Daklozen en thuislozen

GEZONDHEIDSRAAD
Vice-voorzitter

Aan de minister en staatssecretaris
van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Sir Winston Churchilllaan 370
2285 SJ RIJSWIJK

Onderwerp : aanbieding advies
Uw kenmerk : DASB/PP-932770
Ons kenmerk : 4107/93/TS/MW/453-IJ
Bijlagen : 1
Datum : 8 juni 1995

Bij brief van 24 augustus 1993 (DASB/PP-932770) vroeg de toenmalige minister van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om advies uit te brengen over het vraagstuk van dak- en thuisloosheid in brede zin. Het advies zou moeten dienen als grondslag voor voortgezet onderzoek naar deelaspecten en als gemeenschappelijk vertrekpunt voor verdere beleidsontwikkeling van de maatschappelijke en bestuurlijke instanties die een bijdrage leveren aan het voorkomen en beheersen van de problematiek.

De daartoe ingestelde commissie heeft inmiddels een advies over dit onderwerp opgesteld. Ik bied u - gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde - het advies hierbij aan.

Het is de commissie gebleken, dat er veel is geschreven over het vraagstuk van dak- en thuisloosheid, maar dat de onderzoeken zich in de loop van de tijd hebben gericht op te ver uiteenlopende onderwerpen. Dat heeft geleid tot fragmentarische kennis. Een duidelijk beeld van de huidige populatie dak- en thuislozen is er op dit moment nog niet. De commissie heeft getracht een begrippenkader te ontwikkelen, dat zich in de eerste plaats leent om verder onderzoek te doen op dit terrein. Ik zou u in het bijzonder willen wijzen op de aanbeveling van de commissie, het onderzoek op het onderhavige terrein in de nabije toekomst in te bedden in een paar samenhangende hoofdlijnen en daarbij dan vooral de aandacht te richten op longitudinaal onderzoek. Dit is kostbaar onderzoek, maar het is voor dit complexe vraagstuk de noodzakelijke benadering om te kunnen voorzien in de leemten aan kennis, die er op dit moment zijn.

Postadres
Postbus 90517
2509 LM Den Haag
Telefoon (070) 344 18 00
Telefax (070) 383 71 09

Bezoekadres
Prinses Margrietplantsoen 20
2595 AM Den Haag

Onderwerp : aanbieding advies
Ons kenmerk : 4107/93/TS/MW/453-IJ
Pagina : 2
Datum : 8 juni 1995

Tevens zou ik de zeer kwetsbare positie van dak- en thuislozen met psychiatrische stoornissen onder uw aandacht willen brengen. Hoewel daarvoor op dit moment geen harde bewijzen zijn, zullen capaciteitsproblemen in de opvangvoorzieningen (zowel nu als) in de (nabije) toekomst met name voor de positie van deze groep mensen negatieve gevolgen hebben.

De voorzitter van de Gezondheidsraad,
Namens deze:

prof dr A Struyvenberg

Daklozen en thuislozen

aan:

de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 1995/10, Den Haag, 8 juni 1995

Deze publikatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad: Commissie Dak- en thuislozen. Daklozen en thuislozen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1995; publikatie nr 1995/10.

Preferred citation:
Health Council of the Netherlands: Committee on Roofless and Homeless. Roofless and Homeless. The Hague: Health Council, 1995; publication no. 1995/10

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 90-5549-078-4

Inhoud

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen *11*

Executive summary *17*

1 Inleiding *23*

2 Over landlopers en bedelaars, dak- en thuislozen *27*
2.1 Achtergrond *27*
2.2 De Nederlandse visie *30*
2.3 De Amerikaanse visie op 'homelessness' *38*
2.4 De Britse visie op homelessness *43*
2.5 Beschouwing *45*

3 Begripsomschrijvingen en aantallen *47*
3.1 Begripsomschrijvingen *47*
3.2 Aantallen *51*

4 Homeless en dak- en thuislozen: kenmerken *59*
4.1 Homeless in de Verenigde Staten *60*
4.2 Homeless in Groot-Brittannië *62*
4.3 Dak- en thuislozen in Nederland *63*

5 De gezondheid van daklozen en thuislozen *69*
5.1 Lichamelijke gezondheid *70*
5.2 Verslavingsproblemen *75*
5.3 Geestelijke gezondheid *76*
5.4 Problemen bij de medische zorg voor daklozen *82*

6 Bevindingen *89*
6.1 Vier niveaus *90*
6.2 Integrale benadering *91*
6.3 Specifieke kenmerken *91*
6.4 Aantallen en ontwikkelingen *92*
6.5 Medische zorg *93*
6.6 Een andere begripsomschrijving: thuislozen, daklozen en marginaal gehuisvesten *94*
6.7 Onderzoek in de zeer nabije toekomst *97*
6.8 Ten slotte *99*

Literatuur *101*

Bijlagen *107*
A De adviesaanvraag *109*
B Samenstelling van de commissie *111*
C De systeem-dynamische benadering bij het PLOTT-model *113*
D De operationalisering van het begrip 'thuisloosheid' *117*

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Mensen die zwerven of geen thuis hebben, zijn er door alle tijden heen geweest. De wijze waarop en de mate waarin het verschijnsel zich voordoet, worden mede bepaald door de ontwikkelingen in de samenleving en zijn dus tijdgebonden. Daarmee hangt samen dat de populatie van deze mensen naar samenstelling en kenmerken zich steeds anders manifesteert. In de diverse landen heersen verschillende visies op het vraagstuk en het onderzoek dienaangaande levert dan ook steeds andere uitkomsten op.

Omdat het niet mogelijk bleek het onderzoek te bezien op alle concrete punten afzonderlijk, waaraan in de adviesaanvraag wordt gerefereerd, heeft de commissie besloten haar beschouwingen te centreren rond vier thema's:

- visies op de mechanismen die aan het proces van dakloos of thuisloos worden ten grondslag liggen (hoofdstuk 2)
- begripsomschrijvingen en aantallen (hoofdstuk 3)
- veranderingen in de kenmerken van de populatie daklozen en thuislozen (hoofdstuk 4)
- medische zorg (hoofdstuk 5).

In hoofdstuk 6 geeft de commissie haar bevindingen weer.

Visies op dak- en thuisloosheid

In de Nederlandse visie overheerst de sociaal-psychologische benadering. Daarin staan gebrek aan sociale vaardigheden, leidend tot onvermogen om contacten te leggen en te

onderhouden, en het tekortschieten van sociale steun, op de voorgrond. Typerend voor deze benadering is de begripsomschrijving die de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (LSTO) geeft:

"Thuisloosheid kan worden omschreven als een ernstige toestand van maatschappelijke, persoonlijke en relationele kwetsbaarheid, waardoor functionele of medemenselijke relaties in de gangbare samenlevingsvormen niet of nauwelijks meer mogelijk zijn. De mens die tijdelijk of blijvend in deze toestand verkeert noemen we thuisloos".

Deze benadering is in hoge mate richtinggevend geweest voor het onderzoek in Nederland. De commissie is van mening dat - hoe waardevol ook - de benadering toch te beperkt is om het verschijnsel in zijn huidige vorm goed te beschrijven. Zij heeft het daarom nuttig geacht ook Amerikaans en Brits onderzoek in haar beschouwingen te betrekken.

Globaal kan men in de Amerikaanse onderzoeksliteratuur twee stromingen onderkennen. In de ene staat het deviante gedrag van de 'homeless' centraal, diens onvermogen om zich aan te passen aan de eisen van de samenleving. De verklaring daarvoor wordt dan voornamelijk gezocht in persoonlijke tekorten (sociale, psychische, of fysieke 'handicaps'). In de andere stroming zoekt men de verklaring voor het verschijnsel vooral in de structurele ontwikkelingen die zich in de samenleving voltrekken en die zodanig nadelig uitwerken op zwakke groepen dat dit voor sommigen leidt tot 'homelessness'. Men denkt dan in de eerste plaats aan ontwikkelingen op de woningmarkt (stijging van huren, onvoldoende volume aan goedkope woonmogelijkheden voor mensen met een minimum-inkomen of minder dan dat) en op de arbeidsmarkt (onvoldoende werkgelegenheid voor ongeschoolden en laag opgeleiden). In deze visie staat het niet hebben van een gegarandeerd onderkomen voor de nacht centraal. Bij laatstgenoemde stroming sluit de Britse visie op 'homelessness' aan.

Het Amerikaanse begrip 'homeless' dekt niet het Nederlandse begrip 'thuislozen', noch het verzamelbegrip 'dak- en thuislozen'. Het komt veeleer overeen met 'daklozen'. In Groot-Brittannië is homelessness wettelijk omschreven. Dat brengt een geheel eigen benadering van het verschijnsel met zich.

Hoewel de verschillende visies in de buitenlandse literatuur maar zeer ten dele van toepassing zijn op Nederland, ziet de commissie er toch elementen in die kunnen dienen ter verheldering en verduidelijking van de Nederlandse situatie. Zij vindt het van belang de Nederlandse visie op het verschijnsel dak- en thuisloosheid te verbreden, door ook hier rekening te houden met structurele factoren.

Begripsomschrijvingen en onderzoek

Het onderzoek onder dak- en thuislozen is moeilijk. Een tweede reden waarom de commissie met name de Amerikaanse onderzoeksliteratuur van belang vindt, is dat

daarin een intensieve discussie wordt gevoerd over methoden van onderzoek. Daaruit zijn ook voor Nederlands onderzoek waardevolle bevindingen te destilleren.

Het blijkt lastig de populatie dak- en thuislozen goed te omschrijven. Dat heeft te maken met de visie van waaruit men het verschijnsel benadert, want die bepaalt de begripsomschrijving die men kiest bij het uitvoeren van onderzoek en daarmee de resultaten van onderzoek. De uitkomsten van onderzoek laten grote verschillen zien, die het meest opvallend naar voren komen in verschillen in aantallen 'homeless' en 'dak- en thuislozen'. Een tweede moeilijkheid is dat de populatie dak- en thuislozen een even heterogene groep is als de bevolking zelf. De wegen waarlangs men dakloos of thuisloos is geworden, zijn zeer divers. En ten slotte is er bij dak- en thuislozen bijna altijd sprake van verwevenheid van sociaal-economische en (geestelijke) gezondheidsproblemen. Hij blijkt niet goed mogelijk te zijn bij dak- of thuisloos worden de oorzaak-gevolgrelatie aan te geven. Anders gezegd: sociaal-economische factoren en (geestelijke) gezondheidsproblemen en dak- of thuisloos worden beïnvloeden elkaar wederzijds.

Bij de bespreking van het Nederlandse onderzoek is de commissie gestuit op het probleem van de begripsomschrijving. Intuïtief voelt men wel aan om welke mensen het gaat, maar als men probeert dat duidelijk te omschrijven lijkt daarvoor het huidige begrippenkader zich onvoldoende te lenen. 'Thuisloos zijn' in de betekenis van de LSTO-omschrijving is van toepassing op een zeer ruime groep, die in principe niet naar verblijfplaats is af te bakenen. Het betreft niet alleen mensen die zich in het thuislozencircuit bevinden, maar ook personen die door de werking van een complex van psycho-sociale factoren het risico lopen zonder 'thuis' (in de traditionele zin) te geraken. Naast het begrip 'thuislozen' treft men de laatste jaren steeds vaker het begrip 'dak- en thuislozen' aan. Ook van deze groep is vaak niet duidelijk wie men daartoe rekent. In een enkel Nederlands onderzoek komt men ook het begrip 'daklozen' tegen. Het verschillend gebruik van begrippen levert verwarring op bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Het betekent dat er geen eenduidig beeld is van dak- en thuislozen. Bij de bespreking van de literatuur heeft de commissie deze verwarring niet kunnen oplossen. Zij heeft geprobeerd deze voor de toekomst op te lossen door in hoofdstuk 6 een ander begrippenkader voor te stellen (paragraaf 6.6).

Aantallen

Op dit moment wordt in Nederland algemeen uitgegaan van het cijfer van 30 000 dak- en thuislozen (momentschatting). De commissie heeft de onderzoeken waarop de ramingen zijn gebaseerd, te weten die van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het PLOTT-onderzoek, kritisch bekeken. Zij komt tot de conclusie dat er onvoldoende zekerheid is over de juistheid van die ramingen. Na weging van beide onderzoeken neigt zij er toe het landelijk aantal dak- en thuislozen eerder te stellen op 20 000 dan

op 30 000. Voor de juistheid van de vaak gehoorde opvatting dat er in het jaar 2000 circa 50 000 dak- en thuislozen te verwachten zijn, heeft de commissie geen aanwijzingen kunnen vinden. Het is wel duidelijk dat in de opvangvoorzieningen de gemiddelde verblijfsduur is toegenomen. Het is ook duidelijk dat er bij gelijkblijvend aantal dak- en thuislozen en gelijkblijvende capaciteit sprake zal zijn van een groeiend capaciteitsprobleem als de verblijfsduur toeneemt. Vermoedelijk manifesteert dit zich in een grotere zichtbaarheid van dak- en thuislozen op straat. Misschien is er ook sprake van versterkte perceptie waarbij gevoelens van onbehagen en onveiligheid in de maatschappij een rol spelen.

Toch meent de commissie een waarschuwend geluid te moeten laten horen. Zij meent dat er zich op dit moment in de samenleving gelijktijdig ontwikkelingen voordoen op de woningmarkt, de arbeidsmarkt, in de sociale zekerheid en in de psychiatrische zorg die ieder voor zich en samen werken ten detrimente van zwakke groepen in de samenleving. Men kan beredeneren dat zich dan mogelijkerwijs op de middellange termijn een stijging van het aantal dak- en thuislozen zal voordoen.

Kenmerken

In de hoofdstukken 4 en 5 heeft de commissie de resultaten van onderzoek in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Nederland weergegeven. Heel algemeen kan men stellen dat de populatie daklozen en thuislozen zich onderscheidt van de doorsnee-bevolking door: armoede, weinig werkervaring, hoge werkloosheid, weinig sociale vaardigheden, een gebrekkig of geen patroon van functionele relaties ten gevolge van psychische stoornissen, weinig of geen sociale steunrelaties, een opeenvolging van persoonlijke crises en onvoldoende mogelijkheden daar mee om te gaan, veel voorkomende verslavingsproblemen (alcohol/drugs), een slechtere gezondheidstoestand zowel lichamelijk als geestelijk.

Bij de bespreking van het onderzoek is de commissie uitgegaan van de vraag of en, zo ja, welke veranderingen zich de afgelopen vijftien jaar in de diverse populaties hebben voorgedaan. Inzicht in die veranderingen is van belang voor het ontwikkelen van verder beleid. Helaas laat het Nederlandse onderzoek door zijn beperkte reikwijdte en opzet geen duidelijke uitspraken daarover toe. Dat geldt zowel voor de demografische opbouw van de populatie als geheel, de sociaal-economische kenmerken daarvan en de persoonlijke karakteristieken, als van de subgroepen daarbinnen. Wel is duidelijk dat de situatie van daklozen in velerlei opzichten slechter is dan die van thuislozen, dat wil zeggen van hen die wel onderdak hebben in opvangvoorzieningen.

Medische zorg

In hoofdstuk 5 gaat de commissie in op de gezondheidstoestand van dak- en thuislozen. De gegevens over de lichamelijke toestand van dak- en thuislozen zijn summier. Een algemene bevinding is dat hun lichamelijke gezondheid slechter is dan die van de doorsnee-bevolking. Tevens blijkt dat de gezondheidstoestand van degenen die niet zijn ingebed in opvangvoorzieningen (daklozen) slechter is dan van degenen bij wie dat wel het geval is. De commissie richt zich in het hoofdstuk over de medische zorg voornamelijk op eerstgenoemden (daklozen), omdat haar gebleken is dat zich in de toegang tot het zorgcircuit voor deze groep knelpunten voordoen. Het niet verzekerd zijn is daarbij een groot probleem. De commissie pleit ervoor de verleende zorg aan onverzekerde daklozen te betalen uit een apart fonds dat is afgezonderd van de Centrale Kas. Over de technische uitvoering daarvan kan het oordeel van de Ziekenfondsraad worden ingewonnen.

Voor het verbeteren van de medische zorg aan dak- en thuislozen staat de commissie een sociaal-medisch spreekuur voor ogen. Dit spreekuur is een laagdrempelige voorziening die gezien moet worden als een eerste toegang tot het zorgcircuit. Behalve voor het verlenen van de noodzakelijke eerste hulp, dient het om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt, zodat doorverwijzing naar het reguliere circuit mogelijke is. Het sociaal-medisch spreekuur kan worden verzorgd door een sociaal-medisch verpleegkundige die kennis moet hebben van psychische stoornissen. De commissie heeft een voorkeur voor organisatorische inbedding van het sociaal-medisch spreekuur bij de GG en GD. Huisartsenzorg moet op consultatiebasis vierentwintig uur per dag beschikbaar zijn. De commissie stelt voor om huisartsen die mee willen werken aan het sociaal-medisch spreekuur een deeltijdaanstelling te geven bij de GG en GD.

De commissie besteedt apart aandacht aan tuberculose onder dak- en thuislozen. Zij heeft geen ondubbelzinnige gegevens kunnen vinden voor een duidelijke verhoging van het voorkomen van tuberculose onder dak-en thuislozen. Er is wel sprake van een verhoogde prevalentie onder de drugsverslaafden. Gezien het feit dat er een overlap is tussen drugsverslaafden en daklozen, meent de commissie dat men moet spreken van een risicogroepen, temeer omdat personen in deze groepen door hun leefstijl extra kwetsbaar zijn voor het opdoen van tuberculose. Dat vormt een reden voor waakzaamheid.

In paragraaf 5.3 gaat de commissie in op de geestelijke gezondheid van dak- en thuislozen. In de beeldvorming speelt het 'gestoord zijn' van dak- en thuislozen duidelijk een rol. In de literatuur komt men zeer verschillende prevalenties van psychische stoornissen tegen. Die prevalenties moeten met voorzichtigheid worden bekeken. In onderzoek speelt een aantal methodologische en praktische problemen mee, die de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de onderzoeksgegeven beïnvloeden.

Bovendien blijkt het lastig te zijn onderscheid te maken naar deviant gedrag ten gevolge van psychische stoornissen en deviant gedrag voortvloeiend uit aanpassing aan de stressvolle omstandigheden van een zwervend bestaan. In veel onderzoek wordt dat onderscheid niet gemaakt.

De commissie sluit aan bij de achtergrondstudie bij het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, getiteld: Thuisloosheid en psychische stoornissen. Zij onderschrijft de conclusie dat psychische stoornissen de gezondheid van een belangrijk deel van de dak- en thuislozen compliceren en dat psychopathologie - naar een grove schatting leert - onder dak- en thuislozen uiteindelijk twee tot drie maal zo veel voorkomt als in de gewone bevolking.

Bevindingen

In het hoofdstuk 6 geeft de commissie een analyse van de door haar besproken literatuur en vergelijkt zij deze met eigen ervaring en inzichten van haar leden. Zij geeft haar visie op de benadering van het vraagstuk van dak- en thuisloosheid in Nederland en concludeert dat een integrale benadering noodzakelijk is om beter inzicht te krijgen in de problemen van de populatie dak- en thuislozen van nu. Naar haar opvatting moeten dak- en thuisloosheid in de huidige tijd gezien worden als een consequentie van persoonlijke kwetsbaarheden van bepaalde individuen in relatie tot bepaalde structurele ontwikkelingen in de samenleving die nadelig uitwerken op zwakke groepen.

Aangezien er op dit moment onvoldoende goede gegevens voorhanden zijn om - anders dan in algemene zin - uitspraken te doen over dit vraagstuk, beveelt de commissie verder onderzoek aan en beargumenteert zij waarom dit plaats moet vinden vanuit de zojuist bedoelde integrale benadering. Zij beargumenteert tevens waarom daarvoor een nieuw begrippenkader nodig is en reikt dat begrippenkader ook aan. Zij bepleit een verscherping en explicitering van het onderscheid tussen dakloosheid en thuisloosheid. Het onderscheid is primair gebaseerd op het criterium: wel of geen gegarandeerd onderkomen hebben voor de komende nacht. Naast deze twee begrippen introduceert zij een derde categorie, namelijk die van mensen die zij 'marginaal gehuisvesten' noemt. Dat zijn degenen die zich, hoewel niet dakloos, in een instabiele verblijfssituatie bevinden die zich conditioneel al dan niet als thuisloosheid laat bestempelen.

Ten slotte geeft de commissie haar visie op het onderzoek dat in de nabije toekomst moet worden uitgevoerd. Dat onderzoek moet naar haar mening longitudinaal worden opgezet, waarbij sprake is van samengaan van epidemiologische en etnografische onderzoeksmethoden.

Executive summary

Health Council of the Netherlands: Committee on Roofless and Homeless. Roofless and Homeless. The Hague: Health Council, 1995; publication no. 1995/10

Since time immemorial there have always been those who have no roof over their heads and sleep rough or who have no home of their own. As form and extent of this phenomenon are largely governed by developments within society, it tends to be a product of its time.

Consequently the composition of the relevant population and the characteristics it displays are constantly changing. The prevailing views on these issues vary from country to country and, as a result, studies of the phenomenon usually produce disparate results.

In this report the committee has concentrated its survey of relevant studies around four themes:

- views of the underlying mechanisms which cause people to become homeless (chapter 2);
- definitions of concepts and numbers (chapter 3);
- changes in the characteristics of the population of homeless (chapter 4);
- medical care (chapter 5).

Views on homelessness

The Dutch view is dominated by the social-psychological approach. At the forefront appears a lack of social skills, which leads to an inability to develop and maintain contacts and (therefore) to inadequate social support. The concept definition produced by

the Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (LSTO) (National foundation for shelter and care of the homeless) reads:

"Homelessness can be defined as a severe condition of social, personal and relational vulnerability, whereby functional or compassionate relationships within customary social contexts become virtually or entirely impossible. We define those who live in these circumstances, whether temporarily or permanently, as homeless".

This approach has to a large extent oriented a number of studies in the Netherlands. However, it is the committee's opinion that - useful though it may be - the approach is too limited for an adequate description of the phenomenon in its current form. For this reason, the committee has decided to include also British and American studies in its survey.

Broadly speaking, two different schools of thought can be distinguished in the American and British research literature. One of them considers the deviant behaviour of the 'homeless' and their inability to adjust to society's demands to be of major importance. An explanation of this is primarily sought in personal shortcomings (social, psychological or physical 'handicaps'). In the other school an explanation of the phenomenon is primarily sought in those structural developments within society which affect mainly weaker groups and which, for some of their members may lead to 'homelessness'. The main factors are thought to be developments on the housing market (increasing rent, an insufficient volume of inexpensive accommodation for those earning a minimum wage or less) and the restricted labour market (insufficient employment opportunities for uneducated people or those with a low level of education).

The Dutch speak of 'homeless' (in Dutch 'thuislozen') or use the collective term 'roofless and homeless' (in Dutch 'daklozen en thuislozen'), neither of which corresponds with the American concept of 'homeless', nor with the British concept. In Great Britain exists a legal definition of 'homelessness', which involves a highly distinctive approach to the phenomenon.

The various views contained in foreign publications are only marginally applicable to the Netherlands. However, the committee recognises that they do contain elements which serve to clarify and elucidate the Dutch situation. The committee considers it essential that the Dutch 'social' view of the phenomenon 'roofless and homelessness' be expanded by taking structural factors into account.

Studies and definitions of concepts

One of the reasons for the committee to ascribe great importance to American studies in particular is that an intense discussion is currently under way in that country regarding the proper methods to be used in such studies. From this, conclusions can be distilled which will certainly be of value for Dutch studies.

To find an adequate definition of the population of 'roofless and homeless' clearly poses a formidable problem. The possible answers to it reflect the view of those dealing with the phenomenon, since these determine the concept definition employed in the course of a study and, accordingly, the results of that study. That different studies produce disparate results is most clearly seen in the widely varying figures of 'roofless and homeless' that will be cited below. Another difficulty is that the population of 'roofless and homeless' is just as heterogeneous as the general population and the paths leading to such a situation are therefore many and varied. Finally there is practically always an intertwining of socio-economic factors and (mental) health problems. It is clearly difficult to establish a relationship between cause and effect with regard to the processes of becoming a roofless or a homeless person.

In discussing Dutch studies on this topic, the committee has come up against the problem posed by the definition of concepts. There is an intuitive awareness of the identity of those who form the subject of this report. However, when attempts are made to draw up a clear-cut definition, the currently available framework of concepts seems to be unequal to the task. 'Being homeless' in the sense of the LSTO definition applies to an extremely broad group of people, and one which cannot be delineated in terms of their place of residence. The term relates not only to those already within the ranks of the 'roofless and homeless' but also to people who - as a result of the action of a complex web of psychosocial factors - run the risk of losing their 'home' (in the traditional sense). It is not always obvious which individuals belong to which group. The inconsistent use of concepts has produced confusion in the interpretation of the results of such studies. As a result, there does not exist a clear picture of the 'roofless and homeless' in the Netherlands.

Numbers

Currently, it is generally assumed that there are some 30,000 roofless and homeless persons in the Netherlands (momentary estimation). The committee has critically evaluated the 2 studies upon which these estimates are based (that of the Association of Netherlands Municipalities and the PLOTT study (Prognostic National Study of the Homeless and of Care for the Homeless). It concludes that neither estimate is to be trusted as to accuracy. After carefully reviewing both studies, the committee is inclined to accept a national figure of 20,000 rather than 30,000. The committee has been unable to find any evidence to support the frequently voiced opinion that the Netherlands will have 50,000 roofless and homeless persons in the year 2000. What is clear, however, is that there has been an increase in the average length of stay in reception facilities. It is also clear that, even if the numbers remain the same, this increase in the average length of stay will cause problems of capacity. This will presumably

manifest itself in the form of greater numbers of roofless and homeless persons being seen in the streets.

The committee believes however that current synchronous developments within society affecting the housing market, the labour market, social security and psychological care are, both separately and collectively, detrimental to weak groups within society. It can be argued then that, probably in the medium term, there will be a factual rise in the notable numbers of 'roofless and homeless'.

Characteristics

In chapters 4 and 5, the committee has set out the results of studies in the United States, Great Britain and the Netherlands. In very general terms, it can be said that the population of 'roofless and homeless' can be distinguished from the general population by: poverty, little work experience, high unemployment, few social skills, an inadequate pattern of functional relationships (or none at all) as a result of psychological disorders, few (or none at all) supportive social relationships, a succession of personal crises and insufficient capacity for coping with them, common problems of addiction (alcohol/drugs) and poor health, both physical and mental.

The committee has based its discussion of the studies upon the question of whether there have been any changes in the various populations over the past fifteen years and, if so, what do these entail? Insight into these changes is important with regard to further policy development. Unfortunately, the limited scope and design of Dutch studies mean that no clear conclusion can be drawn in this regard. This applies as well to the demographic structure of the population as a whole, as to the socio-economic characteristics and personal characteristics of the sub-groups. What is clear, however, is that the situation of the 'roofless' ('daklozen') is, in many respects, much worse than that of the 'homeless' ('thuislozen') who are accommodated in reception facilities.

Medical care

In chapter 5, the committee explores the state of health of 'the roofless and homeless'. Information regarding their health is sketchy. It has been generally established that their physical health is worse than that of the general population. It also appears that those who are settled in reception facilities enjoy a better state of health than those who are not ('roofless'). In the chapter on medical care, the committee primarily addresses the issue of the latter group since it has become aware of the presence of bottlenecks in this group's access to the care system. Lack of health insurance is such a major bottleneck. The committee urges that the care provided to uninsured 'roofless' should be paid for from a separate fund, distinct from the existing Central Fund of the

Health Insurance Funds Council. The Health Insurance Funds Council should be consulted for its view on the technical implementation of such a measure.

For the purpose of improving medical care for the roofless, the committee has a sociomedical surgery in mind. This surgery would be a low-threshold facility which should be seen as an initial entry point to the care system. Besides providing the requisite first aid, it will also serve to establish a relationship of trust between patients and care officials in order to allow patients to be referred on to the standard care system. The sociomedical surgery-hour can be provided by a sociomedical nurse who should be familiar with psychological disorders. The committee would prefer the sociomedical surgery-hour to be embedded within the organisation of the Municipal Health Service. Care from general practitioners should be available on a consultative basis twenty-four hours a day. The committee proposes that those general practitioners who are willing to co-operate with the sociomedical surgery-hour be given part-time appointments at the Municipal Health Service.

The committee has been unable to find any unambiguous information relating to a clear increase in the incidence of tuberculosis among 'roofless and homeless'. There is, however, increased prevalence of the disease amongst drug addicts. In view of the fact that the groups drug addicts and roofless overlap, the committee feels that use of the term 'high-risk group' for the 'roofless' is warranted. This is all the more so since the lifestyles of people in this group make them extremely susceptible to tuberculosis. This is sufficient reason for vigilance.

In section 5.3, the committee explores the question of the mental health of 'the roofless and the homeless'. Figures quoted in the literature for the prevalence of psychological disorders tend to vary widely. These prevalences should be viewed with caution. Studies involve a number of methodological and practical problems which affect the reliability and the universality of the study data. Furthermore, it appears to be difficult to distinguish between deviant behaviour caused by psychological disorders and that which results from adaptation to the stressful circumstances of a life spent on the streets. Many studies do not even attempt to draw such a distinction.

The committee concurs with the background study accompanying the report of the National Advisory Council for Public Health entitled: Homelessness and psychological disorders. They support the conclusion that psychological disorders greatly complicate the health of roofless and homeless people and that (according to a very rough estimate) the ultimate frequency of psychopathology among them is two to three times that in the general population.

Conclusions

In chapter 6, the committee has set out an analysis of the literature which it has discussed, comparing this with the personal insights and experience of its members. The committee presents its view of how the issue of the 'roofless and homeless' in the Netherlands should be approached. It urges that the distinction between 'the roofless' ('daklozen') and 'the homeless' ('thuislozen') be made more clear-cut and more explicit. This distinction should be primarily based upon the following criterium: Being guaranteed of shelter for the coming night, or not.

In addition to these two categories, the committee wishes to introduce a third category, namely people which it calls 'marginally accommodated'. Such people, although not strictly 'roofless' or 'homeless' do not have stable accommodation and their situation is such that they are hovering on the edge of 'rooflessness'.

The committee concludes that an integrated approach is required in order to provide better insights into the problems of contemporary population of the 'roofless' and the 'homeless'. The committee feels that the plight of those persons should be seen as a consequence of the personal vulnerability of certain individuals in relation to certain structural developments within society which adversely affect weak groups.

In view of the fact that there is insufficient data available (other than information of a general nature) to enable a verdict to be reached on this population, the committee recommends that further studies be carried out. It presents arguments to show why this should take place within the context of the integrated approach referred to above.

Finally, the committee presents its view regarding the contents of the studies to be carried out in the near future. The committee feels that such studies must be longitudinal in design and that epidemiological and ethnographical methods should go hand in hand.

Hoofdstuk 1

Inleiding

Op 24 augustus 1993 vroeg de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Gezondheidsraad schriftelijk om advies over het vraagstuk van dak- en thuisloosheid in brede zin. Het was de eerste maal dat de Gezondheidsraad een adviesaanvraag ontving ten behoeve van het Directoraat-generaal Welzijn van genoemd ministerie. In de adviesaanvraag, waarvan de tekst is opgenomen in bijlage A, wordt gesteld dat naar dit verschijnsel in Nederland nog weinig onderzoek is gedaan. Uit enkele onderzoeken die, in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van andere instanties, zijn uitgevoerd naar het aantal en de verscheidenheid van dak- en thuislozen en naar hun maatschappelijke en persoonlijke achtergronden blijkt dat "geen eenduidige definitie bestaat van begrippen als 'thuisloosheid' of 'dakloosheid'. In de gehanteerde definities lopen persoonlijke kenmerken en achtergronden, vermeende oorzaken en gevolgen, zichtbare gedragingen en mogelijke oplossingen dooreen. De uiteenlopende invalshoeken, van waaruit instanties en personen met dak- en thuisloosheid worden geconfronteerd leiden tot evenzeer uiteenlopende opvattingen over de aard van de problematiek, de maatschappelijke en persoonlijke achtergronden of oorzaken, alsmede over de acties die zinvol, mogelijk of noodzakelijk worden geacht".

De vice-voorzitter van de Gezondheidsraad installeerde op 24 maart 1993 een commissie die tot taak kreeg zich eerst te oriënteren op het onderhavige onderwerp en zich vervolgens, na ontvangst van de adviesaanvraag, te buigen over de beantwoording daarvan. Gezien het brede terrein dat de commissie moest bestrijken werd zij

multidisciplinair samengesteld. De samenstelling van de commissie is opgenomen in bijlage B.

De commissie begon haar werkzaamheden met het maken van een 'tour d'horizon' op het probleemveld. De commissie vergaderde tien maal plenair. Voor het deelterrein 'visies op de mechanismen die aan het proces van dakloos of thuisloos worden ten grondslag liggen' en het deelterrein 'medische zorg', werden uit de commissie werkgroepen samengesteld die elk, ter voorbereiding van deze deelterreinen, een aantal malen extra bijeen kwamen.

In februari 1994 betrok de commissie mevrouw D Greshof als gastdeskundige bij haar werk. Zij was op dat moment bezig met onderzoek in Amsterdam naar de leefwereld van daklozen. De commissie spreekt op deze plaats graag haar waardering uit voor de bijdrage van mevrouw Greshof en voor haar bereidheid aan dit advies mee te werken.

Over het vraagstuk van de dak- en thuislozen in Nederland is veel geschreven, maar - zoals al uit de adviesaanvraag blijkt - kritische en systematische onderzoeken zijn zeldzaam. Allerlei vermoedens en vooroordelen bepalen mede het beeld. De commissie heeft daardoor veel tijd moeten besteden aan het 'zuiveren van het terrein'. Zij heeft dit gedaan door een uitgebreide literatuurstudie te verrichten die zich niet beperkt tot Nederland, maar zich ook uitstrekt tot aan Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. In dit laatste land is vrij veel en diepgaand onderzoek uitgevoerd. Hoewel de situatie daar aanmerkelijk verschilt van die in Nederland, valt uit het Amerikaanse onderzoek voor ons veel te leren. De hoofdstukken twee tot vijf bevatten voornamelijk de neerslag van deze literatuurstudie.

De commissie stond daarna voor de opdracht de gezeefde literatuurgegevens - voor zover toepasbaar op Nederland - met de eigen ervaring en inzichten van haar leden te vergelijken en daaruit conclusies te trekken die op de hier bestaande situatie van dak- en thuislozen en het bijbehorende beleid toepasbaar zijn. Dat was een zeer moeilijke opgave. Scherpe gevolgtrekkingen maken en deze formuleren in een voor beleid bruikbare vorm, bleek nagenoeg onmogelijk. Daarvoor is de materie te complex, het probleem te veelomvattend, en zijn de gegevens te schaars, te onduidelijk of zelfs tegenstrijdig.

De adviesaanvraag behelst een aantal min of meer concrete aandachtspunten. De minister vraagt naar maatschappelijke en economische, naar somatische en psycho-sociale aspecten; naar gezondheidsrisico's voor betrokkenen en hun omgeving; naar het ontstaan en het voortduren van het verschijnsel; naar episodische aspecten en naar de mogelijkheden van beëindiging of zelfs preventie van dak-en thuisloosheid. Sommige

van deze aspecten heeft de commissie om bovengenoemde redenen onbehandeld moeten laten.

Eén van de zaken waaraan de commissie na rijp beraad geen aandacht heeft gegeven is het probleem van de zwerfjongeren. Zij is zich er van bewust dat bij velen de opvatting leeft dat de zwerfjongeren van nu de dak-en thuislozen van de toekomst zijn. Vermoedelijk is dat ten dele waar. Maar veel meer nog dan bij het onderzoek naar de dak- en thuislozen van nu, doen zich bij de zwerfjongeren twee grote problemen voor: de afbakening van de groepen en het episodische karakter van het zwerven. Tot de groep 'zwerfjongeren' rekent men uiteenlopende groepen: 'uitvallers', 'weglopers' , 'sleutelkinderen', '(frequente) drugsgebruikers', 'nieuwe passanten', 'langdurige passanten', jongeren die instabiel zijn gehuisvest, in kraakpanden wonen, al dan niet met een instellingsverleden en jongeren 'die gewoon een tijdje afhaken'. In het episodische karakter van het zwerven bestaat geen inzicht. De vraag of het bij een (groot?) aantal van hen gaat om een tijdelijke leefstijl die past bij een bepaalde fase van hun leven of dat zij inderdaad de dak- en thuislozen van de toekomst zullen worden, is op grond van het bestaande onderzoek niet te beantwoorden. Het probleem van de zwerfjongeren rechtvaardigt een eigen benadering waartoe de commissie niet was geëquipeerd.

Over een aantal aspecten van dak- en thuisloosheid heeft de commissie wel een oordeel kunnen geven. Maar ook dan blijft zij voorzichtig in haar conclusies. Ten aanzien van de gezondheidszorg voor met name daklozen heeft de commissie een paar concrete aanbevelingen kunnen doen.

Kortom, dit advies is geen handleiding voor het beleid ten aanzien van dak- en thuislozen in de nabije toekomst. Eerder heeft het advies het karakter van een studie, met als hoofddoel het ordenen van het terrein en het verdiepen en aanscherpen van begrippen. De commissie meent daarmee te hebben voldaan aan het in de voorlaatste alinea van de adviesaanvraag gestelde, te weten het opstellen van een advies dat: "kan dienen als grondslag voor voortgezet onderzoek naar deelaspecten en als gemeenschappelijk vertrekpunt voor de beleidsontwikkeling van de maatschappelijke en bestuurlijke instanties, die een bijdrage leveren aan het voorkómen en beheersen van de problematiek".

Hoofdstuk 2

Over landlopers en bedelaars, dak- en thuislozen

2.1 Achtergrond

Mensen die zwerven en geen vast dak boven het hoofd hebben, zijn er door alle tijden heen geweest. Vroeger sprak men van landlopers en bedelaars, tegenwoordig noemen we hen dak- en thuislozen.

Het publiek, de overheid en de politici worden steeds vaker geconfronteerd met de problemen van deze groep mensen. Ook in de media is daarvoor een toenemende aandacht te constateren. In de grote steden is naar het algemene oordeel niet alleen de zichtbaarheid van dak- en thuislozen toegenomen, maar dak- en thuisloosheid heeft ook een bepaald gezicht gekregen. Het overheersende beeld is dat van de dakloze of thuisloze als psychisch gestoorde zwerver, die langs vuilnisbakken schuifelt, die verward is, ongeremd in zichzelf spreekt, af en toe boos tegen passerende mensen uitvalt, maar meestal zichzelf terugtrekt in een binnenwereld die voor anderen ontoegankelijk is en waar zich uitsluitend nog een dialoog met niet waarneembare tegenspelers voordoet (Sch93).

Waarom komt het probleem nu zo pregnant naar voren? Zijn er de laatste jaren werkelijk meer dak- en thuislozen gekomen of zijn ze alleen maar meer zichtbaar geworden? Begint de sociale infrastructuur tekort te schieten of doet een steeds ingewikkelder wordende samenleving een te groot beroep op mensen om zichzelf staande te houden, ook als ze daartoe niet zo goed zijn toegerust? Of is er sprake van afnemende tolerantie ten aanzien van mensen met een afwijkend gedrag omdat men vreest voor overlast? Er zijn geen eenvoudige antwoorden op deze vragen. En de antwoorden die

er zijn, zijn niet eenduidig. Ze worden gekleurd door de manier waarop men tegen het fenomeen aankijkt. Sommigen noemen het onaangepast gedrag. Dan liggen daaraan veelal impliciete vooronderstellingen ten grondslag over de aard van sociale kaders, zoals de verbanden van gezin en familie, van vriendenkring, beroeps- en arbeidsmilieus. Anderen zien het verschijnsel meer als een manco in de sociale structuur van de samenleving en de wijze waarop haar instituties behoren te functioneren.

Het is bijzonder lastig het verschijnsel te verklaren. Het onderzoek op het terrein van dak- en thuisloosheid is in binnen- en buitenland in de afgelopen vijftien jaar aanzienlijk in omvang toegenomen en veelzijdiger geworden, maar de vele obstakels die zich voordoen bij het verkrijgen van betrouwbare gegevens leiden ertoe dat de beschikbare informatie zowel een bron van kennis als van verwarring is. Allereerst is het niet eenvoudig om aan te geven wat we verstaan onder dakloosheid en thuisloosheid en wie we moeten rekenen tot de dak- en thuislozen. Dat bemoeilijkt vooral de vaststelling van hun aantal. Belangengroepen in binnen- en buitenland die zich richten op de zorg voor dak- en thuislozen, hebben over het algemeen de neiging de aantallen te overschatten, terwijl de officiële statistieken neigen tot onderschatting. In de tweede plaats is het uitvoeren van onderzoek onder deze groepen moeilijk. Dat brengt de aard van de populatie met zich mee. Zij is zeer heterogeen en heeft een dynamisch karakter en dientengevolge levert het onderzoek, bezien over een langere periode, soms tegenstrijdige resultaten op.

Het onderzoek kan men globaal in twee stromen indelen: epidemiologisch onderzoek en etnografisch onderzoek. Bij het epidemiologische onderzoek richt men zich vooral op de karakteristieken van de populatie als geheel en op de verschillende subgroepen daarbinnen. Men verzamelt gegevens over leeftijd en geslacht, over de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand, over verslaving, schoolopleiding, huwelijks- en arbeidsverleden. Het etnografische onderzoek wordt uitgevoerd vanuit het perspectief van de dakloze of thuisloze zelf. De onderzoeker probeert zich in te leven in diens dagelijkse leefwereld en laat de betrokkenen zelf aan het woord. Hun levensgeschiedenissen, hun ervaringen, behoeftes en attitudes staan daarbij centraal.

De commissie is bij het opstellen van dit advies voor wat betreft de Nederlandse situatie op een lastig probleem gestuit. Het betreft de tot dusver in ons land dominerende visie op dak- en thuisloosheid en de daaruit voortvloeiende begripsomschrijving, alsmede het onderzoek zelf. Het onderzoek is beperkt van opzet en reikwijdte. De onderzoeken zijn onderling niet vergelijkbaar en de gegevens zijn niet generaliseerbaar. Dat maakt het lastig een duidelijk beeld te krijgen van de dak- en thuislozen van nu.

Met de gangbare begripsomschrijving is iets merkwaardigs aan de hand. Intuïtief voelt men aan om welke mensen het gaat, maar als men probeert aan te geven wie men

tot de groep dak- en thuislozen rekent, lijkt daarvoor het begrippenkader nog onvoldoende helderheid te geven. Het meest gebruikt is de omschrijving van thuisloosheid die de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (LSTO) geeft en die typerend is voor de psycho-sociale benadering hier te lande, waarin de kwetsbaarheid van personen centraal staat (zie paragraaf 3.1). In Nederland doelt men met 'thuisloos zijn' primair op een combinatie van het ontbreken van een eigen zelfstandig leefmilieu, werkloos zijn en het niet of nauwelijks hebben van duurzame relaties (familie of vrienden) waarop men kan terugvallen. Over de verblijfplaats is daarmee geen uitspraak gedaan.

De 'thuislozen' vormen een zeer heterogene groep die zich moeilijk nauwkeurig laat omschrijven. Voor het doen van onderzoek beperkt men de omschrijving doorgaans naar verblijfplaatsen. Als 'thuisloos' worden dan aangemerkt degenen die gebruik maken van dak- en thuislozeninstellingen. Dat is een institutionele benadering, die in een aantal onderzoeken wordt aangevuld met onderzoek naar het straatcircuit, ook wel het circuit van de buitenslapers genoemd. Naast het begrip 'thuislozen' ziet men tegenwoordig steeds vaker het begrip 'dak-en thuislozen'. De begrippen worden in het spraakgebruik door elkaar gebruikt, maar ze dekken elkaar in het onderzoek niet. Een enkele maal komt men in het onderzoek ook het begrip 'daklozen' tegen. Daarmee wordt dan gedoeld op dat deel van de populatie 'thuislozen' of 'dak- en thuislozen' dat zekerheid op onderdak voor de komende nacht ontbeert. Deze groep laat zich de facto gemakkelijker omschrijven.

Er ontstaat verwarring als men in het onderzoek onvoldoende duidelijk aangeeft wie men tot een bepaalde onderzoeksgroep rekent en waarom. Bij de bespreking van het Nederlandse onderzoek tot nu toe heeft de commissie dit probleem niet kunnen oplossen zoals zal blijken in de hoofdstukken 4 en 5. De commissie zal in dit advies meestal spreken van 'dak-en thuislozen'. Zij sluit daarmee aan bij de benaming die heden ten dage het meest gebruikt wordt in onderzoek. Daar waar het onderzoek expliciet alleen spreekt van 'thuislozen' volgt de commissie deze benaming.

De commissie achtte het nuttig ook te kijken naar buitenlands onderzoek. Daarin komen andere visies op het vraagstuk naar voren. Zij is zich er van bewust dat de uitkomsten van buitenlands onderzoek niet zonder meer toepasbaar zijn op de Nederlandse situatie, die een eigen karakter had en heeft. Maar het kennisnemen van andere benaderingen is op zijn plaats, omdat daarin elementen zijn te onderkennen die van belang zijn voor de Nederlandse situatie. De commissie heeft in de eerste plaats de blik gericht op de Verenigde Staten omdat daar - meer dan in de Europese landen - het onderzoek gericht is op theorievorming. Zowel het epidemiologisch onderzoek als het etnografisch onderzoek in de Verenigde Staten heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het inzichtelijk maken van de factoren die van invloed zijn op het verschijnsel in zijn huidige vorm en op de leefwereld van de daklozen. Daarnaast is het Amerikaanse

onderzoek verhelderend vanwege de intensief gevoerde discussies over de methoden van onderzoek.

De commissie heeft bij de bespreking van het onderzoek niet alle in de adviesaanvraag genoemde aandachtspunten afzonderlijk kunnen bespreken. Daar leende de onderzoeksliteratuur zich helaas niet voor. Zij heeft er daarom voor gekozen de bespreking te centreren rond vier thema's:

- visies op de mechanismen die aan het proces van dakloos of thuisloos worden ten grondslag liggen
- begripsomschrijvingen en aantallen
- veranderingen in de kenmerken van de populatie daklozen en thuislozen.
- medische zorg

In dit hoofdstuk beziet de commissie eerst de verschillende visies op het verschijnsel dak- en thuisloosheid. Zij volgt daarbij de begrippen zoals deze in de literatuur opgeld doen. In hoofdstuk 3 gaat zij nader in op een aantal begrippen en hun reikwijdte. Haar bezwaren tegen het vigerende Nederlandse begrippenkader zet zij in paragraaf 6.6 uiteen; daarin doet zij tevens een voorstel voor een nieuw begrippenkader en voor onderzoek naar dak- en thuislozen in de nabije toekomst.

2.2 De Nederlandse visie

2.2.1 *Terugblik*

De hele geschiedenis door is de bejegening van wat men vroeger vagebonden en bedelaars noemde - sinds de jaren zestig spreken we van thuislozen - aanleiding geweest tot het ontstaan en de groei van zowel repressieve structuren als van hulpverlening. De reacties van de samenleving op het verschijnsel vinden we terug in drie belangrijke maatschappelijke acties: de wetgeving, de bijstand van overheidswege en de bijstand vanuit charitatieve instellingen. Van oudsher waren in de Westeuropese landen bedelarij en landloperij strafbaar. Maar er is altijd een spanningsveld geweest tussen de christelijke traditie die liefdadigheid predikt jegens de zwakken in de samenleving en de wettelijke maatregelen om bedelarij en landloperij te voorkomen (Dep88).

In Nederland was de maximum-straf voor bedelarij of landloperij twaalf dagen hechtenis. Als bijkomende straf kon drie jaar verblijf in een Rijkswerkinrichting worden opgelegd. De koppeling van straf aan verplichte arbeid stond in nauwe relatie met het denken over armoede en armenzorg.

Armenzorg via het verschaffen van werk was onder meer het doel van de Maatschappij van Weldadigheid die in 1818 werd opgericht. De geestelijk vader van deze organisatie, generaal-majoor Van den Bosch (1780-1840), stond een grote

landbouwkolonisatie van nog onontgonnen gebied in Nederland voor ogen. Daar kon de verpauperde bevolking uit de steden tewerk worden gesteld om zo "eene klasse van menschen, sedert lang aan den arbeid ontwend, van lieverlede daartoe op te leiden, hen te beschaven, tot zelfbestaan te brengen en dus met voordeel voor zich en voor het algemeen aan de maatschappij terug te geven" (Ber84). Aldus kwamen de werkinrichtingen Frederiksoord, Willemsoord en Wilhelmina-oord tot stand. In dit concept van resocialisatie zag men indertijd voor de bestrijding van landloperij en bedelarij ook mogelijkheden. In 1823 werd het eerste van de drie zojuist genoemde gestichten in Veenhuizen mede voor dat doel in gebruik genomen. Men kon daar 'vrijwillig' en 'onvrijwillig' geplaatst worden. Ieder die onvermogend was en zonder werk kon zich bij de plaatselijke autoriteiten melden met een verzoek om vrijwillige plaatsing. Een gepakte overtreder kon zich alsnog 'vrijwillig' opgeven, tenzij er sprake was van verzwarende omstandigheden. Veroordeelde bedelaars of landlopers werden na het uitzitten van hun gevangenisstraf voor aanvullende straf geplaatst in een van deze gestichten. Deze inrichtingen maakten dus zowel deel uit van het strafrechtelijke systeem als van het systeem van armenzorg.

De werkinrichtingen - inmiddels Rijksgestichten geworden nadat de Staat in 1859 het beheer had overgenomen - bleken niet geschikt te zijn voor de heropvoeding van landlopers en bedelaars tot een geregeld leven. Op 31 december 1872 verbleven er 2580 personen van wie zeven op de acht recidivist waren. Bij het ontwerpen van een nieuw Wetboek van Strafrecht liet een Staatscommissie in 1870 dan ook weten dat de gestichten niet aan hun doel beantwoordden. De nadruk moest meer op straf komen te liggen. Cluysenaer beschrijft hoe moeizaam de discussies in het parlement over de noties 'armenzorg' en 'strafbaarstelling van bedelarij en landloperij' verliepen. Naar het eenparig oordeel der Commissie van Rapporteurs der Tweede Kamer was het geen strafwaardige daad "dat iemand die 'ni feu ni lieu' heeft, rondzwerft." De toenmalige minister van justitie Modderman beaamde dit en zo verdween het vergrijp uit de rij strafbare feiten. De Eerste Kamer zag echter in die straffeloosheid een "groot gevaar ten platten lande" en bracht via een Novelle het delict weer als overtreding in de wet terug (Clu30). En zo kende het Wetboek van Strafrecht tot 1984 de strafbaarstelling van landloperij en van bedelen in het openbaar.

De strafbaarstelling van bedelarij en landloperij heeft bij velen tegenstrijdige gevoelens opgeroepen. Eén van hen was de arts Mesdag, tweede geneesheer aan het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Franeker. Hij begint in 1904 zijn artikel 'Iets over landlopers en bedelaars' met het volgende bericht (Mes04)

Onlangs lazen we in de Leeuwarder Courant onder de rubriek "Rechtszaken" het volgende: De 62-jarige Anne W. behoort niet tot hen, die door het fortuin worden begunstigd. De man is ongelukkig. Van beroep timmerknecht, maken de gebreken van den ouderdom hem thans tot werken bijna ongeschikt; een arm is

stijf, de tweede op weg onbruikbaar te worden. Dat hij zo een weinig gewilde werkkracht is, valt licht te begrijpen. En nog altijd geldt ook voor hem: "Wie niet werkt zal niet eten". Met het laatste is het dan ook geruime tijd zeker maar zoo zoo gegaan. We vernamen, dat hij reeds een maand om en in Sneek rondzwierf en 's nachts doorbracht onder den blooten hemel of in huizen in aanbouw. Toen Anne op 3 Juni door een agent van politie werd aangetroffen, bedelende aan de woning van T. de Jong aan de gedempte haven, werd hij geverbaliseerd en in bewaring gebracht, wat voor de man, die bij fouillering slechts 5 cent en een broodje - de oogst van zijn misdrijf (!) - bleek te bezitten, op dat ogenblik een weldaad kon genoemd worden.

Mede onder invloed van de ideeën die aan het begin van de twintigste eeuw vanuit de psychiatrie en de sociologie opkwamen, kwam 'de mens in de zwerver' meer naar de voorgrond. Nu werden 'diens psychische onbekwaamheden', 'het gering besef van waarden en normen' en 'het onvermogen zich te hechten' onderwerp van onderzoek. De Graaf deed in 1914 onderzoek naar het karakter van de veroordeelden in Veenhuizen. Naar zijn mening ging het in hoofdzaak om nerveuze en amorfe karakters: "zij zijn in sterke mate primair functionerend en niet actief; ook hunne emotionaliteit is boven middelmatig". Maar, zo voegt hij daar aan toe: " hoewel de innerlijke factoren de grootste betekenis hebben, kan toch kwalijk ontkend worden dat de sociale toestanden (armoede, illegitimiteit, vroegtijdige of onvoldoende beroepskeuze, gebreken in hygiëne, woningtoestanden, arbeidstijd) het ontstaan der landloperij aanmerkelijk begunstigen" (Gra14).

Dat de noties straf en armenzorg zich niet gemakkelijk met elkaar lieten verenigen blijkt uit veel publikaties van juristen uit de jaren twintig en dertig. Het was 'goede praktijk' onder bedelaars en landlopers om zich te laten oppakken en veroordelen om op die wijze tijdelijk een dak boven het hoofd te hebben en van levensonderhoud verzekerd te zijn. Saillant detail, zoals Nagel schrijft, is dat niet iedere rechtbank zo goed was deze praktijk te honoreren. Dat betekende dat met het vallen van de bladeren een hele stroom zwervers het land doortrok om de geschikte rechter te vinden. De rechtbank in Utrecht was bijvoorbeeld vlot in het opzenden. Men ging in groepen van twintig bedelen bij het politiebureau, waarna een vlotte afwerking gegarandeerd was. Naast Utrecht genoten ook Assen, Amsterdam, Zwolle, Roermond en Zutphen in dit opzicht onder bedelaars en landlopers een goede reputatie (Nag77).

Dominee Greve, Gestichtspredikant te Veenhuizen, verwoordt het jaren later als volgt:

Veenhuizen is slechts voor een zeer bepaalde categorie een oord van afschrikking, voor de meesten is het de veilige dekking in de rug. Wanneer het leven te benauwd gaat worden, de honger te veel gaat knagen, de roes van de drank e.d. geen bevrijding meer schenkt, dan staat daar de R.W.I. als een huis, dat altijd open staat en waar de gejaagde mens weer tot rust kan komen. En men zoekt dan ook bij voorkeur die

ressorten uit, die de zekerheid geven van een opzending, liefst een opzending voor een behoorlijke termijn. (Gr55).

Langzamerhand verschoof het accent van individu naar gemeenschap. In de Preadviezen van de Nederlansche Vereeniging voor Armenzorg en Liefdadigheid van 1930 over het voorkomen en bestrijden van bedelarij en landloperij, ziet men hoe op sommige plaatsen voorzichtig afstand wordt genomen van de sterke individuele benadering ten faveure van een benadering in de richting van een grotere maatschappelijke betrokkenheid, inhoudende dat de gemeenschap mede verantwoordelijk is voor de zwakke enkeling (Clu30, Kro30).

Met de opkomst van de verzorgingsstaat verschoof het accent nog verder weg van individuele verwijtbaarheid naar maatschappelijke betrokkenheid in termen van hulp en begeleiding.

2.2.2 *Thuisloosheid in Nederland*

In Nederland spreken we vanaf het begin van de jaren zestig eigenlijk niet meer over zwervers. Het begrip thuislozen/thuisloosheid burgert dan in.

Het onderzoek onder thuislozen is vanaf het eind van de jaren zestig voornamelijk uitgevoerd vanuit het welzijnsperspectief. Het is ingebed in de sociaal-psychologische theorievorming. Men vindt daarin onder meer het gedachtengoed terug van de Fransman Vexliard over de gebrekkige socialisering en de psychologische mechanismen die ten grondslag liggen aan een zwervend bestaan.

In 1956 verscheen Vexliards klassiek geworden 'Introduction à la sociologie du Vagabondage' (Vex56). Vexliards gaat uit van het gegeven dat er door de gehele geschiedenis heen mensen zijn geweest die zijn uitgesloten van het normale maatschappelijke verkeer, "les gens oubliés". Steeds weer hebben verschillende omstandigheden geleid tot het ontstaan van groepen zwervers, maar iedere groep kwam voort uit het altijd aanwezige reservoir van de zwakkeren in de samenleving, de geestelijk minder validen, de ouderen en zieken, zij die zijn uitgesloten van sociale organisaties of structuren. Hij wijst in de meer recente geschiedenis op de industriële revolutie die grote groepen mensen naar de steden lokte. De steden waren echter onvoldoende in staat allen op te nemen in het arbeidsproces en zo ontstond het verschijnsel 'vagebondage', dat zich vooral in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië tegen het einde van de vorige eeuw en in het begin van deze eeuw manifesteerde.

Vexliard onderscheidt twee soorten reacties op dit verschijnsel. Volgens de ene opvatting is 'vagebondage' het gevolg van individuele 'slechtheid' en 'luiheid' en veroorzaakt charitas alleen maar pauperisme. Hiertegenover staat de redenering dat maatschappelijke omstandigheden kunnen leiden tot werkloosheid en armoede en dat het tot de Joods-Christelijke ethiek behoort aandacht te hebben voor de mogelijke slachtoffers van zulke maatschappelijke ontwikkelingen. In het verschijnsel 'vagebondage' ziet

Vexliard tot uitdrukking komen dat sommige individuen onvoldoende in staat zijn in de samenleving te integreren. Hij ziet de westerse geïndustrialiseerde samenleving als een monoliet waarbinnen de economische wetten van vraag en aanbod domineren en selectie van gezonde arbeidskrachten de boventoon voert. Zij die niet mee kunnen komen, worden door de samenleving verstoten.

Vexliard omschrijft "les vagabonds" als degenen die de maatschappelijke integratiemechanismen niet benutten. "Le Clochard", zijn etnografische onderzoek naar het leven van 61 mannelijke en vrouwelijke zwervers, plaatst hij binnen deze visie (Vex57). De psychologische mechanismen vormen daarin het voornaamste onderwerp van studie. Maar de schrijver ruimt ook een grote plaats in voor sociale factoren. Sociaal milieu en karakter vormen de kernbegrippen in dit werk. Clochards zijn individuen met een instabiel levenspatroon, zonder dat zij bij uitstek anti-sociaal of psychisch gestoord zijn. De breuk met het normale bestaan kan zich geleidelijk hebben voorgedaan of zich plotseling hebben voltrokken. In het eerste geval is er sprake van een geleidelijk afglijden van een marginale beroepsuitoefening naar permanente werkloosheid, bedelarij of permanente afhankelijkheid van overheidsvoorzieningen of charitas. In het tweede geval is er vaak sprake van een plotselinge levenscrisis. De clochard past zich langzamerhand aan aan steeds slechter wordenden omstandigheden en ontwikkelt om te overleven een nieuw gedragspatroon. Binnen dit gedragspatroon ontstaan nieuwe normen, die hij rationaliseert: het steeds minder worden van zijn contacten met de vroegere omgeving en het gebrek aan continuïteit en perspectief in het bestaan worden als het ware vertaald in 'vrijheid'. Langzamerhand raakt de clochard gewend aan zijn situatie en de wereld buiten zijn zwerfcircuit gaat vijandig lijken. Terugkeer naar het normale bestaan wordt steeds moeilijker. Bij dit alles heeft de clochard toch de neiging zichzelf de schuld te geven.

Vexliard beschrijft hoe het dagelijks ritme van de clochard wordt bepaald door "l'humeur du moment" en hoe zijn aandacht zich steeds richt op dezelfde zaken: de aard en de hoeveelheid beschikbaar voedsel, het tijdig regelen van een slaapplaats, het weer, de kleine gebeurtenissen van de dag. Hij vermijdt zoveel mogelijk de situaties die zijn vaste dagelijkse gewoonten in gevaar kunnen brengen. Niemand vraagt iets van hem en hij hoeft dus niets. Hij heeft geen doelen, past zich aan en overleeft. Vexliard concludeert dat in de achtergronden van het zwerfgedrag drie categorieën zijn te onderscheiden: "conditions sociales", "problèmes individuels" en "insuffisances psychologiques".

Het thema van de psychologische mechanismen en de gebrekkige socialisering vindt men ook terug bij Mullink. In zijn onderzoek onder 220 nieuw opgenomen mannen in een Labre-Huis voor Thuislozen in Nijmegen, formuleerde hij twee hypothesen over de ontstaansgeschiedenis van thuisloosheid. De kern daarvan is het falen in de externe aanpassing. Mullink gaat er van uit dat mensen die normaal zijn aangepast aan de eisen van de samenleving, een leef- en werkmilieu hebben waarin zij zichzelf (economisch) staande kunnen houden. "Zij leven daarin zonder onnodige wrijving met hun medemensen en veroorzaken geen of geen ernstige bedreiging voor de physieke of psychologische veiligheid van zichzelf en van anderen", zegt hij.

Zijn eerste hypothese behelst dat men op het falen in de normale externe aanpassing op twee manieren kan reageren. Passief, door het streven naar een leef- en

werkmilieu op te geven, of actief, door een bepaald leef- of werkmilieu te blijven nastreven, maar dit te doen op een wijze die niet overeenkomt met de algemeen aanvaarde maatschappelijke normen. Bijvoorbeeld in de criminaliteit of in de prostitutie. Beide manieren leiden tot afwijkend gedrag in negatieve zin, tot sociaal-pathologisch gedrag. Thuisloosheid ziet Mullink als een passieve manier van reageren op het falen van de externe aanpassing. Sommige thuislozen, zo zegt hij, reageren in eerste instantie passief op dit falen. Andere komen pas in tweede instantie tot deze reactie, nadat zij eerst geprobeerd hebben zich aan te passen of zich zelfs - zij het niet aan de algemeen aanvaarde normen - inderdaad tijdelijk aangepast hebben. Men zou dus kunnen spreken van respectievelijk primaire en secundaire thuisloosheid.

De tweede hypothese behelst dat passief of actief reageren op falen in normale externe aanpassing, afhankelijk is van de mate waarin de algemeen geldende normen worden geïnternaliseerd én van de kansen die de samenleving biedt. Hij meent dan dat degenen met een sterke internalisering zijn gepredisponeerd tot een passieve wijze van reageren omdat zij conflicten willen vermijden. Degenen met een zwakke internalisering neigen tot een actieve wijze van reageren.

Het zijn met name Heydendael en Nuy die voortbouwen op het gedachtengoed van Mullink. Zij beschouwen het gebrek aan duurzame relaties en aan bindingen - en in de regel betekent dat het ontbreken van een eigen woon- of verblijfplaats alsmede van een werkkring - gevoegd bij het zich niet verbonden weten met de samenleving, als de centrale kenmerken van thuisloosheid. De verklaring van dit gemis wordt gezocht in het samengaan van het onvermogen contacten te leggen en te onderhouden, en het ontbreken of althans niet ervaren, van sociale steun (Hey92). Deze visie is in hoge mate richtinggevend geweest voor het onderzoek naar thuisloosheid in Nederland tot aan het eind van de jaren tachtig.

Uit het onderzoek in de jaren zeventig en begin jaren tachtig komen de thuislozen naar voren als mensen die vanwege een defect in het persoonlijk vlak - zich uitend in gebrek aan sociale vaardigheden - niet passen in de gangbare samenlevingsvormen. Zij kunnen nauwelijks bindingen aangaan met andere mensen, maar ook niet met een bepaalde woonruimte. Evenmin met het tijdsperspectief van hun eigen leven. Het verleden vormt in hun beleving vaak geen continuïteit waarin sprake is van oorzaak en gevolg. Hun toekomstperspectief reikt meestal niet verder dan enkele dagen. Thuislozen zijn daarmee ook 'tijdlozen'. In de jaren tachtig gebruikte men ook wel het begrip 'maatschappelijk gehandicapten'. Men ziet hen als personen die zowel vanwege vaak geringe zelfredzaamheid en psychische of verslavingsproblemen, als vanwege het ontbreken van een sociaal netwerk, gedurende (een groot deel van) hun leven afhankelijk zullen zijn van voorzieningen.

In later onderzoek verschuift het accent enigszins en wordt de omgeving beschouwd als ongunstige medeverklarende variabele. Dan burgert het begrip

'risicofactoren' in (Hey88). Het gaat daarbij om factoren als geen werk hebben, alleenstaand zijn, verlies van of niet meer in stand houden van een sociaal netwerk, gecombineerd met verslavingsproblemen, psychische ontreddering en lichamelijke verwaarlozing.

Sociologen hebben zich in Nederland totnutoe nauwelijks beziggehouden met de gedachtenvorming over het verschijnsel thuisloosheid. Een van de weinigen is Zijderveld, die aansluiting zoekt bij het werk van Merton (Zijd91). Men zou het onderzoek van Deben en anderen in Amsterdam ook kunnen plaatsen binnen een (stads)sociologisch perspectief, hoewel het epidemiologisch van opzet is (Deb92). Bij dit perspectief sluit het stadsetnografisch onderzoek van Van Doorn in Utrecht aan. Maar meer dan Deben richt zij zich op het micro-niveau van de grote-stadssamenleving (Doo94). Langzaamaan ziet men nu in het Nederlandse onderzoek een verbreding optreden in de richting van een context waarin sociaal-economische ontwikkelingen en huizenmarkt worden betrokken (Gre94, Spi94).

2.2.3 *Het leefmilieu*

De zorg voor zwervers in Nederland had altijd een sterk gesegmenteerd karakter. Er waren niet alleen instituties van overheidswege maar ook de betrokkenheid van het particulier initiatief is steeds erg groot geweest. Zo had het Leger der Heils rond de eeuwwisseling al allerlei tehuizen voor de opvang van zwervers. In 1904 werd in Amsterdam de vereniging Hulp voor Onbehuisden opgericht en in 1939 ontstond het Landelijk Verbond van Instellingen voor Zwerverszorg. In 1951 vormden de directeuren van instellingen werkzaam op het gebied van de zwerverszorg een werkgroep. Daaruit kwam in 1953 de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (LSTO) voort.

De mensen die men nu op grond van de brede LSTO-begripsomchrijving (zie hoofdstuk 3) thuisloos noemt, bevinden zich in een brede scala aan verblijfsmogelijkheden. Het belangrijkste onderscheid is dat tussen de 'thuislozenzorgvoorzieningen' in het gesubsidieerde circuit - ook wel het niet-commerciële circuit genoemd - en het commerciële circuit. Het commerciële circuit kent een omvangrijk en gevarieerd bestand van particuliere onderdak- en logiesvoorzieningen in de sfeer van kleine hotels, kamerverhuurbedrijven en pensions. In sommige pensions geldt als toelatingseis dat de bewoners de eigenaar machtigen hun uitkering te ontvangen. Zij krijgen dan zelf een zakgeld, na aftrek van kost en inwoning. In dit circuit is sprake van bonafide en minder bonafide organisaties. De omvang ervan is niet duidelijk. Naar men vermoedt bevindt zich hier een aanzienlijk deel van de omschreven thuislozengroep.

Binnen het circuit van de gesubsidieerde thuislozenzorg vormt het internaat meestal het centrum van de voorzieningen. Er zijn in Nederland 19 internaten. De

geografische spreiding is historisch bepaald en niet gelijkmatig. De internaten hebben tussen 50 en 150 capaciteitsplaatsen, met een totaal van circa 1770 plaatsen. Zij bieden de bewoners in de eerste plaats een leefmilieu voor langere tijd. Aan de verblijfsduur wordt in principe geen limiet gesteld. Heydendael schat dat circa 90 procent van de bewoners het internaat langdurig dan wel permanent als woonomgeving nodig heeft (Hey92). Het internaat biedt 24 uur per dag onderdak, verzorging en begeleiding. In een aantal internaten bestaat een aanbod van dagactiviteiten, recreatief of in de vorm van arbeidsprojecten. Veel internaten hebben daarnaast aanvullende residentiële en ambulante voorzieningen zoals: pensiontehuis, sociaal pension, vormen van begeleid wonen (individueel of in groepsverband), zelfstandig wonen met ambulante nazorg (budgettering, dagbesteding), passantenverblijf (er zijn circa 200 passantenplaatsen), inloop- en dienstencentrum.

Een pensiontehuis biedt woonruimte, maaltijden en een beperkt aantal uren per dag begeleiding. Bij begeleid wonen is sprake van zelfstandige woonruimte en naar behoefte maaltijdvoorziening, begeleiding en nazorg (ambulant). Ook bij volledig zelfstandig wonen kan gebruik gemaakt worden van deze voorzieningen. Daarnaast zijn er verschillende laagdrempelige voorzieningen zoals een inloopcentrum, passantenverblijf en dienstencentrum. In een inloopcentrum wordt gedurende een aantal uren per etmaal een 'huiskamer' geboden (koffie en even onderdak). Een passantenverblijf biedt een beperkt aantal nachten per maand (meestal niet meer dan vijf) onderdak (bed, bad en broodvoorziening). De passant betaalt een gering bedrag per overnachting. Een dienstencentrum biedt een scala aan ambulante voorzieningen. Het kan gaan om praktische zaken als douchen, kleren wassen, maaltijden, financiële begeleiding (budgettering) of het fungeren als postadres, hulp bij sanering van schulden, bemiddeling bij het zoeken van onderdak of juridische bijstand. In sommige voorzieningen wordt regelmatig een huisartsen-inloopspreekuur gehouden.

Naast deze voorzieningen zijn er diverse opvangmogelijkheden op religieuze grondslag, deels gesubsidieerd en deels ongesubsidieerd.

Thuislozen treft men vermoedelijk ook aan in de algemene crisis- en opvangcentra in de sfeer van de *aanvullende zorg* in het gesubsidieerde circuit. Hoewel deze werksoort wezenlijk verschilt van de zojuist beschreven thuislozenzorg - zij richt zich op een zo spoedig mogelijke terugkeer van de persoon in kwestie naar een geschikt maatschappelijke circuit en de opname duurt meestal niet langer dan vier weken- zijn er tussen beide vormen ook raakvlakken. Hoe groot de overlap van de doelgroepen is, is niet duidelijk.

Ook in de centra voor specifieke doelgroepen, zoals de vrouwenopvangcentra, Blijf van m'n Lijf-huizen, FIOM-huizen, jongerenopvangcentra, wegloophuizen voor jongeren en psychiatrische patiënten, enzovoorts, bevinden zich mensen van wie niet

duidelijk is waarheen zij na een kort of langer verblijf in de opvangvoorziening vertrekken en die men soms ook wel tot de groep thuislozen rekent. Maar hier is evenmin bekend om hoeveel personen het zou gaan.

De huidige gesubsidieerde opvangcapaciteit bedroeg medio 1994 in totaal circa 6000 plaatsen.

Enkele jaren geleden zijn bij de Herstructurering Landelijke Organisaties (HLO-operatie) de landelijke functies ten behoeve van de gesubsidieerde opvangcentra anders gestructureerd. De inhoudelijke werkontwikkeling, waaronder onderzoek en documentatie, is ondergebracht bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) in Utrecht. Als vertegenwoordiger van de instellingen voor maatschappelijke opvang treedt de Landelijke Federatie Opvang op, die in 1989 is geformeerd. Daarbij zijn de thuislozenzorg, de vrouwenopvang, de algemene en crisisopvang en de evangelische opvang aangesloten. Overleg tussen het veld en de staatssecretaris van Welzijn vindt plaats in het GOMO (Gestructureerd Overleg Maatschappelijke Opvang).

Op 1 januari 1994 is de uitvoerende taak van de opvang van thuislozen naar de gemeenten gedecentraliseerd. Sinds die tijd wordt, onder de noemer 'beschermde woonvormen', op lokaal niveau een scala aan verschillende woonzorgcombinaties ontwikkeld. Gemeentelijke instanties, gesubsidieerde instellingen, RIAGG en woningbouwverenigingen werken in toenemende mate samen om woonruimte te bieden aan mensen die niet geheel zelfstandig kunnen wonen. Voor meer informatie verwijst de commissie naar een recent verschenen publikatie van het toenmalige Ministerie van WVC (WVC94).

2.3 De Amerikaanse visie op 'homelessness'

2.3.1 'Old homeless' en 'old research'

De Verenigde Staten kennen een lange traditie van theorievorming over het verschijnsel 'homelessness'. In die lange onderzoekslijn ziet men een cesuur rond het begin van de jaren tachtig. Tegenwoordig noemt men het onderzoek van voor die tijd 'old research'. Aan de homeless van toen refereert men nu als 'old homeless'. Het onderzoek vanaf het begin van de jaren tachtig noemt men 'new research' onder 'new homeless'.

Het rondtrekken zonder vaste woon- of verblijfplaats op zoek naar werk, is al sinds het einde van de vorige eeuw een bekend verschijnsel. De homeless van toen, ook wel 'hobo's' of 'tramps' genoemd, waren voornamelijk blanke mannen die van stad tot stad trokken en leefden aan de zelfkant van de samenleving. Zij verbleven hoofdzakelijk in de zogenoemde 'skid rows'. Dat waren bepaalde wijken van de stad waar zich tal van goedkope pensions, hotelletjes, eethuisjes en dergelijke bevonden. Daar vond

men bijvoorbeeld ook arbeidsbemiddelingsbureautjes, via welke de homeless aan (meestal onregelmatig) werk konden komen (Ros89). Klassiek is het werk van Anderson uit 1923 over het leven van de homeless in de skid rows, getiteld "The Hobo".

In de theorieën over hun manier van leven stonden persoonlijkheidskenmerken op de voorgrond. Men beschouwde de hobo's als personen die zich doorgaans bewust buiten de normen en patronen van de gevestigde samenleving plaatsen. De keuze voor het sociale isolement en de ongebondenheid - die, zo meende men, vaak het gevolg was van persoonlijk falen in de geordende samenleving - gold als het belangrijkste kenmerk van de groep als geheel: "their movement is expressive, not instrumental" (Par25). In dit vroege werk klinkt zeker enige romantiek door bij dit bestaan als zwerver in ongebondenheid.

Kort na het aanbreken van de Grote Depressie van de jaren dertig, veranderde deze stereotypie van de ongebonden zwerver. De slechte economische omstandigheden leidden tot grote werkloosheid onder, doorgaans laag geschoolde, jonge arbeiders. Arbeidsmigratie was toen niet meer zozeer een leefstijl, het werd noodzaak. Vele duizenden zwierven als 'homeless' rond op zoek naar werk. Maar toen de Tweede Wereldoorlog uitbrak betekende dat voor veel werkloze homeless nieuwe mogelijkheden op arbeid, inkomen en onderdak. Zij konden terecht in het leger of in de zware oorlogsindustrie (Hop84).

Ook na de Tweede Wereldoorlog bleef de vraag naar arbeidskrachten gedurende enkele decennia relatief hoog. In die tijd stegen ook de lonen en het algemene welvaartspeil aanzienlijk. Parallel daaraan voltrokken zich in een vrij kort aantal jaren in centra van de meeste grote steden snelle veranderingen. Bedrijven breidden zich in hoog tempo uit en de vraag naar bedrijfsruimte en naar betere en grotere huizen nam exponentieel toe. De centra dijden steeds verder uit in de richting van de excentrisch gelegen arme wijken met hun goedkope huizen, hotelletjes en pensions: "Urban decay now rubbed elbows with modernity and progress" (Ros 89). Over homeless hoorde men in die jaren nauwelijks meer. Het aantal homeless was aan het begin van de jaren zestig zelfs zover gedaald dat sommige onderzoekers voorspelden dat het verschijnsel in het midden van de jaren zeventig geheel zou zijn verdwenen (Bog63). De sociologische belangstelling voor de beperkte groep die in de tweede helft van de jaren zestig nog homeless was, had dan ook een andere invalshoek. Nu stond de vraag voorop wie nog de bewoners van de oude 'skid rows' waren en waarom zij niet waren doorgestroomd naar de geordende samenleving toen daarvoor ruimschoots mogelijkheden waren (Bah73, Blu73, Bog63).

In het onderzoek uit die jaren speelt Mertons benadering van deviant gedrag een belangrijke rol. Merton probeert alle afwijkend gedrag te verklaren in termen van maatschappelijke structuren (Mer64). Wanneer bepaalde individuen of groepen niet in staat zijn succes - zoals dit begrip in een bepaalde samenleving opgeld doet - te

bereiken met maatschappelijk goedgekeurde middelen, dan zullen zij gedreven worden tot gedrag dat geen maatschappelijke goedkeuring kan wegdragen, dus tot deviant gedrag. Dit gedrag is dan de resultante van een discrepantie tussen de aspiraties waartoe een samenleving haar leden heeft gebracht en de wegen die een samenleving verschaft om die aspiraties te verwezenlijken. Merton vroeg zich af hoe personen omgaan met deze discrepantie. Hij onderscheidt hier vijf typen aanpassingen: 'conformity, innovation, ritualism, retreatism, rebellion'. Het gedrag van zwervers en daklozen hoort thuis in de categorie 'retreatism'. Zij conformeren zich niet aan de gangbare maatschappelijke normen en waarden, passen zich aan aan hun omstandigheden en gebruiken daarbij 'overlevingsstrategieën'. In het onderzoek uit die jaren vindt men de term 'skid row personality'. Deze persoonlijkheid kenmerkt zich door een deficiënte of onvolledige ontwikkeling, deprivatie van normale familiebanden en maatschappelijke relaties in de jeugd, welke tekorten leiden tot onzekerheid, apathie, passiviteit en intellectuele achterstand.

2.3.2 *'New homeless' en 'new research'*

De onderzoekers die in het midden van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig gebruik maakten van Mertons theorie waren ervan overtuigd dat de 'achterblijvers' in de steeds verder verdwijnende 'skid rows' door middel van allerlei hulpprogramma's geresocialiseerd zouden kunnen worden zodat hun re-integratie in de samenleving slechts een kwestie van tijd zou zijn. Daarna zou er geen probleem van homeless meer bestaan (Bah73, Blu73, Bog63).

Maar tegen de verwachting in, en vrij plotseling, werd het publiek aan het begin van de jaren tachtig geconfronteerd met hen die spoedig de 'new homeless' zouden gaan heten. Men begon steeds meer mensen slapend op straat te zien, in parken, in onvoltooide gebouwen en garages. Mensen met hun bezittingen in een winkelwagentje of een paar grote plastic zakken, bedelend bij de ingang van de ondergrondse. En toen men ook hele gezinnen op straat zag verblijven, riep dat scherpe publieke reacties op. In de kranten verschenen artikelen waarin een parallel werd getrokken met de jaren van de Grote Depressie. De aandacht voor de 'new homeless' kreeg een duidelijk momentum toen Hombs en Snyder - twee vertegenwoordigers van de zogenoemde Coalitions for the Homeless - in 1982 met een rapport kwamen waarin zij melding maakten van bijna drie miljoen daklozen in de Verenigde Staten (Hom82). Dat rapport sloeg in als een bom. Omdat van officiële zijde geen informatie gegeven kon worden over aantallen daklozen, werden de cijfers van Hombs en Snyder overal geciteerd. De regering-Reagan gaf het federale Department of Housing and Urban Development in 1984 opdracht een nachtelijke telling (momentschatting) te verrichten. Deze telling kwam aanzienlijk lager uit: 250 000 tot 350 000 daklozen (HUD84). In de jaren daarna volgde

een hausse aan lokale onderzoeken, opvallend vaak beginnend met de vraag: "Why are there so many Americans homeless now?"

Het 'daklozendebat' uit die jaren draagt een sterk politiek karakter, dat mede werd ingegeven door het feit dat de uitkomsten van rijp en groen onderzoek elkaar voortdurend tegenspraken. In dat debat ziet men twee discussielijnen: de discussie over de aantallen en de discussie over de oorzaken van het verschijnsel.

De discussie over de aantallen daklozen was aanvankelijk onhelder omdat sommige onderzoeken zich richtten op het aantal daklozen op een gegeven nacht (momentschatting) en anderen op aantallen over een bepaalde periode, meestal een jaar (periodeschatting).

De discussie over de verklaring van het verschijnsel had een ideologische grondslag en werd gevoerd vanuit twee oppositionele stromingen (Ros89). De ene stroming - redenerend vanuit het individu - richtte zich op wat men zou kunnen noemen de *persoonlijke tekorten.* Binnen deze stroming zag men weer twee elkaar tegensprekende meningen. Sommigen waren van oordeel dat de meeste daklozen slachtoffer waren van hun sociale, psychische of fysieke handicap en dat zij recht hadden op hulp. Anderen hingen een veel restrictievere visie aan en meenden dat slechts een klein deel van de daklozen werkelijk hulpbehoevend was, namelijk alleen zij bij wie sprake was psychische problemen. Maar voor de meesten van hen waren, in deze visie, gebrek aan verantwoordelijkheid, luiheid of onwil om zich aan de normale omgangsvormen in de maatschappij aan te passen, de belangrijkste oorzaken van een dakloos bestaan. De andere stroming - redenerend vanuit een maatschappelijke context - benadrukte dat persoonlijke tekorten irrelevant zijn en dat de oorzaak primair gezocht moet worden bij de *structurele factoren.* Men wees daarbij in de eerste plaats op de bewegingen die zich op de woningmarkt voordeden, zoals de afbraak van oude wijken, de stijging van de grondprijzen en het optreden van projectontwikkelaars in de grote steden. Maar ook op het feit dat met de stijging van het algemene welvaartspeil de vraag naar en dus ook de bouw van eenvoudige één-kamerappartementen afnam. Dat alles had een nadelige invloed op de beschikbaarheid van goedkope woonmogelijkheden. In de tweede plaats wees men op ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De overgang van een industriële economie naar een diensten-economie doet een andere vorm van werkloosheid ontstaan. In een samenleving die sterk georiënteerd is geraakt op informatie en technologie worden hogere eisen gesteld aan kennis en kunde en wordt het voor ongeschoolden en laagopgeleiden steeds moeilijker om werk te vinden.

Parallel aan het debat over de aantallen en de achterliggende oorzaken van de toeneming van het verschijnsel, liepen wetenschappelijke disputen over de gehanteerde methoden bij tellingen en over de methodologische opzet van onderzoek naar 'hidden populations'. Daarbij vormde de afbakening van de onderzoeksgroep een belangrijke element. Rossi maakte als eerste onderscheid naar 'literally homeless' en 'marginaal

gehuisvesten' (Ros89). Met de term 'literally homeless' doelt hij op mensen die geen dak boven het hoofd hebben, in die zin dat ze de nacht buiten of in een passantenverblijf (shelter) doorbrengen. Met 'marginaal gehuisvesten' wordt gedoeld op personen die onstabiel zijn gehuisvest, bijvoorbeeld omdat zij onvoldoende zeker zijn van hun verblijfplaats of omdat zij gedwongen inwonen bij familie of vrienden ('doubled up'). Maar ook op mensen die zich in allerlei instellingen bevinden, zoals psychiatrische ziekenhuizen of gevangenissen, zonder een verblijfplaats om naar terug te keren. Het onderscheid dat Rossi maakte, heeft de toon gezet voor het onderzoek in de jaren daarna. Vanaf die tijd richt men zich vrijwel uitsluitend op de 'literally homeless', de 'marginaal gehuisvesten' blijven buiten beeld.

Het onderzoek uit de jaren tachtig is overwegend epidemiologisch van aard - men spreekt wel van 'new research' - en kenmerkt zich door een grote nadruk op feiten en cijfers, op de karakteristieken van de populatie als geheel en de verschillende subgroepen daarbinnen. Daarbij maakt men voornamelijk gebruik van cross-sectionele onderzoeksontwerpen, waarin de gegevens worden verzameld in (semi) gestructureerde interviews met individuen op een bepaald moment in de tijd. Sossin wijst erop dat dit heeft geleid tot een erg statisch beeld van de dakloze, waarbij het accent in hoge mate is komen te liggen op onvermogen en handicaps (Sos90).

Blau en Jencks houden zich niet meer bezig met de oorzaak-gevolgdiscussie binnen de ene of de andere stroming (persoonlijke tekorten versus structurele factoren), maar richten zich veel meer op het samenstel van factoren dat bij de complexiteit van het vraagstuk een rol speelt (Bla92, Jen94). Zij geven een overzicht van een groot aantal onderzoeken op het terrein van dakloosheid en plaatsen die in een context van processen die zich de afgelopen vijftien jaar in de maatschappij hebben voorgedaan. Hun analyse is dat de eerder genoemde ontwikkelingen op de woningmarkt als de belangrijkste oorzaak voor de toeneming van het aantal daklozen is te beschouwen. Direct daarop volgend komen de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Daarnaast wijzen zij op het proces van de voortschrijdende individualisering waardoor sociale verbanden afnemen en het van oudsher zo sterke Amerikaanse 'community feeling' erodeert, hetgeen zij adstrueren aan de voortschrijdende daling van het aantal huwelijken en de stijging van het aantal echtscheidingen. Interessant is hun analyse van het beroep dat wordt gedaan op de verschillende voorzieningen voor daklozen. Na een aanvankelijk overschot aan shelterplaatsen en familyhotels in het midden van de jaren tachtig, ontstond, door aanzuigende werking, een tekort toen de federale regering begon met het bij voorrang toewijzen van permanente huisvesting aan daklozen die zich in de shelters bevonden. Jencks is van mening dat ook de verbetering van de kwaliteit van de opvang in de shelters er toe heeft geleid dat mensen die voorheen 'doubled up' woonden bij familie of vrienden daarvan gebruik gingen maken (Jen94).

Blau geeft nog een uitgebreid overzicht van de manier waarop de diverse hulpprogramma's worden uitgevoerd. Naar zijn mening leidt bureaucratische regelgeving tot verstarring en inefficiency in de uitvoering. Hij vraagt zich tevens af of de doelstellingen van de verschillende programma's wel aansluiten bij de behoeften van de daklozen (Bla92).

De wat sombere constatering van Blau en Jencks is dat er in de Verenigde Staten weliswaar veel is onderzocht en dat men ook langzamerhand veel weet van de karakteristieken van de populatie als geheel en van de subgroepen daarbinnen, maar dat het vraagstuk van de dakloosheid daarmee niet veel nader tot een oplossing is gebracht.

Opvallend weinig vindt men, in de 'new research' naar 'new homeless', de kwalitatieve, naturalistische benadering in de vorm van etnografisch onderzoek, waarin over een langere periode naar menselijk gedrag wordt gekeken in de verschillende contexten waarin het individu functioneert. Dat is des te opvallender omdat er in de VS een lange traditie van deze vorm van onderzoek onder daklozen bestaat. Andersons 'The Hobo' en 'Men on the move' (And23, And40), Spradley's: 'You owe yourself a drink' (Spr70) en 'Stations of the lost' van Wiseman (Wis70) zijn daarvan sprekende voorbeelden. Een van de nieuwe onderzoekers die men wel in deze traditie kan plaatsen is Koegel. Naar zijn mening heeft het epidemiologische onderzoek wel belangrijke gegevens opgeleverd over algemene kenmerken van (groepen van) daklozen en hun achtergronden, maar het heeft niet duidelijk gemaakt wat er aan hun problemen gedaan kan worden. Hij wijst met nadruk op de grote heterogeniteit binnen de daklozenpopulatie, zowel naar individuele kenmerken als naar achtergronden. Epidemiologisch onderzoek alleen levert volgens Koegel onvoldoende inzicht in de mogelijkheden die het individu zelf heeft om verbetering te brengen in zijn of haar situatie. Zonder kennis uit etnografisch onderzoek is geen beeld van de leefwereld van de daklozen en van hun 'overlevingsstrategieën' te verkrijgen. Dan ontbreekt ook inzicht in de factoren die iemand stimuleren uit het circuit te komen of die daar juist belemmerend op werken. Koegel pleit voor een synthese van verschillende onderzoeksmethoden in een longitudinale opzet (Koe92).

2.4 De Britse visie op homelessness

Anders dan in de Verenigde Staten bestaat in Groot-Brittannië geen traditie van sociologisch of etnografisch onderzoek naar dakloosheid. Evenmin is er uitgebreid epidemiologisch onderzoek uitgevoerd onder daklozen. Het verschijnsel dakloosheid is daar veel minder onderwerp van academische discussie geweest dan in de Verenigde Staten. De onderzoeksliteratuur valt als het ware uiteen in drie grote categorieën. Er zijn periodieke rapporten van de overheid over aantallen 'officially homeless' en de registratie van de directe aanleiding tot het dakloos worden. Tevens verschijnen er

periodiek rapporten over het functioneren van de woningmarkt in relatie tot het verschijnsel van dakloosheid (NAO90, NAO92, NAO93). Daarnaast is er wetenschappelijk onderzoek dat kleinschalig is van opzet en dat zich concentreert op bepaalde duidelijk afgebakende groepen, waarbij de invalshoek meestal de toegankelijkheid van welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen is. En ten slotte is er veel kleinschalig plaatselijk onderzoek vanuit de hulpverlening dat zich voornamelijk richt op de 'single homeless'.

In het oudere werk treft men wel de visie aan dat dakloosheid het gevolg is van een deficiënte ontwikkeling van de persoonlijkheid: "A very large proportion of boys upon the road are mentally peculiar, indeed, if they were not they would not be on the road" (Gre31). Volgens Fisher en Greve bestaat in de publieke opinie bij velen nog steeds de opvatting dat dakloosheid in de eerste plaats een gekozen leefstijl is (Fis93, Gre91). Bij deze opvatting past - zo menen zij - het stereotiepe beeld van de zwerver zoals Levinson dat beschreef in de jaren zestig:

> Because of the poor development of his ego and its fragmentation, his inner controls are also very poor. Thus, he finds it difficult to satisfy his instinctual cravings on reality basis. In the past, he has found it difficult to empathize with others and accept their ideas and feelings. This difficulty has been a carry-over from his attitudes towards himself and his selfrejection. We thus find a man who values his leisure, his partial retirement from life, and his independence of any institutional controls. This man does not look for security, for a place to remain and stay for a long time. He prefers his freedom even if it is only freedom to starve or to beg (Lev63).

Daartegenover staat de opvatting dat dakloosheid het gevolg is van de structurele ontwikkelingen op de woningmarkt. Greve is zelfs van mening dat het gebrek aan goedkope woningen al sinds dertig jaar de belangrijkste oorzaak van dakloosheid is (Gre91).

Deze benadering had haar neerslag in de Housing (Homeless Persons) Act van 1977 waarin dakloosheid wordt aangemerkt als een huisvestingsprobleem. Dit principe is nader uitgewerkt in de Housing Act die in 1985 in Engeland en Wales van kracht werd en in 1987 in Schotland. Deze wet verplicht de lokale autoriteiten te voorzien in verblijfsaccomodatie voor personen van wie na onderzoek is komen vast te staan dat zij behoren tot een van de categorieën 'in priority need' die de wet specificeert. Indien men erkend wordt als 'homeless', behoort men tot de groep 'officially homeless'.

Volgens de officiële statistieken van de overheid nam het aantal homeless tussen 1982 en 1992 fors toe (NAO92). Het National Audit Office meent dat deze toeneming mede te wijten is aan de herziening van de wet- en regelgeving op het terrein van de volkshuisvesting in 1980, die een nadelige invloed heeft gehad op de beschikbaarheid van goedkope huurhuizen. De 'Right to Buy' politiek die daaruit voortvloeide, maakte

het huurders van gemeentelijke woningen mogelijk hun huurhuizen te kopen met een aantrekkelijke financiële regeling. Tegelijkertijd werden restricties ingevoerd voor de sociale nieuwbouw. Beide bewegingen leidden tot een forse daling van het gemeentelijk bestand aan huurwoningen. In 1988 maakte de overheid het onder de Housing Act weer financieel aantrekkelijk voor particuliere eigenaren om hun huizen aan het gemeentelijk huurbestand toe te voegen, maar de regeling had niet het verwachte succes.

Verschillende onderzoekers wijzen erop dat het niet alleen een kwestie is van ontwikkelingen op de woningmarkt zelf, maar dat ook ontwikkelingen van invloed zijn die de toegang tot die markt voor sociaal zwakke groepen verder bemoeilijken, zoals de stijging van de werkloosheid en de verlaging van uitkeringen en huursubsidies (And93, Con92, Gre91).

De discussie over het daklozenvraagstuk wordt in Groot-Brittannië op dit moment echter het meest beïnvloed door de vraag of de wettelijke criteria voor de erkenning van 'homeless' voldoen. Veel onderzoekers wijzen erop dat het maken van onderscheid tussen zij die volgens de wet 'in priority need' zijn en zij voor wie dat niet geldt, verstrekkende gevolgen heeft (And93, Fis93, Gre91, Lov91). De gemeenten hebben een ruime mate van vrijheid bij het toepassen van de criteria. Uit de landelijke statistieken blijkt dat de gemeentelijke thuislozen-percentages aanzienlijk verschillen (Gre91). Maar belangrijker is dat de werking van dit systeem met zich meebrengt dat in de praktijk alleenstaande daklozen - de zogenoemde 'single homeless'- vrijwel altijd de aanduiding 'non priority' krijgen en daarmee niet voor huisvesting door de overheid in aanmerking komen. De toeneming van het aantal 'single homeless' en hun duidelijke zichtbaarheid op straat is voor velen een bron van zorg. Hun positie wordt in het hedendaagse onderzoek in allerlei opzichten als aanmerkelijk slechter beschouwd dan die van de 'officially homeless' (Fis93, RCP94).

Evenals in de Verenigde Staten blijven in Groot-Brittannië de marginaal gehuisvesten in het onderzoek buiten beeld. Ook hier richt men zich vrijwel alleen op de groepen die men redelijk kan afbakenen, de 'officially homeless' en de 'single homeless'.

2.5 Beschouwing

Uit de in dit hoofdstuk besproken literatuur blijkt dat de maatschappelijke opvattingen over dakloosheid en thuisloosheid veranderen in de tijd. De commissie meent dat het zinnig is zich te realiseren dat er een ruimere visie mogelijk is op het vraagstuk dan de sociaal-psychologische visie die in Nederland dominant is. Zij meent dat het in Nederland uitgevoerde onderzoek naar dak- en thuisloosheid tot nu toe vrij eenzijdig is te noemen. In ons land is veel bekend over de leefwereld van de thuislozen in het milieu

van de thuislozenzorg, maar aan de structurele elementen is tot nu toe nauwelijks of geen aandacht besteed.

In het Amerikaanse onderzoek vindt men verschillende benaderingen van het verschijnsel. In de oudere onderzoeksliteratuur ligt de nadruk op de persoonlijke kenmerken. In de nieuwere literatuur ziet men wisselend het accent op de persoonlijke kenmerken of de omgevings- en structurele kenmerken. Dominant zowel in de Verenigde Staten en als in Groot-Brittannië is de visie dat dakloosheid primair het gevolg is van gebrek aan goedkope woonmogelijkheden.

Het Amerikaanse onderzoek van de laatste twintig jaar, dat overwegend epidemiologisch van aard is, biedt interessante mogelijkheden om de karakteristieken van de huidige populatie daklozen en van de diverse groepen daarbinnen in beeld te brengen. Het speelt ook een belangrijke rol bij de analyse van de structurele oorzaken die van invloed zijn op het proces van marginalisering dat uiteindelijk leidt tot dakloosheid.

De uitkomsten van epidemiologisch onderzoek brengen het verschijnsel echter maar ten dele in kaart. Men moet zich steeds realiseren dat de populatie dak- en thuislozen even heterogeen is als de samenleving zelf. Daarenboven dient men in het oog te houden dat de populatie als geheel steeds verandert omdat de samenleving en haar spel van krachten veranderen en omdat de aard en de duur van de dakloosheid en thuisloosheid niet steeds dezelfde is. Het indelen in categorieën op grond van epidemiologisch onderzoek betreft steeds de grootste gemene deler, het zegt weinig over het samenstel van problemen die zich bij het individu voordoen. Er is nog steeds weinig bekend over de eigen leefwereld van de dak- en thuislozen van nu, hun 'overlevingsstrategieën, de potentiële mogelijkheden dan wel de belemmeringen om uit het circuit te komen. Tegenwoordig pleit men in het Amerikaanse onderzoek voor een integratie van epidemiologisch en etnografisch onderzoeksmethoden, zodat inzicht verkregen kan worden in de interactie tussen structurele oorzaken en biografische elementen bij het proces van dakloos worden.

Hoofdstuk 3

Begripsomschrijvingen en aantallen

3.1 Begripsomschrijvingen

De benadering van het vraagstuk van dakloosheid en thuisloosheid hangt sterk samen - zoals in het vorige hoofdstuk naar voren kwam - met de wijze waarop men in de samenleving tegen het verschijnsel aankijkt. Impliciet daaraan is dat er geen algemeen aanvaarde definities of begripsomschrijvingen bestaan. Iedere keuze voor een omschrijving wordt beïnvloed door de visie die de gebruikers ervan hebben op dakloosheid of thuisloosheid en het doel waarvoor de omschrijving wordt gehanteerd.

Men kan in de gangbare begripsomschrijvingen drie groepen onderscheiden:

- Begripsomschrijvingen die dienen voor wetenschappelijk onderzoek.
- Officiële begripsomschrijvingen die expliciet voorkomen in wet- en regelgeving.
- Begripsomschrijvingen die uitgaan van een brede context waarin de kwetsbaarheid van personen centraal staat.

De omschrijvingen voor wetenschappelijk onderzoek zullen veelal afhangen van het terrein waarop het onderzoek plaatsvindt en van de geformuleerde onderzoeksvraag. Ze hebben in het algemeen een beperkte reikwijdte. Het centrale criterium is meestal het al dan niet een stabiel dak boven het hoofd hebben of het 'literally homeless' zijn. De omschrijvingen worden dan geoperationaliseerd naar verblijfplaatsen. Dat kunnen bijvoorbeeld zijn: opvanginstellingen, goedkope hotels of pensions, passantenverblijven, openbare ruimten, lege gebouwen of de straat. Een voorbeeld daarvan is de omschrijving van het Ohio Department of Mental Health. Deze luidt:

Homeless are those who live/sleep in:

1 Limited or no shelter for any length of time*
2 Shelters or missions run by religious organisations or public agencies for any length of time
3 Cheap hotels or motels when actual stay or the intent to stay is less than 45 days
4 Other unique situations that do no fall in categories 1 to 3 and actual length of stay, or the intent, is 45 days or less (Rot85).

De wettelijke omschrijvingen hebben eveneens een beperkte reikwijdte. Ze hebben tot doel vast te leggen wie, wanneer, aanspraak kan maken op bepaalde voorzieningen en ze dienen om de overheid een titel te geven om te rechtvaardigen welke groep bij de in principe beperkte middelen in aanmerking komt voor steun. De omschrijving zal in het algemeen zo concreet en afgebakend mogelijk zijn. Voorbeelden daarvan bieden de Amerikaanse Stuart B Mc Kinney Act (1987), die de basis vormt voor hulpprogramma's van de overheid, en de Britse Housing (Homeless Persons) Act (1977), die hetzelfde doel dient.

De Stuart B Mc Kinney Act luidt:

For purposes of this Act.....homeless individuals include:

1 an individual who lacks a fixed, regular and adequate nighttime residence, and
2 an individual who has a primary nighttime residence that is:
   a a supervised publicly or privately operated shelter designed to provide temporary living accomodations (including welfare hotels, congegrate shelters, and transitional housing for the mentally ill); or
   b an institution that provides temporary residence for individuals intended to be institutionalized; or
   c a public or private place not designed for, or ordinarily used as a regular sleeping accomodation for human beings (Jah92).

De Housing (Homeless Persons) Act wet verplicht gemeenten onder bepaalde voorwaarden huisvesting te verzorgen voor bepaalde groepen daklozen. Daklozen die daarvoor niet in aanmerking komen hebben recht op hulp en advies in hun gemeente.

Als een verzoek wordt ingediend om via de gemeente in aanmerking te komen voor huisvesting, moet eerst worden onderzocht of de persoon in kwestie:

- geen verblijfplaats heeft waar hij of zij rechtens kan verblijven
- wel een verblijfplaats heeft maar daartoe geen toegang heeft

* Bruggen, portieken, lege gebouwen, auto's, stations etc.

- wel een verblijfplaats heeft maar fysiek bedreigd wordt door een gezinslid, dan wel in redelijkheid niet geacht kan worden daar te verblijven
- beschikt over een verblijfplaats zoals een woonboot of een caravan maar geen plek heeft om deze te plaatsen.

Indien men aan één van deze voorwaarde voldoet wordt men beschouwd als 'threatened with homelessness'.

Vervolgens wordt nagegaan of er sprake is van urgentie. De wet specificeert de volgende urgentiecategorieën (households in priority need):

- zwangere vrouwen en hun partners met wie zij samenwonen of geacht kunnen worden te wonen
- personen met kinderen die van hen afhankelijk zijn en die bij hen wonen of geacht kunnen worden bij hen te wonen
- personen die kwetsbaar zijn door ouderdom, geestelijke of lichamelijke handicap of anderszins in een speciale situatie verkeren
- personen die dakloos zijn geraakt door een ramp.

Ten slotte moet worden nagegaan of er bij het ontstaan van deze situatie al dan niet sprake is van opzet (intentionally): "if he has not deliberately done or failed to do something in consequence of which he ceases to occupy accomodation which is available for his occupation, and which it would have been reasonable for him to continue to occupy".

Indien aan alle bovengenoemde voorwaarden is voldaan, moet aan de aanvrager permanente woonruimte aangeboden worden in de gemeente waarvan de aanvrager geacht kan worden ingezetene te zijn, conform de lokaal geldende regels (RCP94).

De derde groep is die van de omschrijvingen die gericht zijn op het verlenen van hulp ter verbetering van de sociale, lichamelijke en geestelijke conditie. Voorbeelden daarvan zijn de omschrijving van de European Federation of National Organizations working with the Homeless (FEANTSA) en in Nederland de omschrijving die de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (LSTO) geeft.

De FEANTSA plaatst thuisloosheid in een continuüm van persoonlijke omstandigheden en behoefte aan zorg. Aan de ene kant van het continuüm staat de thuisloze die wordt omschreven als:

a homeless person is someone who, having lost or left his/her accomodation, cannot resolve the problems involved and seeks help from social or voluntary agencies (Dal92)

Aan de andere kant staan zij van wie de woon- en leefsituatie wordt bedreigd. Tussen deze beide uitersten zijn veel verschillende situaties denkbaar, variërend van korte of

langere tijd aangewezen zijn op opvangcentra voor thuislozen tot instabiel verblijf in huisvesting van slechte kwaliteit, in pensions of op kamers.

In Nederland gebruiken we de begrippen 'thuislozen' en 'dak-en thuislozen' door elkaar. Ze worden door de meeste mensen als synoniem beschouwd. Daarnaast komt in enkele onderzoek ook het enkele begrip 'daklozen' voor. In een recente publikatie van het voormalige Ministerie van WVC wordt over 'dakloosheid' en 'thuisloosheid' het volgende gezegd:

"De twee begrippen dakloosheid en thuisloosheid worden nogal eens door elkaar gebruikt; vaak wordt in een adem gesproken over dak- en thuisloosheid. Het gaat echter om twee nogal verschillende problematieken. Onder daklozen in strikte zin worden meestal mensen verstaan die tijdelijk, als gevolg van een crisissituatie (zoals echtscheiding of seksueel geweld) of een calamiteit (brand) zonder huisvesting zitten. Met het begrip thuisloosheid wordt veelal gedoeld op een complex van problemen in de psycho-sociale sfeer, waarbij het niet hebben van een thuis slechts een aspect is. De problemen zijn zelden veroorzaakt door een incident of crisis, en zij zijn ook niet van tijdelijke aard. Een thuisloze is niet te helpen uitsluitend door het aanbieden van huisvesting; een daklozen in strikte zin wel" (WVC94).

Voor 'thuisloosheid' geldt algemeen de begripsomschrijving die de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak geeft en die als volgt luidt:

> Thuisloosheid kan worden omschreven als een ernstige toestand van maatschappelijke, persoonlijke en relationele kwetsbaarheid, waardoor functionele of medemenselijke relaties in de gangbare samenlevingsvormen niet of nauwelijks meer mogelijk zijn. De mens die tijdelijk of blijvend in deze toestand verkeert noemen we thuisloos (LSTO86).

'Thuisloos' zoals het in deze omschrijving tot uitdrukking komt, houdt verband met een complex van sociaal-psychologische factoren, waarbij het gemis aan sociale en functionele relaties en het onvermogen zich een stabiel leef- en werkmilieu te verschaffen, als belangrijkste determinanten naar voren komen. De werking van die factoren kan leiden tot het niet meer hebben van een 'thuis' in de traditionele zin. Impliciet daaraan is dat men niet beschikt over zekerheid op onderdak. Het betreft in deze omschrijving niet alleen personen die zich reeds in het thuislozencircuit bevinden, maar ook mensen daarbuiten die door persoonlijke kwetsbaarheid het risico lopen zonder 'thuis' te geraken.

De omschrijving dekt een zeer ruime groep, die naar verblijfplaats in principe niet is af te bakenen.

3.2 Aantallen

Het is duidelijk dat er een relatie bestaat tussen begripsomschrijvingen en aantallen. Begripsomschrijvingen die uitgaan van verblijfplaatsen zijn objectiever dan omschrijvingen die de sociaal-psychologische dimensie als uitgangspunt nemen, in die zin dat men de groep die feitelijk zonder onderdak is kan afbakenen van de groep die het risico loopt zonder dak of zonder thuis te geraken.

Maar ook als men een omschrijving naar verblijfplaats hanteert, zal het per definitie gaan om een deels verborgen populatie. Er zal dientengevolge altijd een vrij ruime marge zijn van personen van wie niet zeker is of zij in de doelpopulatie thuishoren. Dat levert voor het onderzoek problemen op. Een direct gevolg hiervan is dat men in de literatuur zeer verschillende ramingen van aantallen 'homeless' en thuislozen tegenkomt.

3.2.1 Verenigde Staten

De Amerikaanse omschrijving naar verblijfplaatsen (Ohio, Stuart Mc Kinney Act) komt overeen met het begrip 'literally homeless' dat Rossi introduceerde (Ros87). Het is deze groep die werd geteld in het uitgebreide telonderzoek in 1987 door het Urban Institute, onder leiding van Martha Burt. Men telde in een representatieve steekproef van Amerikaanse steden met meer dan 100 000 inwoners, daklozen die gebruik maakten van nachtopvang, dagvoorzieningen en gaarkeukens en daklozen die zich bevonden op openbare plaatsen, zoals busstations, parken en verzamelplaatsen op straat. (Bur89). Het betreft hier een momentschatting. Men kwam uit op ongeveer 325 000 alleenstaande volwassenen en ongeveer 65 000 families met kinderen als 'literally homeless'. Een tweede grote nachtelijke telling in 1990, verricht door het Census Bureau kwam lager uit. Sinds 1990 bewegen de schattingen van 'literally homeless' zich vrij consistent rond de 350 000. Jencks heeft alle schattingen die tussen 1980 en 1990 zijn uitgevoerd onder gelijke populaties als die in het onderzoek van Burt, op een rij gezet. Hij concludeert dat de daklozenpopulatie groeide van ongeveer 125 000 in 1980 tot ongeveer 400 000 in 1988. Daarna daalde het aantal tot 325 000 in 1990. De daling kan, zo merkt hij op, het gevolg zijn van onvolkomenheden in de Censustelling uit 1990 (Jen94). De meeste onderzoekers van nu houden dit aantal toch voor het meest realistische (Blau92, Bur92, Jen94, Koe92). Het komt dan neer op 0,1% 'literally homeless' op de totale bevolking (325 miljoen). De overheid hanteert dit cijfer als uitgangspunt voor hulpverleningsprogramma's.

3.2.2 *Groot-Brittannië*

In Groot-Brittannië lijkt de vrij ruime omschrijving van dakloosheid op grond van de Housing (Homeless Persons) Act van invloed te zijn op de grote omvang van het verschijnsel. Als men de aantallen daar vergelijkt met die in de Verenigde Staten valt op dat het in Groot-Brittannië zou gaan om iets minder dan één procent van de bevolking (58 miljoen) die homeless zou zijn. Dat is ongeveer het tienvoudige van het Amerikaanse cijfer. De wettelijke omschrijving gekoppeld aan de verplichting voor gemeenten te voorzien in verblijfsmogelijkheden, lijkt hier een rol te spelen. Men kan vermoeden dat registratie als 'homeless' voordelen meebrengt en veeleer de latente behoefte aan betaalbare woonmogelijkheden manifest doet worden van 'marginaal gehuisvesten' of van hen die 'doubled up' wonen, dan dat er sprake is van feitelijke dakloosheid.

Er stonden in Groot-Brittannië bij het in werking treden van de wet circa 53 000 huishoudens als 'officially homeless' geregistreerd (RCP94) In 1992 was hun aantal ruim verdrievoudigd tot circa 170 000 huishoudens, ofwel ongeveer 475 000 personen. Daarvan werden in 1992 circa 67 500 huishoudens door de lokale overheden geplaatst in diverse opvangvoorzieningen (bed & breakfast- voorzieningen, hotels en pensions, en tijdelijke woonruimte).

Zoals in hoofdstuk 2 al is gezegd, blijven in Groot-Brittannië de 'single homeless' buiten de officiële statistieken. De geluiden vanuit de hulpverlening en in de media over een zorgwekkende toeneming van hun aantal, waren in 1991 aanleiding voor een officiële nachtelijke telling, door het Office of Population Censuses and Surveys, van 'buitenslapers' en van personen in wat in Nederland bekend staat als het pension- en het commerciële circuit (HMSO93). Men telde in Engeland 2 650 'buitenslapers', in Wales 32 en in Schotland 145. In Londen bevonden zich 1275 'buitenslapers'. In het commerciële circuit telde men in Engeland circa 16 500 personen , in Wales circa 600 en in Schotland circa 2 500 personen. Van de kant van hulpverleningsorganisaties kwam veel kritiek op deze telling (She91). Daar was men van mening dat een grote groep 'hidden homeless' in de telling niet was meegenomen. Deze organisaties gaan er van uit dat er 2000 tot 3000 'buitenslapers' in Londen zouden zijn en nog eens 3000 daarbuiten. In het pension en commerciële circuit zou het aantal twee tot drie maal hoger zijn dan de telling aangeeft. Bij de aantallen die vanuit de hulpverlening worden genoemd doet zich echter het probleem voor dat het onduidelijk is of men praat over momentschattingen of periodeschattingen.

Door onderzoekers wordt vooral gewezen op de gebreken van de methode van tellen. Zij menen dat het tellen van daklozen alleen zinvol is met gebruikmaking van moderne statistische methoden, zoals de 'capture-recapture' methode (Fis94).

3.2.3 *Nederland*

In Nederland heeft de omschrijving van thuisloosheid een ruime reikwijdte. Dat heeft consequenties voor de aantallen. In het hiernavolgende gaat de commissie daarop in. Bij de bespreking van aantallen sluiten zij zich aan bij het begrip 'thuislozen' zoals dat wordt gehanteerd in de besproken onderzoeken.

Voorafgaande aan de bespreking van de onderzoeken maakt de commissie eerst een paar algemene opmerkingen.

In het verleden is, ook in het buitenland, veel verwarring ontstaan doordat men onvoldoende onderscheid maakte tussen momentschattingen en periodeschattingen, in casu schattingen op 'dagbasis' en schattingen op 'jaarbasis'. Het gaat hier om twee verschillenden maten voor twee onderscheiden kwantitatieve aspecten van het verschijnsel. Het antwoord op de vraag welke van deze beide aspecten aan de orde is, hangt geheel af van de beleidsdoelen die men voor ogen heeft. Gaat het, bijvoorbeeld, om de planning van dagelijks beschikbare opvang- en zorgfaciliteiten dan zijn - representatieve - momentschattingen aangewezen. De identiteit van de thuisloze personen speelt dan in feite geen rol. Is daarentegen het oog veeleer gericht op aanhoudende zorg voor afzonderlijke individuen, bijvoorbeeld met resocialisatie als uiteindelijke doelstelling, dan moet capaciteitsplanning berusten op periodeschattingen, die tot uitdrukking brengen hoeveel geïdentificeerde personen zich langdurig in een toestand van thuisloosheid bevinden.

De praktische betekenis van het zojuist geschetste conceptuele onderscheid hangt sterk af van het episodische karakter van individuele thuisloosheid. Wanneer thuisloosheid zich bij de meeste personen in kwestie als regel voordoet gedurende betrekkelijk korte periodes (episodes), afgewisseld door langere episodes waarin van thuisloosheid geen sprake is, dan zullen - voor een zeker geografisch gebied - representatieve momentschattingen aanzienlijk lager uitvallen dan een periodeschatting. Immers, bezien over de hele periode is er een bepaalde groep personen waarvan, op elk willekeurig moment in die periode, slechts een deel thuisloos is. Maar als individuele thuisloosheid als regel een lang voortdurende situatie is dan zullen momentschattingen en periodeschattingen meer met elkaar overeenkomen naarmate de duur van de beschouwde periode meer overeenstemt met die van de individuele episodes.

Huidige aantal thuislozen

Algemeen wordt aangenomen dat er in ons land tegenwoordig ongeveer 30 000 thuislozen zijn (NRV93), dat er al enige jaren sprake is van een groei en dat het hier bedoelde aantal in het jaar 2000 zal zijn opgelopen tot ruim 50 000. In deze paragraaf zet de commissie haar visie op deze ramingen en prognoses uiteen.

Het uitgangspunt bij de te bespreken onderzoeken is de LSTO-omschrijving (Hey90, VNG90). Onder thuislozen worden verstaan: personen in de opvanginstellingen voor dak- en thuislozen, personen uit het straatcircuit en personen in commerciële pensions en dergelijke.

Het hierboven genoemde aantal van 30 000 thuislozen is afkomstig uit het Prognostische Landelijk Onderzoek Thuislozen en Thuislozenzorg (PLOTT), fase 3 (Hey90). Het PLOTT-onderzoek werd in opdracht van het Ministerie van WVC verricht en kent drie fasen (Hey88, Bro90, Hey90). Volgens dat onderzoek waren er in 1989 in ons land 26 000 tot 34 000 thuislozen op dagbasis. Hiertegenover staat een voor 1990 geldig geachte raming van 17 500 tot 24 000, afkomstig uit een onderzoek dat, eveneens in opdracht van het Ministerie van WVC, is verricht door de afdeling Sociaal Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, hierna te noemen VNG (VNG90). Het VNG-onderzoek is gepubliceerd in 1990 maar de cijfers betreffen de periode 1987-1988. Hetzelfde geldt in grote lijnen voor het PLOTT-onderzoek.

De cijfers in beide onderzoeken vertegenwoordigen een nogal ondoorzichtige combinatie van kwantitatieve gegevens en kwalitatieve interpretaties. Dat wil niet zeggen dat er in het geheel niets zou te zeggen zijn over die cijfers, maar voorzichtigheid is geboden.

Tussen beide onderzoeken bestaan overeenkomsten, maar ook methodologische verschillen. In beide is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verkregen uit jaarverslagen en rapporten van instellingen en - zeker zo belangrijk - van steekproefsgewijze verkregen ramingen van informanten voor een beperkt aantal gemeenten of regio's. De gegevens zijn gecombineerd tot een totale schatting, waarin niet meer is te achterhalen wat nu precies waarvoor staat.

Het VNG-onderzoek geeft wat meer informatie over de sampling van gemeenten en de extrapolatie van de cijfers heeft een iets steviger basis dan in het PLOTT-onderzoek. In het PLOTT-onderzoek beperkt men zich tot de steden waarover de meeste gegevens bekend zijn en extrapoleert men de overgangskansen (tussen risicogroep en reservoir) die daarvan het gevolg zijn, naar de hele Nederlandse bevolking. De commissie vindt deze benadering discutabel.

De VNG-onderzoekers maken melding van methodologische moeilijkheden die ertoe geleid kunnen hebben dat hun raming te hoog is uitgevallen. In casu noemen zij de mogelijkheid dat sommige informanten, geraadpleegd voor het verkrijgen van steekproeframingen, de definitie van thuisloosheid te ruim hebben opgevat en zich wellicht onvoldoende hebben gerealiseerd dat niet een schatting op jaarbasis maar een schatting op dagbasis werd gevraagd. Ook sluiten de VNG-onderzoekers dubbeltellingen niet uit. Het is de commissie niet geheel duidelijk in hoeverre de ondergrens van de VNG-

raming (17 500) op te vatten is als een voor deze mogelijke overschattingen gecorrigeerde versie van de bovengrens (24 000).

Er is nog een gegeven waarop de commissie wil wijzen. Uit het VNG-onderzoek komt naar voren dat er zich in Nederland in 1988 dagelijks 5 700 - 10 200 personen in het zwerfcircuit zouden bevinden. Bij deze groep zou het gaan om personen die niet van opvanginstellingen en pensions gebruik maken. Anders gezegd: het zouden buitenslapers zijn. Voor Amsterdam betekenen deze cijfers dat er tussen de 1500 en 3000 buitenslapers zouden moeten zijn en voor Rotterdam 2000. In geen van beide steden heeft men deze aantallen als realistisch beschouwd (Deb92, Wav90).

Al met al ontkomt de commissie niet aan de indruk dat, hoewel zij om de geschetste redenen onvoldoende zekerheid heeft over de juistheid van beide ramingen, de VNG-raming een betere weerspiegeling geeft van de rond 1990 heersende realiteit dan de PLOTT-raming. Als zij de beide onderzoeken nog eens weegt, vermoedt zij dat er in het VNG-onderzoek wellicht sprake is geweest van een overschatting in de grote steden en bij het PLOTT-onderzoek van een forse overschatting voor de kleine steden. Zij concludeert dat beide vormen van overschatting verantwoordelijk zijn voor een te hoge landelijke schatting van het totale aantal thuislozen in Nederland. Anders gezegd: de commissie is geneigd het landelijk aantal 1989-1990 eerder te stellen 20 000 dan op 30 000. Dit betekent dat ruim 0,1 tot 0,2 procent van de bevolking volgens de LSTO-omschrijving thuisloos is te noemen.

Prognoses

Al ettelijke jaren maken zorgverleners melding van een groei van het aantal thuislozen. Er zijn de commissie echter geen empirische gegevens bekend waaruit die toeneming zou kunnen blijken. Een stijging kon ook niet empirisch onderbouwd worden door Brouwers en anderen (Bro93). Voor de te verwachten groei van het landelijk aantal thuislozen vigeert, zoals gezegd, de PLOTT-prognose: ruim 50 000 in het jaar 2000. Uit haar indruk, zoals hierboven uiteengezet, dat de PLOTT-raming voor 1989 te hoog is, volgt dat de commissie geneigd is ook de prognose voor navenant te hoog te houden. Principiëler is echter de vraag of en in hoeverre de prognose als zodanig op losse schroeven staat doordat een daaraan ten grondslag liggende basisveronderstelling wellicht niet houdbaar is.

Om op deze vraag in te kunnen gaan is een beknopte uiteenzetting noodzakelijk over het door de PLOTT-onderzoekers opgestelde model inzake het proces dat individuen tot thuisloosheid zou kunnen brengen (zie bijlage C). In dat model staan twee begrippen centraal: 'risicofactoren' en 'overgangskansen'. Het model onderscheidt op populatieniveau een aantal aan de afzonderlijke risicofactoren gekoppelde en steeds kleiner wordende reservoirs, waaruit ten slotte het reservoir van feitelijke thuislozen

resulteert. Voor allen die zich in enig reservoir bevinden is er, zo luidt de modelveronderstelling, een zekere - sekse-specifieke - overgangskans om in een volgend reservoir op weg naar thuisloosheid te geraken. Het eerste reservoir wordt gevuld door de risicofactor 'alleenstaand', het volgende door 'werkloosheid'. Daarop volgen de risicofactoren 'behept met psychische problemen' en 'behoren tot een etnische minderheid'.

De PLOTT-onderzoekers hebben hun model gevuld met CBS-gegevens en met steekproefgegevens uit eigen onderzoek. Zo kwamen zij tot de dagschatting voor 1989 en de prognose voor het jaar 2000. Aan die prognose liggen twee veronderstellingen ten grondslag: dat de vermelde risicofactoren ook in de komende jaren belangrijke determinanten van thuisloosheid zijn en dat de met die factoren geassocieerde overgangskansen gelijkblijven aan de voor 1989 geraamde overgangskansen (uitgezonderd die welke is geassocieerd met 'alleenstaand zijn', omdat men een groei van het aantal alleenstaanden verwacht). De commissie trekt de plausibiliteit van met name de tweede veronderstelling in twijfel. Zo heeft alleenstaand-zijn in de huidige sterk geïndividualiseerde samenleving een andere betekenis dan vroeger. Ook het ontbreken van werk heeft bij de huidige structurele werkloosheid andere implicaties dan bijvoorbeeld twintig jaar geleden. Het effect van bedoelde risicofactoren - de overgangskansen - zal dus zo goed als zeker verschillen van de huidige, op zich al onzekere waarden.

3.2.4 *Beschouwing*

In dit hoofdstuk is de commissie ingegaan op de verschillende begripsomschrijvingen. Zij heeft aangegeven dat de keuze voor een bepaalde omschrijving direct gerelateerd is aan de ramingen over de aantallen homeless en thuislozen zoals dit begrip in het door haar besproken onderzoek werd gehanteerd. De commissie heeft een analyse gemaakt van twee Nederlandse onderzoeken naar aantallen thuislozen (het PLOTT- en het VNG-onderzoek). Hoewel er onvoldoende zekerheid is over de juistheid van de ramingen, is de commissie geneigd op grond van de weging van de systematiek - die geheel verschillend was in elk van beide onderzoeken - eerder aan te sluiten bij de VNG-raming, zijnde 20 000, dan bij die uit het PLOTT-onderzoek.

De commissie neemt evenwel de waarnemingen vanuit de hulpverlening over groei van het aantal thuislozen serieus, zij het dat zij bij de interpretatie daarvan op een andere mogelijkheid wijst. Namelijk op het fenomeen van de 'dichtslibbing'. Zowel uit het VNG- als het PLOTT-onderzoek blijkt - en ook de bevindingen uit het Rotterdamse onderzoek wijzen daarop (Wav90) - dat er sprake is van het 'dichtslibben' van opvangvoorzieningen, voornamelijk in de internaten, ten gevolge van een toeneming van de gemiddelde verblijfsduur van personen in die voorzieningen. Dat een dergelijke toeneming een zwaarder beroep op de beschikbare opvangcapaciteit betekent, staat buiten kijf. Zonder nadere gegevens over het episodisch karakter van thuisloosheid en

over de overige verblijfplaatsen buiten de thuislozenzorg kan men daaruit echter geen directe conclusies trekken over de toeneming van aantallen op dagbasis of op jaarbasis. De commissie is dergelijke gegevens niet op het spoor gekomen. Het spreekt vanzelf dat er bij een gelijkblijvend aantal thuislozen en een gelijkblijvend aantal capaciteitsplaatsen, onder erkenning van de bevindingen over de toegenomen verblijfsduur in de voorzieningen, een capaciteitsprobleem kan ontstaan, zeker omdat het niet waarschijnlijk is dat de verblijfsduur in de internaten binnen afzienbare tijd bekort kan worden, aangezien er voor de daar verblijvende personen nauwelijks een alternatief is. Vermoedelijk manifesteert zich dit capaciteitsprobleem in een 'overstroom', die leidt tot grotere zichtbaarheid op straat van vooral 'probleemgevallen' die niet ergens onderdak komen. Er ontstaat op die wijze het idee van een groeiende omvang van het verschijnsel als geheel, zowel bij de hulpverlener die mensen 'de deur moet wijzen' als bij de burgers die meer - vaak zieke en vervuilde - mensen op straat zien zwerven. De vraag naar capaciteitsuitbreiding lijkt de commissie op voorhand niet onrealistisch. Hoe groot die uitbreiding moet zijn en om welke soort opvang het dan moet gaan, is zonder verder onderzoek niet te zeggen. De meest klemmende signalen over gebrek aan capaciteit komen op dit moment van de passantenverblijven.

Hoofdstuk 4

Homeless en dak- en thuislozen: kenmerken

In dit hoofdstuk bespreekt de commissie Amerikaanse en Britse literatuur over kenmerken van 'homeless' en de Nederlandse literatuur over kenmerken van dak-en thuislozen. Het Amerikaanse onderzoek betreft de 'literally homeless'. Het Britse onderzoek betreft voornamelijk 'single homeless'. De begrippen 'literally homeless' en 'single homeless' 'komen in grote trekken overeen. De commissie zal aan deze groepen refereren als 'daklozen'.

Het is de commissie opgevallen dat er zich de laatste paar jaar in Nederland een verschuiving heeft voorgedaan van het gebruik van het begrip 'thuisloos' naar een frequenter gebruik van het begrip 'dak- en thuisloos'. Dat heeft vermoedelijk te maken met het feit dat bij een aantal onderzoeken in het begin van de jaren negentig weliswaar de brede LSTO-omschrijving uitgangspunt was voor onderzoek, maar dat bij de operationalisering daarvan uitgegaan werd van verblijfplaatsen. Daarin betrekt men dan naast de opvanginstellingen voor thuislozen ook de laagdrempelige opvangvoorzieningen en het straatcircuit. Het is zeker dat een deel van de populatie die op laatstgenoemde plaatsen verblijft geen zekerheid op onderdak voor de komende nacht heeft. Hoewel de termen 'thuislozen' en 'dak- en thuislozen' in het spraakgebruik beschouwd worden als synoniemen, komen hun betekenissen in het onderzoek niet steeds overeen. Dat leidt soms tot verwarring bij de interpretatie van de onderzoeksgegeven. De commissie heeft dat bij de bespreking van de onderzoeksliteratuur niet kunnen oplossen. Zij zag zich genoodzaakt aan te sluiten bij het gebruik van de terminologie zoals deze daar werd gehanteerd. Dat betekent dat soms gesproken wordt over 'thuislozen', soms over 'dak- en thuislozen' en soms over 'daklozen'. Onder deze

laatste groep verstaat de commissie - vooruitlopend op haar bevindingen in hoofdstuk 6 - degenen die niet zijn ingebed in de opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen. Deze groep is te vergelijken met de 'homeless' in het Amerikaanse en Britse onderzoek.

De bevindingen uit het buitenlandse onderzoek die hierna worden besproken, acht de commissie relevant voor de Nederlandse situatie in die zin dat ze aangeven dat er zich in de afgelopen vijftien tot twintig jaar veranderingen in de populatie hebben voorgedaan. De mate waarin deze veranderingen zich manifesteren, is minder van belang dan het feit dat ze zich manifesteren. Aan de orde is dan de vraag of er aanwijzingen zijn dat zich ook in Nederland een veranderingsproces bezig is te voltrekken in de populatie dak- en thuislozen.

4.1 Homeless in de Verenigde Staten

Er blijken zich de afgelopen decennia duidelijke veranderingen voltrokken te hebben in de populatie daklozen in de Verenigde Staten. Daarover bestaat, ondanks de verschillen in definities en onderzoeksmethoden, een grote mate van overeenstemming. In de eerste plaats is er de grotere zichtbaarheid van daklozen op straat. Daarop wees de commissie reeds in hoofdstuk 2. De 'old homeless' slaagden er doorgaans op de een of andere wijze in binnenshuis onderdak voor de nacht te vinden. Van de 'new homeless' slapen er velen op straat, in parkeergarages, stations van de bussen en de ondergrondse, onder bruggen, in parken, enzovoorts. Zij bevinden zich niet meer in specifieke buurten, maar ze zijn overal in de stad zichtbaar. De verschijning van dakloze gezinnen is echter de meest in het oog lopende verandering in de samenstelling van de huidige daklozenpopulatie.

Uit een overzicht in de HUD-survey uit 1988 blijkt dat dakloze gezinnen veertig procent van de capaciteit van de opvangvoorzieningen voor hun rekening nemen, bijna twee maal zoveel als vier jaar eerder (Hud88). Burt en Cohen komen in hun telling echter aanzienlijk lager uit. Zij schatten dat het om 10% gaat. (Bur89). Wright meent dat 22% van de daklozen behoort tot een dakloos gezin. Daarvan is 45 % kind en 55% volwassene. Er zouden in de Verenigde Staten ongeveer 60 000 kinderen dakloos zijn (Wri89). Volgens de meest recente telling door het Census Bureau in 1990 zijn er 36 000 dakloze kinderen.

Een tweede verandering is de aanwezigheid van aanzienlijk meer vrouwen in het circuit. In de jaren vijftig en zestig ging het om ongeveer drie procent vrouwen. Nu is meer dan een kwart van alle daklozen vrouw.

Bogue schatte het aantal alleenstaande dakloze vrouwen aan het eind van de vijftiger jaren nog op drie procent (Bog63); het meeste onderzoek uit de eerste helft van de jaren tachtig geeft percentages tussen de 15 en 25 (Bur89). Volgens Blau is het percentage vrouwen echter veel hoger. Hij schat het percentage alleenstaande dakloze vrouwen op 12 en het percentage dat aan het hoofd van een dakloos gezin staat op 34. Daarmee zou het percentage vrouwen dat van alleenstaande dakloze mannen (51) benaderen (Blau92).

Wright baseert zijn gegevens over vrouwen op een onderzoek van het National Health Care for the Homeless Programm (HCH), waarin de gezondheidstoestand van 30 000 personen in 16 grote steden wordt beschreven. Dakloze vrouwen zijn gemiddeld twee jaar jonger dan dakloze mannen; 42% is zelfs jonger dan dertig jaar (Wri89). Vrouwen hebben vaker psychische problemen dan mannen en minder vaak alcohol- of drugsproblemen. Eenderde van de dakloze vrouwen behoort tot de groep zogenoemde 'bagladies', oudere vereenzaamde vrouwen die in de war zijn. Zij zijn in hoofdzaak blank. Naar zijn bevindingen zouden vrouwen en kinderen samen 40% van de totale populatie daklozen uitmaken. Het gaat daarbij voor het merendeel om jonge, niet blanke vrouwen. Zij staan aan het hoofd van éénoudergezinnen en bevinden zich in de vicieuze cirkel van geen werk hebben, geen opvang voor hun kinderen kunnen betalen en daarom ook weer moeilijk op zoek kunnen gaan naar werk.

Een derde verandering is dat de populatie als geheel jonger is geworden. Veel 'new homeless' zijn jonger dan de 'homeless' van vroeger.

In Bogues onderzoek uit 1963 was de mediane leeftijd van de daklozen 50 jaar (Bog63). In de omvangrijke Chicago Homeless Study was de mediane leeftijd gedaald tot 37 jaar (Ros87). Uit herhaald onderzoek in de Men's shelter in de Bowery van New York over de periode 1969-1984 blijkt dat de mediane leeftijd daalde met circa een half jaar per jaar (Ros87, Wri87). Cohen en Sokolovsky vonden in hun onderzoek onder straatzwervers dat de gemiddelde leeftijd hoger was dan die van de daklozen in de opvangvoorzieningen. Volgens de onderzoekers mijden veel ouderen de opvang, omdat zij daar blootstaan aan diefstal en geweld (Coh89).

Een vierde verandering heeft zich voorgedaan in het inkomenspatroon. Er zijn nu minder daklozen dan vroeger die inkomen hebben uit (ongeregelde) arbeid. Het overgrote deel is afhankelijk van sociale voorzieningen.

Uit het onderzoek van Bogue bleek dat veruit de meeste daklozen ten minste gedurende een bepaalde periode per jaar werk hadden, ruim een kwart had zelfs een voltijdse baan; een kwart werkte met onderbrekingen, maar had wel regelmatig werk (Bog63). In Rossi's onderzoek in 1989 onder de daklozen van Chicago bleek slecht drie procent vast werk te hebben, minder dan eenderde werkte nu en dan (Ros89). Soortgelijke cijfers komen ook uit de nieuwste overzichtsonderzoeken van Burt en Blau (Bla92, Bur92).

In de inkomens van daklozen die wel werken is meer differentiatie gekomen. Jencks wijst erop dat er nu in de zeer grote steden ook personen met een middelbare of hogere opleiding en een inkomen dat boven het minimumniveau ligt, dakloos zijn (Jen94).

Ten slotte is er een duidelijke verandering in de etnische samenstelling van de populatie. Minderheidsgroepen zijn nu oververtegenwoordigd.

De daklozen in het onderzoek van Bahr en Caplow in de Bowery van New York waren nog voor 70% blanke mannen (Bah73). Uit de HUD-shelter survey uit 1988 en die van het Urban Institute Report uit hetzelfde jaar, waarnaar Burt verwijst, blijkt dat 55 procent van de landelijk populatie daklozen nu bestaat uit zwarte Amerikanen en 'Hispanics', mensen van Latijns-Amerikaanse afkomst (HUD88, Burt 89). Wright komt op 45% blanke, 40% Afro-Amerikaanse, 11% Hispanic, 2% Amerikaans-Indiaanse, 1% Aziatische daklozen en 1% van 'andere' afkomst (Wri89).

4.2 Homeless in Groot-Brittannië

Zoals de commissie in hoofdstuk 2 al opmerkte sluit het Engelse onderzoek naar daklozen zich voor wat betreft de algemene kenmerken van de populatie en van de subgroepen daarbinnen, veelal aan bij het Amerikaanse onderzoek. Het is aannemelijk dat zich ook in Groot-Brittannië veranderingen hebben voltrokken in de populatie daklozen, maar het is niet goed mogelijk daarvan een duidelijk beeld te krijgen omdat socio-demografische gegevens ontbreken.

Bij de telling van 1991 heeft men wel gekeken naar enkele socio-demografische kenmerken van de toenmalige populatie daklozen, de 'single homeless' (RCP94). De 'buitenslapers', circa 2800 in totaal, waren voor het overgrote deel blanke mannen. Er bevonden zich ruim 400 vrouwen in de populatie. Ruim 1000 personen waren in de leeftijd van 18-29 jaar. Slechts weinigen waren jonger dan 18 of ouder dan 65 jaar. Alleen in Engeland trof men 'blacks' aan, circa 50 personen; 10 mensen waren afkomstig uit India, Pakistan of Bangladesh. De groep van Chinese of andere afkomst was ongeveer 20 personen groot. Iets meer dan een kwart van de mensen had werk en iets minder dan de helft een uitkering. Bij het aantal dat geteld werd in het pension- en commerciële circuit (totaal circa 19 500) was het aantal mannen ruim drie maal zo hoog als het aantal vrouwen. De 'non-whites' maakten vijftien procent uit van de populatie. Circa de helft daarvan behoorde tot 'blacks', circa een kwart kwam uit India, Pakistan of Bangladesh. De leeftijdsgroepen 30-44 jaar en 45-65 jaar besloegen elk minder dan twintig procent. Circa 2400 personen waren ouder dan 65 jaar. Ongeveer eenzesde van de totale populatie had een of andere vorm van betaald werk (RCP94).

De registratie van 'officially homeless' maakt het mogelijk enig inzicht te krijgen in de factoren die de onmiddellijke aanleiding zijn tot een situatie van homelessness. In meer dan de helft van de gevallen wordt opgegeven: "ouders, familie of vrienden niet langer bereid in onderdak te voorzien". In ruim eenderde wordt het verbreken van de relatie met de partner opgegeven als oorzaak. De grootste groep die staat geregistreerd, wordt gevormd door éénoudergezinnen met jonge kinderen. Van deze groep is in driekwart van de gevallen echtscheiding de achterliggende reden. Leden van minderheidsgroepen, inclusief de Ieren, zijn oververtegenwoordigd onder de 'officially homeless' (Gre91).

4.3 Dak- en thuislozen in Nederland

De Nederlandse benadering van het fenomeen thuisloosheid - de commissie spreekt liever van dak- en thuisloosheid - heeft een geheel eigen karakter. Daarop wees de commissie in hoofdstuk 2 al. De nadruk ligt op de psycho-sociale context en de kwetsbaarheid van de individuele thuisloze. Het onderzoek in de jaren zestig en zeventig betreft voornamelijk de thuislozen in de thuislozeninternaten. De laatste paar jaar wordt in toenemende mate gesproken over 'dak- en thuislozen'. Men ziet in het onderzoek een verbreding naar de straatpopulatie, bezoekers van laagdrempelige opvoorzieningen als sleep-inn's en enkel 'stoelenproject', dagverblijven, etcetera (Deb92, Doo94, Gre94, Wav90). Het uitgangspunt van onderzoek is meestal de verblijfplaats. De samenstelling van de onderzoekspopulatie wisselt daardoor nogal. In het onderzoek van Deben, getiteld 'Dak- en thuislozen in Amsterdam en elders in de randstad', heeft men bijvoorbeeld alleen de zwervende populatie betrokken: "Bewoners van internaten of begeleid wonen-projecten hebben we niet in ons onderzoek betrokken. Ons uitgangspunt was dat zij geen zwervend bestaan meer leiden op dat moment" (Deb92). Bovendien zocht men het overgrote deel van de respondenten in Amsterdam en slecht weinigen in Utrecht en Den Haag. In het onderzoek van Van Waveren, uitgevoerd in Rotterdam, heeft men de respondenten gezocht bij verblijfsplaatsen als nachtverblijven, een internaat, dagopvangvoorzieningen, kleinschalige woonvoorzieningen, het JAC, de Zusters van Barmhartigheid, het Centraal Station en twee commerciële pensions. Na een interview werd bepaald of zij al dan niet in aanmerking kwamen voor de onderzoeksgroep. In Oostelijk Zuid-Limburg heeft men gebruik gemaakt van een gestratificeerde steekproef, getrokken uit een populatie die door de onderzoekers op grond van de PLOTT-risicofactoren als risicogroep voor thuisloosheid kon worden beschouwd (zie bijlage D). Heydendael en anderen spreken dan ook consequent van 'thuislozen' (Bro90, Hey88, Hey90, Hey91). De onderzoeken verschillen ook qua opzet. Al met al laten ze een vergelijking van de ondezoeksresultaten niet toe.

Alleen in Rotterdam is gekeken naar het verschil tussen 'daklozen': die situatie waarin iemand daadwerkelijk in onzekerheid verkeert of hij/zij de komende nacht 'onder dak' raakt, en 'thuislozen' in de zin van de LSTO-omschrijving (zie bijlage D) (Wav90). Daklozen hadden de meeste problemen: de groep zwierf meer, ruim de helft van hen verbleef regelmatig buiten Rotterdam, zij hadden meer contact gehad met justitie en met psychiatrische zorg, ruim eenderde van hen had geen uitkering, eveneens eenderde had geen ziektekostenverzekering. Hun voedingspatroon was ongezonder en zij verkeerden over het algemeen in een slechtere gezondheidstoestand. Zij bleken minder sociale contacten te hebben en gebruikten meer alcohol en hard drugs. Als groep waren de daklozen jongeren vaker van niet-Nederlandse afkomst.

Het onderzoek van Van Doorn is van etnografische aard. Het betreft 64 bezoekers van laagdrempelige opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen. Dit onderzoek levert interessante aanvullende informatie over het dagelijks leven van dak- en thuislozen (Doo94). Het lopende onderzoek van Greshof in Amsterdam wordt uitgevoerd onder 26 dakloze respondenten. Het is het eerste onderzoek in Nederland in longitudinale opzet, waarin de langetermijn-ontwikkeling van de 'daklozencarrières' centraal staat.

Anders dan in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten is in Nederland weinig of geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen woningmarkt en thuisloosheid. Voor zover de commissie bekend is, heeft Spierings daaraan voor het eerst aandacht besteed. Naar zijn mening wordt het verband tussen dak- en thuisloosheid en woningmarkt in Nederland veronachtzaamd. Hij heeft gekeken naar de huisvesting van dak- en thuislozen in Rotterdam. Zij blijken moeilijk huisvesting te kunnen vinden nu er zich stremming voordoet op de Rotterdamse kamermarkt. Deze stremming wordt veroorzaakt door het samengaan van vraagoverschot en strenger wordende toelatingscriteria op de reguliere kamermarkt. Dit laatste zou mede het gevolg zijn van toenemende illegalisering van delen van de kamermarkt en van bepaalde vooroordelen waardoor groepen huurders van woonruimte worden uitgesloten (Spi94).

4.3.1 *Karakteristieken van de populatie*

Het beeld van de karakteristieken van de Nederlandse dak-en thuislozen als groep is globaal. Er zijn aanwijzingen - zij het niet heel duidelijk - dat er zich in de laatste jaren in de populatie veranderingen hebben voorgedaan, voornamelijk in de groep daklozen. Er lijken meer vrouwen het zwerfcircuit te zijn binnengekomen. Recente cijfers wijzen op 10-15% vrouwen (Bro90, Deb92, Doo94, Wav90). Dit cijfer kan een vertekening zijn. Veel vrouwen worden opgevangen in specifieke vrouwenopvang en worden dan in het algemeen niet gerekend tot de dak- of thuislozen. Er zijn duidelijke signalen dat er meer (ex)patiënten uit psychiatrische instellingen een zwervend bestaan leiden.

Vanuit de hulpverlening wordt ook een toeneming van het aantal drugsverslaafde daklozen gesignaleerd. Tenslotte lijken meer jongvolwassenen het zwerfcircuit binnen te komen. Empirische gegevens om deze signalen te staven ontbreken vooralsnog.

Leeftijd

Personen in de leeftijd van 25-44 jaar zijn in de doorsnee dak- en thuislozenpopulatie van nu oververtegenwoordigd (Bro90, Deb92, Wav90). De gemiddelde leeftijd van de thuislozen in de internaten ligt echter aanzienlijk hoger dan die in de dak- of thuislozenpopulatie als geheel. De internaatsbewoners zijn meestal ouder dan 45 jaar (Bro90, Wav90), bijna een kwart van de respondenten in het Rotterdamse internaat was zelfs ouder dan 70 jaar (Wav90).

Etnische achtergrond

Veruit de meeste dak- of thuislozen in Nederland zijn blanke mannen (Deb92, Wav90). In de internaten bestond de populatie anno 1990 bijna geheel uit personen van Nederlandse afkomst (Bro90, Wav90).

In het Rotterdamse onderzoek (Wav90) bleken 153 personen in Nederland geboren te zijn; 16 personen waren afkomstig uit Suriname/Antillen, 1 uit Turkije, 5 uit Marokko, 15 uit West-Europese landen, 4 uit Mediterrane landen en 9 uit overige landen. Van 8 personen was het geboorteland onbekend. In het onderzoek van de UvA (Deb92) had 70% van de respondenten de Nederlandse nationaliteit, maar 10% van hen was van Surinaamse of Antilliaanse afkomst. Marokkanen en Duitsers vormden de grootste groepen vreemdelingen, respectievelijk zeven procent en vijf procent. Twee tot drie procent van de mensen kwam uit Afrikaanse landen. In Oostelijk Zuid-Limburg was circa vier procent van de respondenten van niet-Nederlandse afkomst (Hey90).

In het veld van zorgvoorzieningen hoort men vaak spreken over een toeneming in het zwerfcircuit van illegalen en asielzoekers van wie het verzoek om verblijf is afgewezen. Deze toeneming oefent volgens sommige hulpverleners forse druk uit op de reguliere dak- en thuislozeninstellingen, vooral op de laagdrempelige opvang waar niet naar 'papieren' gevraagd wordt. Zij 'verdringen', zo wordt wel gesteld, de cliëntengroep waarvoor de dak- en thuislozeninstellingen bedoeld zijn. Over het eerste kan de commissie in redelijkheid niets zeggen. Van de respondenten in het Amsterdamse onderzoek had acht procent geen legale verblijfsvergunning (Deb92). Drie mensen hadden een 'gedoogvergunning': men mag blijven zonder recht op uitkering. Het waren asielzoekers uit Kenya, Ghana en Senegal.

Het tweede lijkt haar niet voor de hand te liggen, zeker niet dat het om velen zou gaan. Vrijwel in alle instellingen vindt tegenwoordig registratie plaats of moeten de bezoekers een pasje hebben. Slechts in sommige opvangvoorzieningen mag men zonder registratie één nacht per maand doorbrengen.

Ik geloof dat ik nu 15 pasjes in m'n zak heb: Leger des Heils, Stoelenproject, Dienstencentrum, Utrecht-Catharijnesteeg, Rotterdam-Havenzicht, Rotterdam-Dienstencentrum. Ik weet niet meer waar al die pasjes voor zijn. Het hele systeem is bedorven. Kijk, nou is het HVO weer aan het afbouwen want nou worden de postadressen van mensen die geen gebruik maken van het passantenverblijf niet meer verlengd. Als je geen postadres hebt, heb je ook geen pasje. (Man 53 jaar, 26 jaar dakloos) (Gre94).

Inkomen

Het overgrote deel van de dak- en thuislozen is werkloos. Volgens Brouwers e.a. heeft bijna driekwart nog nooit gewerkt (Bro90). In het onderzoek in Oostelijk Zuid-Limburg had zes procent van de thuislozen werk (Hey90). In het onderzoek in Rotterdam was dit beeld iets genuanceerder. Eenderde van de respondenten had in het laatste half jaar werkervaring opgedaan, al dan niet als vrijwilliger (Wav90). In het Amsterdamse onderzoek was dit tien procent (Deb92). De meeste dak- of thuislozen ontvangen een uitkering. Meestal is dat een bijstands- of een RWW-uitkering (Bro90, Hey90, Joo90).

In Rotterdam had bijna driekwart van alle respondenten een uitkering. In Amsterdam zei de helft van de respondenten een uitkering te hebben of een geregelde bron van inkomsten (Deb92). In het Utrechtse onderzoek hadden 50 van de 64 respondenten een uitkering (Doo94).

Van degenen in Rotterdam die geen uitkering hadden, bleek het overgrote deel tot de zwervende groep te behoren. Eenderde van degenen die in het Amsterdamse onderzoek geen uitkering hadden zei dat dit het gevolg was van hun illegale status. De overigen hadden in principe recht op een uitkering, maar om verschillende redenen ontvingen zij die niet: geen postadres, papieren zijn zoek, moeilijkheden met de sociale dienst, enzovoorts (Deb92).

Sociaal netwerk

In de psycho-sociale benadering van dak- en thuisloos zijn, neemt het ontbreken van functionele relaties (instituties en arbeid) en van sociale contacten (met familie, vrienden) een belangrijke plaats in. Het is begrijpelijk dat in veel onderzoek is nagegaan in hoeverre dak- of thuislozen nog functionele relaties onderhouden en nog contacten hebben met familie of vrienden, partners en kinderen. Uit het meeste onderzoek komt

naar voren dat het sociale netwerk van dak- of thuislozen zwak is (Deb92, Hey92, Lim90, Spij91, Wav90).

In het Rotterdamse onderzoek en in dat van Van Limbeek en anderen onder bezoekers van het medische spreekuur voor daklozen, bleek dat meer dan de helft van de respondenten nog wel contact had met de familie (Lim90, Wav90). Uit lopend onderzoek in Amsterdam onder daklozen komt vooralsnog een iets genuanceerder beeld naar voren. Het merendeel van de respondenten in dit onderzoek heeft minstens een maal per twee maanden contact met familieleden (vader, moeder, broers, zussen) (Gre94). Contacten met het eigen gezin worden eerder verbroken dan familie- en vriendenrelaties. Gezinsrelaties zijn vervangen door vriendenrelaties binnen het circuit. Men kan stellen dat daklozen weinig stabiele sociale contacten buiten het circuit hebben. Het zijn contacten waarmee voorzichtig wordt omgegaan, uit angst teleurgesteld of afgewezen te worden. Daklozen missen ook precies die dingen die zo belangrijk zijn voor het instandhouden van functionele en sociale relaties: huisvesting, arbeid en geld.

Van Doorn merkt op dat een deel van haar respondenten een sociaal gedrag vertoont dat in eerste instantie lijkt te wijzen op sociaal onvermogen. Bij nadere beschouwing blijkt dit gedrag in veel gevallen ook opgevat te kunnen worden in de zin van aanpassing aan de huidige leefwijze. Het wordt veeleer instrumenteel dan intiem of empathisch. Om zich staande te houden ontwikkelen daklozen een bepaalde leefwijze. Deze komt steeds verder af te staan van die van familie en vroegere vrienden. Voor beide partijen is dit verschil gaandeweg steeds moeilijker te overbruggen:

Het wordt moeilijker als je langer op straat bent. Je kan ze nooit eens zelf uitnodigen, je hebt geen plek. En de mensen die je dan kent die hebben het er moeilijker mee dan jij zelf, da's mijn ervaring. Dan ben je daar op visite geweest en dan is het van: "goh, jammer, die goser gaat weer, waar zou 'ie nou naar toe gaan." En daar hebben ze het dan moeilijk mee, dat jij dan ergens in een parkje moet liggen of op de Sleep-Inn en dat zij dan niet op het idee komen, of niet willen zeggen: "kruip maar hier op de bank". Hun hebben dat idee. Ook met mensen die d'r niet inzitten moet je jezelf kunnen blijven. Je kan niet op twee manieren leven. Als ze dat niet accepteren dan heb je d'r ook niks aan. En dan kom je in je eentje te staan. Uiteindelijk gebeurt dat gewoon. Juist misschien wel doordat je bang bent dat dat gaat gebeuren kets je die mensen af. Dan breek je de kabel en dan sta je d'r uiteindelijk toch alleen voor. (Man 37 jaar, 17 jaar dakloos) (Doo 94).

Van Doorn en Greshof wijzen beiden op twee elementen in de contacten die daklozen onderling hebben. Enerzijds vormt men een steun voor elkaar als het er gaat de dag door te komen. Anderzijds werken de contacten nauwelijks stimulerend bij pogingen van de dakloze als deze besluit het circuit te verlaten en zich opnieuw te gaan vestigen. Dan werken ze eerder belemmerend omdat men zijn contacten in het circuit verliest

zodra men eruit is. Angst voor eenzaamheid bij het verlaten van het circuit speelt een grote rol omdat het moeilijk is daarbuiten nieuwe contacten te vinden (Doo94, Gre94).

Als je geen echt ritme hebt dan valt het ook niet mee. Je kunt niet beginnen door weer op je bed te gaan liggen en niets te doen. Je moet toch een patroon voor jezelf instellen dat je er niet aan onderdoor gaat. Toen ik aan het doordraaien was toen deed ik dat hé, toen bleef ik steeds langer op m'n bed liggen. Toen heb ik tussendoor nog wel even gewerkt, maar ik ging ook hard hollend de kroeg in. En toen ben ik hardhollend achteruit gegaan. Ik vluchtte in drank en drugs, coke ook. Nachten doorhalen en de volgende dag pillen en dan duik je maar weer je bed in. Ik kan wel tegen alleen wonen, maar dan moet ik een sterk patroon voor mezelf opzetten, dat ik ergens naar toe kan, of een cursus kan gaan volgen of wat. Of in een buurthuis of zo dat je elke dag een doel hebt. Anders wordt het niets. Ik ben al zo vaak gestruikeld. (Vrouw 46 jaar; 7 jaar dakloos) (Gre94).

4.3.2 *Beschouwing*

In de Verenigde Staten is over een lange periode onderzoek uitgevoerd naar de populatie homeless. Dat maakt het mogelijk om een vrij duidelijk beeld te krijgen van veranderingen die zich daarin hebben voltrokken. Het Britse onderzoek laat een goed beeld van mogelijke veranderingen niet toe, omdat de gegevens ontbreken.

De uitkomsten van het Nederlandse onderzoek overziende, constateert de commissie dat er op dit moment onvoldoende empirische gegevens zijn om aan te geven welke veranderingen zich in de populatie van dak- en thuislozen hebben voltrokken. Het oudere onderzoek heeft zich voornamelijk gericht op de thuislozen in de internaten en pas sinds het begin van de jaren negentig is er sprake van een verbreding van de onderzoeksgroep naar het straatcircuit en de laagdrempelige opvangvoorzieningen. Het lijkt er op dat zich juist bij deze groep veranderingen voordoen. Vanuit de hulpverlening geeft men signalen dat er meer vrouwen, meer jongvolwassenen in het algemeen en meer jongeren uit minderheidsgroepen het zwerfcircuit in komen, maar empirische gegevens daarover ontbreken. Het staat wel vast dat de populatie in de internaten veroudert. Er zijn ook gegevens waaruit blijkt dat de situatie van de daklozen (de situatie waarin iemand daadwerkelijk in onzekerheid verkeert of hij/zij de komende nacht onderdak raakt) over het algemeen slechter is dan die van de thuislozen. Hun verblijfssituatie is het minst stabiel, zij zwerven het meest, onder hen bevinden zich de meeste personen zonder uitkering en zij hebben de minste sociale contacten.

Hoofdstuk 5

De gezondheid van daklozen en thuislozen

Het is algemeen bekend dat dak- en thuisloosheid en gezondheid elkaar beïnvloeden. Sommige aandoeningen tasten de gezondheid zo aan, dat zij iemands normale functioneren belemmeren en diens kans op werk en het behoud van een stabiel verblijf vrijwel onmogelijke maken. Dan kan dak- of thuisloosheid het gevolg zijn. Het gaat in de eerste plaats om psychische problemen, vervolgens om de problemen die voortvloeien uit verslaving aan alcohol of drugs. Psychische problemen en lichamelijke aandoeningen kunnen ook ontstaan dan wel onderhouden worden door dak- of thuisloosheid. Ze zijn dan het gevolg van de druk van een zwervend bestaan, van gebrek aan privacy, van het leven onder onhygiënische omstandigheden, van een onvoldoend gezond voedingspatroon en dergelijke.

In dit hoofdstuk gaat de commissie achtereenvolgens in op de lichamelijke gezondheid, de verslavingsproblemen en de geestelijke gezondheid van dak- en thuislozen. Zij zal zich bij de lichamelijke gezondheid voornamelijk richten op de gezondheidstoestand van degen die niet de garantie hebben op onderdak voor de komende nacht, de daklozen. Uit de literatuur blijkt dat hun gezondheid slechter is dan van degenen die zijn ingebed in opvangvoorzieningen. Laatstgenoemden kunnen in Nederland in het algemeen terugvallen op een georganiseerd aanbod van zorg, maar de toegang tot de zorgvoorzieningen voor de daklozen laat te wensen over. Daarop zal de commissie in paragraaf 5.4 ingaan. Een andere reden waarom de commissie hoofdzakelijk spreekt over de lichamelijke gezondheid van daklozen is dat - gezien de summiere Nederlandse gegevens over de gezondheid van dak- en thuislozen - zij vaak

heeft moeten aansluiten bij buitenlands onderzoek. Dat onderzoek betreft voornamelijk de daklozen.

5.1 Lichamelijke gezondheid

Het onderzoek in binnen- en buitenland naar de lichamelijke aandoeningen van dak- en thuislozen is totnutoe summier en oriënterend van aard. Het bestrijkt een periode van ruim twintig jaar en betreft vooral kleine groepen in een specifieke setting. Bovendien wordt gebruik gemaakt van verschillende diagnostische classificatiecodes. Een en ander leidt er toe dat de onderzoeken onderling niet vergelijkbaar zijn en een tamelijk fragmentarische beeld van de gezondheid van dak- en thuislozen geven. Ondanks deze beperkingen komt een aantal bevindingen consistent naar voren.

De lichamelijke aandoeningen van dak- en thuislozen zijn naar hun soort meestal niet anders dan die welke zich in de doorsnee-bevolking voordoen. Ze doen zich echter bij dak- en thuislozen dikwijls in ernstiger vorm voor. In het algemeen kunnen de lichamelijke aandoeningen goed door een huisarts behandeld worden (Laa92, RCP94). Een tweede duidelijke bevinding is dat bepaalde aandoeningen bij dak- en thuislozen vaker voorkomen en dat er vaker sprake is van een combinatie van verschillende aandoeningen en problemen tegelijkertijd. Vaker dan in de doorsnee-bevolking komen bij dak- en thuislozen aandoeningen van de luchtwegen, dermatologische aandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, gastro-intestinale aandoeningen, neurologische aandoeningen en infectieziekten voor. Binnen deze brede categorieën blijken chronische bronchitis, voetproblemen, huidinfecties, traumata en epilepsie het meest voor te komen (Joo89, Koc90, Laa92, RCP94). Een derde bevinding is dat de lichamelijke gezondheidstoestand van daklozen gemiddeld slechter is dan die van personen die zijn ingebed in opvangvoorzieningen (Joo89, Koc90, Laa92, RCP94). In de vierde plaats blijkt de sterftekans vooral bij daklozen door geweld, suïcide, ongelukken, alcohol- en drugsgerelateerde aandoeningen en aandoeningen van de luchtwegen hoger te zijn dan die in de doorsnee-bevolking (RCP94). Ten slotte is een belangrijke bevinding dat daklozen dikwijls weinig aandacht besteden aan hun gezondheidsklachten. Armoede, grote fysieke inspanning om het hoofd boven water te houden, gevoegd bij stress en een veelal ongezond voedingspatroon, maken dat men daarvoor weinig energie overhoudt (Fis93, Koc90).

5.1.1 Veel voorkomende aandoeningen bij daklozen

Een belangrijke bron van informatie over de gezondheidstoestand van daklozen is het rapport van het Royal College of Physicians. Het College maakt daarin een analyse van het Britse en Amerikaanse onderzoek en specificeert een aantal veel voorkomende

aandoeningen. De gegevens komen grotendeels overeen met die van het beperkte Nederlandse onderzoek.

Aandoeningen van de luchtwegen

Milde aandoeningen van de luchtwegen komen veelvuldig voor. Daarnaast wordt melding gemaakt van een relatief hoog percentage pneumonieën en pleuritis, waaronder de pneumococcenpneumonie die in de doorsneebevolking sinds de introductie van antibiotica nog maar weinig voorkomt (RCP94). De hoge incidentie van luchtwegaandoeningen is vermoedelijk mede te verklaren uit het feit dat veel daklozen zware rokers zijn (dikwijls meer dan veertig sigaretten per dag). (Koc90, Joo90, Kra89, Laa92, RCP94).

Huidaandoeningen

Het vele staan en lopen op vaak slecht schoeisel en onvoldoende voethygiëne geven bij veel daklozen irritaties en geïnfecteerde voetwonden ('loopvoeten'). Veel daklozen houden bovendien hun schoenen aan als ze gaan slapen om diefstal te voorkomen en door het vaak (half) zittend slapen treedt dan stuwing op die kan leiden tot chronisch oedeem en huidaandoeningen aan de onderbenen, met als gevolg het veel voorkomen van infecties, ulcera en osteomyelitis (Laa92, RCP94).

Ook allerlei andere vormen van huidaandoeningen, waaronder schurft en (kleer)luis komen veelvuldig voor ten gevolge van onvoldoende hygiëne, vuile kleren en verblijf in volle slaapplaatsen (Laa92, RCP94).

Neurologische afwijkingen

Neurologische afwijkingen, in het bijzonder epilepsie, zijn onder daklozen oververtegenwoordigd (Laa92, RCP94). Het Royal College schrijft de oververtegenwoordiging toe aan het feit dat dakloosheid leidt tot een verhoogde kans op ongelukken en geweldsdelicten, die kunnen resulteren in neurologische afwijkingen. Ook excessief alcoholgebruik kan leiden tot neurologische aandoeningen. Daarnaast kunnen alcoholdementie of de ziekte van Alzheimer leiden tot zodanig ernstige desintegratie van het sociale functioneren, dat dakloosheid daarvan het gevolg kan zijn (RCP94).

Infectieziekten

Er zijn geen eensluidende gegevens over het méér voorkomen van infectieziekten bij daklozen dan in de doorsneebevolking. Maar gezien de leefstijl bij deze populatie zijn de voorwaarden voor het optreden van infectieziekten optimaal.

Er zijn enkele aanwijzingen dat difterie en hepatitiden onder daklozen vaker voorkomen dan in de doorsneebevolking (RCP94).

In de medische literatuur over 'homeless' in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten ziet men op dit moment veel aandacht voor tuberculose. Dat heeft een aantal redenen. Na een lange periode van daling van het aantal tuberculosegevallen in de bevolking vindt sinds een paar jaar een duidelijke stijging van de incidentie plaats (CDC92, RCP94). Noch in de Verenigde Staten, noch in Groot-Brittannië heeft men ondubbelzinnige aanwijzingen dat het aantal tuberculosegevallen in de totale landelijke populatie daklozen is toegenomen. Er zijn wel duidelijke aanwijzingen dat het aantal gevallen onder daklozen in sommige grote steden in de Verenigde Staten is gestegen (CDC92, Dru93). Gezien de duidelijke toeneming van tuberculose in de bevolking als geheel is er bezorgdheid over een mogelijk snelle toeneming van tuberculose onder daklozen. Die bezorgdheid wordt ingegeven door het feit dat daklozen door hun leefstijl extra kwetsbaar zijn. Zij verblijven veelvuldig in volbezette en slecht geventileerde slaapgelegenheden, waar de omstandigheden voor overdracht gunstig zijn. Zij lopen daarenboven een verhoogde kans op het krijgen van tuberculose of het weer actief worden van oude besmettingen omdat zij vaak in een algehele slechte gezondheidstoestand zijn en een ongezond voedingspatroon hebben. Ten slotte brengt het feit dat zij weinig gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen met zich mee dat vroege opsporing en succesvolle behandeling minder waarschijnlijk zijn.

Verspreiding van de ziekte tuberculose vanuit het circuit van dak- en thuislozen is recent via de toepassing van nieuwe moleculair-biologische technieken aangetoond. Een onderzoek in Bern, waarbij gebruik werd gemaakt van 'DNA-fingerprinting' technieken, toonde een infectielijn aan die liep van de lokale drugscene via een pension voor daklozen naar het personeel van een klein restaurant. De oorspronkelijke drager was een dakloze tuberculosepatiënt die zich aan behandeling had onttrokken (Gen93).

5.1.2 *Tuberculose onder dak- en thuislozen in Nederland*

Omdat de commissie van verschillende zijden bezorgde geluiden hebben bereikt over een mogelijke toeneming van het aantal infecties met de tuberkelbacil - al dan niet gevolgd door ziekteverschijnselen - onder dak- en thuislozen in Nederland, ziet zij aanleiding hierop wat uitgebreider in te gaan. Immers, zoals vanuit de hulpverlening

wordt gesteld, maakt de veelal ongeregelde leefwijze van met name daklozen (vroege) opsporing en behandeling van tuberculose lastig. Dat heeft in de eerste plaats gevolgen voor de persoon in kwestie zelf, maar het betekent ook een potentieel gevaar voor de volksgezondheid.

Infectie met de tuberkelbacil leidt niet altijd tot ziekteverschijnselen. Meestal zal het lichaam zelf de infectie kunnen bestrijden. Lukt dat niet, dan ontstaat tuberculose. Open longtuberculose is besmettelijk voor anderen. De ziekteverschijnselen zijn over het algemeen a-specifiek. Ze kunnen passen in het beeld dat veel chronische longaandoeningen geven. Hoesten en vermoeidheid zijn de voornaamste klachten. De diagnostiek begint op het moment dat de arts de diagnose in zijn overwegingen betrekt. Daarbij is vaak sprake van 'delay'. Patiënts 'delay' omdat de patiënt zijn hoestklachten negeert en dokters 'delay' omdat de dokter de klachten nogal eens anders duidt, juist omdat tuberculose een vrij zeldzame ziekte is. De behandeling van tuberculose duurt lang en varieert van negen tot twaalf maanden voor ongecompliceerde longtuberculose. Voor sommige vormen van tuberculose in andere weefsels en organen dan de long (extrapulmonale tuberculose) kan de behandeling meer dan twee jaar duren. Om selectie van resistente mutanten te voorkomen, moet altijd een combinatie van medicijnen (tuberculostatica) worden gegeven. Dat is een standaardcombinatie van minstens drie middelen. Een succesvolle behandeling van de ziekte tuberculose hangt direct samen met therapietrouw die bij zo'n lange en gecompliceerde behandeling problematisch is. Therapietrouw is nodig, niet alleen voor de genezing van de patiënt en om te voorkomen dat deze een besmettingsbron blijft, maar ook om te verhinderen dat (door selectief weglaten van een deel van de middelen) resistentie optreedt.

In Nederland komt tuberculose nog steeds betrekkelijke weinig voor, maar er is sprake van een stijging van het aantal nieuwe ziektegevallen (Vee94). Er zijn in Nederland geen duidelijke aanwijzingen dat tuberculose onder daklozen en thuislozen meer voorkomt dan in de doorsnee-bevolking. In Amsterdam werd in 1987 onder thuislozen een sterk verhoogde prevalentie van actieve tuberculose vastgesteld (Deu88). Dat beeld is in andere steden niet bevestigd. Naar men nu weet, was er indertijd in Amsterdam sprake van een micro-epidemie. Verdere onderzoeksgegevens na 1987 uit Amsterdam ontbreken. De afdeling Vangnet en Advies van de GG en GD van Amsterdam meldt dat artsen die bij daar werken in 1993 zeven maal actieve tuberculose hebben vastgesteld bij dakloze patiënten (Sle94). Inmiddels is via DNA-fingerprinting vastgesteld dat er zich verspreiding heeft voorgedaan buiten het circuit van dak- en thuislozen.

Onder druggebruikers in Amsterdam worden regelmatig nieuwe gevallen van actieve tuberculose vastgesteld (GGD92, GGD93). Excessief gebruik van genotmiddelen kan leiden tot minder gunstige sociale omstandigheden met slecht voedingsgedrag, slechte of geen huisvesting en een slechte lichamelijke conditie. In die situatie kan

tuberculose zich goed ontwikkelen. Het is bekend dat er een overlap is tussen de groep drugsgebruikers en de daklozen. De commissie meent dat er zeker aanleiding is zowel bij drugsgebruikers als bij dak- en thuislozen te spreken van risicogroepen. Dat vormt een reden voor waakzaamheid.

Vanuit de Verenigde Staten wordt sinds 1991 regelmatig gerapporteerd over tuberculose na infectie met multiresistente tuberkelbacterieën. Het betreft daar patiënten die door onjuiste behandeling of door slechte therapietrouw tuberkelbacteriën hebben die voor verschillende medicijnen resistent zijn geworden. Dergelijke patiënten zijn daardoor zeer moeilijk te behandelen. In Nederland komt multiresistentie nog maar weinig voor. Men moet daarop echter wel bedacht zijn bij patiënten die in het verleden niet adequaat zijn behandeld en opnieuw tuberculose krijgen, evenals bij patiënten die afkomstig zijn uit landen waar multiresistentie veelvuldig voorkomt.

Naast het feit dat de leefstijl van dak- en thuislozen hen extra kwetsbaar maakt voor tuberculose, doen zich nog een paar complicerende zaken voor. Vooral daklozen zullen bij klachten vaak niet meteen medische hulp zoeken (patiëntsdelay). Een bijkomend probleem is dat begeleiding en contactonderzoek bij hen extra lastig is door het zwerfpatroon. Dit alles kan - daar wees de commissie al op - in de eerste plaats ernstige gevolgen hebben voor het individu zelf, maar zoals gezegd zijn er ook potentiële gevaren voor de volksgezondheid. De commissie wil zich dan ook krachtig uitspreken voor het ondersteunen van de tuberculose-afdelingen bij de GG en GD'en. Adequate hulpverlening aan deze vaak moeilijk bereikbare groepen vraagt om een actieve manier van optreden, die zeer arbeidsintensief en tijdrovend is. Voor het opsporen en de behandeling van tuberculose bij deze groepen is de 'outreaching' werkwijze een conditio sine qua non. Daarnaast zijn naar de mening van de commissie bij de behandeling van tuberculose positieve prikkels in termen van 'voor wat hoort wat' het overwegen waard. Als het voor de patiënt te moeilijk blijkt te zijn om vijf maal per week de standaardmedicatie in te nemen en als gesuperviseerde behandeling (het innemen van de medicijnen onder het wakend oog van een hulpverlener) ook niet tot het gewenste resultaat leidt, verdient het overweging de patiënt gedurende de eerste intensieve periode van behandeling permanent onderdak te verschaffen.

Verbetering van de therapietrouw zou ook dichterbij komen als de combinatie van medicijnen in één preparaat zou worden bijeengebracht. De juiste samenstelling en de dosering zijn complicerende factoren voor de ontwikkeling van combinatiepreparaten. Verder onderzoek naar mogelijkheden op dit gebied zou moeten worden gestimuleerd.

De commissie doet in dit advies geen uitspraken over het afzonderen van besmettelijke tuberculosepatiënten die zich aan behandeling onttrekken. Op dit moment bereidt de commissie 'Ethische en juridische aspecten van TBC-bestrijding' van de Gezondheidsraad een advies voor, dat onder meer hieraan aandacht zal besteden.

5.2 Verslavingsproblemen

Verslavingsproblemen treft men bij een groot deel van de dak- en thuislozenpopulatie aan. Bij de jongeren komt over het algemeen meer drugverslaving voor, bij de ouderen meer alcoholverslaving. Het beoordelen van verslaving kan men doen vanuit verschillende modellen: een sociologisch, een psychiatrisch of een medisch-somatisch model (Sch93). Ieder model hanteert eigen criteria. De modellen leiden dan ook tot verschillende uitkomsten. Dat maakt het lastig duidelijke uitspraken over prevalenties te doen. Voor alcoholverslaving variëren de gevonden percentages tussen de 25 en 50 (Wri87). Tessler constateert op basis van een overzicht van het Amerikaanse onderzoek dat een kwart tot eenderde van alle daklozen alcohol, drugs of beide gebruikt en dat alcoholverslaving onder daklozen ongeveer drie tot vijf maal zoveel voorkomt als onder de doorsneebevolking (Tes92).

Alcoholverslaving

Uit alle onderzoek naar alcoholverslaving komen twee bevindingen consistent naar voren. Excessief drinken komt aanzienlijk meer voor bij mannen dan bij vrouwen en degenen die geen vaste slaapplaats hebben gebruiken de meeste alcohol (Bla92, Jen94, Joo89, Koc90, Kra90, Lim90, RCP94).

Maar zeker niet alle daklozen zijn verslaafd aan alcohol, zoals blijkt uit een onderzoek onder dakloze mannen in New York. Veertig procent zei zelfs geheelonthouder te zijn (Wri87). In het Rotterdamse onderzoek zei een kwart van de respondenten geheelonthouder te zijn: "het clichebeeld van de 'oudere alcoholist' hebben we nauwelijks aangetroffen", aldus de onderzoekers (Koc90).

Volgens Wright is het percentage excessieve alcoholgebruikers onder dakloze mannen ruim twee maal zo hoog als onder dakloze vrouwen (Wri87). In het Rotterdamse onderzoek bleek - als men de grens legt bij drie á vier keer per week meer dan zes glazen alcohol - eenvijfde van de respondenten (19%) als excessief drinker te kunnen worden aangemerkt. Van de groep passanten en buitenslapers was dertig procent naar eigen zeggen excessief drinker (Koc90).

In het Rotterdamse onderzoek trof men onder de excessieve drinkers slechts één vrouw aan (Koc90). Kraft vond in haar onderzoek onder vrouwen in een internaat ook maar één vrouw met alcoholproblemen (Kra90).

Drugsverslaving

Volgens Wright is 10-15% van de daklozen in de Verenigde Staten verslaafd aan drugs (Wri89). Dakloze zwarte Amerikanen en 'Hispanics' blijken vaker verslaafd te zijn aan drugs dan blanke daklozen. Hoewel het percentage drugsverslaafden op dit moment nog wel lager ligt dan dat van de alcoholverslaafden wordt een duidelijk toeneming van drugverslaving onder daklozen geconstateerd. Onder de jongere daklozen en met name onder de jonge Hispanics zou zelfs sprake zijn van een explosieve stijging (Bla92, Jen94, Wri89).

De omvang van het druggebruik onder daklozen in Groot-Brittannië is niet bekend. Naar het Royal College aanneemt, is het gebruik van hard-drugs vooralsnog gering. Wel is duidelijk dat het onder de jonge daklozen meer verbreid is dan onder de oudere (RCP94).

In het Rotterdamse onderzoek zei een derde van de respondenten (31%) het laatste half jaar hard-drugs te gebruikt te hebben. Het waren vrijwel allen personen die verschillende drugs tegelijkertijd gebruiken. Het merendeel van hen gebruikte al langer dan tien jaar. Ruim eenderde van de onderzoeksgroep had het laatste half jaar hasj of marihuana gebruikt. In de leeftijdsgroep 22-34 jaar kwam het meeste hard-druggebruik voor. Het ging om de helft van de respondenten. Er bestond hier geen verschil tussen mannen en vrouwen. In de leeftijdsgroep 35-54 jaar kwam minder gebruik voor en bij de ouderen (>55 jaar) trof men geen gebruik aan (Koc90).

Blau en Jencks wijzen er op dat er zich met de introductie van voor de handel klaargemaakte cocaïnebase, de zogenoemde 'crack', aan het eind van de jaren tachtig een dramatische verandering heeft voorgedaan op de drugsmarkt. In 1985 kostte een portie circa tien dollar, in 1990 was de prijs gedaald tot circa drie dollar. Dat heeft volgens deze auteurs geleid tot een sterke toeneming van het gebruik onder daklozen (Bla92, Jen94). Die ontwikkeling wordt in Nederland nog niet gezien, hoewel ook hier door het Gerechtelijk Laboratorium eind 1993 voor het eerst voor de handel klaargemaakte cocaïnebase ('crack') op straat is aangetroffen.

5.3 Geestelijke gezondheid

5.3.1 Overzicht

Dak- en thuislozen vertonen dikwijls een deviante levensstijl. Als hun gedrag daarbij gepaard gaat met ernstige problemen in de communicatie en met zelfverwaarlozing, zullen psychische stoornissen daaraan vermoedelijk mede debet zijn. Het onderzoek naar de prevalentie van psychische aandoeningen en psychiatrische stoornissen bij

dak- en thuislozen in binnen- en buitenland laat zeer uiteenlopende resultaten laten zien (Bac92, Bas84, Koc90, Lam84, Lim90, RCP94, Rob86, Sco93, Sno86, Tes92, Tim93,). De prevalenties variëren tussen circa vijfentwintig en circa zeventig procent. Het oudere onderzoek geeft over het algemeen hogere prevalenties dan het meer recente. Een uitzondering daarop is het werk van Snow en anderen: The myth of pervasive mental illness among homeless (Sno86), waarin lage prevalenties werd gevonden (tien tot vijftien procent). De verschillen vloeien deels voort uit conceptuele problemen, deels zijn zij een uitvloeisel van methodologische en praktische problemen die aan het uitvoeren van het onderzoek kleven. Recent epidemiologisch onderzoek, dat werd uitgevoerd met betere meetinstrumenten, heeft vooral het aandeel van de specifieke psychische stoornissen, de zogenoemde 'grande psychiatrie', onder dak- en thuislozen gestaag doen dalen.

Bij het bezien van de prevalenties van psychische stoornissen onder dak- en thuislozen, moet men een aantal nuanceringen aanbrengen. In de eerste plaats is de prevalentie van psychische stoornissen, waaronder begrepen de lichte psychische stoornissen, bij de bevolking boven de vijftien jaar op zichzelf reeds aanzienlijk: 15-25% (Rob91, STG90). Als men de prevalentie van de 'grande psychiatrie' niet meetelt, moet men, juist omdat er dikwijls een relatie is tussen deviant gedrag en dak- of thuisloos worden, in de groep dak- en thuislozen a fortiori een hogere prevalentie verwachten. In de tweede plaats is - zoals al eerder werd opgemerkt - de populatie dak- en thuislozen zeer heterogeen en zijn de wegen waarlangs men in die situatie geraakt heel verschillend. Sommigen zijn door maatschappelijke omstandigheden uit huis gedreven. Voor anderen geldt dat zij mogelijk ten gevolge van onvoldoende of ontoereikende zorg en behandeling bij hun aanvankelijke psychische problemen slotte dak- of thuisloos zijn geworden. In veel onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen deze verschillende achtergronden. In de derde plaats worden de resultaten van onderzoek beïnvloed door de keuze van het meetinstrument. In lang niet alle onderzoek wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Ook als dat wel het geval is dit instrument doorgaans gevalideerd voor de doorsnee-bevolking, maar niet voor de populatie van daklozen of thuislozen (Koc95).

Diverse onderzoekers in de Verenigde Staten brachten een belangrijk onderscheid naar voren (Bax82, Koe92, Tes92). Zij wijzen er op dat er weliswaar de laatste vijftien jaar over de classificatie van stoornissen meer overeenstemming bestaat tussen clinici en onderzoekers, via het gebruik van bijvoorbeeld de Diagnostic Statistical Manual of mental disorders (DSM-III R(evised) en de International Classification of Diseases (ICD-10), maar dat het moeilijk blijft onderscheid te maken tussen psychische stoornissen en deviant gedrag dat is terug te voeren op mechanismen van aanpassing aan het zwervende bestaan. Anders gezegd: het is niet eenvoudig psychopathologie vast te stellen bij mensen die in gedeprimeerde omstandigheden verkeren. Vooral depressieve

stoornissen lijken verband te houden met de druk van het leven als dakloze. Soms is er ook sprake van deviant gedrag als 'overlevingstrategie'. Naar de mening van deze onderzoekers wordt dit onderscheid vaak veronachtzaamd, hetgeen betekent dat ten onrechte veel daklozen het stempel 'geestelijk gestoord' krijgen opgedrukt. Baxter en Hopper menen dat "with several nights of sleep, an adequate diet and warm social contact, some of their symptoms may subside"(Bax82). Ook Schene en Jonkers menen dat een deel van de psychische problemen bij dak- en thuislozen reversibel lijkt te zijn, vooral als ze samenhangen met de moeilijke omstandigheden waarin de personen in kwestie verkeren (Sch93). Zij wijzen ook op een belangrijk onderscheid bij de psychiatrische diagnose, namelijk het onderscheid tussen de actuele en de 'life-time' diagnose. De actuele diagnose is die van de psychiatrische stoornis die op het moment van het interview is vast te stellen. De lifetime diagnose is een retrospectief vastgestelde stoornis, die zich ooit in het leven van iemand heeft voorgedaan, maar die op het moment van het interview kan zijn verdwenen. Per type stoornis heeft dit onderscheid een wisselende betekenis. Bepaalde stoornissen hebben een chronisch beloop, andere kenmerken zich door herhaalde recidieven en weer andere beslaan een relatief korte periode in iemands leven. Met het vaststellen van een bepaalde stoornis op een bepaald moment is weinig gezegd over het beloop op langere termijn (Sch93). In een nauwkeurig samengestelde onderzoekspopulatie brachten Koegel en Burnam kwam dit onderscheid duidelijk naar voren. In een langlopend onderzoek vonden zij dat bij driekwart van hun respondenten sprake was van 'distress', aan bijna de helft van respondenten kon men een DSM-III-diagnose toekennen, en bij ruim een kwart bleek sprake te zijn van een ernstige en langdurige psychiatrische stoornis (Koe92).

De praktische moeilijkheden met het onderzoek naar psychische stoornissen bij dak- en thuislozen betreffen vooral het afnemen van gestructureerde interviews. Als er bijvoorbeeld - als indicator voor het bestaan van psychische problemen - vragen worden gesteld over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in een bepaalde periode, moet men steeds rekening houden met de zogenoemde 'recall bias' die kan optreden als men een beroep doet op iemands geheugen. Lang niet altijd zullen de respondenten alles correct hebben onthouden (Koc95, Sch93). Maar evenzeer van belang is dat men zich realiseert dat het afnemen van een gestructureerd interview lastig is bij mensen die contactuele problemen hebben of die al langere tijd onder invloed zijn van verdovende middelen (alcohol, drugs). Ze zijn soms in de war en zullen de vragen niet of onvoldoende begrijpen. Vaak ook lopen werkelijkheid en fictie bij hen door elkaar (Doo94, Gre94, Koe92).

Hoewel genoemde zaken de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de onderzoeksgegevens beïnvloeden, kan men toch kan men op grond van het totaal aan onderzoeken wel een aantal conclusies trekken. De commissie sluit hiervoor aan bij de publikatie van Schene en Jonkers. Zij is van mening dat deze publikatie op dit moment

in Nederland het beste overzicht geeft van relevante gegevens en hun analyse. Zij onderschrijft de mening van beide onderzoekers dat psychische stoornissen de gezondheidstoestand van een belangrijk deel van de dak- en thuislozen compliceren. De commissie neemt kortheidshalve de volgende passage over:

"Een deel van de daklozen of thuislozen lijdt aan ernstige psychiatrische stoornissen. De percentages variëren tussen 15 en 30 [ref....]; een deel kampt met lichtere vormen van psychiatrische stoornissen of psychische problemen, deze percentages variëren tussen 25 tot 50, terwijl een aanzienlijk deel (ook) aan een verslavingsstoornis lijdt. Een grove schatting leert dat psychopathologie onder thuislozen uiteindelijk twee tot drie maal zo veel voorkomt als onder de gewone bevolking [ref....]. Met name doordat een persoon aan verscheidene stoornissen kan lijden, en doordat een deel van de stoornissen direct samenhangt met het thuisloos zijn, menen wij dat eerder moet worden gewaakt voor over- dan voor onderdiagnostiek van psychiatrische stoornissen onder thuislozen" (Sch93).

5.3.2 *Ontwikkelingen*

Bij velen bestaat de indruk dat er sprake is van een stijging van het aantal dak- en thuislozen met geestelijke gezondheidsproblemen. Noch in het buitenland, noch in Nederland kunnen deze waarnemingen worden onderbouwd, omdat longitudinaal onderzoek ontbreekt. Het Royal College meent - het vele kleinschalige onderzoek in Groot-Brittannië onder bewoners van opvangvoorzieningen overziende - dat er wel sprake is van een toeneming van vooral 'single homeless' met schizofrenie. Een verklaring daarvoor ontbreekt vooralsnog (RCP94). Bacharach wijst op een verandering in de populatie psychische gestoorde daklozen in de Verenigde Staten. Tot een jaar of tien geleden was er in die populatie voornamelijk sprake van 'gedeïnstitutionaliseerde' chronisch-psychiatrische patiënten. Nu ziet men landelijk een toeneming van de 'young adult chronic patiënt'. Juist van deze groep, die niet of nauwelijks voor behandeling is opgenomen of met een psychiatrisch-medisch regiem geconfronteerd is geweest, lijkt een deel te zijn ingestroomd in de populatie daklozen (Bac92).

De gesignaleerde forse toeneming van het aantal psychische gestoorde zwervers aan het begin van de jaren tachtig, heeft de Amerikaanse onderzoekswereld uit die tijd sterk in beroering gebracht. In de literatuur uit die jaren komt men veelvuldig de opvatting tegen dat deze toeneming het gevolg is van het proces van deïnstitutionalisering (Ros89). Bij deïnstitutionalisering denkt men in het algemeen aan de nogal drastische sluiting van psychiatrische ziekenhuizen in de laatste tien tot vijftien jaar. Veel patiënten die niet in staat zijn voor zichzelf te zorgen, zouden daardoor op straat terecht zijn gekomen. Een aantal onderzoekers heeft van deze opvatting nu enige afstand

genomen door erop te wijzen dat deïnstitutionalisering een veel ingewikkelder proces is geweest dan alleen maar het verminderen van het aantal ziekenhuisbedden (Bac92, Bla92, Jen94). De commissie wil hier iets langer bij stil staan, omdat ook in Nederland dit vraagstuk een rol speelt.

In de Verenigde Staten begon het proces van deïnstitutionalisering ongeveer dertig jaar geleden. Het deel van de volwassen bevolking dat opgenomen was in de grote psychiatrische staatsziekenhuizen daalde tussen 1955 en 1975 van circa 0,5% naar circa 0,1% (Bac92, Jen94). Circa 65 procent van de bedden in de psychiatrische ziekenhuizen was al voor 1975 verdwenen (Bla92). Deze daling was het gevolg van een aantal ontwikkelingen die gelijktijdig optraden. Belangrijke opiniemakers in de psychiatrie raakten er in de jaren vijftig van overtuigd dat langdurige hospitalisatie de patiënten meer kwaad dan goed deed. En toen de introductie van nieuwe tranquillizers, waaronder chloorpromazine, het mogelijk maakte het gedrag van mensen te reguleren, begon het aantal ziekenhuisopnamen geleidelijk te dalen. Deze ontwikkeling werd versterkt toen het Congres in 1965 het Medicaid-programma opzette. Medicaid dekt niet de kosten van opname in een psychiatrische staatsziekenhuis, maar wel de kosten van kortdurende psychiatrische zorg in algemene ziekenhuizen en van verblijf in verpleeghuizen. Dat leidde tot een verschuiving van chronische patiënten van de psychiatrische ziekenhuizen naar verpleeghuizen. Acute patiënten werden voornamelijk opgenomen op de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen. Parallel daaraan ontwikkelde zich de visie dat het de voorkeur verdiende personen met geestelijke gezondheidsproblemen zoveel mogelijk gewoon in de samenleving te laten functioneren. In deze visie is resocialisatie het uitgangspunt bij behandeling. Om het functioneren van patiënten in de samenleving mogelijk te maken, zou een netwerk van Community Mental Health Centres moeten worden opgericht , opdat (ex)patiënten na ontslag in hun resocialisatieproces begeleid konden worden. Bacharach, Blau en Jencks zijn van mening dat deze voorzieningen in de meeste steden onvoldoende van de grond zijn gekomen (Bac92, Bla92, Jen94). Hoe dit laatste ook zij, het is onmiskenbaar dat de psychiatrische-beddencapaciteit in de Verenigde Staten zo drastisch is gereduceerd dat een aanzienlijk deel van de psychiatrische patiënten gedwongen was elders een onderkomen te vinden, zoals verpleeghuizen, vormen van beschermd wonen en een scala aan pensions. Lang niet allen zijn daarin geslaagd en dat bepaalt nu mede het aantal mensen dat, vooral in de grote steden, een zwervend bestaan leidt.

In Nederland kan het verminderen van het aantal psychiatrische bedden niet als verklaring gelden voor de gesignaleerde toeneming van het aantal zwervers met psychiatrische stoornissen. Er zijn hier te lande de afgelopen twintig jaar nauwelijks of geen psychiatrische bedden verdwenen (NcGv92). Wel is de capaciteit van de intra- en

semimurale psychiatrische voorzieningen in verhouding tot de bevolkingstoename in de laatste tien jaar gedaald.

Belangrijker lijkt het feit dat ook hier nieuw beleid zijn intrede heeft gedaan met de Nieuwe Nota GGZ uit 1984, verder uitgewerkt in de nota Onder Anderen van 1993. Dat beleid is er op gericht remigratie van de intramurale zorg naar de stad te bewerkstelligen en de asielfunctie van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis te vermaatschappelijken, in samenhang met het versterken van de Regionale Instellingen voor Beschermde Woonvormen (RIBW). Naar de commissie vernomen heeft, bestaat bij velen de indruk dat het parallel aan dit proces ontwikkelen en opzetten van alternatieve woon/zorgarrangementen en ambulante zorgarrangementen nog onvoldoende vorm heeft gekregen. Dat is ook de conclusie van het onderzoek van Bogerd: 'Wissels tussen GGZ en Thuislozenzorg'. (Bog90).

Er heeft zich nog een tweede ontwikkeling voorgedaan. Wolf wijst er op dat de psychiatrie zich de afgelopen jaren sterk heeft gericht op patiënten met behandelbare aandoeningen en veel minder aandacht heeft gehad voor chronisch-psychiatrische patiënten (Wol90). Als een duidelijke hulpvraag ontbreekt, afspraken niet worden nagekomen, dan wel zichtbare verbeteringen uitblijven, wordt de hulpverlening veelal gestaakt. In nogal wat publikaties komt men de mening tegen dat de 'asielfunctie' van de psychiatrie is afgekalfd en dat met name de chronische psychiatrische patiënt daarvan de gevolgen ondervindt (NRV93).

Men treft ook de mening aan dat er, naast de veranderde opvattingen in de psychiatrische praktijk en het beleid van extramuralisering, nog een beweging van invloed is, namelijk de veranderde opvatting over de toelaatbaarheid van dwang en drang. In de afgelopen twintig jaar hebben patiënten en patiëntenorganisaties sterk de nadruk gelegd op de emancipatie van patiënten en gepleit voor psychiatrische hulpverlening die veel meer gebaseerd is op een vrije relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. De grotere nadruk op het zelfbeschikkingsrecht en de autonomie van de patiënt heeft geresulteerd in wetgeving waarin thans het bestwil-principe in mindere mate geldt en gedwongen opneming alleen is toegestaan indien is gebleken dat de persoon in kwestie, gelet op zijn geestelijke stoornis, ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen oplevert.

Of en, zo ja, in hoeverre deze ontwikkelingen van invloed zijn of zijn geweest op de omvang van de groep daklozen of thuislozen met geestelijke gezondheidsproblemen is niet duidelijk. De commissie is van mening dat het in wezen ook niet zozeer van belang is achteraf nog de invloed van deze ontwikkelingen na te gaan. Belangrijker is de vraag hoe de voorzieningen nu functioneren, hoe de beschikbare capaciteit wordt ingezet en of daarbij voldoende aandacht bestaat voor de chronische psychiatrische

patiënten. De vraag waar en hoe dak- en thuislozen met geestelijke gezondheidsproblemen het best geholpen kunnen worden moet daarbij voorop staan.

De commissie kan zich in grote lijnen vinden in het advies 'Thuisloosheid en Psychische Stoornissen' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV93). Daarin wordt goed beschreven hoe de maatschappelijke opvang en de asielfunctie voor de totale groep dak- en thuislozen met psychische problemen moet worden vorm gegeven. Maar anders dan de Raad is de commissie van mening dat het nodig is binnen de totale populatie dak- of thuislozen met psychische problemen de groep met psychiatrische stoornissen als aparte subgroep te onderscheiden. Alle signalen wijzen er op dat de chronische psychiatrische patiënten extra kwetsbaar en het vaakst dakloos zijn (Sch93). Zij zijn het moeilijkst benaderbaar en het minst toegankelijk voor hulpverlening. Dat stelt hoge eisen aan de deskundigheid van de hulpverleners, omdat het bij deze patiënten gaat om een complex van problematische zaken.

5.4 Problemen bij de medische zorg voor daklozen

Zoals de commissie in paragraaf 5.1 al opmerkte, gaat zij er van uit dat degenen die zijn ingebed in de opvangvoorzieningen, in het algemeen kunnen terugvallen op een georganiseerd aanbod van medische hulpverlening. Het is de commissie gebleken dat er zich in de medische zorgverlening aan daklozen - hoewel deze zorg nu op een aantal plaatsen beter georganiseerd lijkt te worden - een aantal knelpunten voordoet. Deze zijn soms incidenteel en soms structureel. De belangrijkste structurele knelpunten liggen in de sfeer van het onverzekerd zijn. De incidentele problemen liggen voornamelijk in de praktische sfeer. Ten aanzien van dit laatste kan men constateren dat regelmatig terugkeren voor controle en het geregeld innemen van medicijnen vaak niet passen in het patroon van de medische consumptie van daklozen, hetgeen een gunstig beloop van de ziekte of een gunstig verloop van de behandeling niet ten goede komt. Daklozen kunnen zich moeilijk aan afspraken houden en zij hebben dikwijls weinig begrip voor de planning van een traject van hulpverlening, vooral als daarbij doorverwijzing aan de orde is. Wanneer men eindelijk zelf medische hulp zoekt, verwacht men ook onmiddellijk hulp waarbij de resultaten op korte termijn merkbaar moeten zijn. Soms ook is er sprake van onaangepast gedrag in de zin van een agressieve houding tegenover hulpverleners.

Een punt waarvoor de commissie expliciet aandacht wil vragen is de tandheelkundige zorg voor daklozen. Deze hulp is, ook als de patiënten verzekerd zijn, bijna niet voorhanden. Voor acceptatie in een praktijk is tandheelkundige sanering vereist. Daarvoor ontbreken doorgaans de financiële middelen. De overheveling van een groot deel van de tandheelkundige hulp voor volwassenen naar de vrijwillige aanvullende verzekering werkt sterk in het nadeel van daklozen.

5.4.1 *Het zorgtraject*

Omdat de medische zorg voor daklozen een eigen benadering vraagt, hecht de commissie er aan in dit advies haar visie daarop te geven. Zij meent dat er sprake moet zijn van een zorgtraject waarvan in ieder geval twee elementen deel uitmaken: een sociaal-medisch spreekuur en een zogenoemde 'ziekenboeg'. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om het creëren van een nieuwe functie. Het doel van het sociaal-medisch spreekuur is de bezoekers terug te krijgen in de reguliere zorgvoorzieningen. Het doel van de ziekenboeg is de tijdelijke opvang van mensen die te ziek zijn om overdag op straat te verblijven, zodat zij onder goede medisch begeleiding kunnen bijkomen en herstellen. Beide elementen dienen een beperkte medische zorg. Zij bieden vooral de mogelijkheid om door tijdig ingrijpen en door begeleiding verslechtering van de gezondheidssituatie te voorkomen.

Een sociaal-medisch spreekuur

In verschillende plaatsen heeft men al een sociaal-medisch spreekuur ingesteld. De commissie is van mening dat het sociaal-medisch spreekuur een zeer belangrijke bijdrage kan leveren aan de zorg voor daklozen. Deze laagdrempelige voorziening moet het permanente eerste aanspreekpunt zijn voor daklozen, als het ware het voorportaal van het zorgcircuit. De commissie realiseert zich ook dat het een arbeids- en tijdsintensieve vorm van hulpverlening is omdat het vaak gaat om schichtige en schuwe mensen met gedragsproblemen, dikwijls ook met weinig ziekte-inzicht. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener is een noodzakelijke voorwaarde voor het kunnen verlenen van hulp, zeker als doorverwijzing naar elders aan de orde is. De commissie meent dat het spreekuur in principe gehouden kan worden door een sociaal-medisch of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Zij vindt wel dat in ieder geval kennis over gedragsgestoorde zwervers nodig is. De huisartsenzorg moet op de achtergrond beschikbaar zijn op consultatiebasis. Het gaat daarbij om een 24-uurs bereikbaarheidsdienst.

De commissie ziet voor het sociaal-medisch spreekuur de volgende functies:

Een intermediaire functie:

- Via het sociaal-medisch spreekuur kan men proberen de sociale problemen en de medische problemen te ontrafelen, zodat gericht kan worden doorverwezen. Men kan proberen de dakloze te motiveren om iets aan de bestaande situatie te doen: 'Geef hen een luisterend oor, het kan het begin zijn van een vervolgtraject in de

hulpverlening'. In de visie van de commissie gaat het hier dus om een voorhoedepost. Behandeling (zie verderop) blijft beperkt; doorverwijzing naar het reguliere zorgcircuit, de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg is het uitgangspunt. Via het sociaal-medisch spreekuur, dat ingebed is in een netwerk van andere voorzieningen, kan men ingangen vinden om moeilijk plaatsbare personen te bestemder plaatse te krijgen

Een behandelfunctie:

- Op het sociaal-medisch spreekuur kan men kleine verrichtingen doen waarvoor de arts niet nodig is, bijvoorbeeld voetverzorging, ontluizing, persoonlijke hygiëne. Tevens is in bepaalde gevallen uitgifte van medicijnen mogelijk.

Een signaalfunctie:

- Via het sociaal-medisch spreekuur kan men infectieziekten, waaronder tuberculose en AIDS, signaleren. Indien er sprake is van tuberculose moet contact worden opgenomen met de tuberculose-afdeling van de GG en GD. In samenwerking met deze afdeling kan dan een traject van behandeling en van contactonderzoek worden ingezet.

Een monitorfunctie:

- Daklozen zijn niet dikwijls niet erg therapietrouw. Via het sociaal-medisch spreekuur kan men, indien dat nodig, is toezicht houden op het medicijngebruik.

Een 'outreaching' functie:

- Deze functie is van eminent belang. Daklozen zullen niet altijd tijdig hulp zoeken en naar het sociaal-medisch spreekuur komen. De verpleegkundige moet hen ook zelf opzoeken. Een 'mobiele spreekkamer' zou daarbij zeer goede diensten kunnen bewijzen.

De commissie meent dat het sociaal-medisch spreekuur een algemeen belang dient. Zij heeft een voorkeur voor organisatorische inbedding bij de GG en GD. Dat levert naar haar mening het grote voordeel op van korte communicatielijnen met andere afdelingen van de GG en GD, zoals de tuberculoseafdeling. Tevens kan men dan gebruik maken van de bij de GG en GD verzamelde kennis en ervaring aangaande zorgverlening aan moeilijk bereikbare groepen en groepen met een afwijkende levensstijl. Een suggestie van de commissie zou zijn de artsen die meewerken aan het sociaal-medisch spreekuur een deeltijdaanstelling te geven bij de GG en GD, zoals in Utrecht het geval is.

De ziekenboeg

In een aantal plaatsen heeft men voor de ziekenboeg enkele bedden gealloceerd bij een internaat of een passantenverblijf. De commissie vindt dit een zeer belangrijke vooruitgang in de medische zorg voor dak- en thuislozen. Zij ondersteunt deze initiatieven van harte. Zij wijst er echter op dat de ziekenboeg geen 'alternatief ziekenhuisje' mag worden en niet mag dienen als ontsnappingsroute voor de reguliere zorg. Daar heeft men soms moeite met het opnemen van deze vaak moeilijke patiënten. Als er een indicatie voor opneming in een ziekenhuis bestaat, moet geprobeerd worden de patiënt opgenomen te krijgen.

5.4.2 Onverzekerheid

Het onverzekerd zijn van een dak- of thuisloze bemoeilijkt uiteraard het krijgen van medicijnen en de toegang tot de zorgverlening. Thuislozen die zijn ingebed in een zorgvoorziening hebben allen een uitkering en zijn dientengevolge van rechtswege verzekerd. Het hebben van een geldige ziektekostenverzekering is veelal voorwaarde voor toelating in de instelling. Daklozen blijken nogal eens onverzekerd te zijn. In het Rotterdamse onderzoek bleken 37 van de 211 respondenten (18%) onverzekerd te zijn. Het betreft hier gegevens uit 1989. Het ging voornamelijk om dakloze respondenten in de leeftijdsgroep 18-34 jaar. Uit het verslag van de afdeling Vangnet & Advies van de GG en GD in Amsterdam blijkt dat iets minder dan de helft van de bezoekers van het inloopspreekuur verzekerd is (Sle94). Van de andere helft is ongeveer de helft in principe wel verzekerbaar, maar om de een of andere reden ontbreekt een verzekering.

Het niet verzekerd zijn kan twee achtergronden hebben. Als men geen uitkering heeft, is men niet van rechtswege verzekerd. De commissie is van mening dat er naar gestreefd moet worden daklozen die recht hebben op een uitkering deze te doen ontvangen. Dat is de beste garantie voor toegang tot medische zorg.

Als men wel een uitkering heeft - en dus van rechtswege verzekerd is, waarbij de inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden door de uitkerende instantie - staat men soms toch niet ingeschreven bij een ziekenfonds en kan men dus geen aanspraak maken op verstrekkingen. Het gaat dan veelal om personen die een premieschuld (nominale premie) hebben bij de verzekeraar. Zolang zij ingeschreven waren bij het fonds, konden zij ondanks hun schuld niet worden uitgesloten van medische zorg. Zodra zij echter uitgeschreven raken omdat zij bijvoorbeeld niet meer te traceren zijn via een postadres of als zij hun uitkering verliezen bijvoorbeeld door opname in een psychiatrisch ziekenhuis of door verblijf in een gevangenis, kunnen zij zich niet opnieuw inschrijven zonder eerst hun schuld te voldoen. Dikwijls zijn zij niet in staat daar een oplossing voor te vinden. Daklozen met verslavingsproblemen of psychiatrische

stoornissen hebben ook nogal eens problemen met hun verzekering, omdat zij niet in staat zijn zich te gedragen naar het 'regime' dat een uitkering en de daaraan gekoppelde verzekering nu eenmaal met zich brengen.

Als daklozen wel een uitkering ontvangen en dus van rechtswege verzekerd zijn, maar zich niet hebben ingeschreven bij een ziektekostenverzekeraar, moet men allereerst proberen hen alsnog ingeschreven te krijgen. Dat zal vaak met hulp van medewerkers van instellingen voor maatschappelijke opvang en via uitkeringsbeheer ook wel lukken. Er zijn echter situaties denkbaar waarin dit niet het geval is. Soms ook gaat het na een periode van wel weer verzekerd zijn toch weer mis. Dan moet het mogelijk zijn om toch gebruik te maken van voorzieningen en dat hulpverleners die zorg bieden daarvoor gehonoreerd worden. Soms heeft men daarvoor een voorlopige constructie bedacht door het mogelijk te maken dat daklozen zich inschrijven bij een niet bestaande 'papieren' huisarts. Zij kunnen dan tevens worden ingeschreven bij het lokale ziekenfonds. Op die manier kunnen zij permanent gebruik maken van bereikbare en beschikbare huisartsenzorg. Dat lost in de praktijk een aantal problemen op, maar een structurele oplossing is verre te verkiezen. Men zou bijvoorbeeld kunnen denken in de richting van het afzonderen van een fonds van de Centrale Kas, waaruit rechtstreeks declaraties betaald kunnen worden voor geleverde zorg aan niet-verzekerden. Over de technische uitwerking van deze gedachte kan het oordeel van de Ziekenfondsraad worden ingewonnen.

Een oplossing in die richting maakt het mogelijk de huisartsenzorg voor dak- en thuislozen in te bedden in de reguliere waarnemingsdiensten van huisartsen, zodat deze vierentwintig uur per etmaal beschikbaar is. Dat zal vermoedelijk het nu veel voorkomende EHBO-bezoek van vooral daklozen doen afnemen. Indien nodig kan ook opneming in een ziekenhuis gemakkelijker plaatsvinden. Het zoeken naar een structurele oplossing voor het probleem van onverzekerdheid vindt de commissie temeer van belang omdat de zorgbehoefte van dak- en thuislozen bij het stijgen van de leeftijd toeneemt. Het is niet te verwachten dat de bestaande reguliere verpleeghuis- en bejaardenzorg in staat zal zijn deze verpleegbehoeftige doelgroep geheel op te nemen, mede als gevolg van het veelal afwijkende gedragspatroon. De commissie meent dat men op deze ontwikkeling moet anticiperen, niet alleen in termen van het opzetten van voorzieningen maar ook in termen van een structurele financiering.

5.4.3 *Beschouwing*

De commissie heeft in dit hoofdstuk in het bijzonder aandacht gegeven aan de gezondheidstoestand van daklozen - degenen die geen garantie hebben op onderdak voor de komende nacht - omdat hun gezondheidstoestand beduidend slechter is dan die van de doorsnee-bevolking en ook van degenen die zijn ingebed in opvangvoorzieningen. Het

feit dat zij nogal eens onverzekerd zijn bemoeilijkt de toegang tot het zorgcircuit, zowel extra- als intramuraal. (Degenen die wel zijn ingebed in opvangvoorzieningen zijn vrijwel altijd verzekerd, omdat het hebben van een geldige ziektekosten daarvoor een voorwaarde is. Zij kunnen dus terugvallen op een georganiseerd aanbod van zorg). De commissie suggereert te bezien of het mogelijk is een fonds af te zonderen van de Centrale Kas, waaruit declaraties betaald kunnen worden voor zorg die verleend is aan niet verzekerde daklozen.

De commissie pleit er voor om, waar dat nog niet is gebeurd, een sociaal-medisch spreekuur op te zetten voor dak- en thuislozen. Zij acht vooral de outreaching functie van een dergelijk spreekuur van eminent belang, omdat het veelal gaat om zorg voor moeilijk bereikbare groepen. De commissie is zich er van bewust dat dit arbeids- en tijdsintensief is. Maar de bijdrage die een dergelijke functie kan leveren aan de medische zorg voor met name daklozen - zowel curatief als om te voorkomen dat een eenmaal ontstane aandoening verergert door gebrek aan zorg - is van niet te onderschatten belang. De meeste zorg kan verleend worden door een sociaal-verpleegkundige, die kennis moet hebben van gedragsgestoorde zwervers. Vaak zal het vooral gaan om het opbouwen van een vertrouwensrelatie zodat gerichte doorverwijzing naar de reguliere zorg kan plaatsvinden. De commissie heeft er een voorkeur voor het sociaal-medisch spreekuur in te bedden bij de GG en GD. Haar redenering is dat men dan optimaal gebruik maken van de daar verzamelde kennis en ervaring in de zorgverlening aan groepen met een afwijkende levensstijl. Tevens zijn de communicatielijnen met bijvoorbeeld de tuberculosedienst kort. Dat laatste vindt de commissie ook van groot belang. Hoewel zij geen gegevens heeft gevonden over het veel meer voorkomen van tuberculose onder dak- en thuislozen, meent zij wel dat waakzaamheid is geboden, omdat vooral daklozen door hun leefstijl extra kwetsbaar zijn voor het opdoen van tuberculose. Hun leefstijl brengt ook met zich dat (vroege) opsporing en adequate behandeling lastig zijn. Dat heeft in de eerste plaats gevolgen voor de patiënt zelf, maar het levert ook een potentieel gevaar op voor de volksgezondheid.

De commissie meent dat huisartsenzorg voor dak- en thuislozen op consultatiebasis 24 uur per etmaal beschikbaar moet zijn. Ze meent dat huisartsen die willen meewerken aan het sociaal-medisch spreekuur er van uit moeten kunnen gaan dat hun zorg gehonoreerd wordt. De commissie doet de suggestie deze artsen een deeltijdaanstelling te geven bij de GG en GD.

Hoofdstuk 6

Bevindingen

In de adviesaanvraag wordt de commissie verzocht in te gaan op een groot aantal aspecten betreffende de achtergronden van het verschijnsel dak- of thuisloosheid. Helaas bleek het niet mogelijk elk van deze aspecten te behandelen. Niet omdat de commissie het belang daarvan niet zou hebben ingezien, maar simpelweg omdat de nodige gegevens voor een voldoende diepgaande bestudering en daardoor verantwoorde oordeelsvorming (nog) ontbreken. Zo kon slechts oppervlakkig worden ingegaan op het beleidsmatig zo belangrijke vraagstuk van de preventie van dak- of thuisloosheid en de mogelijkheden voor resocialisatie van de betrokkenen. Het samenstel van factoren dat hierbij aan de orde is, is zo ingewikkeld en divers dat hierover slechts in algemene zin het een en ander kan worden opgemerkt. Over de internationale ontwikkelingen en vooruitzichten heeft de commissie zich evenmin een verantwoord en omvattend beeld kunnen vormen. Dat is te betreuren, maar daartoe ontbreken ten enen male de gegevens.

Het gebrek aan goede gegevens accentueert de grote wenselijkheid van meer systematisch onderzoek op het onderhavige terrein. Hierop gaat de commissie dan ook aan het eind van haar advies nadrukkelijk in, waarbij zij enige gedachten formuleert over de mogelijke aard van zulk toekomstig wetenschappelijk onderzoek.

Het bleek, zoals gezegd, niet mogelijk bij de bespreking van het onderzoek in te gaan op de afzonderlijke concrete aandachtspunten, zoals deze in de adviesaanvraag zijn verwoord. De commissie heeft er daarom voor gekozen de in de aanvraag genoemde aandachtspunten onder te brengen in een viertal themata:

- visies op de mechanismen die aan het proces van dakloos of thuisloos worden ten grondslag liggen
- het vraagstuk van de begripsomschrijvingen en de aantallen
- veranderingen in de kenmerken van de populatie daklozen en thuislozen
- de medische zorg.

Mede op grond van een diepgaand literatuuronderzoek presenteert de commissie in dit hoofdstuk haar bevindingen in een breder perspectief en kiest zij voor een meer dynamische benadering van het verschijnsel van dak- of thuisloosheid dan tot nu toe in Nederland gebruikelijk was.

6.1 Vier niveaus

Het verschijnsel van dak- of thuisloosheid is inherent aan iedere samenleving. In de wijze waarop en de mate waarin het zich voordoet vindt men de manier waarop de samenleving en haar instituties zijn georganiseerd weerspiegeld. Het verschijnsel is ook tijdgebonden. Direct daarmee hangt samen dat de populatie dak- en thuislozen dynamisch is en zich steeds met andere karakteristieken presenteert. Iedere verklaring van de achtergronden of oorzaken van het verschijnsel leidt onvermijdelijk ook tot een beschouwing over de ontwikkelingen in bepaalde sectoren van de maatschappij, die van invloed zijn op zwakke groepen in de samenleving, zoals de woningmarkt, de arbeidsmarkt, de sociale zekerheid en de gezondheidszorg, en ook maatregelen ten aanzien van orde en veiligheid.

Bij het proces van dakloos of thuisloos worden is altijd sprake van een sterke verwevenheid van persoonlijke probleemkenmerken met voor complicaties zorgende ontwikkelingen in de samenleving. Het verschijnsel kan niet zuiver sociaal-psychologisch worden benaderd, maar moet in een bredere context worden gezien. Daarbij moet men steeds verschillende niveaus betrekken.

Het niveau van de samenleving als geheel is gekenmerkt door een zeker cultureel klimaat waarin een bepaald mensbeeld vigeert: men gaat er van uit dat de mens in een in principe stabiele omgeving functioneert. Dit beeld ligt ten grondslag aan de wijze waarop de overheid haar wet- en regelgeving vorm geeft, welke op hun beurt de inrichting van de samenleving bepalen.

Het niveau van de maatschappelijke instituties - dat men ook het beheersniveau zou kunnen noemen - betreft het beleid op terreinen als werkgelegenheid, sociale zekerheid, volkshuisvesting, gezondheidszorg, openbare orde en veiligheid. Ontwikkelingen op deze terreinen beïnvloeden in hoge mate de structurele context waarin burgers in de samenleving functioneren.

Op het beleidsniveau treft men de zorginstellingen, de gezondheidszorginstellingen, de maatschappelijke dienstverlening, het systeem van uitkeringen, het systeem van verzekeringen en dergelijke aan. Daar vinden op dit moment overal snelle ontwikkelingen plaats die onder andere de toegang tot de voorzieningen bepalen. Als de regelgeving daar minder inzichtelijk wordt, zal het minder vaardige mensen moeilijker vallen toegang te krijgen tot deze voorzieningen.

Op het individuele niveau treft men dan het circuit van de dak- en thuislozen. Daar spelen de persoonlijke mogelijkheden en beperkingen een belangrijke rol. De interactie met de toegankelijkheid van de voorzieningen bepaalt hoe en in welke mate betrokkenen in staat zijn daarvan gebruik te maken, al dan niet er toe leidend dat zij uit het circuit geraken.

Uitgaande van deze analyse houdt de commissie haar pleidooi voor een integratieve benadering van het verschijnsel dak-of thuisloosheid.

6.2 Integrale benadering

De integrale benadering gaat uit van de gedachte dat dakloosheid of thuisloosheid zich voordoen als een consequentie van de persoonlijke kwetsbaarheden van bepaalde individuen *in relatie tot* bepaalde structurele ontwikkelingen in de samenleving. Er is dan sprake van een breed perspectief. Daarbinnen moet men onderscheid maken naar de verschillende omstandigheden waarin dak- en thuislozen zich bevinden. Men kan dan ook helderheid scheppen over de doelstellingen die men wil nastreven met het beleid ten aanzien van groepen daklozen en thuislozen. Naar de mening van de commissie is het niet realistisch te veronderstellen dat resocialisatie en re-integratie voor allen die dakloos of thuisloos zijn een haalbare doelstelling is. Dat zal voor een deel van hen het geval zijn. In het verlengde van deze doelstelling is de vraag naar de effectiviteit en de efficiency van de bestaande hulpprogramma's aan de orde. Een ander deel van de populatie zal vermoedelijk blijven zwerven. Dan moet de aandacht gericht zijn op het creëren van voorzieningen die het mogelijk maken een acceptabel bestaansminimum te handhaven. Hierbij is het van belang er op toe te zien dat de personen in kwestie zich tot deze voorzieningen kunnen wenden, zonder dat er aan hen te strikte eisen worden gesteld. Het karakter van de zorg zal eerder zijn te omschrijven als 'outreaching' en 'creatief' dan als sturend en corrigerend.

6.3 Specifieke kenmerken

In het onderzoek naar daklozen en thuislozen wordt vaak in termen van kenmerken gesproken. Dat wekt licht de indruk dat populatie zou zijn in te delen in duidelijke groepen met specifieke kenmerken. De commissie is van mening dat dit bij de huidige

stand van onderzoek in Nederland vooralsnog niet het geval is. Het vele onderzoek door de tijd heen maakt wel duidelijk dat de populatie dak- en thuislozen als geheel zich van de doorsnee-bevolking onderscheidt door:

- (extreme) armoede
- weinig werkervaring
- hoge werkloosheid
- een zwak of geen patroon van functionele relaties door psychisch problemen
- weinig of geen sociale steunrelaties
- opeenvolging van persoonlijke crises en onvoldoende mogelijkheden daarmee om te gaan
- veel voorkomen van verslavingsproblemen (alcohol/drugs)
- onvoldoende sociale vaardigheden
- slechtere gezondheidstoestand.

Deze bevindingen zijn echter ook van toepassing op andere marginale groepen in de samenleving. Ze vormen een ontoereikende basis om binnen de populatie dak- en thuislozen bepaalde groepen nader te identificeren en maatregelen te nemen om hun positie te verbeteren.

Aan de mogelijkheid om risicofactoren te onderscheiden die werkelijk een voorspellende waarde hebben, zoals in het PLOTT-onderzoek is getracht, twijfelt de commissie sterk. Zulke risicofactoren hebben niet alleen op de verschillende abstractieniveaus voor ieder individu een eigen geldigheid, ze zijn ook tijdgebonden. De Amerikaanse onderzoeksliteratuur maakt duidelijk dat de manier waarop de specifieke problemen van de verschillende groepen in beeld moeten worden gebracht om interventies mogelijk te maken, steeds opnieuw onderwerp van onderzoek moet zijn. Het gaat daarbij niet alleen om de doeltreffendheid van de interventie, maar ook om de vraag of de eerder veronderstelde verbanden nog wel kloppen. Onderzoek naar onderscheidbaarheid van verschillende groepen zal steeds moeten worden verricht, omdat de populatie dynamisch is en interventies door het beleid, waaronder beleid gericht op preventie, alleen zinvol kunnen zijn als er voldoende inzicht is in de speciale problemen van bepaalde groepen. De commissie meent dat dit het beste kan gebeuren met gebruikmaking van een ander begrippenkader dan tot nu toe het geval is geweest. Zij doet daarvoor een voorstel in paragraaf 6.6.

6.4 Aantallen en ontwikkelingen

De commissie heeft geprobeerd enige ordening te scheppen in de diverse schattingen van de aantallen dak- en thuislozen die in Nederland circuleren. Zij heeft aangegeven waarom zij op grond van de weging van het onderzoek ten aanzien van de ramingen

van aantallen dak-en thuislozen eerder denkt aan 20 000 dan aan 30 000 dakloze en thuisloze personen (momentschatting).

Vooralsnog heeft de commissie geen betrouwbare empirische aanwijzingen gevonden voor een recente groei van het aantal daklozen en thuislozen. De gepercipieerde groei is wellicht op dit moment het gevolg van de grotere zichtbaarheid op straat van dakloze personen en van een verwacht groter effect op de omringende samenleving. Dat laat onverlet dat er bij gelijkblijvende prevalentie van dak- of thuisloosheid en bij een gelijkblijvend aanbod van voorzieningen, gegeven de langere verblijfsduur met name in de internaten wel een capaciteitsprobleem ontstaat. De commissie neemt de signalen serieus die haar vanuit de hulpverlening bereiken, over een toenemende concurrentie van daklozen om het gebruik van de (te) schaarse laagdrempelige opvangvoorzieningen. Aandacht voor deze signalen is eens te meer van belang, omdat het er op lijkt dat vooral de zwakken onder de daklozen - de commissie denkt dan in de eerste plaats aan de daklozen met psychische problemen - buiten blijven staan.

Het is niet duidelijk of en, zo ja, hoe ontwikkelingen op de woningmarkt, de arbeidsmarkt, de sociale zekerheid en in de psychiatrie van invloed zijn op het aantal dak- en thuislozen op korte termijn. Redelijkerwijs mag men aannemen dat zich op de middellange en langere termijn veranderingen in de populatie zullen voltrekken als de werkloosheid stijgt, de uitkeringen en de subsidies omlaag gaan en de prijzen van diensten en goederen stijgen. Te zamen zullen deze ontwikkelingen tot gevolg kunnen hebben dat meer kwetsbare personen dakloos of thuisloos worden. De commissie denkt daarbij bijvoorbeeld aan het toenemend aantal mensen met schulden, die uit hun huis gezet worden, onverzekerd raken en dergelijke. Zij denkt verder aan het beleid van de rijksoverheid om de capaciteit van psychiatrische ziekenhuizen te verminderen en de mogelijkheden van opvang van psychiatrische patiënten in de gemeenschap te vergroten. De ervaring leert dat velen van de betrokkenen een plaats in de gemeenschap inderdaad verkiezen boven opneming in een instelling. Recente wetgeving - zoals de Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen) - sterkt hen daarin. Als zo'n patiënt zich niet in de samenleving kan handhaven - bijvoorbeeld omdat hij voor overlast zorgt, in aanvaring komt met de woningbouwvereniging, zijn huis laat vervuilen - dan is het niet uitgesloten dat hij de straat prefereert boven opneming. De commissie meent - vooralsnog op theoretische gronden - te moeten waarschuwen voor een mogelijke toeneming van het aantal daklozen en thuislozen op de middellange termijn.

6.5 Medische zorg

De eerder genoemde verbreding van het perspectief op het verschijnsel dak- en thuisloosheid brengt de noodzaak van intersectorale benadering van het beleid zich. De

commissie is zich daarvan terdege bewust. Zij is zich er ook van bewust dat er, gegeven de complexiteit van het vraagstuk, geen eenvoudige oplossingen zijn. Als commissie van de Gezondheidsraad heeft zij zich echter in de eerste plaats verantwoordelijk gevoeld voor het zoeken naar mogelijke handreikingen die de gezondheid van dak-en thuislozen aangaan.

De gezondheid van dak- en thuislozen is beduidend slechter dan die van de doorsnee-bevolking. De gezondheid van degenen die niet zijn ingebed in opvangvoorzieningen (daklozen) is daarenboven slechter dan van personen bij wie dat wel het geval is. Laatstgenoemden kunnen in het algemeen ook terugvallen op een georganiseerd aanbod van medische zorg. Daarom heeft de commissie zich in het bijzonder gericht op de medische zorg voor daklozen. Deze behoeft naar haar mening meer aandacht. Een belangrijk knelpunt daarbij is de onverzekerdheid van daklozen.

De commissie heeft in hoofdstuk 5 haar visie gegeven op een zorgtraject. Het gaat daarbij niet om een nieuwe aparte functie. Het doel van dit zorgtraject is nadrukkelijk de patiënt terug te krijgen in het reguliere zorgsysteem. Centraal in dit zorgtraject staat het sociaal-medische spreekuur als laagdrempelige voorziening. Dit spreekuur vervult een aantal functies. De commissie zou met name de outreaching functie onder de aandacht willen brengen. Zij weet dat deze functie arbeidsintensief en tijdrovend is. Ze is echter van eminent belang voor het verlenen van medische zorg aan moeilijk bereikbare groepen. Wanneer aan deze functie op een goede manier gestalte wordt gegeven, kan daarmee ook voorkomen worden dat eenmaal ontstane aandoeningen bij gebrek aan zorg verergeren. Veruit de meeste zorg kan verleend worden door een psychiatrisch geschoolde sociaal-verpleegkundige met de huisarts op de achterhand en op consultatiebasis. De commissie is van mening dat het sociaal-medisch spreekuur een algemeen belang dient. Zij geeft de voorkeur aan organisatorische inbedding daarvan bij de GG en GD. De commissie doet tevens de suggestie de verleende zorg - indien een dakloze niet is verzekerd - te betalen uit een apart fonds, dat is afgezonderd van de Centrale Kas.

6.6 Een andere begripsomschrijving: thuislozen, daklozen en marginaal gehuisvesten

Refererend aan de adviesaanvraag, waarin de commissie wordt verzocht haar bevindingen mede tot grondslag te maken voor verder onderzoek, presenteert de commissie in het hiernavolgende enkele overwegingen met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek naar dak- en thuislozen in de zeer nabije toekomst. Direct daarmee hangt samen de herziening van de begripsomschrijving die de commissie hier voorstelt. Zoals zij in hoofdstuk 3 al besprak, is het uitgangspunt voor onderzoek hier te lande totnutoe steeds de LSTO begripsomschrijving van thuisloosheid geweest. De commissie wees

er op dat deze begripsomschrijving het lastig maakt verschillende subgroepen in de populatie dak- en thuislozen nader te onderscheiden. Maar zij vindt de omschrijving ook nog om andere redenen problematisch. In de LSTO-begripsomschrijving spelen niet alleen observationele termen een rol (feitelijk zonder thuis of onderdak zijn en zonder functionele of medemenselijke relaties), maar ook dispositionele termen (zich in een toestand van kwetsbaarheid bevinden). In lijn met de psycho-sociale benadering wordt het dispositionele aspect benadrukt. Daarbij is impliciet sprake van een bepaalde waardering van het begrip 'thuis'. Naar de mening van de commissie laat de nadruk op de persoonlijke kwetsbaarheid te weinig ruimte voor het in beschouwing nemen van de structurele oorzaken die kunnen leiden tot dakloosheid of thuisloosheid. Er kleeft nog een bezwaar aan deze omschrijving, namelijk dat zij haar oorsprong vindt in de karakteristieken van de populatie die zich van oudsher in de thuislozenzorg bevindt en waarvan men het sociaal-psychologisch syndroom beschrijft. Hoewel de commissie heeft geconstateerd dat het totnutoe in Nederland uitgevoerde onderzoek nog onvoldoende basis biedt voor gedegen uitspraken over de huidige populatie dak- of thuislozen, zowel naar omvang als naar achtergronden en specifieke problemen, meent zij wel voldoende aanwijzingen te hebben dat er zich in de populatie veranderingen hebben voorgedaan en dat de groep als geheel anno 1995 niet meer geheel overeenkomt met die van de thuislozenpopulatie van vroeger. Het is haar daarenboven opgevallen dat bij de operationalisering van de begripsomschrijving - met uitzondering van de operationalisering in het onderzoek in Oostelijk Zuid-Limburg (Hey92) (zie bijlage D) - steeds wordt uitgegaan van verblijfplaatsen.

In de praktijk hanteert men verschillende begripsomschrijvingen voor verschillenden doelstellingen. De doelstelling van de commissie bij het formuleren van een ander begrippenapparaat is geweest: onderzoek interpreteren en lijnen voor nieuw onderzoek aan geven. Zij steunt met deze benadering op het Rotterdamse onderzoek (Wav90). Daar is al gekozen voor een operationalisering van de LSTO-omschrijving waarbij de begrippen 'dakloosheid' en 'thuisloosheid' uit elkaar zijn gehaald (zie bijlage D). Het begrip dakloos bleek duidelijk een sterker onderscheidend vermogen te hebben ten aanzien van de problemen die de respondenten ondervonden, dan het begrip thuisloos. Maar de commissie gaat een stap verder. In navolging van het meeste Amerikaanse onderzoek vindt zij het nuttig in de eerste plaats aan te sluiten bij de ernst van een bepaalde verblijfssituatie dat wil zeggen: 'al dan geen zekerheid hebben op een gegarandeerd onderkomen voor de komende nacht'. Daarom onderscheidt zij drie nog nader te omschrijven groepen: 'thuislozen', 'daklozen' en 'marginaal gehuisvesten'.

De commissie beoogt hiermee het kernpunt te verleggen van het dispositionele naar het observationele. Aan de ene kant bevindt zich de groep (semi-)permanent in het zorgsysteem gevestigden. Deze personen kan men thuisloos noemen. Zij zijn echter

wel verzekerd van onderdak en verzorging. Aan de andere kant bevinden zich de daklozen, ook wel de straatpopulatie genoemd. Zij leiden een zwervend bestaan. Maar de commissie wil een derde groep onderscheiden. Het is de groep van mensen die nog maar met een paar draadjes aan de geregelde samenleving vastzitten, die instabiel zijn gehuisvest, die op kamers of in pensions wonen waar ze misschien niet kunnen blijven, of die tijdelijk verblijven in hulpverleningsinstellingen zonder een vaste plek om naar terug te keren, etcetera. De commissie spreekt van 'marginaal gehuisvesten'. Deze mensen lopen om allerlei redenen een verhoogde kans op straat te komen staan. De commissie weet dat de omschrijving van deze groep van marginaal gehuisvesten problematisch blijft. Het zal steeds afhangen van de invalshoek van waaruit men de situatie van marginaal gehuisvesten beziet en de mate waarin men de bijkomende problemen bij hun situatie betrekt, of men hier al dan niet wil spreken van thuislozen. Dakloos zijn zij echter niet. De commissie is er zich ook van bewust dat het doen van onderzoek bij deze groep veruit het lastigste is, zoals ook blijkt uit de Amerikaanse onderzoeksliteratuur. Over deze groep mensen is zeer weinig specifieks bekend, anders dan dat men hen moet rekenen tot de sociaal-economische zwakken in de samenleving.

Elk van de genoemde verblijfssituaties kan van tijdelijke aard zijn, blijvend zijn of zich wisselend (episodisch) voordoen. Vooral met het oog op toekomstig onderzoek stelt de commissie de volgende omschrijving voor:

Thuislozen zijn degenen die niet beschikken over of niet langdurig gebruik maken van zelfstandige reguliere huisvesting, maar die langdurig (bijvoorbeeld meer dan een jaar) gebruik maken van residentiële huisvesting (waaronder ook worden gerekend sociale pensions, vormen van beschermd wonen, thuislozen- internaten en algemene opvangvoorzieningen).

Daklozen zijn degenen die niet beschikken over of niet langdurig gebruik maken van zelfstandige reguliere huisvesting of van residentiële huisvesting (waaronder ook worden gerekend ziekenhuizen en gevangenissen) of onderdak bij familie of vrienden. Zij leiden gedurende langere tijd (bijvoorbeeld ten minste vier weken achtereen) een zwervend bestaan en brengen dan:

- *de nacht door op straat, in parken, portieken, openbare gebouwen en al die plaatsen die enige beschutting tegen weer en wind bieden*
- *een beperkt aantal nachten (conform de ter plaatse geldende regels) door in opvangcentra.*

'Marginaal gehuisvesten' zijn:

- *degenen die verblijven in een kraakpand, commercieel pension, caravan etcetera, of inwonen bij familie of vrienden. Zij kunnen zonder veel pardon op straat worden gezet*
- *degenen van wie de verblijfplaats geen garantie biedt op een langdurig verblijf.*

Kort gezegd komt het er op neer dat de commissie de term 'dakloosheid' ziet als een synoniem van zwerven. De term 'thuislozen' wil zij reserveren voor degenen die zich (semi)permanent genesteld hebben in de traditionele thuislozenzorg of in andere opvangmogelijkheden, zoals de begeleid-wonen projecten. Voor personen die zich in een instabiele verblijfsituatie bevinden hanteert zij het begrip 'marginaal gehuisvesten'.

Een begripsomschrijving moet altijd gezien worden binnen het kader van het doel waarvoor deze gebruikt wordt. Bepaalde kenmerken kunnen worden toegevoegd indien men (delen van) de groep in een specifieke context wil plaatsen. De voorgestelde omschrijving biedt volgens de commissie goede mogelijkheden tot nadere operationalisering voor onderzoek omdat zij:

- een beschrijvend karakter heeft zonder verklarende elementen
- specifiek genoeg is om groepen te kunnen identificeren in het geheel van de problematische situatie
- algemeen genoeg is om ruimte te bieden aan diverse wetenschappelijke verklaringsmodellen
- geoperationaliseerd kan worden ten behoeve van onderzoek naar personen en groepen
- uitspraken over interventie mogelijk maakt
- herkenbaar is voor de diverse betrokken groeperingen.

6.7 Onderzoek in de zeer nabije toekomst

Onderzoek dat poogt een verklaring te geven voor dakloosheid en thuisloosheid als maatschappelijke verschijnselen zal naar de mening van commissie uiteindelijk steeds als boodschap brengen dat de overheid zich dient te realiseren dat het nemen van beleidsmaatregelen in willekeurige sectoren gemakkelijk kan werken ten nadele van zwakke groepen in de samenleving, welk proces op zijn beurt weer van invloed is op het reservoir aan daklozen en thuislozen.

De commissie is met het Onderzoeks- en Adviesburo van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (SGBO) van mening dat het bewaken van die maatregelen en hun uitwerking op zwakke groepen in de samenleving noodzakelijk is. Zij wil zich dan ook aansluiten bij de opmerkingen dienaangaande in het voorstel voor een onderzoeksprogramma dat de SGBO in 1993 heeft uitgebracht (SGBO93). Men dient zich echter te realiseren dat de resultaten van dit soort onderzoek slechts in afgeleide zin

bruikbaar zijn voor de groep die om welke reden dan ook dakloos of thuisloos is geworden. Er zal altijd een discrepantie blijven tussen de wetenschappelijke benadering, bijvoorbeeld aan de hand van scenario's of trendstudies, die poogt het verschijnsel als geheel binnen de maatschappelijke ontwikkelingen te plaatsen en te verklaren en de dagelijkse leefwereld van de dakloze of thuisloze.

Een andere brede invalshoek waarover in het SGBO-voorstel wordt gesproken is een systematische inventarisatie van (de werking van) de bestaande voorzieningen in het licht van de veranderingen die plaatshebben nadat de overheid per 1 januari 1994 de uitvoerende taken voor de maatschappelijke dienstverlening heeft gedecentraliseerd. Het desbetreffende onderzoeksprogramma moet er toe bijdragen dat de structuur van de sector wordt verbeterd, zowel ten aanzien van de onderlinge relaties tussen de instellingen, als voor wat betreft hun relatie tot de subsidiegevers. Het moet er ook toe leiden dat de organisatie en de financiering van de opvang van cliënten in samenhang met circuits buiten de eigen sector wordt verbeterd en dat het vermogen van de sector zelf wordt versterkt. Dat alles moet met zich meebrengen dat met de voorhanden zijnde middelen een effectief aanbod kan worden geschapen voor onderscheiden doelgroepen. Ook dit onderzoek zal ongetwijfeld nuttige gegevens opleveren. Men kan dit onderzoek karakteriseren als inventariserend, praktisch en beleidsrelevant.

De commissie weet dat er op dit moment veel aandacht is voor nieuw onderzoek op het terrein van dak- en thuisloosheid. Zij wil hier toch met nadruk pleiten voor een bepaalde invalshoek bij het onderzoek naar dit vraagstuk in de zeer nabije toekomst. Uitgaande van de integrale benadering en de daarmee samenhangende dynamiek van de populatie, alsmede van het feit dat zeer weinig bekend is over het episodisch karakter van dak- en thuisloosheid, meent de commissie dat het van groot belang is dat onderzoekers nu hun aandacht richten op longitudinaal onderzoek waarin epidemiologische en etnografische onderzoeksmethoden samengaan. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen dan gegevens opleveren die het mogelijke maken als het ware 'van binnenuit' te zoeken naar overeenkomsten en verschillen bij de diverse groepen daklozen en thuislozen.

De commissie kan zich daarbij twee onderzoeksterreinen voorstellen: onderzoek dat van directe praktische waarde is en dat zich richt op de leefwereld van de dak- en thuislozen en onderzoek dat zich bezighoudt met theorievorming over het verschijnsel dak- en thuisloosheid, de samenstelling van de populatie en van de subgroepen daarbinnen. In het eerste geval richt men zich op het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop men de huidige populatie daklozen en thuislozen als het ware het best 'van dienst zou kunnen zijn' om erger te voorkomen. Naar de mening van de commissie gaat het daarbij onder meer om de determinanten van de in- en uitstroom uit de populatie. Welke persoonskenmerken en omstandigheden maken dat iemand dak- of thuisloos wordt (onderzoek te richten op risicogroepen, zoals bijvoorbeeld psychiatrische

patiënten) en welke dat iemand zich van dat lot bevrijdt. Het kernbegrip is 'overlevings-strategie'. De commissie denkt ook aan het feit dat de intramurale capaciteit in de geestelijke volksgezondheid nu anders wordt aangewend door groei naar specialisatie en aandacht voor nieuwe doelgroepen. Dat kan betekenen dat sommige groepen minder dan voorheen aan bod komen. Inzicht in de werking van deze ontwikkelingen is dringend nodig. Het schijnt de commissie namelijk toe dat er op dit moment voor wat betreft de hulpverlening aan daklozen en thuislozen vooral gedacht wordt vanuit de werkwijze van de bestaande hulpverleningsinstellingen. Het moet haars inziens mogelijk zijn om naar oplossingen te zoeken die niet meteen voor de hand liggen, die niet vooraf belast zijn met veel regels en die maatschappelijk misschien onconventioneel zijn maar wel bijdragen aan een verbetering van de huidige situatie van de individuele dakloze of thuisloze.

Ten aanzien van de theorievorming pleit de commissie voor longitudinaal onderzoek dat zich bezighoudt met het verhelderen van inzicht betreffende de huidige populatie dak- en thuislozen en de subgroepen daarbinnen. Dat onderzoek zou er toe kunnen leiden dat op den duur een typologie mogelijk wordt, die aangrijpingspunten biedt voor de ontwikkeling van nieuwe methodieken voor hulpverlening en preventie, via een samenstel van interventies vanuit diverse sectoren.

Door het samengaan van het epidemiologische en het etnografische onderzoek zal het grondpatroon van dit ingewikkelde vraagstuk duidelijker worden. Aan de door de commissie noodzakelijk geachte verbreding van het perspectief op het verschijnsel dakloosheid en thuisloosheid wordt door zulk een integratieve benadering recht gedaan. De uitkomsten van zulk onderzoek kunnen worden ingebracht bij het onderzoek naar structurele ontwikkelingen in de samenleving ten detrimente van zwakke groepen. Hierbij moet men in de eerste plaats de 'marginaal gehuisvesten' betrekken. Daarmee zal dan een weg gewezen zijn naar mogelijke preventie van het verschijnsel op grote schaal.

6.8 Ten slotte

Ten slotte wil de commissie nog een waarschuwing laten horen. De decentralisatie van de uitvoerende taken van de maatschappelijke dienstverlening naar de gemeenten, kan er licht toe leiden dat men overal weer kleine lokale onderzoekjes gaat uitvoeren, waarbij gebrek aan capaciteit en te veel overlast dan waarschijnlijk de twee belangrijkste noemers zullen zijn. In het verleden is het onderzoek te veel uitgewaaierd, hetgeen tot fragmentarische kennis heeft geleid. Dat heeft de oplossing van het probleem niet veel dichterbij gebracht. De commissie wil met nadruk stellen dat bundeling van het onderzoek tot één of twee onderzoekslijnen absoluut noodzakelijk is om beter zicht te

krijgen op de leefwereld van de dakloze of de thuisloze en op het verschijnsel van dakloosheid of thuisloosheid als geheel.

Den Haag, 8 juni 1995,
voor de commissie

drs T Stegeman
secretaris

prof dr HG van Bueren
voorzitter

Literatuur

And23 Anderson N. The Hobo.The sociology of the Homeless Man. Chicago: University of Chicago Press. 1923.

And40 Anderson N. Men on the move. Chicago: University of Chicago Press, 1940.

And93 Anderson I. Housing Policy and Street Homelessness in Brittain. Housing Stud 1993; 8 (1): 17-28.

Bac92 Bachrach LL. What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. Hosp Commun Psych 1992; 43(5): 453-64.

Bah73 Bahr HM, Caplow T. Old Men Drunk and Sober. New York: New York University Press, 1973.

Bas84 Bassuk EL, Rubin L, Lauriat A. Is homeless a mental health problem? Am J Psych 1984; 141: 1546-50.

Bax82 Baxter E, Hopper K. The new mendicancy: Homeless in New York City. Am J Orthopsychiatry; 53: 393-408.

Ber84 Berends R, Hunssen AH, Mens R, e.a. Arbeid ter disciplinering en bestraffing. Veenhuizen als onvrije kolonie van de Maatschappij van Weldadigheid. Zutphen: De Walburg Pers, 1984.

Bla92 Blau J. The visible poor: Homelessness in the United States. New York: Oxford University Press, 1992.

Blu73 Blumbergh L, Shipley TE, Shandler IW. Skid Row and its alternatives: Reseach and Recommendations for Philadelphia. Philadelphia: Temple University Press, 1973.

Bog63 Bogue DJ. Skid Row in American cities. Chicago: University of Chicago Press, 1963.

Bog90 van de Bogerd I. Wissels tussen GGZ en Thuislozenzorg. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit Nijmegen, 1990; (PLOTT-publikatienummer 7).

Bro90 Brouwers HG, Nuy MHR, Heydendael PHJM. PLOTT: Prognostisch Landelijk Onderzoek Thuislozen en Thuislozenzorg. De werking van het mentaal systeem - Rapport fase twee. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit Nijmegen, 1990.

Bro93 Brouwers HG. Het risico op dak- of thuisloosheid: het PLOTT- model. In Wennink J, van Weeghel J, red. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Utrecht: NcGv, 1993.

Bur89 Burt MR, Cohen BE. America's Homeless: numbers, characteristics, and programs that serve them. Washington DC: Urban Institute, 1989.

Bur92 Burt MR. Over the edge: The Growth of Homelessness in the 1980s. New York: Russel Sage Foundation, 1992.

CDC92 Centers for Disease Control. Tuberculosis among homeless shelter residents. JAMA 1992; 267: 483-4.

CDC92 Centers for Disease Control. Prevention and control of tuberculosis in US communities with at-risk minority populations. MMWR 1992; 41: 1-11.

Clu30 Cluysenaer OJ. Voorkomen en bestrijden van Bedelarij en Landloperij. Prae-advies voor de Algemene Vergadering van 23, 24 en 25 oktober 1930. Verslag van de drie en twintigste jaarvergadering 24 oktober 1930 te Amsterdam. In: Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid te Amsterdam. Haarlem: Tjeenk Willink en Zn, 1930.

Con92 Connelly J, Kelleher C, Morton S, e.a. Housing or homelessness: a public health perspective. 2e druk. London: Faculty of Public Health Medicine, 1992.

Dal92 Daly M. European homelessness - the rising tide. The first report of the European Observatory on Homelessness. Berchem: European Federation of National Organizations Working with the Homeless, 1992.

Deb92 Deben L, Godschalk J, Huysman C. Dak- en thuislozen in Amsterdam en elders in de randstad. Amsterdam: Centrum voor Grootstedelijk Onderzoek, Universiteit van Amsterdam, 1992; (Stedelijke netwerken, werkstukken 41)

Dek94 Dekker HS, Kocken PL, Schrader WE. Het Rotterdamse sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuislozen. Eindevaluatie van een experiment. Rotterdam: GG en GD, afdeling epidemiologie en beleid, afdeling sociaal medische zorg, 1994.

Dep88 Depreeuw W. Landloperij, bedelarij en thuisloosheid. Een socio-historisch analyse van repressie, bijstand en instellingen. Antwerpen: Kluwer rechtswetenschappen, 1988.

Deu88 van Deutekom H. Resultaten van een röntgenonderzoek met behulp van een mobiele röntgen-unit bij thuislozen in Amsterdam. Tegen Tuberculose 1988; 4: 78-81.

Doo94 van Doorn L. Een zwervend bestaan. Een stadsetnografische studie naar dak- en thuislozen in Utrecht. Utrecht: ISOR, 1994.

Dru93 Drucker E. Molecular epidemiology meets fourth world. Lancet 1993; 342: 817-8.

Fis93 Fisher K, Collins J. Acces to health care. In: Fisher K, Collins J, red. Homelessness, Health Care and Welfare Provision. London: Routledge, 1993.

Fis94 Fisher N, Turner WT, Pugh R, e.a. Estimating numbers of homeless mentally ill people in North East Westminster by using capture - recapture analyses. Br Med J 1994; 308: 27-30.

Gen93 Genewein A, Telenti A, Bernasconi C, e.a. Molecular approach to identifying route of transmission of tuberculosis in the community. Lancet 1993; 342: 841-4.

GGD92 GG en GD. Jaarverslag Tuberculosebestrijding GG en GD Amsterdam. Amsterdam : GG en GD, 1992.

GGD93 GG en GD. Jaarverslag Tuberculosebestrijding GG en GD Amsterdam. Amsterdam: GG en GD, 1993.

Gra14 de Graaf HT. Karakter en Behandeling van Veroordeelden wegens Landloperij en Bedelarij. (Proefschrift). Groningen, 1914.

Gre31 Grey F. The Tramp: The Meaning and Being. London: Dent, 1931.

Gre55 Greeven PhJ. Bedelarij en landloperij. Tijdschr Strafrecht 1955; 136-85.

Gre91 Greve J. Homelessness in Brittain. Plaats uitgave onbekend: Joseph Rowntree Foundation, 1991.

Gre94 Greshof D. Daklozen in Amsterdam. Tussenverslag longitudinaal onderzoek. Amsterdam: PSCW, Universiteit van Amsterdam, 1994.

Hey88 Heydendael PHJM, Nuy MHR, Brouwers HG. PLOTT: Prognostisch Landelijk Onderzoek Thuislozen en Thuislozenzorg. De opbouw van het mentaal systeem - Rapport Eerste Fase. Tweede druk. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit Nijmegen, 1988.

Hey90 Heydendael A, Brouwers MHR, Nuy PHJM. Thuisloosheid in Oostelijk Zuid-Limburg: Stedenonderzoek PLOTT. Nijmegen: Instituut voor Sociale geneeskunde, Universiteit van Nijmegen, 1990.

Hey90 Heydendael PHJM, Nuy MHR, Brouwers HG. PLOTT. De bevindingen van het mentaal systeem. Eindresultaten van het Prognostisch Landelijk Onderzoek Thuislozen en Thuislozenzorg. Rapport fase drie. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit Nijmegen, 1990.

Hey92 Heydendael PHJM, Nuy MHR. Achtergronden van thuisloosheid. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992.

HMSO93 Office of Population Censuses and Surveys. Communal establishments: Census 1993. London: HMSO, 1993.

Hoc86 Hoch CJ. Homeless in the United States. Housing Stud 1: 228-40.

Hod86 Hodiamont PPG. Het zoeken naar zieke zielen. (Proefschrift). Nijmegen: KUN, 1986.

Hom82 Hombs ME, Snijder M. Homeless in America: A Forced March to Nowhere. Washington: Community for Creative Non-Violence, 1982.

Hop84 Hopper K, Hamberg J. The making of America's Homeless: From Skid Row to New Poor. New York: Community Service Society, 1984.

HUD84 US Department of Housing and Urban Development. A report to the Secretary on the Homeless and Emergency Shelter. Washington: HUD-Office of Policy Development and Research, 1984.

HUD88 US Department of Housing and Urban Development. A report to the Secretary on the Homeless and Emergency Shelter. Washington DC: HUD-Office of Policy Development and Research, 1988

Jah92 Jahiel RI. The definition and significance of homelessness in the United States. In: Jahiel RI, red. Homelessness: A prevention-oriented approach. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

Jen94 Jencks CJ. The Homeless. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

Joo89 Joosten AM. De lichamelijke problemen van thuislozen. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1989.

Koc90 Kocken P, van der Ven T. Deelonderzoek gezondheidsaspecten. In: van Waveren B, Kocken P, van de Ven T. Onderdak, zonder thuis: dak- en thuisloosheid in Rotterdam. Rotterdam: Gemeentelijke gezondheidsdienst, afdelingen epidemiologie en openbare geestelijke gezondheidszorg, 1990.

Koc95 Kocken P. Dak- en thuislozen. In: Venema HP, Garretsen HFL, red. Het meten van gezondheidstoestand. Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen. Assen: van Gorcum, 1995.

Koe92 Koegel P. Understanding Homelessness: An ethnographic approach. In: Jahiel R I, red. Homelessness: A prevention-oriented approach. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

Koe92 Koegel P. Through a different lens: an anthropological perspective on the homeless mentally ill. Culture Med Psych 1992: 16: 1-22.

Koe92 Koegel P, Burnam MA. Problems in the Assessment of Mental Illness among Homeless: An empirical approach. In: Robertson MJ, Greenblatt M, red. Homeless: A National Perspective. New York: Plenum Press, 1992.

Kra90 Kraft M. De lichamelijke gezondheid van thuisloze vrouwen. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit Nijmegen, 1990.

Kro30 Kroon JPH. Voorkomen en bestrijden van Bedelarij en Landloperij. Prae-advies voor de Algemene vergadering van 23, 24 en 25 oktober 1930. Verslag van de drie en twintigste jaarvergadering 24 oktober 1930 te Amsterdam. In: Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid te Amsterdam. Haarlem: Tjeenk Willink en Zn, 1930.

Laa92 van der Laan JR. Het Utrechtse huisartsspreekuur voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactredenen, diagnosen en verrichtingen. Huisarts Wet 1992; 35: 342-4.

Lam84 Lamb HR. The Homeless mentally ill: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association, 1984.

Lev63 Levinson BM. The homeless man: A psychological enigma. Mental Hyg 1963; 47: 590-601.

Lim90 van Limbeek J, van Alem V, Wouters L. Dak- en thuisloosheid in Amsterdam. Amsterdam: GG en GD Amsterdam, afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie GGZ, 1990; (GGZ reeks 1).

Lov91 Loveland I. The Politics, Law and Practice of "International Homelessness": 1-Housings Debt. J Soc Welfare Fam Law 1991; 113-27.

LSTO86 Landelijke Stichting Thuislozenzorg en Onderdak. Beleidsnota. Den Haag: Landelijk Stichting Thuislozen en Onderdak, 1986.

Mer64 Merton RK. Anomie, Anomia and Social Interaction: Contents of deviant behavior. In: Clinard M, red. Anomie and deviant behavior. New York: Free Press, 1964.

Mer68 Merton RK. Social Theory and Social Structure. New York: The Free Press, 1968.

Mes04 van Mesdag S. Iets over landlopers en bedelaars. Tijdschr Strafrecht 1904: 1-52.

Mul63 Mullink JAM. Thuisloze mannen. Een sociaal-geneeskundig onderzoek van de gasten die in de loop van een jaar in een tehuis voor thuisloze mannen werden opgenomen. (Proefschrift). Utrecht: Dekker en van de Vegt, 1963.

Nag77 Nagel WH. Het werkschuwe tuig. Alphen aan den Rijn: Samson, 1977; (criminologische /cahiers 2)

NAO90 National Audit Office. Homeless. London: Her Majesty's Stationary Office, 1990.

NAO92 National Audit Office. Homeless. London: Her Majesty's Stationary Office, 1992.

NAO93 National Audit Office. Homeless. London: Her Majesty's Stationary Office, 1993.

NcGv92 Jacobs C, Bijl R, red. GGZ in getallen 1992. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1992; (NcGv reeks 92-15)

NRV93 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Advies over een opvang- en asielfunctie voor dak- en thuislozen. Zoetermeer: NRV 1993; (Publikatie nr 26).

Par25 Park RE. The mind of the Hobo: reflections upon the relation between mentality and locomotion. In: Park RE, Burgess E, McKenzie R, red. The city. Chicago: University of Chicago Press, 1925.

RCP94 Royal College of Physician. Connelly J, Crown J, red. Homelessness and ill health. London: Royal College of Physicians of London, 1994.

Rob86 Robertson MJ. Mental disorder among homeless persons in the United States; an overview of recent empirical literature. Admin Ment Health 1986; 4: 14-27.

Rob91 Robins LN, Locke BZ, Regier DA. Psychiatric disorders in America. The epidemiological catchment area study. In: Robins LN, Regier DA, red. An overview of psychiatric disorders in America. New York: The Free Press, 1991.

Ros87 Rossi PH. The Urban Homeless: Estimation of composition and size. Science 1987; 235: 1336-41.

Ros89 Rossi PH. Down and out in America: the origins of homelessness. Chicago: University of Chicago Press, 1989.

Rot85 Roth D, Bean J, Lust N, e.a. Homelessness in Ohio: A study of people in need. Columbus: Ohio Department of Mental Health, 1985.

Sch93 Schene AH, Jonkers JFJ. Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In: Wennink J, van Weeghel J, red. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Utrecht: NcGv, 1993.

Sco93 Scott J. Homelessness and mental illness. Br J Psych 1993; 162: 314-24.

SGBO93 van der Meyden RR, Bommeljé YB. Onderzoek in de maatschappelijke opvang. Voorstel voor een onderzoeksprogramma. Den Haag: SGBO (Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten), 1993.

She91 Shelter. Shelter's 25 th anniversary report. Building for the future. London: Shelter, 1991.

Sle94 Sleegers J. De ontwikkeling van Vangnet en Advies: Een verslag van wat we doen en wat we tegenkomen. Amsterdam : GG en GD Amsterdam, afdeling Jeugd en Volwassenen GGZ, 1994.

Sno86 Snow DA, Baker SG, Anderson L. The myth of prevasive mental illness among the homeless. Soc Problems 1986; 33(5): 407-23.

Sos90 Sosin M, Piliavin I, Westerfelt H. Toward a longitudinale analysis of homelessness. J Soc Issues 1990; 46: 157-74.

Spi91 Spijker J, van Limbeek J, Jonkers FJF, e.a. Psychopathologie onder bewoners van internaten voor thuislozen in Amsterdam. Amsterdam: GG en GD, sociale en psychiatrische epidemiologie, 1991; (GGZ-Reeks-91.8)

Spi94 Spierings FCPP. Thuislozen tussen welzijn en de woningmarkt. Beleid Maatschappij 1994; 4: 172-81.

Spr70 Spradley J. You owe yourself a drink. Boston: Little, Brown, 1970.

Spij91 Spijker J, van Limbeek J, Jonkers FJF, e.a. Psychopathologie onder bewoners van internaten voor thuislozen in Amsterdam. Amsterdam: GG en GD, afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie GGZ, 1991; (GGZ-reeks 91.8)

STG90 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1990.

Tes92 Tessler RC, Dennis DL. Mental illness among homeless adults: a synthesis of recent NIMH-funded research. Res Commun Mental Health 1992; 7: 3-53.

Tim93 Timms Ph. Mental health and homelessness. In: Fisher K, Collins J, red. Homelessness, health Care and Welfare Provisions. London: Routledge, 1993.

Vee94 Veen J. Tuberculose. Infectieziekten-Bull 1994; 11: 176-83.

Vex56 Vexliard A. Introduction à la Sociologie du Vagabondage. Paris: Marcel Rivière, 1956

Vex57 Vexliard A. Le Clochard. Etude de psychologie sociale. (Proefschrift). Paris: Desclée de Brouwer, 1957.

VNG90 Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Dak- en thuislozen: Aantallen, opvang en gemeentelijk beleid. Den Haag: VNG, 1990.

Wav90 van Waveren B, Kocken P, van de Ven T. Onderdak, zonder thuis: dakloosheid en thuisloosheid in Rotterdam. Rotterdam: Gemeentelijke Sociale Dienst Rotterdam, 1990.

Wol90 Wolf JRLM. Nieuwe trends binnen de sociaal-psychiatrische traditie. In: Wennink J, van Weeghel J, red. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Utrecht: NcGv, 1993.

Wis70 Wiseman J. Stations of the Lost. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

Wri87 Wright JD, Weber E. Homelessness and Health. New York: Mc Graw-Hill, 1987.

Wri89 Wright JD. Address Unknown: Homelessness in contempory America. Hawthome: Aldine de Gruyter, 1989.

WVC94 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Lokaal thuislozenbeleid. Rijswijk: WVC, 1994.

Zijd91 Zijderveld AC. De sociaal-culturele context: versterven of creperen. Een poging om het verschijnsel van de stedelijke thuis- en daklozen te duiden. In: de Jong ATj, red. Thuisloosheid in Nederland. Amsterdam: Concern/Bureau Welzijnsmarketing, 1991.

A De adviesaanvraag

B Samenstelling van de commissie

C De systeem-dynamische benadering bij het PLOTT-model

D De operationalisering van het begrip 'thuisloosheid'

Bijlagen

Bijlage **A**

De adviesaanvraag

In een brief van 24 augustus 1993 (kenmerk DASB/PP-932770) verzocht de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Gezondheidsraad advies uit te brengen over dak- en thuislozen. De adviesaanvraag luidde als volgt:

Het aantal dak- en thuislozen neemt toe. Dat signaal bereikt mij vanuit alle geledingen van de samenleving: maatschappelijke organisaties, gemeenten en provincies, onderzoekers en individuele personen, die met deze problematiek worden geconfronteerd. In toenemende mate worden initiatieven ontplooid om op de problematiek zoals deze vanuit de eigen invalshoek wordt ervaren te reageren. Belangrijke invalshoeken zijn de geestelijke en somatische gezondheidszorg en het verslavingsbeleid, het sociaal-culturele welzijnsbeleid, het volkshuisvestingsbeleid, de sociale zekerheid en de openbare orde en veiligheid. Op overheden en fondsenbeheerders wordt een beroep gedaan om dergelijke initiatieven te ondersteunen en een beleid te ontwikkelen gericht op zowel het voorkomen van dak- en thuisloosheid en zijn maatschappelijke gevolgen als op het bieden van zorg- en dienstverlening aan degenen die tot deze doelgroep worden gerekend.

Naar de problematiek van dak- en thuisloosheid is in Nederland weinig onderzoek gedaan. In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en andere instanties zijn enkele onderzoeken verricht naar het aantal en de verscheidenheid van dak- en thuislozen in Nederland en naar de maatschappelijke en persoonlijke achtergronden van thuisloosheid.

Daaruit blijkt, dat geen eenduidige definitie bestaat van begrippen als "thuisloosheid" of "dakloosheid". In de gehanteerde definities lopen persoonlijke kenmerken en achtergronden, vermeende oorzaken

en gevolgen, zichtbare gedragingen en mogelijke oplossingen dooreen. De problematiek van deze groep wordt veelal beschreven als meervoudig en divers.

De uiteenlopende invalshoeken, van waaruit instanties en personen met dak- en thuisloosheid worden geconfronteerd, leiden tot evenzeer uiteenlopende opvattingen over de aard van de problematiek, de maatschappelijke en persoonlijke achtergronden of oorzaken alsmede over de acties, die zinvol, mogelijk of noodzakelijk worden geacht.

Tegen deze achtergrond verzoek ik de Gezondheidsraad omstreeks juni 1995 advies uit te brengen over de achtergronden van dak- en thuisloosheid en daarbij indien mogelijk aan de navolgende aspecten aandacht te schenken:

- de maatschappelijke en economische achtergronden;
- de somatische en psycho-sociale achtergronden;
- de gezondheidsrisico's;
- de samenhang en de interferentie tussen de factoren, die verband houden met het ontstaan of voortduren van dak- en thuisloosheid;
- prognoses ten aanzien van de ontwikkelingen van deze problematiek naar aard en omvang;
- de longitudinale en episodische aspecten van de problematiek en de mogelijkheden van preventie respectievelijk de mogelijkheden tot herstel of resocialisatie;
- internationale trends en vooruitzichten.

Het advies van de Gezondheidsraad kan dienen als grondslag voor voortgezet onderzoek naar deelaspecten en als gemeenschappelijk vertrekpunt voor de beleidsontwikkeling van de maatschappelijke en bestuurlijke instanties, die een bijdrage leveren aan het voorkomen en beheersen van de problematiek. Ik verzoek u daarom in uw advies aanknopingspunten aan te geven voor concretisering van uw algemene bevindingen naar deelterreinen.

Van uw voornemen afstemming na te streven met de werkzaamheden van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, die momenteel een advies voorbereidt met betrekking tot de problematiek van dak- en thuislozen met psychische problematiek heb ik met instemming kennis genomen.

Ten slotte deel ik u mede, dat de dit jaar niet begrote meerkosten, verbonden aan de secretariaatswerkzaamheden, voor een additionele rijksbijdrage in aanmerking kunnen worden gebracht tot een maximum van f 40 000,—. Voor het jaar 1994 ga ik er vooralsnog van uit, dat met deze kosten binnen uw begroting rekening kan worden gehouden.

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
w.g. drs H d'Ancona

Bijlage **B**

Samenstelling van de commissie

- prof dr HG van Bueren, *voorzitter*
  emeritus hoogleraar astronomie;
  oud-voorzitter Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid, Linschoten
- mevrouw prof dr GAM van den Bos
  hoogleraar sociale geneeskunde, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit Amsterdam
- prof dr W van den Brink
  hoogleraar klinische epidemiologie op het gebied van de verslavingszorg, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam
- prof dr BPR Gersons
  hoogleraar psychiatrie, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam
- mevrouw drs ET van Kempen
  universitair docent vakgroep Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam
- JR van der Laan, huisarts
  Utrecht
- prof mr J Legemaate
  hoogleraar gezondheidsbeleid en gezondheidsrecht, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- WE Schrader, arts
  medisch adviseur GG en GD Rotterdam

- prof dr CJM Schuyt
  hoogleraar sociologie, Amsterdamse School voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek
- mevrouw B van 't Veen
  voorzitter Cliëntenbond in de GGZ, Den Haag
- mevrouw drs T Stegeman, *secretaris*
  Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep 'visies op de mechanismen' die aan het proces van dak- en thuisloos worden ten grondslag liggen:
- prof dr HG van Bueren
- mevrouw D Greshof
- mevrouw drs T Stegeman

Werkgroep 'medische zorg'
- prof dr GAM van den Bos
- JR van der Laan, huisarts
- WE Schrader, arts
- mevrouw drs T Stegeman

De commissie heeft dankbaar gebruik gemaakt van de inbreng van mevrouw D Greshof. Zij was als gastdeskundige bij de werkzaamheden van de commissie betrokken.
Redactionele ondersteuning: drs AB Leussink.
Secretariële assistentie: mevrouw M Weurman-Ubels.

Bijlage C

De systeem-dynamische benadering bij het PLOTT-model

De systeemdynamische methode en de daar aan gekoppelde methodologie dateert uit de jaren zestig en werd toen vooral gebruikt voor industriële toepassingen. In de jaren zeventig ging men deze systematiek ook gebruiken voor sociale en economische modellen:

"De systeemdynamische methode begint met het in kaart brengen van een systeem van krachten (variabelen) die van belang zijn voor het ontstaan en het aanhouden van een probleem. Hierbij worden gegevens verzameld vanuit diverse bronnen, zoals relevant onderzoek. literatuur, theorieën en opinies van experts. Dit voorbereidende werk resulteert dan in een zogenaamd causaal diagram, waarin de variabelen en de relaties daartussen grafisch zijn uitgebeeld. Deze werkwijze van de modelbouw heeft dus zowel een analytische als een integrerende functie. Analytisch, omdat het probleemgebied of het sociale systeem eerst in zijn afzonderlijke delen uit elkaar gehaald wordt. Integrerend, omdat deze afzonderlijke delen vervolgens weer verbonden worden door de relaties tussen de elementen of variabelen aan te geven in de vorm van causale diagrammen. Het criterium om een variabele al dan niet op te nemen, is niet de meetbaarheid of de kwantificeerbaarheid ervan, maar de geschatte invloed die deze variabele heeft op het gehele systeem" (PLOTT89).

De onderzoekers kiezen voor deze benadering omdat bij het proces van thuisloos worden vele factoren in onderlinge samenhang een rol spelen. Behalve de persoonsgebonden factoren spelen ook ontwikkelingen op macro- en meso-niveau mee. Zij gaan ervan uit dat er 'bronnen' zijn die van invloed zijn op de toeneming van het aantal

thuislozen. Zij onderscheiden daarbij 'de samenleving als geheel' en de veranderingen in de zorgvoorzieningen. Op grond van eerder uitgevoerd onderzoek, zowel in de Verenigde Staten als in Nederland, vooronderstellen zij in de eerste plaats dat het thuislozenprobleem voornamelijk een alleenstaandenprobleem is. De tweede vooronderstelling is dat het niet hebben van een werkkring van invloed is. Zij rekenen daarbij ook mensen met een WAO, AWW- of AOW-uitkering, met of zonder pensioen en/of combinaties daarvan. Op macro-niveau kijken zij dan naar deze demografische kenmerken van de Nederlandse bevolking. Zij gebruiken de CBS-gegevens en de gegevens uit het Primoshuishoudensmodel om het aantal alleenstaanden zonder werkkring te berekenen. De volgende aanname is dat psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek (drugs en/of alcohol) belangrijke indicatoren zijn voor het dak- of thuisloos worden. Deze additionele problematiek moet dus meegenomen worden bij de verdere 'trechtering' van het aantal alleenstaanden zonder werkkring, om te kunnen komen tot de constructie van wat zij noemen 'de risicogroep'. Zij maken daarvoor gebruik van de gegevens van het Regioproject Nijmegen (Hod86). Dit project was een onderzoek naar de algehele gezondheidstoestand van een representatieve steekproef van bewoners uit de regio Nijmegen.

Op grond van deze gegevens berekenen zij de 'overgangskans' van alleenstaanden, zonder werk, met additionele problematiek - de verdere trechtering zou men kunnen zeggen - naar de risicogroep. Op basis van bepaalde prevalentieschattingen van dak- of thuislozen verspreid over Nederland wordt als laatste de overgangskans berekend van de risicogroep naar de situatie van thuisloosheid. Vervolgens worden de aantallen thuislozen berekend.

In het model, ook wel basisdiagram genoemd, worden vier subsystemen onderscheiden:

- subsysteem I, waarin de hierboven genoemde risicofactoren op het thuisloos worden zijn ondergebracht (alleenstaand, zonder werk, met psychiatrische en/of verslavingsproblemen, later is daaraan toegevoegd 'afkomstig uit een minderheidsgroep')
- subsysteem II, waarin de ambulante, semi- en intramurale (geestelijke)gezondheidszorg is ondergebracht, inclusief de verslavingszorg, RIBW's en TBS instellingen
- subsysteem III, het Reservoir genoemd, waarmee het buitenterritorium van de thuislozen wordt bedoeld: de straat, het park, de winkelpassages, de stations, enzovoorts
- subsysteem IV, waarmee men het geheel aan opvangmogelijkheden voor thuislozen, zoals internaten, passantenverblijven, slaaphuizen, logementen, pensions etcetera, maar ook de algemene opvangvoorzieningen, op het oog heeft.

De onderzoekers onderscheiden in het model als geheel een 'autonoom' deel en een beïnvloedbaar deel. De variabelen in het autonome deel, Subsysteem 1, onttrekken zich grotendeels aan de directe controle door beleid ,zeggen de onderzoekers. Op het aantal alleenstaanden of de toeneming of afneming van de verslavingsproblematiek in de samenleving is huns inziens niet of marginaal invloed uit te oefenen. De overige subsystemen zijn beïnvloedbaar. Tussen de verschillende subsystemen van het basisdiagram is 'intensief verkeer'. Vooral de ontwikkelingen in subsysteem II beschouwen de onderzoekers als van grote invloed op de omvang van de thuislozenpopulatie als geheel. In de subsystemen III en IV bevinden zich alle thuislozen.

De bouw van het hoofdmodel is fase 1 van het onderzoek. In fase 2 is het hoofdmodel verder uitgewerkt en zijn onder meer CBS-gegevens over alleenstaand zijn, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en indicaties over de aanwezigheid van verslaving en psychische stoornissen in de redenering betrokken. In de derde fase is het theoretische model getoetst aan de hand van de uitkomsten van empirisch onderzoek in Rotterdam en Oostelijk Zuid-Limburg.

Bijlage **D**

De operationalisering van het begrip 'thuisloosheid'

en het samenstellen van de steekproef in het onderzoek in Oostelijk Zuid-Limburg (OZL) en Rotterdam

In OZL heeft men gebruik gemaakt van een gestratificeerde steekproef, getrokken uit een populatie die door de onderzoekers op grond van PLOTT-risicofactoren als risicogroep kon worden beschouwd, namelijk:

- een populatie die voornamelijk uit niet werkende alleenstaanden bestaat
- in min of meer problematische woonomstandigheden verkeert
- behept is met problemen zoals psychiatrische stoornis, alcohol en drugsverslaving.

De respondenten werden gezocht in bekende drugspanden, bij kamerverhuurbedrijven, pensions met 'kost en onderdak', en in het straatcircuit. Oostelijk Zuid-Limburg heeft nauwelijks of geen reguliere instellingen voor thuislozen of beschermd-wonenvormen.

De bepaling wie thuisloos genoemd kan worden en dus in de onderzoeksgroep paste vond achteraf plaats op grond van subjectieve informatie van respondenten op bepaalde vragen. Er werden drie criteria gehanteerd voor de bepaling wie binnen de gevonden risicogroep tot de thuislozen gerekend kon worden:

1 het zich al dan niet thuisvoelen op de plek waar men tijdens het interview verblijft
2 het tijdelijke dan wel permanente karakter van de huidige woonsituatie
3 het al dan niet aanwezig zijn van een betekenisvol sociaal netwerk.

Criteria 1 en 2 worden beschouwd als de minst strenge en leveren de hoogste schatter op. Criterium 3 is het meest strenge en levert de laagste schatter op. De onderzoekers

zeggen hiervan : "In grote lijnen komt de steekproef dan overeen met de "PLOTT- risicogroep" (N=100)".

In het Rotterdamse onderzoek gebruikte men de dubbelterm dak- en thuisloos.

Het begrip dakloosheid werd als volgt geoperationaliseerd: 'die situatie waarin iemand daadwerkelijk in onzekerheid verkeert of hij/zij de komende nacht onder dak raakt'.

Thuisloosheid werd geoperationaliseerd aan de hand van de volgende criteria:

1 heeft de persoon in kwestie wel of geen dak boven het hoofd
2 is hij/zij recentelijk ingeschakeld geweest in het arbeidsproces/vrijwilligerswerk
3 wat is de staat van zijn/haar sociale netwerk.

Het combinatie-begrip 'dak of thuisloosheid ' levert een schaal op van wat de onderzoekers noemen 'ernstig thuisloos' - de persoon in kwestie is dakloos - tot 'niet thuisloos' - de persoon in kwestie voldoet aan de criteria 2 en/of 3 maar is wel stabiel gehuisvest. Dat kan zijn in een commercieel pension of in een zorgvoorziening al dan niet behorend tot de thuislozenzorg.