensen zijn met zo'n gemeenschappelijke ruimte, dan zou hij elke dag daar komen en daar eten. Dan zou die ook niet naar die kroeg gaan."* (naaste) De begeleider zegt hierover: *"Hij heeft een goed gevulde week qua dagbesteding, maandag t/m vrijdag, maar hij mist vaak wat reuring, gezelligheid om zich heen, voelt zich soms eenzaam. Een gemeenschappelijke ruimte binnen de woonvorm, waar hij mensen en begeleiding kan ontmoeten, zou heel fijn zijn."* (begeleider)

Sommige cliënten zijn niet tevreden over de hygiëne van de gemeenschappelijke ruimtes. Zo zegt een cliënt: *"Nou, het enige waar ik minder tevreden over ben is dat sommige bewoners er een dikke bende van maken, om het maar zo uit te drukken."* Een andere cliënt vertelt: *"Dan blijft het gewoon staan. Voor de volgende dag. Zodat iedereen kan zien wat voor teringboel het is. Om op die manier ervoor te zorgen dat andere bewoners het gaan opruimen."*

## Buurt, leefomgeving, faciliteiten

De meeste cliënten zijn positief over de buurt waarin ze wonen, of hebben er in elk geval geen problemen mee. De rust wordt vaak genoemd als positieve factor, al vindt één respondent het juist

lastig als het te stil is. *"Het is stil, zoals nu. Het is altijd stil hier. Ik denk dat ik een beetje wegdrijf, hè? Dus heb ik mijn radio aan staan."* (cliënt) Er zijn drie cliënten die zich niet (altijd) veilig voelen in de buurt. Enkele bewoners geven aan liever in een ander stadsdeel te willen wonen. Eén van hen wil graag terug naar een stadsdeel waar hij lange tijd gewoond heeft. Hij geeft aan daar vaak heen te gaan en daar ook meer mensen te kennen. Zijn begeleider heeft hem juist liever niet in die buurt en geeft aan dat hij bewust daar ver vandaan geplaatst is, ver weg van verleidingen, alcohol en drugs. *"Ik denk dat hij daar heel snel afglijdt weer."*, zegt de begeleider daarover. De begeleider geeft aan dat ook zijn familie hem liever niet daar ziet wonen, het liefst zelfs verder weg en uit Amsterdam, in verband met die verleidingen. Eén vrouwelijke cliënt geeft aan dat ze regelmatig wordt lastiggevallen door mannen in de buurt. Ze wordt door hen aangesproken en soms nageroepen, soms ook vanwege haar afkomst. Voor haar is dit een reden om liever in een andere buurt te wonen.

De geïnterviewde naasten zijn allemaal positief over de buurt waar hun naaste woont.

De cliënten geven aan vooral veel gebruik te maken van winkels en markten in de buurt waar ze wonen. Slechts vier bewoners geven aan dat ze ook gebruik maken van inloop-/ buurthuizen in de omgeving. Twee cliënten geven aan wel eens naar een café te gaan. Bibliotheekbezoek is sporadisch bevraagd, waarop niemand heeft bevestigd daar gebruik van te maken. De cliënten geven niet aan bepaald aanbod in de buurt te missen, of het nou winkels of buurthuizen betreft.

## Huisdieren

Huisdieren zijn op sommige locaties wel en op andere locaties niet toegestaan. Waar het niet mag, zijn er enkele cliënten die wel graag een huisdier willen hebben. Vaak gaat het om een kat en één cliënt benoemt dat ze vogeltjes of vissen zou willen houden als het mocht. Begeleiders benoemen dat als er huisdieren zijn, het van belang is dat er goede afspraken worden gemaakt, zoals wie er voor de dieren zorgt als de cliënt daar (tijdelijk) niet toe in staat is. Op twee locaties heeft de begeleiding eens lang moeten zorgen voor een hamster of parkieten, omdat de cliënt tijdelijk niet in staat was om ervoor te zorgen. Eén bewoner heeft een kat en noemt die als een enorme steun. Zijn zus benoemt echter ook belemmerende factoren van het huisdier. Zo is de cliënt bang om te verhuizen omdat hij dan misschien niet zijn kat mee mag nemen, terwijl zijn zus de huidige woonvorm niet passend vindt. Bovendien benoemt ze dat de hele woning vol ligt met kattenvoer en hij zijn kat aanzienlijk beter en vaker voedt dan zichzelf. *"Eten doet hij zelf gewoon niet. Die kat krijgt wel eten."* En: *"Er staan bijvoorbeeld 20 blikjes kattenvoer open. Want daar zegt hij lust het andere niet dus dan zet ik er nog meer bij. Dus er liggen overal etensresten van de kat. Als je daar loopt moet je echt je best doen dat je er niet in gaat staan."*

## Thuisgevoel

Van de cliënten aan wie gevraagd is of men zich thuis voelt in de woning, beantwoorden alle cliënten dit met een ja. Eén cliënt noemt haar thuis haar eigen (koop)woning, waar zij momenteel niet verblijft. Begeleiders die deze vraag hebben beantwoord, benoemen allemaal dat ze de indruk hebben dat de cliënten zich thuis voelen. Ze geven aan dit op te maken uit het gedrag van de cliënt. Ze benoemen onder andere dat ze "zichzelf zijn", vrolijk zijn, grappen maken en bijvoorbeeld makkelijk naar de begeleiding stappen. Eén begeleider benoemt wel dat het veelvuldig inzetten van uitzendkrachten mogelijk een negatief effect kan hebben op het thuisgevoel van bewoners: *"Ik weet zeker dat dat een inbreuk is op hun thuisgevoel, dat kan niet anders. Dat je minder het gevoel hebt dat je terecht kan met je vragen. Op een bord op de gang staan de namen van wie er vandaag werkt, elke bewoner checkt dat."* Ook van de naasten geeft niemand aan dat hun naaste zich niet thuis voelt. Eén moeder geeft aan dat ze haar zoon met plezier weer naar zijn huis ziet gaan. Een andere

naaste vertelt: *"Hij voelt zich wel thuis. Hij zegt wel eens dat ie weg wil, maar een paar dagen later zegt hij: ik blijf hier."*

### Eigen sanitair

Op cliënten van twee locaties na, heeft iedereen zijn eigen badkamer en toilet. De cliënten die sanitair moeten delen, geven niet aan hier problemen mee te hebben. De begeleiding geeft echter aan iedereen een eigen toilet en douche te gunnen. *"Ja, en dat de bewoners niet tot hun recht komen, dat zij dan gewoon lekker allemaal een eigen toiletje hebben, met eigen sanitair. Dat gun ik alle bewoners en dat is ook de norm van de Wlz. Ja. Dus zij hebben daar recht op. Dus dat vind ik jammer. Maar nogmaals, de bewoners ervaren dat volgens mij minder erg dan hoe wij het ervaren, omdat zij zoiets hebben, ja, weet je, we weten niet beter."* En een begeleider vertelt: *"Want nu moet hij dus ook de WC en douche delen met andere bewoners. En dat geeft wel spanningen en stress. Hij kan snel overprikkeld raken. Dus dan zoekt hij daar ook wat achter. Dan treft hij de WC vuil aan. En dat denkt hij dat het expres is gedaan voor hem."* Eén respondent is transgender/transseksueel en heeft een eigen badkamer, wat volgens de begeleiding erg belangrijk is: *"Omdat mevrouw niet geboren is als vrouw is dat voor haar heel fijn dat ze een eigen badkamer heeft. En niet dat soort dingen hoeft te delen met andere bewoners."*

### Schoonmaken

Het verschil in hygiëne van de woning varieert, aldus de begeleiding. De meeste cliënten (18; 75%) worden ondersteund bij het schoonmaken van hun woning. Veelal komt er wekelijks een schoonmaker langs. Ondertussen stimuleert de begeleiding ook om zelf schoon te maken, of helpen zij met opruimen. Eén cliënt geeft aan de schoonmaker buiten de deur te houden, omdat ze vindt dat die onhygiënisch te werk gaat. Een andere cliënt vindt het zielig voor de schoonmaker en laat die daarom niet helpen. Sommige cliënten geven aan dat ze het ook nodig hebben om gestimuleerd te worden om op te ruimen en schoon te maken. Zo zegt een cliënt: *"Als ik minder ben, dan gaat mijn kamer ook minder, dan wordt het een rommeltje. En ze moeten me echt een trap in de lende geven, dan ga ik schoonmaken."* Een begeleider vertelt: *"Hij kan het vaak niet opbrengen en het is echt heel vreemd. Want hij helpt ons, nou bijna dagelijks met het koffie zetten in de keuken, na de eetmomenten. En dan is hij helemaal in zijn element, maar zijn eigen kamer en zijn eigen afwas... Dat lukt hem niet. Hij kan zich er niet toe zetten. Dus daar moeten we hem echt wel bij aansporen en dan ook echt samen doen."* Ook naasten helpen regelmatig met schoonmaken, zo wordt duidelijk uit de interviews.

### Sociale contacten

#### Ontvangen bezoek

Uit de interviews blijkt dat alle cliënten bezoek van buitenaf mogen ontvangen. Vaak zijn er afspraken over de tijden, waarin vrijwel overal 9:00-22:00 gehanteerd wordt. Opvallend is dat veel begeleiders en cliënten niet de precieze tijden of afspraken weten te noemen. Op twee woonlocaties vertellen cliënten dat bezoek moet worden aangemeld, op één daarvan wordt een kopie gemaakt van een ID-bewijs voordat iemand verder mag in het gebouw. Begeleiding benoemt dat dit gebeurt omdat er een lijst is van mensen die niet meer welkom zijn, als gevolg van eerder veroorzaakte overlast of agressie. Dit betreft een locatie voor harddrugs gebruikers.

Van twee cliënten is het onbekend of zij gasten ontvangen, acht ontvangen nooit iemand en de overige veertien ontvangen wel bezoek. Dit varieert van jaarlijks (op de verjaardag) tot wekelijks. Eén

cliënt vertelt dat haar moeder niet op haar kamer kán komen. Ze zou dan namelijk twee trappen op moeten, maar zit in een rolstoel. Over logeren zijn cliënten vaak onzeker of het is toegestaan. Mogelijk speelt dit geen grote rol en is het nog niet voorgekomen. Eén respondent benoemt dat logeren stiekem wel gebeurt in het pand, terwijl het niet is toegestaan. Op de locaties waar logeren mag, dient dat wel van te voren te worden aangemeld. Voor twee cliënten met een relatie zijn er afspraken voor het logeren van hun partner. Hiervoor is een maximum van twee nachten afgesproken. Begeleiders zien soms moeilijkheden als het gaat om het logeren. Eén begeleider benoemt dat het team altijd wil weten wie er binnen is in de nacht in het geval van ontruiming bij calamiteiten. Eén andere begeleider benoemt de verantwoordelijkheid die de begeleiding heeft voor mensen binnen het pand: *“Je mag uiteraard altijd bezoek ontvangen. Maar blijven slapen is een ander verhaal, dan zit er natuurlijk iemand in die ruimte. Als er dan wat gebeurt zijn wij medeverantwoordelijk, verzekeringstechnisch een dingetje.”*

### Kinderen

Van achttien cliënten weten we dat ze geen kinderen hebben, van drie is dit onbekend en van drie cliënten weten we dat ze kinderen hebben. Van die drie heeft er één contact met de kinderen. Haar zus brengt de kinderen regelmatig langs. De overige twee hebben helemaal geen contact met de kinderen. Eén daarvan vertelt het volgende hierover: *“Ja soms, voel ik mij wel eens eenzaam klopt, ja. Als ik midden in de nacht alleen wakker word en de kinderen en mijn vrouw zijn er niet en dan droom ik daarvan. En dan word ik wakker en ze zijn er niet.. dan ga ik weer slapen. In eens schiet het in mijn binnen dat ze niet meer bij mij zijn. Heel klote is dat.”*

### Contact medebewoners

Niet elke bewoner heeft familieleden of een partner (in beeld). Buren zorgen, met name voor cliënten in een intramurale setting, voor de dagelijkse contacten en zijn daarmee van grote invloed op het dagelijks leven. De aard van die contacten varieert. Sommige cliënten geven aan dat medebewoners buren zijn, niks meer dan dat. *“Geen vrienden, maar gewoon bewoners van hier. Ik kan niet zeggen vrienden, dat is iets totaal anders.”* Voor anderen zijn medebewoners echter veel meer dan dat. Eén cliënt geeft aan dat een medebewoner zijn beste maat is: *“Ik heb een vriend hier, een goeie, die is tien man waard.”* In één geval gaat het contact verder dan vriendschap en is er een relatie ontstaan. De begeleider ziet daar zowel positieve als negatieve aspecten in. Eén cliënt geeft aan dat hij wel eens bedreigd is met een mes door een andere bewoner. Beide bewoners zitten nog op dezelfde plek, maar onveilig voelt hij zich niet meer, aldus de cliënt.

Sommige cliënten geven aan aansluiting te missen bij de rest van de groep. Eén cliënt geeft aan dat hij moeilijk in contact komt met de meeste andere bewoners, en dat die daar ook niet goed toe in staat zijn. Deze man beschikt over een bovengemiddelde intelligentie. Zijn begeleider zegt daarover het volgende: *“Ideaal zou zijn als hij meer gelijkgestemden zou hebben.”* Bij één van de cliënten speelt leeftijd een rol. Zij is onder de 30 jaar oud en geeft, als enige, aan leeftijdsgenoten te missen in de woning. De begeleiding herkent dit en vertelt dat de verwachting is dat zij binnenkort verhuist naar een locatie met meer (vrouwelijke) leeftijdsgenoten. *“Ik kan ze geen vriendinnen noemen. Want de vrouwelijke bewoners zijn allemaal boven de 50.”*

## Persoonlijke verzorging en voeding

### Persoonlijke verzorging

Net als de kamers, is ook de persoonlijke hygiëne verschillend van persoon tot persoon. Géén van de bevraagde cliënten heeft benoemd hier zelf problemen mee te hebben, maar begeleiders en/of

naasten denken hier soms anders over. Zo vertelt een naaste: *“Zijn persoonlijke hygiëne is niet goed. Ik zie ook dat hij achter zijn oren zwarte aanslag heeft en hij heeft vieze teennagels. En hij loopt op blote voeten door zijn kamer. Eén van de begeleiders vertelt: “Zij kan wel zelf douchen, maar je moet haar wel activeren. Schone kleding klaarleggen, anders doet ze dezelfde kleren weer aan.” En een andere begeleider: “Ja, ze ziet er op zich altijd wel verzorgd uit. Alleen, ik denk dat ze bijvoorbeeld niet altijd haar tanden poetst en zo.”*

### Voeding, koken

Eten bleek een belangrijk thema voor de respondenten. Veel locaties hebben een kok in dienst die dagelijks een verse avondmaaltijd bereidt. Bij sommige locaties bestaat de keuze: ofwel zelf koken of mee-eten met de groep. Bij twee locaties is er geen mogelijkheid om zelf te koken, bij één kan het wel maar ervaren bewoners moeilijkheden met de apparatuur, en bij één woonlocatie is er geen mogelijkheid om samen te eten en wordt er verwacht dat de bewoner zelf voor zijn eten zorgt. Dit geldt ook voor de cliënten die ambulantly wonen.

Een naaste vertelt over de moeilijkheden met het koken: *“Hij heeft een tweekipje, elektrisch, daar kan hij bijna niet op koken.”* Ook de begeleider vertelt dit: *“Wat jammer is, in het verleden kookte hij zelf, maar het keukenblok, het is heel lastig voor cliënten om te koken, om het fornuis te bedienen. Mensen koken bijna niet meer. Het is ingewikkeld, je moet eerst iets aanzetten, dan een sleutel omdraaien, drukken op knopjes, slecht te zien. En dat is jammer, want het is een basis iets voor mensen.”*

Waar zelf koken noodzakelijk is, wordt dat niet altijd gedaan. Zo kookt de bewoner van de desbetreffende locatie waar niet gezamenlijk gekookt kan worden, niet. Hij eet een paar dagen per week in een buurthuis, en anders eet hij niet. Zijn zus zegt het volgende erover: *“Als ik in zijn ijskast kijk dan ligt er niks, geen kaas geen groente. Ik denk dat als hij een woning zou wonen waar ook andere mensen zijn met zo'n gemeenschappelijke ruimte, dan zou hij elke dag daar komen en daar eten.”* De cliënt zelf zegt de situatie prima te vinden: *“Ik ben niet zo moeilijk.”*

Niet iedereen heeft bij de mogelijkheid ook de behoefte om gezamenlijk te eten. Eén bewoner zegt het volgende over alleen eten: *“Dat vind ik gezelliger.”*

Over het aanbod van een gemeenschappelijke maaltijd zijn de meeste bewoners redelijk positief. Er valt wel eens wat te klagen over de bereiding van het eten, maar grote klachten zijn er niet. Bewoners beoordelen de maaltijden vaak als gezond. Een bewoner die vegetarisch eet, zegt ook vlees te eten als het wordt opgediend. En een Islamitische bewoner vertelt vanwege het geloof liever geen varkensvlees te eten, maar als het in de maaltijd zit, het toch te eten.

### Veiligheid

We hebben de respondenten een aantal vragen gesteld rondom veiligheid, zowel veiligheid binnen de woning en de directe omgeving als in de buurt.

Vier cliënten geven aan zich onveilig te voelen in de huidige woonvorm en/of de buurt. Voor twee van hen hangt dit sterk samen met drugsgebruik van medebewoners. Zij ervaren overlast en zijn angstig voor hun gedrag en dealers. Eén bewoner geeft aan dat zij steeds meer buurtgenoten (niet medebewoners) op het terrein ziet. Zij ziet hierin een risico voor inbraak en voelt zich daardoor onveilig. Dit is door haar aangekaart bij de begeleiding. Eén bewoner geeft aan zich soms onveilig te voelen, maar dat dit vanuit hemzelf komt. Hij voelt zich dan boos en agressief. Hij geeft aan dit niet met de begeleiding te bespreken. De begeleider benoemt in het interview dit zelf wel. *“Hij is meer bang voor dat hij snel boos kan worden dan dat het echt gebeurt. Dat weet hij toch wel te reguleren. Maar soms ook niet. Dan slaat hij. Afgelopen jaar heeft hij een keer heel hard tegen de receptie ramen geslagen.”*

Begeleiders lijken opmerkzaam als het de veiligheid van hun cliënten betreft en zien meer onveilige situaties dan de bewoners zelf benoemen. Begeleiders zien soms dat er misbruik wordt gemaakt van (kwetsbare) cliënten en grenzen aangeven lastig is. Zo benoemen twee begeleiders dat cliënten het moeilijk vinden om hun seksuele grenzen aan te geven. In beide gevallen wordt hier actief op begeleid en proberen zij hen te ondersteunen in het 'nee' zeggen en hun grenzen aangeven. Voor een ambulante wonende cliënt zijn de mensen die hij zelf binnenlaat, de oorzaak van overlast. Drugsdealers in de buurt zien zijn woning als een fijne plek om te ontspannen en binnen te zitten. Zijn begeleider zegt hierover: *"Omdat hij heel kwetsbaar is zijn er hier dealertjes in de buurt die misbruik maken van zijn woning. Gaan ze daar zitten, vind ik het fijn om gesprekken met ze te voeren. Maar dan komen wij als begeleiding en zitten er een paar jongens in de woonkamer."* De cliënt zelf vertelt: *"Ze hebben me bestolen, mijn laptop meegenomen, kleren van me meegenomen. Ze hebben me een beetje benadeeld. Dus dan moet ik uitkijken met vrienden, hebben ze [begeleiding] tegen mij gezegd. Uitmaken met deze mensen hoor."*

Uit de interviews blijkt dat bezoek ook voor onveilige gevoelens kan zorgen. Een begeleider zegt hierover: *"De buitendeur is in principe alleen toegankelijk als er door iemand wordt open gedaan, maar in de praktijk zien wij dat veel bezoekers zomaar binnen kunnen komen, doordat zij bijvoorbeeld met iemand naar binnen lopen. Of andere bewoners laten "verkeerde mensen" binnen, deze onbekende mensen komt hij dan tegen op de gang. Dit geeft hem een onveilig gevoel."* Eén begeleider geeft aan dat de bewoner zich altijd enigszins onveilig zal voelen, als gevolg van zijn achterdocht en ziet in de begeleiding en behandeling een kans om dat gevoel te beperken. *"Ik denk dat hij zich nergens 100% veilig voelt. Vanuit zijn achterdocht. En ik denk dat hij zich nog onveiliger gaat voelen als hij dan zeg maar in de wijk zou wonen zonder begeleiding, zonder direct contact met de behandelaar."* De bewoner zelf geeft aan zich veilig te voelen, maar benoemt wel dat hij ooit met een mes bedrogen is door een medebewoner. Beiden wonen nog op dezelfde plek. Zowel de bewoner als zijn broer benoemen dit, maar benadrukken dat zijn gevoel van veiligheid nu goed is.

Van de naasten geeft één duidelijk aan zich zorgen te maken over de veiligheid van zijn naaste en ontevreden te zijn over hoe de begeleiding hem daarin betreft. *"Hij voelt zich niet veilig op sommige momenten. Wat gaan ze daarmee doen? Hij is laatst geslagen, hij is een tand kwijt. Wat is daaraan voorafgegaan? Wat maakt dat hij geslagen is? Hij vertelt dat de politie erbij betrokken is geweest. Dat kan ik noch bevestigen noch ontkennen. Ik weet het niet, want de begeleiding heb ik niet kunnen spreken."*

Zeven begeleiders benoemen dat de betreffende cliënten zélf ook voor onveiligheid zorgen. Het kan gaan om het veroorzaken van brandgevaar (zoals een voorbeeld over het gebruik van een frituurpan), maar ook het uitslaan van dreigende taal of agressief gedrag, soms samenhangend met terugval in drugsgebruik. Eén naaste geeft aan dat zijn broer bij een vorige locatie als gevaarlijk werd gezien, terwijl daar volgens hem geen enkele reden voor was. Sterker nog, hij zegt juist dat dat roepen zijn manier was om aan te geven dat hij hulp nodig had: *"Hij was aan het afglijden, heel erg zelfs en daardoor allerlei gedrag bij en dan gingen ze hem vertellen dat hij, als hij dit niet deed of dat mocht hij niet meer doen, want anders werd hij uit zijn huis gezet. Ja, Dat is echt super goede begeleiding [sarcastisch], maar eigenlijk was die die jongen gewoon heel hard aan het roepen van help. Het gaat niet goed met mij, ik verzuip en in plaats van dat ze hem gingen helpen, werd de begeleiding afgeschaald, want ze voelden zich onveilig, terwijl hij nog nooit een vlieg kwaad heeft gedaan. Er was echt van alles, maar ze kwamen op een gegeven moment gewoon niet meer bij hem. Dus hij riep help, ik heb ik, ik heb hulp nodig. Door middel van zijn gedrag en zijn uitingen en in plaats van dat ze hem gingen helpen, gingen ze juist wegglijden."*



## Privacy en autonomie

Aan de respondenten zijn vragen gesteld omtrent privacy en autonomie. Voor de intramuraal wonende cliënten geldt dat het merendeel zich in hun privacy gerespecteerd voelt. Begeleiders kloppen aan bij hun bezoek aan een woning/kamer. Sommige begeleiders kloppen een of twee keer op de deur en betreden dan de woning, anderen wachten tot de bewoner de deur opent en hen binnenlaat. Twee bewoners geven aan dat ze de ervaring hebben dat de begeleiding soms ook zonder vooraf te kloppen, binnenkomt. Eén van hen zegt hierover: *“Nou, ze doen gewoon gelijk de deur open. Ik zie dat slot meteen draaien. Soms hoor ik ze niet aankloppen hoor.”* Het bezoek van de begeleiding in de intramurale settings is ook minder voorspelbaar dan bij de ambulante wonende cliënten. Met de laatstgenoemde cliënten worden afspraken gemaakt over de contactmomenten met de begeleiding. Zij weten daarom op welke dag en welk tijdstip de begeleider langskomt.

Begeleiders zelf geven aan altijd eerst te kloppen voor ze binnen komen en wachten tot ze iets horen, maar dat er wel soms een uitzondering op deze regel wordt gemaakt. Dit is het geval als er zorgen zijn over achteruitgang van iemands ziektebeeld en er geen gehoor is; dan wordt de woning na een aankondiging betreden. Op één woonlocatie wordt benoemd dat als iemand drie dagen niet gezien is, het beleid is dat de persoon als vermist opgegeven wordt. Dat speelt ook een rol in de afweging een woning te betreden. Ook als het voor iemand ongebruikelijk is om niet te reageren op het kloppen op de deur of al meerdere dagen afwezig is, wordt dit meegenomen in de afweging.

Cliënten geven aan dat ze nooit of zelden aangeven dat een bezoek van de begeleiding niet uit komt, of dat ze liever geen contact willen op dat moment. Ze doen dan toch open. Zo zegt één van de cliënten: *“Ik zeg nooit dat het niet uitkomt. Dat vind ik niet zo aardig. Ik laat ze toch altijd binnen. Je kan wel zeggen het komt niet uit. Maar ik vind dat zielig.”* Een ander vertelt: *“Ik heb het wel eens gezegd, maar dan komt er een heel conflict. Je kan dat niet zeggen, ze willen gelijk weten of je de deur uit gaat en wat je gaat doen overdag. Ze willen alles van je weten.”*

Waar de woning voor de één begint bij de individuele woning, begint het voor andere cliënten bij de voordeur van de instelling. Niet elke cliënt kan zelfstandig deze voordeur openen. Bij één locatie moet er altijd worden aangebeld voor binnenkomst. Dit is een locatie voor mensen met een harddrugsverslaving, en ook de bezoekenregelingen zijn hier aanzienlijk strenger. Bij een andere locatie moet er op bepaalde tijden aangebeld worden, in de avond en de nacht. Eén bewoner vertelt daar veel moeite mee te hebben. Hij is, naar zeggen van zijn broer en begeleider, achterdochtig ingesteld en als hij lang moet wachten bij de voordeur, neemt hij dat zeer persoonlijk op. Hij werkt in de avonduren en het is regelmatig voorgekomen dat hij niet snel binnen wordt gelaten en achterdochtig wordt. Zijn begeleider heeft als oplossing bedacht dat zijn elektronische sleutel gemachtigd is om op zijn werkdagen de deur van de zijingang te openen. Zijn begeleider heeft veel contact met zijn broer en heeft daaruit geleerd dat hij slechte ervaringen met vorige woonlocaties heeft met betrekking tot dit onderwerp.

## Leefstijl, middelengebruik

### Middelen

Op de meeste locaties waar de interviews zijn gehouden, mag er niet gebruikt worden en speelt middelengebruik ook geen rol in het leven van de bewoners. Op sommige locaties waar niet gebruikt mag worden, gebeurt dit echter toch. Andere locaties hebben een mix van bewoners, waarvan een deel flink drinkt of gebruikt en een deel helemaal niet, of alleen softdrugs (lees wiet). En enkele locaties zijn juist specifiek bedoeld voor mensen met een harddrugsverslaving. De respondenten die we op één van deze locaties spraken, gebruikten allebei regelmatig coke. Het feit dat er op de locatie gebruikt mag worden, wordt door één van de cliënten als positief benoemd aan deze plek: *"Ik mag het bijna niet zeggen misschien, maar je kan hier ook je dope halen, dat weten wij alleen, dat moeten we geheim halen, maar dat is iets dat we in de top 1 hebben."* Ook de begeleider geeft aan: *"Het voordeel van een dealer in huis is dat die in kleine porties kan dealen. Op straat moet je best veel bij elkaar hebben om iets te kopen."* Maar de keerzijde wordt ook benoemd in de interviews, zowel door de begeleiding als de cliënten. Zo zegt een begeleider: *"En dan zit je hier, dan zijn er ook nog dealers aan en in huis. Dan zit je in het hol van de leeuw, en dat is moeilijk."* En een cliënt geeft aan: *"Veel mensen die hangen hier. Die doen alleen drugs, drugs, drugs altijd. Ik ben ook hooked aan drugs. Ik kan niet zo loslaten, omdat in het pand iedereen gebruikt. Je kan niet stoppen ofzo. Of minderen, minderen wel. Iedereen roken voor jou, voor je neus, met een pijpje."* En: *"Het is niet makkelijk om nee te zeggen."*

Eén van de cliënten vertelde ergens toch de wens te hebben om te stoppen met gebruik. De begeleider benoemde dat cliënten dit wel vaker zeggen, maar als het eenmaal zo ver is dat ze naar een detoxkliniek kunnen, zich toch vaak terugtrekken. *"Vaak is het als er puntje bij paaltje komt, en er komt een auto om ze te brengen naar de detox, dan stappen ze niet in."* In de interviews wordt ook aangegeven dat als cliënten toch naar een detox gaan en ze weer teruggeplaatst worden, dezelfde factoren in de omgeving er voor zorgen dat mensen weer terugvallen in gebruik. Eén van de begeleiders benoemde dan ook dat dit een *"onaantrekkelijke route is"*, en zou mensen liever van een detox naar een safehouse zien gaan, maar merkt op dat de hele ggz vast zit en er geen plekken zijn. Ook een factor die meespeelt bij cliënten is een gebrek aan een goede afloop. Ze zijn vaak rond de 50 á 60 jaar oud en hebben een lang gebruiksverleden. Afkicken is al meerdere keren geprobeerd, en niet gelukt. De paradox ontstaat dat een bewoner zich eerst moet bewijzen, op een locatie waar het onmogelijk wordt geacht clean te blijven, om pas daarna een detoxtraject in te kunnen gaan. Een begeleider vertelt: *"Dat is het ook met (naam cliënt), ik hoor hem wel eens zeggen dat hij wil minderen. Maar als je hier zit moet je echt even doorzetten voor er wat in gang gezet wordt."*

Op locaties waar gebruikers en niet gebruikers gemengd wonen, spelen (ook) andere problemen een rol. Gebruik gaat veelal gepaard met overlast, zoals conflicterende dag- en nachtritmes met als gevolg geluidsoverlast, maar ook zintuigelijke overlast zoals geur. Bovendien zijn sommige bewoners bang voor drugsgebruik(ers). Gebruikers worden bijvoorbeeld gezien als onvoorspelbaar en dealers als gevaarlijk en agressief. Begeleiders herkennen dit probleem en geven aan dat dit een ingewikkeld onderwerp is. *"Drugsgebruik is moeilijkste onderwerp hier. We hebben daar geen passend antwoord op."* Momenteel wordt iemand geschorst als hij betrapt wordt op gebruik, maar dit biedt geen structurele oplossing. *"Het is moeilijk op te lossen, want als de leiding er heen gaat, dan stoppen ze even en gaan ze weer door."*, aldus een cliënt.

Op een andere locatie mag worden gedronken, mits het op de kamer gebeurt. Van één respondent gaat al zijn geld op aan drank en tabak. Zijn begeleider geeft dan ook aan dat ze niet heel blij is met de vergoeding die hij ontvangt, omdat hij dan meer drinkt. Dit geeft ook spanning met zijn dagbesteding. Alhoewel de begeleiding blij is dat hij een aantal dagdelen wat te doen heeft, en daar ook niet drinkt, gaat het geld dat hij eraan overhoudt wel op aan drank en tabak. Om het enigszins te

beperken is er na een multidisciplinair overleg (MDO) besloten om in samenwerking met de bewindvoerder zijn weekgeld naar beneden te schroeven. De naaste zegt hierover: *"Als ik begeleiding was zou ik hem naar de Jellinek sturen, maar als hij niet wil kan je hem niet dwingen. Maar misschien hem overtuigen waarom hij moet stoppen en wat de gevolgen zijn als hij doorgaat."*

## Roken

Van de geïnterviewde cliënten gaven er tien aan tabak te roken, 12 rookten niet en van twee is het onbekend. Eén cliënt geeft aan te zijn gestopt met softdrugs en sigaretten. De naaste zegt hierover: *"Hij is zelf gestopt, hè? Dat heeft hij ook zelf gedaan. En een keer van de ene op de andere dag heeft hij gezegd, Poef, ik stop ermee en hij deed het ook eigenlijk niet meer. Ja super."* Eén bewoner geeft aan te willen stoppen en ontvangt daar professionele hulp voor. Zij vertelt dat zij paniekaanvallen krijgt van het roken van tabak en wiet. Weer een andere cliënt heeft de wens om te stoppen met roken met de begeleider besproken en is in gesprek over mogelijke hulpmiddelen daarbij, zoals nicotinepleisters.

In gemeenschappelijke ruimtes van de woonlocaties mag niet gerookt worden, meestal op de eigen kamer wel. Op de gesloten afdeling niet, maar gebeurt het toch. Rookruimtes bestaan niet meer op de woonlocaties, als gevolg van verscherpte wetgeving. Buiten roken zorgt soms voor overlast voor andere buurtbewoners. Roken op de kamers is een apart geval, begeleiders zien het als het thuis van bewoners en vinden dat zij daar mogen roken, maar naast een thuis is het ook een werkruimte voor de begeleiders. Eén begeleider vertelt het volgende hierover: *"Maar wat krijg je dan? Heb je natuurlijk ook weer de Arbo-wet. Wij mogen daar dan eigenlijk niet komen. En daar is dan de oplossing voor gevonden, ja, we moeten samen leven, dus dan moeten we bij de bewoner aankloppen en dan moeten we zeggen, komen we over uur terug, raam openzetten."*

## Ondersteuning en begeleiding

De cliënten ontvangen op meerdere gebieden ondersteuning, namelijk: huishouden, dagbesteding, financiën, sociale zelfredzaamheid, psychische behandeling, medicatie en fysieke gezondheid.

### Woonbegeleiding

De woonbegeleiding is, op één locatie na, 24 uur per dag aanwezig. Bij één locatie betreft de nachtdienst een slaapdienst, bij de overige locaties zijn er ook 's nachts waakdiensten. Op één locatie is er 16 uur per dag begeleiding. De ambulante wonende cliënten kunnen telefonisch aanspraak doen op begeleiding, 24 uur per dag is er iemand van het team bereikbaar. Verder bestaat het contact uit huisbezoeken, bij de één gaat dat om twee tot drie bezoeken per week, bij de ander komt elke dag iemand langs. Het lijkt erop dat juist de ambulante wonende cliënten meer begeleidingsgesprekken hebben dan de cliënten in een intramurale setting. Intramuraal wonende cliënten hebben wel meer informele contactmomenten met begeleiding.

Binnen de 24uurs settings hebben de cliënten ook begeleidingsgesprekken, dat is naast het meer informele contact dat zij gedurende de dag hebben met begeleiders of contact met betrekking tot directe hulpvragen van allerlei aard. Vaak zijn die begeleidingsgesprekken wekelijks, maar één cliënt geeft aan dat het minder is (eens per twee weken) en ze liever vaker deze gesprekken heeft.

De meeste cliënten van de woonlocaties geven aan het prettig te vinden dat de begeleiding daar 24 uur per dag aanwezig is. Eén cliënt geeft echter aan dat ze het juist irritant vindt dat er zoveel op haar gelet wordt en wie of wat je mee naar binnen neemt. Een andere cliënt benoemde het belangrijk te vinden dat er zowel mannen als vrouwen in de begeleiding zijn.

Zestien cliënten hebben expliciet aangegeven tevreden te zijn met de begeleiding. Van drie is het niet duidelijk geworden of zij tevreden zijn. Cliënten die positief zijn over begeleiding geven daar verschillende redenen voor: ervaren steun, veel aandacht, gelijkwaardigheid, bezorgdheid, aardig, goed contact. Zo geeft een cliënt aan dat hij zich gelijkwaardig behandeld voelt. Eén cliënt zegt dat haar persoonlijk begeleider als een tweede moeder voelt. *"Ik heb steun aan mijn begeleiding. Ik praat met ze over wat me dwars zit meestal."* En een ander: *"Ik vind de begeleiding goed, krijg veel aandacht. Ze laten je niet in de steek, dus ik voel me wel veilig hier."*

De overige vijf hebben aangegeven niet (geheel) tevreden te zijn met de begeleiding, om verschillende redenen. Eén cliënt geeft aan de begeleiding 'niet erg' te vinden, wel soms vervelend. Hij voelt zich als een kind behandeld door begeleiders die een stuk jonger zijn dan hijzelf is. Een ander vindt de begeleiding veroordelend. Twee anderen vinden dat de begeleiding te weinig tijd heeft voor ze. Twee cliënten die tevreden zijn met de begeleiding benoemen dit ook en ervaren een tekort aan personeel: *"Zorg is goed, begeleiding is goed, maar ze zijn altijd druk, te druk om te praten. Maar de laatste tijd gaat het beter, meer personeel."*

Sommige cliënten bespreken niet al hun wensen met het personeel. Deze cliënt antwoordde het volgende toen we vroegen of hij bespreekt wat hij wil met zijn leven: *"Dat weet ik zelf ook niet precies wat ik wil doen, maar praat daar niet met PB'er over."* Eén andere cliënt geeft aan dat hij wel eens wil gaan zwemmen, maar dat niet zelfstandig kan: *"Ik heb het nooit gevraagd, of ze met je mee gaan naar de kerk of zwemmen."* Een ambulante wonende cliënt geeft aan lang niet naar de kerk te zijn geweest, en daar toch wel over te willen praten met begeleiding: *"Ze [begeleiding] hebben het niet daarover met mij [religie]. Ik zou er met mijn begeleiding over willen praten, ik zal het doen."* Eén cliënt geeft aan wel een maatje te willen, maar gaf aan dat ook niet besproken te hebben met de begeleiding. Dat laatste is in de interviews vaker gehoord, voornemens om het misschien wel te gaan bespreken met de begeleiding.

#### Naasten over begeleiding

De meeste naasten zijn erg blij met de begeleiding. Ze voelen zich betrokken bij de begeleiding en hebben het gevoel dat hun mening op prijs wordt gesteld. Eén naaste zegt weinig op de hoogte gehouden te worden door de begeleiding, maar hoort dat allemaal van zijn naaste en vindt dat prima. *"Ik vind zijn persoonlijk begeleider heel goed, heel betrokken. Hij is ook heel erg gesteld op haar."* En: *"Hij heeft nu een enorme goede klik met zijn begeleidster (..) Ja, die, die krijgt echt alles bij hem voor elkaar. Soms duurt het even, maar dan weten ze ook precies hoe ze daarmee om moeten gaan en nog eens eventjes. Laten we rusten of later even op terugkomen of met een omweggetje, ja, daar verzint ze altijd wel iets op, maar ze weet precies, dus je ziet ook aan hem precies hoe het met hem gaat en wat hij op dat moment wel en niet kan hebben."* Eén naaste voelt zich echter niet betrokken door de begeleiding en is daar ontevreden mee: *"Ik heb niet eens een naam. Ik heb wel eens een telefoonnummer gehad. En die heb ik echt tot in weet ik veel wat gebeld. Ik heb nooit geen reactie gekregen. En ik denk dat het na een jaar of anderhalf, dat iemand anders hem nu begeleidt. Maar wie dat is, geen flauw idee. Contact, dat is er niet. Ik weet het niet."*

#### Expertise woonbegeleiding

We hebben aan de begeleiders gevraagd of zij vinden dat zij en hun team genoeg expertise in huis hebben om de desbetreffende cliënt te begeleiden. Twee begeleiders geven aan dat er kennis mist. Zo geeft één van hen aan dat er expertise op het gebied van verslaving wordt gemist: *"Ja, en nee. Wel een prikkelarme omgeving, nee omdat wij niet de expertise hebben in verslaving. En dat is bij hem toch wel sprake van. Voelt toch soms dat je tekortschiet, ook al wil hij niets anders."* Eén andere begeleider benoemt ook de behoefte aan meer kennis: *"Misschien meer dat er ruimte en aandacht voor is om met hem om te gaan. Een stukje kennis denk ik ook, misschien over verschillende*

*doelgroepen die daar zijn op die woonlocatie.*" Eén begeleider geeft aan dat zijn cliënt hoarding problematiek heeft en daar meer over wilde weten: *"Ik heb het eerst zelf gedaan. Maar nog niet zo lang geleden heb ik een hoarder problematiek training gehad."*

### Wisselingen personeel/personeelstekort

Zowel cliënten als begeleiders en naasten zien personeelstekorten onder de woonbegeleiding. Dit leidt ertoe dat er veel verschillende gezichten te zien zijn en er wordt gewerkt met uitzendkrachten. Eén begeleider geeft aan dat dit een weerslag heeft op het 'thuisgevoel' van cliënten. Eén naaste denkt dat het wel went, we vroegen haar of haar zoon last heeft van personeelwisselingen: *"Nu niet meer, want hij is doorgewinterd. De een na de ander verdween bij die vorige woonvoorziening."* Eén cliënt benoemt de wisselingen wel, maar heeft meer last van een tekort aan personeel, dan van het ontbreken van vast personeel: *"Ik heb heel veel [begeleiders] zien gaan. Hele doorstroom gezien, en daarvoor in de plaats hebben we flexkrachten en ZZP'ers. Welk idee ik soms heb, is dat ze te weinig mensen inzetten om de boel draaiende te houden. Dat gevoel heb ik. Ik weet niet of het bij hun ook zo leeft. Dat ze heel erg druk zijn, ze zijn vaak met z'n tweeën, op dertig mensen, vind ik weinig."*

### Behandeling

Zeventien cliënten (71%) hebben een behandelaar, van vier is het onbekend en drie hebben geen behandelaar. In de klinieken heeft iedereen een behandelaar. Eén cliënt geeft aan wel een behandelaar te hebben, maar heeft daar al drie maanden geen contact mee gehad. De begeleider wijst dat toe aan personeelwijzigingen bij de desbetreffende organisatie, maar benadrukt wel dat dit niet de bedoeling is. Voor zover het besproken is in de interviews, zijn alle begeleiders van deze cliënten in contact met de behandelaar. Enkele begeleiders geven aan dit op te schroeven in periodes van achteruitgang/ meer psychische problematiek.

De drie cliënten die geen behandelaar hebben, zijn de drie oudste respondenten van dit onderzoek, namelijk tussen de 65 en 85 jaar oud. Bij twee van hen is er vanuit de woonbegeleiding wel contact met de huisarts, bij de derde is dit onbekend.

Van de naasten hebben twee aangegeven momenteel contact te hebben met de behandelaar. Daarnaast hebben naasten wel in andere periodes contact gehad met de behandelaar. Een voorbeeld is een moeder die zag dat haar zoon veel klachten kreeg door de voorgeschreven medicatie. Hij kreeg meer last van een ander ziektebeeld en veel fysieke klachten, dit resulteerde in een lange ziekenhuisopname. Zij heeft zich toen hard gemaakt om van medicatie te veranderen en daar veel tijd en moeite in gestoken. Uiteindelijk heeft de behandelaar de medicatie veranderd met als gevolg dat het veel beter met hem gaat. Een andere naaste, die nu zowel bij de begeleiding als de behandeling betrokken is, geeft aan dat in de vorige woonvoorziening hij de enige was die contact met de behandelaar had. De begeleiding daar had dit niet, naar zijn zeggen omdat de cliënt hiervoor geen toestemming had gegeven. *"Ik was continu degene die, want daar kwam ik elke week die met hun dan contact moest zoeken en de boel uitleggen en aangeven wat nodig was en ook dan GGZ erbij betrekken, want die hadden onderling dan ook weer geen contact. Ik vond het echt, ik vond het waardeloos. Alleen, ja, dat had (naam) geen toestemming voor gegeven, en dan mogen ze niks."*

### Medicatie

Alleen de twee ambulante wonende cliënten hebben medicatie in eigen beheer, de rest wordt door de begeleiding beheerd en verstrekt. Begeleiders geven als reden aan dat cliënten soms een verleden hebben van verkeerde inname van hun medicatie, waardoor ze psychisch achteruit gaan. Eén begeleider bedacht tijdens het interview om te overwegen de medicatie toch in eigen beheer te gaan

geven: *"Zou wel mooi zijn eigenlijk, ga ik eens over nadenken. Is toch zelfstandigheid bevorderend, en geeft hem dat een goed gevoel."* Zijn moeder denkt dat het ook kan: *"Dat heeft hij altijd wel gedaan en dat ging prima, maar dat doen ze hier niet en dat is wel jammer."* Eén andere naaste vindt dat haar broer te veel medicatie krijgt: *"Ik vind dat hij veel te veel medicijnen gebruikt. Het zijn er 17. Zelf heeft hij daar geen idee waar hij dit voor gebruikt. En ik zie dat ie slecht praat en dat hij bibbert. Ik denk dat het met medicatie te maken heeft. Ik heb dat aangegeven bij de begeleiding."* Eén cliënt geeft aan dat de vaste medicatiemomenten een druk zetten op zijn dagindeling. Hij wil wel eens naar buiten of een dutje doen, maar kan dat dan niet omdat hij op een vast tijdstip in huis moet zijn voor zijn medicatie.

## Somatiek

Begeleiders zien een doelgroep die steeds meer fysieke zorg nodig heeft. Uit de interviews blijkt dat de locaties hier verschillend mee omgaan, variërend van het ophogen van de Wlz-indicatie, inzetten op een verhuizing naar een locatie waar meer zorg mogelijk is, het opleiden/bijhouden van personeel op verpleegkundig gebied tot het inzetten van thuiszorg. Zo geeft een begeleider aan dat ze bezig zijn met het ophogen van de beschikkingen: *"We gaan nu allemaal voor [Wlz GGZ] 3, we hebben gemerkt dat [Wlz GGZ] 1, die 1 die slaat nergens op. Het is niet genoeg om, als een cliënt gaat decompenseren, hard achteruit gaat, dan kan je degene niet snel plaatsen of erop inschakelen."* Zijn cliënt, die ambulante woonbegeleiding ontvangt, heeft nu een GGZ-Wonen 1 indicatie en momenteel wordt een aanvraag voor GGZ-Wonen 3 gedaan. Dit is enerzijds om sneller te kunnen schakelen als de cliënt psychisch achteruit gaat, anderzijds vanwege een fysieke zorgvraag. De cliënt is boven de 70 en heeft een periode in het ziekenhuis gelegen. Ten tijde van het interview met de begeleider is hij net terug naar huis en wordt de zorg opgevangen door thuiszorg in te schakelen. De begeleider vermoedt dat de fysieke beperkingen een tol gaan eisen op zijn psychische gesteldheid: *"Misschien kunnen we het oplossen met een lifttrap, thuiszorg inschakelen. Dat soort dingen kan wel, maar het psychische, hoe kan je hem afleiden dat hij minder beperkt is?"* Zijn dagbesteding en het onderhouden van zijn leefomgeving waren belangrijke afleidingen en die zal hij niet meer kunnen uitvoeren, aldus de begeleider. De begeleider verwacht niet dat hij op deze plek kan blijven wonen: *"Het is geen plek waar hij de rest van zijn leven kan wonen, gezien zijn ouderdomsklachten en psychische gesteldheid, zie ik hem met drie jaar wel weggaan."* Ook een andere begeleider, van een intramurale woonvoorziening, ziet haar cliënt fysiek achteruit gaan. Zij voorziet ook een verhuizing, aangezien zij op de locatie niet de kennis en middelen in huis hebben om hem te verzorgen als hij verder verslechtert. Op één locatie zien ze bij de gehele populatie de fysieke zorgvraag vergroten. Daar wordt nu ingezet op omscholing: begeleiders krijgen opleidingen tot verpleegkundige of verzorgende aangeboden. Enkele begeleiders hebben benoemd dat zij thuiszorg inschakelen niet de perfecte oplossing vinden, met als voornaamste reden dat er sprake is van veel personele wisselingen. Een begeleider zegt het volgende hierover: *"Wat ik wel mis, is een vast gezicht. Als je zorg inkoopt voor medicatie, komen elke keer andere mensen medicatie brengen. En cliënten zijn soms al wantrouwig en laten dan misschien niet binnen."*

## Financiën

Wat financiën betreft vertonen cliënten een grote diversiteit. Twee cliënten hebben aangegeven over voldoende geld te beschikken omdat zij goed gespaard hebben. Eén cliënt heeft aangegeven zijn weekgeld omlaag te hebben geschroefd, op eigen initiatief. Hij vond zijn weekgeld te hoog. Van veel cliënten is het onduidelijk gebleven hoe zij er financieel bij zitten. We weten ook niet van iedereen of ze een bewindvoerder hebben. Wel werd duidelijk dat de cliënten die kampen met verslaving allemaal een bewindvoerder hebben en daar ook allemaal weinig direct contact mee hebben. Het contact verloopt namelijk vaak via de begeleiding. Daar zijn afspraken over gemaakt, omdat de



bewindvoerder aan heeft gegeven dat hij te vaak gebeld wordt door de cliënten. Van één cliënt weten we dat ze een mentor heeft. Haar begeleider benoemt dat ze daar misschien wel van af kan: *"Bewindvoering heeft ze nodig maar mentorschap zou ze wel van af kunnen misschien. Ze oogt al best een periode stabiel. Denk dat ze uiteindelijk wel keuzes kan maken in haar medische, en zelf haar leven inrichten. Dus ik zie de meerwaarde daar nu ook niet zo van in."* Cliënten zijn niet altijd blij met bewindvoering, zo blijkt uit de interviews. Eén cliënt wilde een paar honderd euro opnemen om tijdens kerst het een en ander te kunnen ondernemen en mensen te trakteren: *"Na een tijdje hebben ze een bewindvoerder erin gedouwd. Die begeleider had gezegd: je kan opnemen wat je wil. Ik had (noemt bedrag) spaargeld. Had ik een gesprek, zeg ik wil (bedrag) euro. Kon niet. Moest ik het aan de rechter vragen. Dus ik heb het voor de rechter gebracht, heb ik het verloren."* Een begeleider probeert zijn cliënt naar bewindvoering te motiveren, omdat hij merkt dat zijn cliënt het niet zelf redt om zijn financiën op orde te houden: *"Hij is dan zijn pinpas kwijt geraakt, maar hij had nooit zijn verhuisgegevens doorgegeven. Dus hij moest echt aantonen wie hij was. Maar de bank was ook niet in de nabijheid meer. Dus dat werd ingewikkeld voor hem om daarheen te gaan. Digitaal is hij niet vaardig. Dus hij heeft daar heel veel ondersteuning bij nodig."* Van drie cliënten weten we dat hun naaste helpt met de financiën. Eén van het doet dat liever niet, maar krijgt zijn broer niet aan bewindvoering. Hij is daar namelijk erg achterdochtig over.

## Woonwensen

Aan de cliënten is gevraagd wat zij zien als hun ideale woonsituatie. Ook aan begeleiders en naasten is gevraagd wat zij zien als de ideale woonplek voor de desbetreffende client.

Vijf cliënten vinden hun huidige woonplek de ideale woonsituatie. Eén cliënt wil liever in een aanleunwoning wonen (woont nu in een woonvoorziening), en de rest (75%) wil liever zelfstandig wonen. In slechts twee gevallen delen cliënt en begeleider dezelfde mening, bij beide betreft dit het blijven wonen in de (intramurale) woonsetting. Van één cliënt zegt de begeleider dat hij denkt dat de cliënt wel zelfstandig zou kunnen wonen, maar er enige twijfel is vanwege eenzaamheid die kan optreden. De cliënt zelf vindt echter de huidige woonvoorziening passend en heeft geen wens om zelfstandig te gaan wonen. De naasten blijken hetzelfde te denken als de begeleiders over de meest passende woonsituatie. Geen van de naasten is het eens met de ambulante woonwens van de cliënt. Twee naasten zien hun naaste liever in een andere 24 uren setting.

### Woonwens: perspectief cliënt

Cliënten willen veelal een (meer) zelfstandig leven dan momenteel het geval is. Daar worden verschillende redenen voor gegeven. Eén cliënt benoemt dat de huidige woning niet voor 'normale' mensen is: *"Dit is niet voor normale mensen, ik voel me een beetje anders ertussen. Ik denk niet dat dit mijn plek is om te wonen."* Eén ander benoemt meer zijn eigen gang te willen gaan: *"Hoe zal ik het zeggen? Ik stoer me niet echt aan die mensen. Maar het liefst zou ik mijn eigen gang willen gaan in een eigen huis in het centrum."* Eén cliënt vindt het moeilijk dat er altijd begeleiding aanwezig is en heeft het gevoel dat er veel op haar gelet wordt: *"Dit is niet een plek waar ik voor altijd wil blijven, omdat er 24 uren begeleiding is. Ik vind dat irritant. Ze letten op alles, als je de deur uitgaat, als je binnenkomt, wat je meeneemt, wie je meeneemt."*

Er zijn dus ook cliënten die tevreden zijn over de huidige woonsituatie. Zo geeft een cliënt van boven de 60 jaar aan het te laat te vinden om nog op zichzelf te gaan wonen: *"Als ik 10 jaar jonger was geweest had ik op mijzelf wonen nog wel geprobeerd."* Eén andere cliënt wil wel zelfstandiger wonen, maar niet te ver wonen van zorg: *"Het liefst zou ik een aanleunwoning hebben. Gebonden aan een zorginstelling. En dan lekker met zijn tweetjes lekker doen wat wij willen."* Zoals eerder vermeld hebben sommige respondenten kinderen. Dit kan ook een sterke motivatie zijn om meer zelfstandig

te wonen. Zo zegt één van hen een driekamer woning te willen, want op de huidige locatie kunnen haar kinderen niet komen logeren.

Bijna alle cliënten benoemen dat ze niet Amsterdam uit willen. Eén van hen heeft zelfs expliciet aangegeven dat hij in Amsterdam wilde wonen en heeft zich vanuit een andere provincie aangemeld. Hij woont nu in een intramuraal woonvoorziening in de stad: *"Mooie stad, romantische stad, historisch, het is prachtig. Geeft me een goed gevoel."* Eén cliënt geeft aan juist Amsterdam uit te willen, naar een meer bosrijke omgeving.

#### Woonwens: perspectief begeleiding

De begeleider van de cliënt die veel van natuur houdt, gunt hem een andere omgeving, maar bedenkt zich ook: *"Aan de andere kant, hij ontleent zijn identiteit ook wel aan de stad."* Gevraagd naar hun perspectief op de meest passende woonplek voor de cliënt, dan blijkt dat dit dikwijls verschilt met de wens van de cliënt zelf. Eén begeleider denkt dat zelfstandig een optie is, maar dat denkt desbetreffende cliënt niet. Drie begeleiders denken dat een aanleunwoning een goede optie is, zodat ze meer zelfstandig zijn, maar er wel nabijheid van (24 uren) zorg is. De rest van de begeleiders denken dat een 24 uren voorziening de meest passende plek is voor hun cliënt. Dit is niet altijd de plek waar de cliënt nu woont. Eén begeleider ziet zijn ambulante wonende cliënt liever naar een 24 uren setting gaan. De cliënt is boven de 70 en de begeleider ziet hem psychisch, sociaal en fysiek meer afhankelijk worden. De begeleider van de cliënt van boven de 80 die in een woonvoorziening woont, ziet haar cliënt liever in een "soort verpleeghuisafdeling waar ook expertise over psychiatrie aanwezig is" wonen. Vier begeleiders zien hun cliënt liever in een kleinere woongroep wonen, zodat ze meer aandacht krijgen. Dit is ook onder cliënten een gehoorde wens. Eén begeleider zou liever meer gelijkgestemden zien voor zijn cliënt.

#### Woonwens: perspectief naaste

De naasten zijn het in grote lijn allemaal eens met de begeleiding en zien zelfstandig wonen liever niet gebeuren: *"Ik hoor hem wel eens over een [ambulant] appartement, maar ik weet niet of dat goed gaat."* Deze naaste ziet de huidige woonvoorziening als ideaalplaatje: *"Ik hoop van ganzer harte dat hij niet meer hoeft te verkassen."* Eén andere naaste zegt het volgende: *"Ja, ik vind dit een prima plek ja. Als je kijkt waar hij nu woont, de locatie is super."* Eén naaste ziet haar broer wel liever naar een plek verhuizen waar meer aandacht, gemeenschappelijke activiteiten en maaltijden zijn: *"Als hij in een huis zou wonen waar hij meer van zichzelf kan laten zien aan mensen, zou hij ook meer dingen gaan doen zoals schaken vindt hij leuk of schilderen. Dan kan hij met iemand beneden gaan schaken op zo'n plek. Nu kan hij dat met niemand."* Een andere naaste ziet alcoholgebruik als voornaamste obstakel voor een zelfstandige woning: *"Zolang hij drinkt kan je hem beter niet alleen laten, hij moet begeleid wonen."*

#### Verschillende perspectieven

Cliënten zien dus vaak een andere toekomst voor zich dan dat begeleiders voor mogelijk achten. We hebben aan beide gevraagd of en hoe dit verschil in (toekomst)perspectief besproken wordt. Een aantal cliënten zegt dat dit onderwerp geen onderdeel is van de begeleidingsgesprekken: *"Tot nu toe niet, maar zou wel een keer kunnen."* Dat betekent niet dat er geen wens is om het erover te hebben, zo blijkt: *"Ik denk er wel eens aan, maar het komt er gewoon niet van, ik zou er wel een keer over willen praten ja."* En een ander: *"Ja, weinig ehh.. ik wacht gewoon."* Eén cliënt geeft aan zich niet ondersteund te voelen in zijn woonwens: *"Over het wonen enzo, zeggen ze niet van, oké je bent nou goed, we kunnen voor jou wel kijken. Nee, dat doen ze niet. (...) Ik denk dat ik het zelf moet doen, dat ik aan hun zeg van ik wil graag zelfstandig wonen enzo. Na al die jaren."* Eén begeleider geeft aan het moeilijk te vinden zich tot de zelfstandige woonwens van de cliënt te verhouden: *"Maar het voelt ergens wel een beetje oneerlijk, omdat ik het niet zie gebeuren."* Een manier van één van de begeleiders om met de woonwens van de cliënt om te gaan, is om de voorwaarden ervoor te



benoemen: *"Met dat zelfstandig wonen, zeg ik: probeer eerst je kamer op te ruimen, of geld te sparen. Dus ik probeer daar mee te spelen."* Een andere begeleider ziet zijn cliënt niet zelfstandig wonen, maar zoekt naar haar beweegredenen: *"Je neemt haar wel serieus, wat is daar voor nodig? Je probeert uit te zoeken wat is de achterliggende vraag, waarom wil je op jezelf wonen?"* Begeleiders lijken moeite te hebben met het bijstellen van, in hun ogen, onrealistische woonwensen van cliënten: *"Dat is best lastig. Ik wil hem ook niet die droom ontnemen."*

Twee cliënten gaven in de interviews aan andere verwachtingen over hun huidige woonsituatie te hebben gehad. Zij hadden het idee dat ze een eigen woning zouden krijgen, maar wonen nu beiden in een woonvoorziening. Eén van hen vertelt: *"Ze zeiden dat ik een nieuw huis zou krijgen, maar ik heb hier een kamertje gekregen."* Er is ook een voorbeeld dat begeleiding en cliënt in eerste instantie andere woonwensen in gedachten hadden en het er daar met elkaar over gehad hebben. *"Samen met de begeleiding. Ja want het ging gewoon niet lekker en toen vond ik het hm, samen, we waren alle twee eigenlijk er over eens dat ik liever binnen de kliniek woonde. Ik heb wel een eigen voordeur hoor."*

In onderstaande tabel is een overzicht van de huidige woonsituatie van de 24 cliënten en de verschillende perspectieven (van de cliënt, de begeleider en de naaste) op de ideale woonsituatie. Indien de kleuren in een rij afwijken, duidt dit op een verschil in perspectief.

**Tabel: overzicht huidige woonsituatie en perspectieven woonwensen**

Huidig woonsituatie	Woonwens cliënt	Woonwens begeleider	Woonwens naaste
Ambulant	Ambulant	Niet beschikbaar <sup>5</sup>	Niet beschikbaar
Ambulant	Ambulant	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Niet beschikbaar	Woonvoorziening waar meer zorg mogelijk is <sup>6</sup> , kleinschalig	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Woonvoorziening
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Woonvoorziening waar meer zorg mogelijk is
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Woonvoorziening
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Woonvoorziening
Woonvoorziening	Ambulant	Niet beschikbaar	Woonvoorziening
Woonvoorziening	Niet beschikbaar	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Intramuraal	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Intramuraal	Ambulant	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Niet beschikbaar	Woonvoorziening, kleinschalig	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Aanleunwoning	Woonvoorziening, kleinschalig	Woonvoorziening (anders dan huidige)
Woonvoorziening	Woonvoorziening	Woonvoorziening	Niet beschikbaar
Woonvoorziening	Ambulant	Woonvoorziening, kleinschalig	Woonvoorziening
Aanleun kliniek	Ambulant	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar
Aanleun kliniek	Ambulant	Aanleunwoning	Niet beschikbaar
Gesloten klinische setting	Ambulant	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar
Gesloten klinische setting	Niet beschikbaar	Gesloten klinische setting	Niet beschikbaar
Open klinische setting	Ambulant (terugkeer naar koopwoning)	Aanleunwoning	Niet beschikbaar
Aanleun kliniek	Ambulant	Aanleunwoning	Niet beschikbaar

<sup>5</sup> Informatie over woonwens niet beschikbaar.

<sup>6</sup> Een locatie waar i.v.m. ouder wordende cliënt en bijkomende somatische problematiek, verpleeghuiszorg gegeven kan worden en kennis over psychiatrische problematiek is.

## Resultaten van de kwantitatieve uitvraag

Uit gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA, 2022) blijkt dat er in 2021 veel meer aanvragen voor een Wlz-indicatie GGZ-Wonen op grond van een psychische stoornis zijn gedaan, dan vooraf door VWS was verwacht. Met als gevolg vertraging in het beoordelingsproces door CIZ, waardoor cliënten die voldoen aan de toegangscriteria mogelijk pas later toegang krijgen tot de Wlz dan was bedoeld. In een eerste analyse van NZA was al te zien dat de instroom hoger was dan verwacht (NZA Informatiekaart GGZ-Wonen in de WLZ 2021). Zo zijn tot 1 maart 2022 23.415 cliënten toegelaten tot de Wlz, waar vooraf maximaal 16.250 cliënten verwacht werden. Deze extra instroom concentreert zich met name in de profielen GGZ-Wonen 1 en 3. Van de ruim 23.000 nieuwe GGZ-Wonen cliënten kregen bijna 11.000 een GGZ-Wonen 3 profiel en bijna 6.000 een GGZ-Wonen 1 profiel. De instroom in profiel 2, 4 en 5 was juist lager dan verwacht (Monitor Zorggebruik GGZ Wonen, NZA juli 2022). De meest recente gegevens (NZA, 2023) laten 27071 indicaties voor ggz-wonen per 1 januari 2023 zien. Gesignaleerd wordt dat er in de laatste maanden wat minder groei was dan verwacht. Er worden door NZA twee scenario's geschetst voor 2023: (1) geen groei en (2) wel groei naar 30.842.

In 2022 waren er 1317 mensen in Amsterdam met een GGZ Wonen indicatie. 855 (65%) daarvan worden bediend door de vier organisaties waar de respondenten voor het kwalitatieve deel van dit onderzoek zijn geworven.

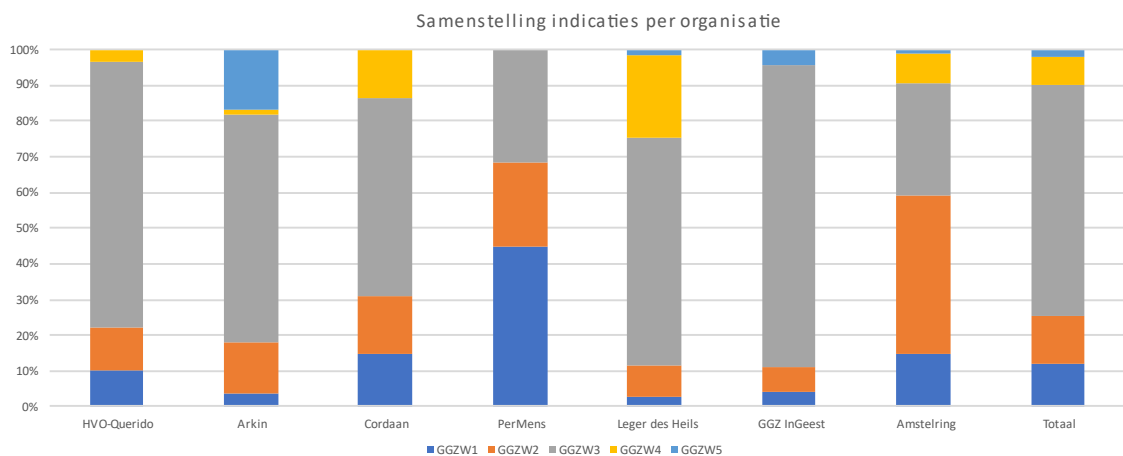
### Aantallen GGZ Wonen-indicaties

Van de acht organisaties die zijn gecontacteerd om gegevens over hun cliënten met een GGZ Wlz-indicatie aan te leveren, hebben zeven data aangeleverd, namelijk: Amstelring, Arkin, Cordaan, GGz Ingeest, HVO-Querido, Leger des Heils en PerMens. Het bleek voor organisaties niet altijd mogelijk om alle gevraagde gegevens aan te leveren. Zo hebben ze over diagnoses van de cliënten, op één organisatie na, geen precieze aantallen of percentages aan kunnen geven, maar wel de meest voorkomende diagnoses opgesomd.

Uit analyse van de door de zeven organisaties aangeleverde gegevens blijkt dat de hoogste percentages van GGZ Wlz-indicaties te vinden zijn in de profielen GGZ-Wonen 1 en 3 (zie onderstaande tabel). Dit komt overeen met de regioanalyse van het Zilveren Kruis.

**Tabel Verdeling GGZ-Wonen indicaties: aantal (percentages)**

Organisatie	GGZW1	GGZW2	GGZW3	GGZW4	GGZW5	Totaal
HVO-Querido	38 (10%)	44 (12%)	275 (74%)	13 (4%)	0	370
Arkin	3 (4%)	11 (14%)	50 (64%)	1 (1%)	13 (17%)	78
Cordaan	44 (15%)	49 (16%)	166 (55%)	41 (14%)	0	300
PerMens	17 (45%)	9 (24%)	12 (32%)	0	0	38
Leger des Heils	2(3%)	6 (9%)	44 (64%)	16 (23%)	1 (1%)	69
GGz Ingeest	2 (4%)	3 (7%)	39 (85%)	0	2 (4%)	46
Amstelring	14 (15%)	42 (44%)	30 (32%)	8 (8%)	1 (1%)	95
<b>Totaal</b>	<b>120 (12%)</b>	<b>164 (14%)</b>	<b>616 (65%)</b>	<b>79 (8%)</b>	<b>17(2%)</b>	996



De aantallen cliënten met een GGZ Wlz profiel en de locaties waar GGZ Wlz zorg wordt geboden, verschillen per organisatie. Ook zijn er grote verschillen in de leeftijd van cliënten tussen organisaties maar ook tussen locaties binnen één organisatie. Zo zijn er bij HVO-Querido cliënten met een GGZ Wlz indicatie onder de 30 jaar maar ook boven de 60. Bij Amstelring is de doelgroep gemiddeld gezien het oudst (zie onderstaande tabel).

Organisatie	Aantal locaties GGZ Wlz	Aantal cliënten GZZ Wlz	Kenmerken cliënten GGZ Wlz
Amstelring	2	95	Gem 71,4 jr Psychiatrische problematiek of verslavingsverleden
Arkin	7	171*	100 man; 71 vrouw; gem 48 jr 75% zorgmachtiging 73% hoofddiagnose schizofrenie of psychotische stoornis
Cordaan	10	300	Veelvoorkomende diagnoses: schizofrenie, persoonlijkheidsproblematiek, ASS, PTSS en LVB. Daarnaast opvallend veel verslavingsproblematiek (en voorwaarde abstinentieplek)
GGz Ingeest	5	46	Leeftijd tussen 35-55 jr Meest voorkomende hoofddiagnose: schizofrenie. Daarnaast cannabisafhankelijkheid. Bipolaire stoornis.
HVO-Querido	18	370	Range gem leeftijd 28-62 jr Veelvoorkomende diagnoses: schizofrenie, dubbele diagnose (met verslaving), autisme, ADHD, PTSS, persoonlijkheidsstoornissen
Leger des Heils	5	69	Gemiddelde leeftijd rond 50 jr Meest voorkomende diagnoses: persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, LVB en PTSS.
PerMens	2	38	schizofrenie, ernstige verslavingsproblematiek, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. 3 cliënten hebben LVB problematiek. Veelal is er sprake van een combinatie van genoemde diagnoses.

\*Dit aantal van 171 is inclusief voortgezet verblijf en wijkt daarmee af van het aantal van 78 cliënten met GGZ-Wonen indicatie.

## Wachlijsten en -tijden

Het bleek voor de organisaties lastig om informatie aan te leveren over wachtlijsten en bij de organisaties die hier wel iets over konden zeggen, was de wijze van aanlevering van de informatie onderling zo verschillend, dat de gegevens niet bruikbaar waren. Met toestemming van zes van de zeven organisaties is door Zilveren Kruis op geaggregeerd niveau wachtlijst informatie aangeleverd. Daarnaast heeft één organisatie de informatie volgens het format van Zilveren Kruis zelf aangeleverd. Aanlevering vond plaats eind maart 2023. Er wordt onderscheid gemaakt in 4 wachtstatussen, te weten: Urgent Plaatsen, Actief Plaatsen, Wacht op Voorkeur en Wacht uit Voorzorg. Het betreft enkel een overzicht van wachtenden waarbij de desbetreffende zorgaanbieder de aanbieder van eerste voorkeur is en daarmee dossierhouder. De cijfers geven derhalve niet het aantal cliënten van zorgaanbieder X dat wacht op een plek elders aan, maar het aantal cliënten in de regio dat wacht op plek bij de voorkeurszorgaanbieder.

Het aantal wachtenden in de regio Amsterdam lag in maart 2023 in totaal op 52. Het grootst aantal wachtenden is te zien in profiel GGZ-Wonen 3 (24; 46%).

De wachttijd voor de actief plaatsen groep lag in maart 2023 rond de 150 dagen (in juli onder de 100 dagen); voor de wacht op voorkeur groep was dat 300 dagen, terwijl dit in juli 2021 minder dan 100 dagen was.

**Tabel: Aantal wachtenden waarbij de desbetreffende zorgaanbieder de aanbieder van eerste voorkeur is en dossierhouder (maart 2023)**

Instelling	Leveringsstatus	Actief plaatsen	Wacht op voorkeur	Wacht uit voorzorg	Totaal
Amstelring	<b>Zorgprofiel</b>				
	GGZ W 1		5	1	6
	GGZ W 2	1	4	2	7
	GGZ W 3		2	1	3
	GGZ W 4				
	<i>Totaal</i>	<i>1</i>	<i>11</i>	<i>4</i>	<i>16</i>
Instelling	Leveringsstatus	Actief plaatsen	Wacht op voorkeur	Wacht uit voorzorg	Totaal
Arkin	<b>Zorgprofiel</b>				
	GGZ W 1	0	0	0	0
	GGZ W 2	0	0	0	0
	GGZ W 3	0	0	0	0
	GGZ W 4	0	0	0	0
	<i>Totaal</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Instelling	Leveringsstatus	Actief plaatsen	Wacht op voorkeur	Wacht uit voorzorg	Totaal
Cordaan	<b>Zorgprofiel</b>				
	GGZ W 1		6	1	7
	GGZ W 2		3	1	4
	GGZ W 3		4	2	6
	GGZ W 4				
	<i>Totaal</i>		<i>13</i>	<i>4</i>	<i>17</i>
Instelling	Leveringsstatus	Actief plaatsen	Wacht op voorkeur	Wacht uit voorzorg	Totaal
GGz Ingeest*	<b>Zorgprofiel</b>				
	GGZ W 1		1		1
	GGZ W 2				
	GGZ W 3		6		6
	GGZ W 4				
	<i>Totaal</i>		<i>7</i>		<i>7</i>
Instelling	Leveringsstatus	Actief plaatsen	Wacht op voorkeur	Wacht uit voorzorg	Totaal
HVO-Querido	<b>Zorgprofiel</b>		1		1
	GGZ W 1				
	GGZ W 2	1			1
	GGZ W 3	3	2	2	7
	GGZ W 4				
	<i>Totaal</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>8</i>
Instelling	Leveringsstatus	Actief plaatsen	Wacht op voorkeur	Wacht uit voorzorg	Totaal

Leger des Heils Amsterdam (GWCA + RIBW)	Zorgprofiel		1		1
	GGZ W 1				
	GGZ W 2				
	GGZ W 3		2		2
	GGZ W 4				
	GGZ W 5				
	<i>Totaal</i>		<i>3</i>	<i>1</i>	<i>4</i>
<b>Instelling</b>	<b>Leveringsstatus</b>	<b>Actief plaatsen</b>	<b>Wacht op voorkeur</b>	<b>Wacht uit voorzorg</b>	<b>Totaal</b>
PerMens	Zorgprofiel				
	GGZ W 1		0		0
	GGZ W 2				
	GGZ W 3	0	0	0	0
	GGZ W 4				
	GGZ W 5				
	<i>Totaal</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<b>Totaal</b>		<b>5</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>52</b>

\*Bij GGz Ingeest hebben de cijfers betrekking op alle wachtenden, ook buiten Amsterdam.

Om de gegevens over de wachtlijsten meer te duiden, is aan de kwaliteitsadviseur van Zilveren Kruis, die zich bezighoudt met Wlz en zorgbemiddeling, gevraagd welke ontwikkelingen, knelpunten en kansen zij ziet in vraag en aanbod van de GGZ WLZ doelgroep.

Zij neemt de volgende ontwikkelingen en knelpunten volgende waar:

- Er is een grote toestroom naar de regio Amsterdam; mensen van buiten de regio willen naar de stad.
- Er is te weinig aanbod én te weinig gevarieerd aanbod. Zo zijn er cliënten met verslavingsproblematiek die abtinent willen worden/blijven, maar voorzieningen waar geen gedoogbeleid is en niet gebruikt mag worden, zijn schaars. Ook is er een gebrek aan plekken waar cliënten met psychiatrische problematiek en een LVB passende ondersteuning (die aansluit bij hun cognitief en sociaal-emotioneel functioneren) kunnen krijgen. Zij wonen nu op locaties waar de groepen groot zijn, met veel prikkels en waar een grote mate van zelfstandigheid worden verwacht. Er wordt voor hen (veel) zorg ingeschakeld vanuit buiten, zoals SPV en psychiaters. Voor de doelgroep met de 'zwaarste' indicaties, zoals GGZ Wonen 5, is er behalve een klinische setting, geen passend aanbod. Een klinische setting is tijdelijk, dus moet er altijd naar doorstroom gekeken worden, maar vanwege het ontbreken van een geschikte vervolgplek, stromen deze mensen niet uit en komen de wachtlijsten onder druk te staan. Ook voor cliënten met complexe gedragsproblematiek die (op meerdere plekken) geschorst zijn, is geen passend aanbod.
- Cliënten krijgen in detentie een Wlz-indicatie, maar de overgang vanuit detentie naar een woonvoorziening sluit (dikwijls) niet naadloos op elkaar aan. Zodoende komen deze cliënten op straat, in de MO of bij familie. Hierdoor kan problematiek verergeren.
- De eigen bijdrage in de Wlz is hoger als iemand zorg ontvangt in een klinische setting of beschermde woonvorm dan als iemand ambulante zorg ontvangt vanuit de Wlz. Dit kan de woonwens beïnvloeden.

Gevraagd naar behoeftes in het Wlz GGZ aanbod geeft de kwaliteitsadviseur aan dat een gevarieerder aanbod voor de Wlz GGZ doelgroep nodig is, waarin sprake is van kleinere groepen en

meer aandacht gegeven kan worden aan de (specifieke problematiek van) cliënten. Zij ziet hierin kansen door middel van samenwerking tussen GGZ en MO/BW instellingen, om kennis en personeel te bundelen en uit te wisselen. Ook meer variatie in woonvormen, waarbij sprake is van (meer) zelfstandigheid maar de zorg nabij is, is wenselijk.





## Conclusies en discussie

In 2022 waren er 1317 mensen in Amsterdam met een Wlz GGZ Wonen indicatie. Het grootste deel van de mensen met een GGZ Wonen indicatie heeft een profiel 1 of 3. Uit gegevens over wachtenden blijkt dat voor profiel 1 en met name profiel 3 het grootste aantal wachtenden zijn. 65% van de mensen met een GGZ Wonen indicatie wordt ondersteund door één van de vier organisaties waar de respondenten voor het kwalitatieve deel van dit onderzoek zijn geworven.

Uit het onderzoek blijkt een heterogeen beeld van de doelgroep. Het gaat om cliënten waarbij (in ieder geval op dit moment) veel ondersteuning nodig is op verschillende leefgebieden. Maar de problematiek en leeftijd is divers. Wat duidelijk naar voren komt, is dat er een (oudere) groep is die (in de nabije toekomst) meer zorg nodig heeft vanwege somatische achteruitgang. Opvallend is dat locaties hier verschillend mee omgaan, met als oplossingsrichtingen het ophogen van de Wlz indicatie, het inzetten van thuiszorg, verhuizen naar een locatie waar meer zorg en ondersteuning mogelijk is, of het omscholen van het personeel. Naast deze groep is er een kleinere groep van cliënten die relatief gezien jong is (<35). Volgens regionale cijfers gaat dit om 6% van de Wlz doelgroep. Deze jongeren worden soms geplaatst, vanwege een gebrek aan opties, tussen cliënten die veel ouder zijn. Hierdoor missen ze de aansluiting met hun medebewoners. Voor deze jongere cliënten is momenteel zorg vanuit de Wlz nodig, maar ziet de begeleiding voor de toekomst mogelijkheden voor meer zelfstandigheid. Hiermee wordt ook duidelijk dat een Wlz indicatie niet betekent dat voor altijd deze intensieve ondersteuning nodig is en dat herstel op verschillende vlakken mogelijk is. Vaak is in één keer een overgang naar zelfstandig wonen wel te groot. Tussenvormen, zoals aanleunwoningen of de woonvoorziening in de nabijheid waarop kan worden teruggevallen (denk aan wooncirkels), zijn daarom wenselijk.

Uit de interviews blijkt dat een meerderheid van de cliënten en naasten tevreden is over de woonbegeleiding. De perspectieven van cliënten over de gewenste woonsituatie komen soms niet overeen met die van hun begeleider en naasten. Uit het onderzoek blijkt dat dit gesprek niet altijd wordt aangegaan, zowel niet door de cliënt als de begeleider. Bij een aanzienlijk deel van de cliënten is er een wens naar zelfstandig wonen. Tussen de regels door lijkt het bij een deel van hen echter meer te gaan over een wens naar meer normaliteit (“een normaal leven”), een groter gevoel van vrijheid en autonomie. Meer vrijheid en zelfstandigheid kan zitten in relatief kleine of praktische zaken, zoals het zelf kunnen koken, vrijheid in het uitnodigen van bezoek of zelf de voordeur kunnen open doen. Uit het onderzoek blijkt dat locaties meer aandacht zouden kunnen besteden om in te spelen op deze behoeften.

## Aanbevelingen

Op basis van de verschillende bronnen die in dit onderzoek gebruikt zijn, kunnen de volgende aanbevelingen worden meegegeven:

- De doelgroep is heterogeen en daarmee de behoeftes in de begeleiding ook. Meer aandacht moet uitgaan naar specifieke doelgroepen (oudere cliënten met somatische klachten, jongere cliënten);
- Ontwikkel een meer gevarieerd aanbod dat recht doet aan de diversiteit van de doelgroep en met tussenvormen tussen kliniek en beschermd wonen en tussen beschermd wonen en ambulant wonen. Creëer (meer) plekken waar cliënten met een wens tot abstinentie kunnen

wonen en creëer plekken waar de Wlz Wonen 5 doelgroep (ernstige gedragsproblemen t.g.v. de psychische stoornis) kan wonen;

- Werk meer samen in de regio, om kennis en personeel te bundelen en uit te wisselen. De pilot 'De Thuiskomst' is een voorbeeld van samenwerking tussen GGZ en MO/BW.
- Uit de interviews met cliënten blijkt dat een groot deel de wens heeft om zelfstandig te wonen, terwijl de begeleiding (en naaste) dit niet wenselijk achten. Onderzoek de wens van cliënten om zelfstandig te wonen en hoe de woonkwaliteit verhoogt kan worden. Verken de mogelijkheden die er zijn om binnen de voorzieningen de zelfstandigheid, gevoel van autonomie en privacy te vergroten;
- Bij een verschil in perspectief tussen de woonwens van de cliënt en de begeleiding, wordt hier niet altijd het gesprek over gevoerd. Vergroot de (gespreks)vaardigheid van begeleiders om 'lastige' onderwerpen niet uit de weg te gaan. Faciliteer als organisatie intervisie en supervisie voor teams;
- Voer uniforme regionale capaciteitsregistraties in, zodat daaruit ook meer sturingsinformatie mogelijk is.

## Dankwoord

Dit onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de medewerking van de deelnemende organisaties: Amstelring, Arkin, Cordaan, GGz Ingeest, HVO-Querido, Leger des Heils en PerMens.

Hartelijk dank aan een ieder die op verschillende momenten vanuit zijn of haar expertise en/of ervaring een bijdrage heeft geleverd aan dit onderzoek, vanuit de klankbordgroep of begeleidingscommissie.

Speciale dank gaat uit naar de cliënten, hun naasten en begeleiders die hebben meegedaan aan de interviews.

## Literatuurlijst

Abma, T.A. & Stake, R.E. (2014). Science of the Particular: An Advocacy of Naturalistic Case Study in Health Research. *Qualitative Health Research*, 24 (8). <https://doi.org/10.1177/1049732314543196>

Doyle S. Member checking with older women: a framework for negotiating meaning. *Health Care Women Int.* 2007 Nov-Dec;28(10):888-908. doi: 10.1080/07399330701615325. PMID: 17987459.

Lincoln, Y., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

NZA (2022). *Monitor Zorggebruik GGZ-Wonen cliënten in de Wlz*.

NZA (2023). *Februaribrief benutting budgettair kader Wlz 2023*.

## Bijlage 1 Kenmerken geïnterviewde cliënten

Woonvorm	Geslacht	Leeftijd	ZZP	Symptomen/kenmerken
Ambulant	Vrouw	40-49	GGZ 3	Depressief
Ambulant	Man	70-79	GGZ 1	Hoort stemmen
Klinisch Aanleun	Man	40-49	GGZ 3	Onbekend
Klinisch Aanleun	Vrouw	50-59	GGZ 3	Schizofrenie
Klinisch aanleun	Vrouw	50-59	GGZ 3	Lvb, verslaving
Klinisch Gesloten	Man	40-49	GGZ 3	Onbekend
Klinisch Gesloten	Vrouw	50-59	GGZ 3	Onbekend
Klinisch Open	Vrouw	40-49	GGZ 3	Onbekend
Woonvoorziening	Vrouw	80-89	GGZ 4	Angsten, wanen
Woonvoorziening	Man	50-59	GGZ 3	Psychoses
Woonvoorziening	Vrouw	30-39	GGZ 3	Onbekend
Woonvoorziening	Man	60-69	GGZ 3	Depressie/ psychose
Woonvoorziening	Man	50-59	GGZ 3	Alcoholverslaving
Woonvoorziening	Man	50-59	GGZ 3	Hoort stemmen, alcoholverslaving
Woonvoorziening	Man	30-39	GGZ 3	Paranoïde
Woonvoorziening	Vrouw	20-29	GGZ 3	Onbekend
Woonvoorziening	Vrouw	60-69	GGZ 3	Onbekend
Woonvoorziening	Man	60-69	GGZ 2	Onbekend
Woonvoorziening	Man	60-69	GGZ 3	Psychoses
Woonvoorziening	Man	60-69	GGZ 3	Drugsverslaving
Woonvoorziening	Man	60-69	GGZ 3	Drugsverslaving
Woonvoorziening	Vrouw	50-59	GGZ 3	Verslaving
Woonvoorziening	Man	50-59	GGZ 2	Onbekend
Woonvoorziening	Man	50-59	GGZ 3	Psychoses

## Bijlage 2 Leden expertgroep

Carola van Alphen (Anoiksis)

Hester Stokkel (adviseur HVO-Querido en Valente)

Fleur van Eeden (beleidsadviseur Cordaan)

Karin Groen (Ypsilon)

Nicky Dröge (gedragsdeskundige HVO-Querido)

Diana Roeg (onderzoeker Kwintes en Tranzo)

Ankie Lempes (onderzoeker Trimbos-instituut)

Renske de Jong (manager bedrijfsvoering Mentrum)

Feliza Santana Toledo (Zorg coördinator BW, HVO-Querido)

Antoinette Koch (psychiatrisch verpleegkundige BW, HVO-Querido)

Bert Stavenuiter (Ypsilon)