

# **Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2005**

## **THEMARAPPORT ZORG VOOR SOCIAAL KWETSBAREN**

Jaap Toet<sup>1</sup>, Karin Haks<sup>1</sup>, Eddy Mazurkiewicz<sup>1</sup>, Rein de Vries<sup>1</sup>, Marianne Dolman<sup>2</sup>,  
Joke Roelofs<sup>3</sup>, Ronald Smit<sup>3</sup>, Erik van Ameijden<sup>1</sup>, Dick Reinking<sup>3</sup>

**Februari 2006**

GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE EN GEZONDHEIDSDIENST UTRECHT

Jaarbeursplein 17  
Postbus 2423  
3500 GK Utrecht  
Telefoon (030) 286 33 33

1. Afdeling Bestuur en Bedrijf, Bureau Epidemiologie en Informatie
2. Afdeling Jeugdgezondheidszorg
3. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidsbevordering en -zorg



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Feitelijke informatie</b> .....	<b>13</b>
2.1 Alcoholisten .....	13
2.1.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	13
2.1.2 Demografische kenmerken van de groep .....	13
2.1.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	15
2.1.4 Instroom/uitstroom.....	15
2.1.5 Zorgaanbod .....	15
2.2 Dak- en thuislozen.....	17
2.2.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	17
2.2.2 Demografische kenmerken van de groep .....	18
2.2.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	19
2.2.4 Instroom/uitstroom.....	20
2.2.5 Zorgaanbod .....	20
2.3 Drugsverslaafden .....	23
2.3.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	23
2.3.2 Demografische kenmerken van de groep .....	23
2.3.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	24
2.3.4 Instroom/uitstroom.....	25
2.3.5 Zorgaanbod .....	25
2.4 Ex-ama's .....	27
2.4.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	27
2.4.2 Demografische kenmerken van de groep .....	27
2.4.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	28
2.4.4 Instroom/uitstroom.....	29
2.4.5 Zorgaanbod .....	29
2.5 Illegalen .....	30
2.5.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	31
2.5.2 Demografische kenmerken van de groep .....	31
2.5.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	32
2.5.4 Instroom/uitstroom.....	33
2.5.5 Zorgaanbod .....	34
2.6 Prostitué(e)s .....	34
2.6.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	35
2.6.2 Demografische kenmerken van de groep .....	35

2.6.3	Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	36
2.6.4	Instroom/uitstroom.....	37
2.6.5	Zorgaanbod .....	38
2.7	Slachtoffers van huiselijk geweld .....	39
2.7.1	Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	40
2.7.2	Demografische kenmerken van de groep .....	40
2.7.3	Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	42
2.7.4	Instroom /uitstroom.....	43
2.7.5	Zorgaanbod .....	43
2.8	Slachtoffers van kindermishandeling .....	44
2.8.1	Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	44
2.8.2	Demografische kenmerken van de groep .....	45
2.8.3	Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	46
2.8.4	Instroom /uitstroom.....	47
2.8.5	Zorgaanbod .....	47
2.9	Statushouders .....	48
2.9.1	Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	48
2.9.2	Demografische kenmerken van de groep .....	49
2.9.3	Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	50
2.9.4	Instroom/uitstroom.....	51
2.9.5	Zorgaanbod .....	51
2.10	Woningvervuilers .....	52
2.10.1	Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	52
2.10.2	Demografische kenmerken van de groep .....	53
2.10.3	Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	54
2.10.4	Instroom/uitstroom.....	54
2.10.5	Zorgaanbod .....	55
2.11	Zwerfjongeren.....	56
2.11.1	Inleiding en (werk)definitie van de groep .....	56
2.11.2	Demografische kenmerken van de groep .....	56
2.11.3	Inhoudelijke kenmerken van de groep .....	58
2.11.4	Instroom/uitstroom.....	59
2.11.5	Zorgaanbod .....	59
<b>3</b>	<b>Hoofddresultaten.....</b>	<b>61</b>
	<b>Literatuur .....</b>	<b>67</b>

## Samenvatting

Dit themarapport Zorg voor sociaal kwetsbaren is onderdeel van de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU) van 2005. Naast dit rapport bevat de VMU ook de themarapporten Preventie jeugd en Preventie volwassenen en ouderen. In dit themarapport wordt ingegaan op een aantal aspecten van de sociaal kwetsbare groepen in Utrecht. Hierbij wordt niet alleen ingegaan op de definitie van de betreffende doelgroep, maar ook op de demografische en inhoudelijke kenmerken van de doelgroep, de in- en uitstroom en de hulpverlening gericht op de doelgroep.

Dit rapport heeft tot hoofddoel bestaande en nieuwe gezondheidsproblemen te signaleren en te beschrijven. Deze gegevens kunnen ondersteuning bieden bij de afweging van beleidskeuzes binnen de gemeente Utrecht. Daarnaast kunnen de gegevens ook interessant zijn voor andere organisaties.

De meeste gegevens zijn afkomstig uit bestaand onderzoek in Utrecht. Daarnaast zijn diverse andere bronnen geraadpleegd, zoals User-registratie van de GG&GD en gesprekken met intermediairs en met burgers. In deze samenvatting worden de groepen sociaal kwetsbaren afzonderlijk besproken.

### Alcoholisten

In Utrecht zijn volgens een schatting uit 1996 ongeveer 3500 alcoholisten. Na 1996 is er geen nieuw onderzoek naar alcoholafhankelijkheid uitgevoerd. Aangezien het overmatig alcoholgebruik en het probleemdrinken de afgelopen jaren stabiel gebleven is, kan er van uitgegaan worden dat het aantal alcoholisten ook niet veranderd is. Er zijn in Utrecht naar schatting 12.000 problematische alcoholgebruikers (inclusief de 3500 alcoholisten). Dit komt relatief vaak voor bij mannen in de leeftijdscategorieën 16 – 24 en 45 –54 jaar.

Slechts een klein deel van de alcoholisten heeft contact met de hulpverlening. Hierbij speelt een rol dat het gemiddeld zeven jaar duurt voordat alcoholisten in contact komen met de hulpverlening. Vroegsignalering van alcoholproblematiek bij risicogroepen in de eerstelijns gezondheidszorg en eventuele verwijzing kan het bereik van de gespecialiseerde alcoholhulpverlening vergroten. In de nota 'Algemene Verslavingszorg 2005 – 2008' van de gemeente Utrecht staan hierover doelstellingen beschreven: alle wijken moeten spreekuren van de gespecialiseerde alcoholhulpverlening in gezondheidscentra krijgen en alle huisartsen worden bijgeschoold om op de hoogte te zijn van de nieuwste ontwikkelingen in de verslavingspsychiatrie.

### Dak- en thuislozen

In Utrecht zijn volgens de meest recente schatting (2005) ongeveer 875 feitelijk daklozen en 350 residentieel daklozen (totaal aantal dak- en thuislozen is ongeveer 1225). De omvang van de groep dak- en thuislozen is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven. Bij dak- en thuislozen is een oververtegenwoordiging van mannen, ongehuwden en alleen-staanden. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 40 jaar.

Dak- en thuislozen ondervinden problemen op de volgende gebieden: probleemoplossende en dagstructurende vaardigheden, sociale vaardigheden, psychosociaal welbevinden en praktische

vaardigheden. De belangrijkste gezondheidsproblemen bij dak- en thuislozen zijn: huidproblemen, luchtweginfecties, psychopathologie en verslavingsproblematiek.

In Utrecht is een uitgebreid aanbod van voorzieningen voor dak- en thuislozen aanwezig. Met name het aanbod van voorzieningen voor verslaafde dak- en thuislozen is de afgelopen jaren sterk toegenomen.

### **Drugsverslaafden**

In Utrecht zijn volgens een schatting uit 2000 tussen de 500 en 650 drugsverslaafden (problematische opiaat- en cocaïnegebruikers). Drugsverslaving komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen en vaak in leeftijdscategorie van 30 tot 35 jaar. Het gebruik van cocaïne is relatief hoog bij jonge mannen (16 – 24 jaar).

Drugsverslaafden hebben te maken met medische (huidaandoeningen, infectieziekten, longaandoeningen, en psychopathologie) en sociale problemen (verstoorde sociale relaties, problemen met werk, opleiding of huisvesting, contacten met justitie en schulden).

Hoewel er geen recente schatting van het aantal drugsverslaafden beschikbaar is, zijn er wel signalen dat de omvang van de groep drugsverslaafden de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven is.

In tegenstelling tot de alcoholisten is het bereik van de hulpverlening onder drugsverslaafden relatief hoog te noemen. Er is de afgelopen jaren een uitgebreid aanbod van hulpverlening voor drugsverslaafden ontstaan.

### **Ex-Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (ama's)**

Er zijn in Utrecht naar schatting 300 ex-ama's, waarvan ongeveer 40% een definitieve verblijfsvergunning heeft. De ex-ama's wonen niet gelijkmatig verdeeld over de stad, maar verblijven voornamelijk in studentencplexen van de SSH, op de Amsterdamsestraatweg, in Lombok en in Kanaleneiland.

Ex-ama's zijn kwetsbaar omdat zij een groot risico lopen om te marginaliseren, met name de jonge moeders. Zij staan er vaak alleen voor omdat de biologische vaders van hun kinderen afwezig zijn. Ook mannelijke ex-ama's hebben vaak niemand om op terug te vallen.

Ex-ama's hebben vaak ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt en hebben hierdoor vaak last van psychosociale klachten, zoals angsten en depressies. Zij hebben hierdoor een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische psychische problemen. Een probleem is dat zij hier vaak niet over willen praten. Gebrek aan specifieke kennis over deze doelgroep zorgt ervoor dat de hulpverlening vaak vroegtijdig wordt verlaten.

Door een strenger beleid ten aanzien van asielzoekers is de instroom van het aantal ama's de laatste jaren sterk afgenomen.

In Utrecht richt het Gruttersdijkproject (een samenvoeging van de projecten Avanti en Perspectief) zich op ex-ama's. Het doel van dit project is o.a. het bieden van een onderling netwerk en lotgenotencontacten, het bieden van een laagdrempelig hulpverleningsaanbod (maatschappelijk werkers) en het vervullen een signaalfunctie, met doorverwijzing naar zorginstanties.

## **Illegalen**

In Utrecht verblijven naar schatting tussen de 3.250 en 8.000 illegalen. De marge van deze schatting is relatief groot omdat er de afgelopen jaren meerdere schattingen van het aantal illegalen in Utrecht gepubliceerd zijn. Het is echter niet beoordelen welke van deze schattingen het meest correct is.

Ongeveer de helft van de illegalen is van Turkse of Marokkaanse afkomst. Omdat veel illegalen bij anderen, veelal familie, vrienden of landgenoten, in huis wonen, is het aandeel van Turkse en Marokkaanse illegalen in Utrecht zo groot.

Illegalen hebben relatief vaak last van klachten op het gebied van het spijsverteringsstelsel, psychische stoornissen, infectie- en parasitaire ziekten, de ademhalingswegen en het urogenitaal systeem.

Omdat het toelatingsbeleid voor asielzoekers de afgelopen jaren strenger geworden is en er meer aanvragen voor asiel afgewezen worden, is het aannemelijk dat het aantal illegalen de laatste jaren toegenomen is.

Het RUIS maakt de zorg toegankelijk voor illegalen, die wettelijk geen beroep kunnen doen op collectieve voorzieningen waaronder een ziektekostenverzekering. Bij veel illegalen en hulpverleners is het echter niet bekend dat de medische kosten vergoed worden.

## **Prostitué(e)s**

In Utrecht zijn minimaal 700 prostitué(e)s werkzaam, waarvan ongeveer 180 straatprostitué(e)s. Van deze laatste groep woont ongeveer de helft buiten Utrecht. Naar schatting 10 – 20% van de straatprostitué(e)s is travestiet of transseksueel. De gemiddelde leeftijd van de straatprostitué(e)s is 34 jaar en bijna driekwart is autochtoon Nederlands.

Minderjarige prostitué(e)s krijgen, zonodig gedwongen, hulpverlening via Protocol 13.

Prostitué(e)s zijn kwetsbaar omdat zijn een groot risico lopen om in aanraking te komen met fysiek/psychisch geweld, verslaving, en maatschappelijke marginalisatie.

Prostitué(e)s hebben een verhoogde kans op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en besmetting met HIV.

Voor de prostituees aan het Zandpad en de Baan is hulpverlening aanwezig. Hetzelfde geldt voor verslaafde prostituees.

## **Slachtoffers van huiselijk geweld**

Het is niet duidelijk hoeveel Utrechters jaarlijks slachtoffer worden van huiselijk geweld. Wel is bekend dat er jaarlijks bijna 2000 incidenten van huiselijk geweld geregistreerd worden. Uitgaande van een meldingsbereidheid van 12% tot 49% zou er in Utrecht sprake zijn van 4000 tot 15000 incidenten van huiselijk geweld per jaar.

Bij 58% van de incidenten ging het om geestelijk geweld en in 35% van de gevallen om lichamelijk geweld. In 2004 is van ongeveer een kwart van de incidenten in Utrecht aangifte gedaan.

Uit de wijken Overvecht, Noordwest, Zuidwest en Binnenstad komen de meeste aangiftes van huiselijk geweld.

Slachtoffers van huiselijk geweld kunnen last hebben van angstgevoelens, neerslachtigheid, eetproblemen of problemen met relaties en/of intimiteit.

Er zijn in Utrecht veel instellingen die zich bezighouden met de hulp aan slachtoffers van huiselijk geweld. De gemeente Utrecht werkt aan de ontwikkeling van een Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld.

### **Slachtoffers van kindermishandeling**

In Utrecht worden jaarlijks naar schatting minimaal 750 jongeren geslagen of mishandeld. Ruim 11% van de brugklasleerlingen vindt de thuissituatie ongezellig en ruzieachtig en 12% denkt wel eens aan weglopen.

Kindermishandeling kan op korte termijn onder andere leiden tot lichamelijke en psychische klachten. Op lange termijn kan het leiden tot onder andere schooluitval, criminaliteit en geweld.

Door het ontbreken van een goed registratiesysteem voor kindermishandeling en gericht onderzoek is het niet mogelijk inzicht te krijgen in de dynamiek van deze problematiek.

In Utrecht zijn relatief veel instellingen/zorgverleners betrokken bij de hulp aan slachtoffers van kindermishandeling. Per geval is meestal sprake van de participatie van een netwerk rond de misbruiksituatie.

### **Statushouders**

In Utrecht wonen naar schatting 5.000 (ex-)statushouders. Het merendeel van deze statushouders woont in Overvecht, Zuidwest, West, Zuid en Noordwest.

De gezondheid van statushouders is in het algemeen slechter dan die van de algemene bevolking; ze hebben vaker last van chronische aandoeningen en psychische klachten. Statushouders hebben een verhoogde kans op een posttraumatische stressstoornis. Ook bevinden zij zich vaak in een sociaal isolement.

Door de strengere wetgeving neemt het aantal statushouders in Utrecht af. De uitstroom is gering, behalve door sterfte en verhuizing.

In theorie zouden de statushouders gebruik moeten maken van de reguliere zorg, maar de vraag is in hoeverre zij de weg hier naar toe ook weten te vinden en geaccepteerd worden.

Bij Altrecht is een team van specialisten dat zich richt op de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen.

### **Woningvervuilers**

In Utrecht zijn volgens een schatting uit 1997 700 woningvervuilers. Het 'topje van de ijsberg' komt in contact met de casemanagers van de unit 'Woonhygiënische Probleemgevallen' van de GG&GD Utrecht (gemiddeld 65 per jaar).

Het merendeel van de woningoverlast in de wijken waar wordt gemeten (Zuilen, Ondiep en Pijlsweerd, Hoograven en Lunetten, Overvecht, Kanaleneiland, Lauwerecht, Staatsliedenbuurt en Tuinwijk-west en Transwijk, Rivierenwijk en Dichterswijk), concentreert zich in de subwijken Kanaleneiland,



Lauwerecht, Staatsliedenbuurt en Tuinwijk-west. In absolute aantallen ernstige woningoverlast scoort de wijk Overvecht het hoogst.

De woningvervuilers en veroorzakers van woonoverlast hebben met name te maken met een slechte psychische gezondheid.

Bij de woningvervuilers is geen zicht op toe- of afname van het aantal. Bij de veroorzakers van woonoverlast is sprake van een toename van het aantal meldingen.

In Utrecht is er sprake van een goed samenwerkend netwerk van hulpverleningorganisaties die zich met de woonproblematiek bezighoudt.

### **Zwerfjongeren**

In Utrecht zijn naar schatting minimaal 129 zwerfjongeren (oktober 2004).

Zwerfjongeren zijn overwegend man, zestien jaar of ouder en van Nederlandse afkomst. Zij hebben vaak last van psychische en verslavingsproblemen.

Een groot deel van de zwerfjongeren heeft een kinderbeschermingsverleden met daaraan verbonden een verblijf in meerdere internaten.

In Utrecht is sprake van een stabiele situatie, tussen de 120 en 130 zwerfjongeren. Er is verder geen informatie beschikbaar over de instroom van nieuwe zwerfjongeren en de uitstroom.

Er is in Utrecht een veelheid en diversiteit aan voorzieningen gericht op de zwerfjongeren met een grote verscheidenheid aan opnamecriteria en werkwijzen.

**Samenvattende tabel**

<b>Groep</b>	<b>Omvang</b>	<b>Demografie</b>	<b>Gezondheidsproblemen</b>	<b>Zorgaanbod</b>
Alcoholisten	± 3500 (12000 probleem- drinkers)	Autochtone mannen in de leeftijdscategorie van 35 tot 55 jaar	leverziekten, bepaalde vormen van kanker, hart- en vaatziekten, ontsteking van de pancreas en psychopathologie	Huisartsen, ziekenhuizen, Centrum Maliebaan, Altrecht en AA-groepen.
Dak- en thuislozen	875 feitelijke daklozen en 350 residentieel daklozen	Autochtone mannen in de leeftijdscategorie van 35 tot 55 jaar	Laag psychosociaal welbevinden, huidaandoeningen, luchtweginfecties, psychopathologie, verslavingsproblematiek	Instellingen voor Maatschappelijke Opvang, Hostels, SBWU, LdH.
Drugsverslaafden	500 – 650 problematische opiaat- en cocaïnegebruikers	Mannen in de leeftijdscategorie van 30 tot 35 jaar	Huidaandoeningen, infectieziekten, longaandoeningen, en psychopathologie	Centrum Maliebaan, Altrecht, Hostels.
Ex-ama's	± 300	-	Post Traumatisch Stress Syndroom (PTSS)	Reguliere zorg (gedeeltelijk vergoed door Koppelingsfonds). Aandacht voor cultuurverschillen en (traumatische) achtergrond.
Illegalen	3.250-8.000	Helpt afkomstig uit Turkije of Marokko.	Psychische stoornissen, infectie-ziekten, problemen ademhaling en bewegingsapparaat. 42% klachten heeft psychosociale oorzaak.	Reguliere zorg, vergoed door Kop- pelingsfonds. Niet goed bekend bij illegalen en hulpverleners. Aandacht voor cultuurverschillen.
Prostitué(e)s	minimaal 700		hiv, soa, drugsverslaving	HAP, soa-polikliniek, Pretty Woman, Protocol 13
Slachtoffers huiselijk geweld	Min. 4000 tot 15000 incidenten p.j.	Meeste aangiftes uit Noord West, Zuid en binnenstad	Onveiligheidsgevoelens en grotere neiging tot gewelddadig gedrag bij kinderen. Per jaar overlijden in Nederland 50 kinderen en 80 vrouwen	Maatschappelijk werk, Steunpunt Veilig Huis, Altrecht, jeugdzorg, Stade/Fiom.
Slachtoffers kinder mishandeling	1500 kinderen 5-10 jr en 5500 jongeren 10-20 jr slachtoffer van lichamelijk geweld. Min. 750 kinderen p.j. die ernstig mishandeld worden	Meer incidenten in Overvecht en Noordwest. Komt onder alle bevolkingsgroepen voor	Van somber gedrag tot ernstige psychische trauma's	AMK, BJU, Altrecht,
Statushouders	565 (en 4.400 ex- statushouders)	Vooral woonachtig in Overvecht, Zuidwest, West, Zuid en Noordwest.	Chronische en psychische aandoeningen.	Reguliere zorg, maar mogelijk niet toegankelijk genoeg. Aandacht voor cultuurverschillen.
Woningvervuilers	± 700	GSB-wijken	Lichamelijke en psychische aandoeningen; verslaving; sociaal isolement	Gemeente: GG&GD, DMO, DSO & RHD; Brandweer; Politie; Woningbouwcorporaties; Altrecht (ambulante hulp); TSU
Zwerfjongeren	Min. 129 jongeren		Een op de drie is zwakbegaafd Veel negatieve ervaringen met hulpverlening	Circuit opvangvoorzieningen

# 1 Inleiding

Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid heeft elke gemeente inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de bevolking, hetgeen verkregen kan worden uit epidemiologisch onderzoek. De verzamelde informatie staat ten dienste van het lokale gezondheidsbeleid. Hiertoe is in 2002 door het Bureau Epidemiologie en Informatie van de GG&GD Utrecht de Volksgezondheid Monitor Utrecht (VMU) ontwikkeld. De VMU heeft tot doel bestaande, nieuwe en te verwachten gezondheidsproblemen te signaleren en te beschrijven. Deze gegevens bieden ondersteuning bij de afweging van beleidskeuzes binnen de GG&GD. Daarnaast bevatten zij ook voor andere partijen, zowel binnen als buiten de gemeentelijke organisatie, waardevolle informatie.

In 2003 zijn er in het kader van de VMU acht themarapporten verschenen (jeugd, ouderen, infectieziekten, geestelijke volksgezondheid volwassenen, gemarginaliseerde groepen, allochtonen, gezondheidsverschillen, en sociale en fysieke omgeving). Inmiddels zijn er nieuwe gegevens beschikbaar gekomen en is ervoor gekozen een nieuwe uitgave van de VMU te maken. Aangezien in de voorgaande acht themarapporten veel overlap bleek te zitten, is er voor deze nieuwe uitgave van de VMU gekozen voor drie thema's; preventie jeugd, preventie volwassenen en ouderen, en zorg voor sociaal kwetsbaren. Uiteindelijk zullen de belangrijkste gegevens uit de drie themarapporten worden gebundeld in één factsheet.

Voor ieder thema is een themagroep samengesteld, bestaande uit twee epidemiologen en medewerkers van de betrokken afdelingen binnen de GG&GD. Door deze nauwe samenwerking wordt de praktische en beleidsrelevantie gegarandeerd en wordt kennis gebundeld. Om de bruikbaarheid en kwaliteit van de resultaten te verhogen, zijn daarnaast bijeenkomsten georganiseerd met medewerkers van andere lokale instellingen. De informatie uit deze VMU zal, naast het ondersteunen van de ontwikkeling en uitvoering van het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Utrecht, ook worden gebruikt bij de nieuw op te stellen nota Volksgezondheid.

In dit themarapport staat de 'Zorg voor sociaal kwetsbaren' centraal. In de Nota Volksgezondheid 2004-2007 'Zorg voor morgen' heeft de gemeente Utrecht aangegeven dat het wettelijke kader hiervoor, de WCPV, onderschreven wordt. De gemeente is verantwoordelijk voor het bevorderen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). Daaronder valt:

- Het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGz;
- Het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
- Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen;
- Het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGz.

De doelgroep van de OGGz zijn de 'sociaal kwetsbaren'. Het gaat dan om mensen die niet of onvoldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien, ernstige en langdurige

psychische en/of verslavingsproblemen hebben en vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven waarbij stabiel contact met de geestelijke gezondheidszorg en/of de verslavingszorg ontbreekt.

De verschillende groepen hierbinnen staan voor een grote verscheidenheid in aard en omvang van de zorgvraag. Hoewel geconfronteerd met dezelfde soort problemen is er een groot verschil in de mate van marginalisering en uitsluiting.

“Het lijkt erop dat hoe sterker mensen gemarginaliseerd zijn, des te moeilijker zij bereikbaar en benaderbaar zijn en des te meer moeite zij ook hebben een hulpvraag te formuleren die past bij de reguliere hulpverlening.” (Bransen, e.a., 2001)

In een eerdere versie van de VMU (Toet, e.a., 2003) werd in een themarapport aandacht besteed aan ‘gemarginaliseerde groepen’. Deze groepen waren: dak- en thuislozen, drugsverslaafden, alcoholisten, zelfverwaarlozers, zwerfjongeren, chronisch psychiatrische patiënten zonder adequaat zorgaanbod en illegalen. In de tussentijd is naast de naam, nu ‘sociaal kwetsbaren’, ook de belangstelling voor de verschillende groepen gewijzigd. Een belangrijke rol hierin heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid gespeeld. De inspectie verlangt dat GGD’en ten behoeve van de OGGz de beschikking hebben over een risicoprofiel van het werkgebied. Hiervoor moeten de GGD’en inzicht hebben in de omvang van de onderstaande meest kwetsbare groepen in de regio:

- Alcoholisten
- Ambulante psychiatrische patiënten
- Dak- en thuislozen
- Drugsverslaafden
- Illegalen en Statushouders
- Prostitué(e)s
- Slachtoffers van huiselijk geweld
- Slachtoffers van kindermishandeling
- Slachtoffers van mensenhandel
- Woningvervuilers
- Zorgwekkende zorgmijders
- Zwerfjongeren

In dit rapport komen alleen de groepen sociaal kwetsbaren aan bod, waarover voldoende informatie beschikbaar was. Dit houdt in dat een aantal groepen, ambulante psychiatrische patiënten (RIPAG-gegevens niet op tijd beschikbaar), slachtoffers van mensenhandel (onvoldoende informatie beschikbaar) en zorgwekkende zorgmijders (niet als aparte groep te onderscheiden en onvoldoende informatie beschikbaar) niet aan bod zal komen. Een deel van de informatie die voor dit themarapport gebruikt is, komt uit de Utrechtse OGGz-monitor die door het Universitair Medisch Centrum (UMC) Sint Radboud en het Trimbos-instituut in opdracht van de gemeente Utrecht (diensten DMO en GG&GD) uitgevoerd wordt. Deze OGGz-monitor heeft zich tot nu toe vooral gericht op de dak- en

thuislozen en in mindere mate drugsverslaafden. De overige informatie in dit rapport is door de GG&GD (Bureau Epidemiologie & Informatie) verzameld.

Om een eerste beeld te schetsen van de omvang van de groep sociaal kwetsbaren en de verschillende subgroepen in Nederland wordt in tabel 1 een globaal overzicht gegeven.

**Tabel 1: Overzicht recente omvangschattingen van groepen sociaal kwetsbare mensen in Nederland.**

Populatie	Aantal personen	Bron
Dak- en thuislozen	25.000 - 35.000	Monitor Maatschappelijke Opvang, 2000
Sociaal kwetsbare mensen	50.000 - 65.000	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2001
Dak- en thuislozen	66.000	Leger des Heils, 2002
Problematische gebruikers harddrugs	26.000 - 30.000	Nationale Drug Monitor, 2002
Verkommerden en verloederden	110.000	Research voor Beleid, 2002
Mensen met ernstige en langdurige psychische problemen	50.000 - 90.000	Taskforce Vermaatschappelijking GGZ, 2002
Zwerfjongeren	3.200 - 4.700	Algemene Rekenkamer, 2003

Bron: Brancherapporten VWS. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005.

In tabel 1 komt al meteen een aantal problemen met het beschrijven van de groep sociaal kwetsbaren naar voren: de gedeeltelijke overlap tussen de verschillende groepen, de ruime marges van de schattingen (als deze al beschikbaar zijn) en de verschillen in de door de onderzoekers gebruikte terminologie. Deze problemen zijn vooralsnog onoplosbaar en zullen in het vervolg van dit themarapport steeds terugkomen.

### *Leeswijzer*

In de volgende hoofdstukken komen de verschillende groepen sociaal kwetsbaren aan bod waarbij steeds dezelfde indeling is gehanteerd. Deze is gebaseerd op de kernvragen en kernindicatoren van de 'Handreiking Lokale monitoring OGGz' (Wolf, e.a. 2005). Eerst komt er een definitie van de betreffende doelgroep, daarna volgt een beschrijving van de demografische kenmerken van de doelgroep, vervolgens komt er een inhoudelijke beschrijving van de doelgroep, een beschrijving van de in- en uitstroom van de doelgroep en de hulpverlening gericht op de doelgroep. Achtereenvolgens komende volgende doelgroepen aan bod: alcoholisten (§2.1), dak- en thuislozen (§2.2), drugsverslaafden (§2.3), ex-ama's (§2.4), illegalen (§2.5), prostitué(e)s (§2.6), slachtoffers van huiselijk geweld (§2.7), slachtoffers van kindermishandeling (§2.8), statushouders (§2.9), woningvervuilers (§2.10) en zwerfjongeren (§2.11). In hoofdstuk 3 worden de hoofdresultaten genoemd.



## 2 Feitelijke informatie

### 2.1 Alcoholisten

#### Kernpunten

- In Utrecht zijn naar schatting 3500 alcoholisten en 12.000 problematische alcoholgebruikers.
- Het overmatig alcoholgebruik is relatief hoog onder mannen in de leeftijdscategorieën 16 – 24 en 45 –54 jaar en 45 tot 54 jarige vrouwen.
- Probleemdrinken komt met name voor bij mannen in de leeftijdscategorieën 16 – 24 en 45 –54 jaar.
- Slechts een klein deel van de alcoholisten heeft contact met de hulpverlening.
- Het duurt gemiddeld zeven jaar voordat alcoholisten in contact komen met de hulpverlening.
- Vroegsignalering van alcoholproblematiek bij risicogroepen kan het bereik van de alcoholhulpverlening vergroten.

#### 2.1.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Het gebruik van alcohol heeft naast positieve ook negatieve effecten. Overmatig alcoholgebruik gaat gepaard met een verhoogde kans op ziekte en sterfte en kan leiden tot alcoholafhankelijkheid (WHO, 2000).

De term 'Alcoholisten' is enigszins gedateerd, maar komt in het dagelijks taalgebruik nog veelvuldig voor. In de literatuur en in de hulpverlening wordt meestal gesproken over 'personen die afhankelijk van (verslaafd aan) alcohol zijn'. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft afhankelijkheid als volgt: 'de toestand van afhankelijkheid is een psychische en soms tevens lichamelijke toestand, die het gevolg is van de wisselwerking tussen een levend organisme en een farmacon en die wordt gekenmerkt door reacties en gedragingen waarbij altijd is inbegrepen de drang om het middel bij voortduring of regelmatig in te nemen, met het doel de werking ervan op het lichaam te ondergaan of soms de onaangename gewaarwording van de afwezigheid ervan te voorkomen. Iemand kan van meer dan één middel afhankelijk zijn.' (WHO, 1992). Daarnaast geeft de WHO de volgende toelichting: 'kenmerkend voor de toestand van afhankelijkheid is het dwingend verlangen naar het middel, de zucht, die het iemand onmogelijk kan maken volledig normaal te functioneren zonder dat eerst deze behoefte is bevredigd.' (WHO, 1992).

In het vervolg van dit hoofdstuk zal vanwege de leesbaarheid steeds toch over 'alcoholisten' gesproken worden, hoewel wij ons realiseren dat de term 'alcoholafhankelijken' eigenlijk correcter is.

#### 2.1.2 Demografische kenmerken van de groep

##### *omvang*

Het meest recente landelijke onderzoek waarin alcoholafhankelijkheid onderzocht is, Nemesis, dateert uit 1996 (Bijl e.a., 1997). Hierin is een landelijke prevalentie van 3,7% voor alcoholafhankelijkheid gevonden. In een latere analyse van deze landelijke gegevens, waarbij Utrecht met Rotterdam en Den Haag is samengevoegd, is een jaarprevalentie van 2,1% gevonden (Spijker e.a., 2001). Voor de stad Utrecht komt dit neer op ongeveer 3500 alcoholisten. Na 1996 is er geen onderzoek meer gedaan naar de prevalentie van alcoholafhankelijkheid. Dit betekent dat er geen recentere gegevens

over het aantal alcoholisten in de stad Utrecht beschikbaar zijn. Omdat het overmatig (onverantwoord) alcoholgebruik en het aantal probleemdrinkers in Utrecht de afgelopen jaren relatief constant gebleven zijn (zie 2b.), kan er van uitgegaan worden dat het aantal alcoholisten ook niet veranderd is.

Naast het vóórkomen van alcoholafhankelijkheid in de bevolking van Utrecht zijn er ook gegevens beschikbaar over het aantal personen dat voor problemen met alcohol contact heeft gehad met de hulpverlening (in Utrecht Centrum Maliebaan). In het kader van de Monitor Alcohol en Drugs zijn in Utrecht gegevens van de cliënten van Centrum Maliebaan geanalyseerd in de periode 1993-1998 (Toet, e.a., 2000). Deze analyses betroffen zowel de cliënten van de ambulante als die van (poli)klinische hulpverlening. Het ging in de periode 1993-1998 om gemiddeld 275 cliënten in de ambulante en 150 cliënten in de (poli)klinische hulpverlening (samen gemiddeld zo'n 425 personen per jaar). In tabel 2.1.1 staan de aantallen alcoholcliënten van Centrum Maliebaan in de periode 1999 – 2002 vermeld.

**Tabel 2.1.1. Cliëntgegevens Centrum Maliebaan, ambulante en klinische alcoholhulpverlening, 1999-2002**

	1999			2000			2001			2002*		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Ambulant	336	157	493	320	152	472	256	119	375	217	78	295
Klinisch	75	26	101	80	18	98	74	23	97	65	11	76
Totaal	411	183	594	400	170	570	330	142	472	282	89	371

\* Tot en met september

Door de overschakeling op een ander registratie systeem konden alleen de gegevens van de cliënten van Centrum Maliebaan tot en met september 2002 gebruikt worden. Rekening houdend met het feit dat de gegevens 2002 niet compleet zijn, lijkt het er op dat het bereik van de alcoholhulpverlening in de periode 1999 – 2002 verminderd is. Deze gegevens bevestigen het lage bereik van de hulpverlening dat ook in de periode 1993 – 1998 gevonden is (Toet e.a., 2000).

#### *Overmatig alcoholgebruik en probleemdrinken*

Er is meer informatie beschikbaar over Utrechters die overmatig veel (ook wel 'onverantwoord alcoholgebruik genoemd: vrouwen meer dan 14 glazen en mannen meer dan 21 glazen per week; NIGZ, 2005) en/of problematisch (een score van 3 of meer op een lijst met problemen m.b.t. alcoholgebruik) drinken. In tabel 2.1.2 staan het overmatige alcoholgebruik en het probleemdrinken van de Utrechtse bevolking van 16 t/m 54 jaar weergegeven.

Opvallend is het relatief hoge alcoholgebruik onder mannen in de leeftijdscategorieën 16 – 24 en 45 – 54 jaar en 45 tot 54 jarige vrouwen. Uit eerder onderzoek waarin het alcoholgebruik in Utrecht vergeleken is met Rotterdam en Parkstad Limburg (Toet e.a., 2003) bleek dat de Utrechtse vrouwen meer drinken dan de vrouwen uit de andere steden. Probleemdrinken komt relatief veel voor bij mannen in de leeftijdscategorieën 16 – 24 en 45 – 54 jaar. Ten opzichte van 1999 zijn het overmatig alcoholgebruik en probleemdrinken (resp. 21% en 13%) niet veranderd (Verburg e.a., 2005). Omgerekend naar aantallen gaat het om zo'n 12.000 problematische alcoholgebruikers.



**Tabel 2.1.2. Onverantwoord alcoholgebruik en probleemdrinkers naar geslacht en leeftijd, 2003**

	Onverantwoord alcoholgebruik			Probleemdrinker		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
16-24 jaar	36%	19%	25%	25%	6%	13%
25-34 jaar	13%	16%	15%	10%	9%	10%
35-44 jaar	21%	15%	17%	15%	8%	11%
45-54 jaar	25%	26%	26%	24%	10%	15%
Totaal	21%	18%	20%	17%	8%	12%

\* Mannen meer dan 21 en vrouwen meer dan 14 glazen alcohol per week

### 2.1.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep

Alcoholisten hebben te maken met problemen van medische en sociale aard. Wat betreft de medische problemen gaat het om leverziekten, bepaalde vormen van kanker, hart- en vaatziekten, ontsteking van de pancreas en psychopathologie. De sociale problemen waar mee alcoholisten te maken (kunnen) krijgen zijn: verstoorde sociale relaties (waaronder familierelaties), problemen met het werk of opleiding, huisvesting, contacten met justitie en financiële problemen (schulden).

#### *Geschatte zorgbehoefte van deze groep*

Een groot deel van de alcoholisten heeft geen contact met de hulpverlening. Naarmate de afhankelijk langer duurt, zal de noodzaak om hulp te zoeken groter worden. Het is echter moeilijk deze zorgbehoefte in te schatten

### 2.1.4 Instroom/uitstroom

De verandering in de omvang van de doelgroep alcoholisten in Utrecht is moeilijk vast te stellen. Wanneer niet regelmatig bevolkingsonderzoek naar alcoholafhankelijk uitgevoerd wordt, is het niet mogelijk deze verandering van omvang te monitoren. Daar komt nog bij dat een alcoholafhankelijkheid relatief lang verborgen kan blijven voor de omgeving en hulpverlening. Nieuwe alcoholisten worden dus in een laat stadium herkend. Volgens een onderzoek van de Rekenkamer (Algemene Rekenkamer, 2004) duurt het gemiddeld zeven jaar voordat alcoholisten voor het eerst in aanraking komen met de hulpverlening.

In het verleden is geprobeerd alcoholafhankelijkheid in een vroeg stadium door huisartsen te laten opsporen, maar deze aanpak is niet erg succesvol gebleken (Hoeksema & Mook, 1993).

Het is dus moeilijk de instroom van nieuwe alcoholisten vast te stellen vanwege het ontbreken van bevolkingsonderzoek naar alcoholafhankelijk. Ook de omvang van de uitstroom is onduidelijk. Enerzijds zal een aantal alcoholisten stoppen met drinken (al dan niet met behulp van de hulpverlening) en anderzijds is er sprake van uitstroom door sterfte. De landelijke aan alcoholgerelateerde sterfte is berekend op ongeveer 1800 in 2001 (Verdurmen e.a., 2004). In Utrecht zou dat dan gaan om minder dan 50 sterfgevallen per jaar.

### 2.1.5 Zorgaanbod

In Utrecht zijn de volgende organisaties en hulpverleners betrokken bij de zorg voor alcoholisten:

*Huisartsen*

De Utrechtse huisartsen zien in principe bijna alle alcoholisten in hun praktijken. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het (vroegtijdig) signaleren van verslavingsproblematiek en het verlenen van hulp. Bij een beginnende alcoholproblematiek is een korte behandeling vaak afdoende. Gezien de gemiddeld beperkte tijd die huisartsen aan hun patiënten kunnen besteden, zal het regelmatig nodig zijn alcoholisten met meer complexere problematiek door te verwijzen naar de gespecialiseerde verslavingszorg (zie vervolg bij Centrum Maliebaan). In de nota 'Algemene Verslavingszorg 2005 – 2008' van de gemeente Utrecht staan doelstellingen voor de vroege opsporing en behandeling van alcoholisten beschreven. Deze zijn de uitbreiding van spreekuren van de gespecialiseerde verslavingszorg in de eerste lijn en deskundigheidsbevordering van huisartsen.

#### *Ziekenhuizen*

In de ziekenhuizen worden veelal de somatische gevolgen van alcoholafhankelijkheid, zoals leverziekten en ontsteking van de pancreas, behandeld. Ook komen alcoholisten op de eerste hulp terecht als gevolg van de acute verschijnselen van dronkenschap.

#### *Centrum Maliebaan*

Centrum Maliebaan werkt niet meer met specifieke programma's voor cliënten, maar biedt producten aan. Alcoholisten kunnen van deze producten gebruik maken. Deze producten zijn:

- Voorzorg en Aanmelding
- Regie en Diagnostiek
- Individuele contacten
- Gespecialiseerde behandeling
- Sociotherapeutisch aanbod
- Intensieve zorg
- Zeer intensieve zorg
- Dienstverlening

Verder verzorgt Centrum Maliebaan de al eerder genoemde spreekuren in de eerste lijn en de Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (EMA) voor mensen die betrapt zijn op het rijden onder invloed.

#### *Altrecht*

Altrecht heeft afdelingen die zorg bieden aan mensen met een combinatie van verslavingsproblematiek en psychische problemen. In sommige gevallen wordt daarbij samengewerkt met Centrum Maliebaan. De volgende afdelingen bieden een combinatie van zorg:

#### *Altaan, centrum voor arbeid en psyche*

Deze afdeling biedt arbeidshulpverlening en preventie. Binnen Altaan wordt samengewerkt met Centrum Maliebaan Utrecht voor wat betreft arbeidsrelevante verslavingsproblematiek.

#### *Afdeling Acute psychiatrie, Unit D*

De afdeling Acute psychiatrie werkt voor mensen van 18 t/m 59 jaar in de gemeente Utrecht met (acute) psychiatrische problemen. Unit D maakt deel uit van deze afdeling en is een unit voor behandeling van cliënten die - meestal chronisch - lijden aan psychiatrische stoornissen in combinatie met verslavingsproblematiek. De unit werkt nauw samen met Centrum Maliebaan (verslavingszorg).

Op deze unit kunnen 14 cliënten opgenomen worden die allen een rechterlijke maatregel opgelegd hebben gekregen (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging).

#### *Afdeling Roosenburg*

De DD-unit van afdeling Roosenburg behandelt dubbel gediagnostiseerde (DD) patiënten in de leeftijdscategorie van 18 tot 60 jaar. De DD-unit is bedoeld voor patiënten met een combinatie van zowel langdurig, ernstig verslavingsproblematiek als een psychiatrische stoornis. De wisselwerking die beide soorten problemen op elkaar hebben maakt, dat een behandeling alleen in de verslavingszorg of alleen in de psychiatrie tekort schiet.

#### *Anonieme Alcoholisten (AA)*

In Utrecht zijn 3 werkgroepen van de anonieme alcoholisten actief. Deze groepen komen wekelijks bij elkaar en worden soms ondersteund door hulpverleners van Centrum Maliebaan.

De drie werkgroepen zijn:

Wergroep 'Utrecht' komt bij elkaar in 'de Wijkplaats', Joh. Camphuysstraat 101 (maandag 19.45 uur);

Wergroep 'de Regentes' komt bij elkaar in het pand van Centrum Maliebaan aan de Lange Nieuwstraat 20 (donderdag 20.00 uur);

Wergroep 'Overvecht' komt bij elkaar in het pand van Centrum Maliebaan aan de Witte Vrouwensingel 76 (maandag 20.30 uur).

## **2.2 Dak- en thuislozen**

### **Kernpunten**

- In Utrecht zijn in 2005 naar schatting 875 feitelijk daklozen en 350 residentieel daklozen. Totaal aantal dakloze mensen in Utrecht (in een periode van twee weken) wordt geschat op 1225.
- Bij dak- en thuislozen is een oververtegenwoordiging van mannen, ongehuwden en alleen-staanden. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 40 jaar.
- Dak- en thuislozen ondervinden problemen op de volgende gebieden: probleemoplossende en dagstructureerende vaardigheden, sociale vaardigheden, psychosociaal welbevinden en praktische vaardigheden.
- De belangrijkste gezondheidsproblemen bij dak- en thuislozen zijn: huidproblemen, luchtweginfecties, psychopathologie en verslavingsproblematiek.
- De omvang van de groep dak- en thuislozen is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven.
- Er is een uitgebreid aanbod van voorzieningen voor dak- en thuislozen in Utrecht aanwezig.

### **2.2.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep**

In een recent onderzoek van het Utrechtse Centrum voor Verslavingsonderzoek naar de geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland wordt de volgende definitie gehanteerd: 'Dak- en thuislozen zijn personen die door financieel-economische, sociale en/of psychologische oorzaken en omstandigheden niet in staat zijn een dak of thuis te verwerven of te behouden. Hieronder vallen zowel de buitenslapers als de mensen die, al dan niet tijdelijk, gebruik maken van dag- en nachtopvang. Ook de mensen die, al dan niet tijdelijk, gehuisvest zijn in sociale pensions en projecten voor begeleid en beschermd wonen, mensen die marginaal gehuisvest zijn en dagzwerfers vallen onder deze brede definitie van dakloosheid' (Bruin, e.a., 2003).

In het onderzoek van het UMC St. Radboud (lit. verwijzing:) naar AWBZ-indicaties in 2004 wordt gesproken over feitelijk dak- en thuislozen, residentiële dak- en thuislozen en marginaal gehuisvesten. Feitelijk daklozen zijn 'mensen die voor hun overnachting vooral zijn aangewezen op straat of op een kortdurend verblijf in laagdrempelige opvangvoorzieningen of bij familie, vrienden of kennissen' (UMC, 2005). Residentiële daklozen zijn 'mensen die als bewoner zijn ingeschreven bij instellingen voor maatschappelijke opvang. Het gaat hierbij om internaten, sociale pensions. e.d. (UMC, 2005). Marginaal gehuisvesten zijn kwetsbare mensen die (nog wel) over eigen woonruimte beschikken (UMC, 2005).

## 2.2.2 Demografische kenmerken van de groep

### Omvang

Er is in Nederland al zeker twintig jaar geen betrouwbare landelijke omvangsschatting gemaakt van het aantal (volwassen en oudere) daklozen. Er wordt doorgaans een aantal aangehouden van 25.000 tot 30.000, maar deze schatting is niet betrouwbaar, want gebaseerd op oude cijfers. Het door het Leger des Heils genoemde aantal van 66.000 is gebaseerd op registratiecijfers en is moeilijk op waarde te schatten omdat de berekening niet controleerbaar is.

In Utrecht is in 1998 een omvangsschatting uitgevoerd (Reinking e.a., 1998). Het aantal volwassen feitelijk daklozen in Utrecht dat gedurende een maand op straat was of bij een opvangvoorziening kwam, werd geschat op 800-1000 personen. In het voorjaar van 2005 is een hernieuwde omvangsschatting uitgevoerd (Hulsbosch e.a., 2005). Het aantal volwassen feitelijk daklozen in Utrecht

Tabel 2.2.1. Demografische kenmerken van de dak- en thuislozen

	feitelijk daklozen (n=235)		residentieel daklozen (n=145)		Met woonbegeleiding (n=146)	
<b>Geslacht</b>						
Man	190	81%	120	83%	94	64%
Vrouw	45	19%	25	17%	52	36%
<b>Leeftijd</b>						
Gemiddeld	41		43		35	
<b>Burg. Staat</b>						
Ongehuwd	196	95%	135	96%	123	85%
Gehuwd	9	4%	2	2%	19	13%
Weduwstaat	2	1%	3	2%	3	2%
<b>Etn. Herkomst</b>						
Nederlands	119	74%	57	86%	96	83%
Marokkaans	19	12%	2	3%	4	3%
Anders	23	14%	7	11%	16	14%
<b>Leefsituatie</b>						
Alleenstaand	98	73%	99	79%	71	52%
Samenlevend	6	4%	6	5%	24	17%
Anders	31	23%	20	16%	43	31%

wordt geschat op 875 en het aantal residentieel daklozen op 353. Hiermee komt het totaal aantal dakloze mensen in Utrecht (in een periode van twee weken) op 1228.

### *Leeftijd en geslacht*

In 2004 zijn voor ruim 800 sociaal kwetsbare mensen in Utrecht AWBZ-indicatieformulieren ingevuld. Hiervan zijn 581 indicatieformulieren in het kader van de lokale OGGz-monitor Utrecht geanalyseerd door het UMC St Radboud (UMC St Radboud/GG&GD Utrecht, 2005). Bij de analyse van de gegevens zijn vier groepen sociaal kwetsbaren onderscheiden: marginaal gehuisvesten, feitelijk daklozen, residentieel daklozen en personen met woonbegeleiding. In tabel 1 staan de demografische kenmerken van drie van de vier groepen weergegeven (marginaal gehuisvesten zijn weggelaten omdat deze groep klein was en strikt gezien niet tot de dak- en thuislozen behoort).

Driekwart van de dak- en thuislozen in Utrecht zijn van het mannelijk geslacht (zie tabel 2.2.1). In de woonbegeleiding komen naar verhouding de meeste vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de dak- en thuislozen is rond de veertig jaar. Zij zijn overwegend ongehuwd (93%), autochtoon (80%) en alleenstaand (68%).

### **2.2.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

In het hiervoor genoemde onderzoek in het kader van de AWBZ-indicaties zijn de dak- en thuislozen gescreend op een aantal probleemgebieden. Deze waren:

- Oriëntatie en concentratie;
- Gedragsproblemen;
- Psychosociaal welbevinden;
- Sociale vaardigheden;
- Probleemoplossende en dagstructurende vaardigheden;
- Praktische vaardigheden;
- Communicatie met anderen;
- Persoonlijke verzorging;
- Huishoudelijke verzorging.

De feitelijk daklozen hadden veel problemen met sociale vaardigheden en probleemoplossende en dagstructurende vaardigheden. Dit gold ook voor psychosociaal welbevinden en praktische vaardigheden.

De residentieel daklozen hadden dezelfde problemen als de feitelijk daklozen, maar dan in ernstiger mate. Zij hadden ook veel problemen met de huishoudelijke verzorging.

De cliënten met woonbegeleiding hadden eveneens problemen met sociale vaardigheden, probleemoplossende en dagstructurende vaardigheden, psychosociaal welbevinden en praktische vaardigheden.

Bij de residentieel daklozen moet worden opgemerkt dat de hoge probleemscores voor een belangrijk deel toe te schrijven zijn aan de langdurig drugsverslaafden in de hostels. Als deze weggelaten worden, hebben de residentieel dakloze mensen minder problemen dan de feitelijk dakloze mensen.

In de vorige VMU (Toet, e.a., 2003) zijn de volgende gezondheidsproblemen bij dak- en thuislozen genoemd:

- huidproblemen;
- luchtweginfecties;
- psychopathologie;
- verslavingsproblematiek.

#### *Geschatte zorgbehoefte van deze groep*

Zorgmijding komt voor bij 27% van de feitelijk daklozen en bij 22% van de residentieel daklozen. Bij cliënten met woonbegeleiding komen minder zorgmijders voor (begeleid wonen alleenstaanden 6%, begeleid wonen gezinnen 13% en ambulante woonbegeleiding 16%).

Bij een meerderheid van de sociaal kwetsbaren is in 2004 een positief indicatiebesluit afgegeven. Bij residentieel daklozen is dit het hoogste percentage (85%), gevolgd door feitelijk daklozen (78%). Bij het begeleid wonen voor alleenstaanden is bij 75% een positief besluit gegeven, begeleid wonen voor gezinnen is 100% positief en bij de ambulante woonbegeleiding ligt het percentage met 61 het laagst. Van de totale groep kreeg 73% de AWBZ functie Ondersteunende Begeleiding (algemeen) toegewezen, gevolgd door Verblijf Langdurig (37%) en Ondersteunende Begeleiding (dag) (15%).

#### **2.2.4 Instroom/uitstroom**

De verandering in de omvang van de groep dak- en thuislozen in Utrecht is moeilijk vast te stellen. Er zijn wel signalen dat de omvang van de groep de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven is.

In oktober 2004 is de Centrale Toegang (CT) van start gegaan. Dit is een samenwerkingsorganisatie van de maatschappelijke opvang. Het doel van de CT is de in-, door- en uitstroom binnen de maatschappelijke opvang te bevorderen en het aanbod van de woonvoorzieningen beter te laten aansluiten bij de vraag van de cliënten.

In totaal zijn (vanaf oktober 2004 tot juli 2005) 603 aanmeldingen binnengekomen, betreffende unieke personen. Het aandeel van vrouwen en personen met de niet-Nederlandse nationaliteit neemt per kwartaal toe.

#### **2.2.5 Zorgaanbod**

In Utrecht zijn de volgende organisaties betrokken bij de zorg voor dak- en thuislozen, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar dagopvang, nachtopvang, (crisis)opvang, 24 uursopvang, preventieve opvang, woon-werkvoorziening, beschermd wonen, begeleid wonen, en ambulante woonbegeleiding (peildatum: september 2005). De voorzieningen voor zwerfjongeren staan in §2.11.5.

#### *Dagopvang*

- De Zorgcentra van Centrum Maliebaan (De Stek, De Singel en het Stationsplein). Specifieke doelgroep: dakloze harddrugsgebruikers, capaciteit 350.

- Dagopvang Het Catharijnehuis. Specifieke doelgroep: dak- en thuislozen zonder harddrugsverslaving, capaciteit NVT.

#### *Nachtopvang*

- De Zorgcentra van Centrum Maliebaan (De Stek, De Singel en het Stationsplein). Specifieke doelgroep: dakloze harddrugsgebruikers, capaciteit 350.
- Sleep Inn van De Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 55.
- NOIZ van De Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 25.
- Noodopvang van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 6.
- Passantenverblijf van Centrum Vaartserijn. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 12.
- De Baronie. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 20.

#### *(Crisis)opvang*

- Crisisopvang Weerdsingel. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 11.
- Ventus van de Vrouwenopvang. Specifieke doelgroep: vrouwen (met kinderen), capaciteit 14 + kinderen.
- Casa van de Vrouwenopvang. Specifieke doelgroep: vrouwen (met kinderen), capaciteit 4 + kinderen.
- Meisjesstad van de Zusters Augustinessen. Specifieke doelgroep: meiden en vrouwen (met kinderen), capaciteit 15 (+ kinderen).

#### *24-Uursopvang*

- Laagdrempelige opvang van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 30.
- Hostel Bolsbeek van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 17.
- 24-uurs opvang Centrum Vaartserijn van Centrum Vaartserijn. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 60.
- Unit 1 Centrum Vaartserijn van Centrum Vaartserijn. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 10.
- Meerzorg van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: zieke daklozen, capaciteit 15.
- Hostel De Hoek van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: dakloze harddrugsgebruikers, capaciteit 25.
- Hostel Habi Tante van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: vrouwelijke dakloze drugsgebruikers, capaciteit 21.
- Hostel De Maliehof van de SBWU. Specifieke doelgroep: dakloze harddrugsgebruikers, capaciteit 33.
- De Kei van Altrecht. Specifieke doelgroep: langzaamlerenden, capaciteit 19.

#### *Preventieve opvang*

- Corporatiehotel van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 26.

#### *Woon-werkvoorziening*

- NOIZ Gastenverblijf 't Groene Sticht van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 12.
- Woonwerkgemeenschap 'Klein Amelisweerd' van de Alternatieve Renovatie Maatschappij. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 30-40.

### *Beschermd wonen*

- Adelante 1 van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: mensen met psychiatrische problematiek, capaciteit 23.
- Adelante 2 van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: mensen met psychiatrische problematiek, capaciteit 29.
- SBWU-Beschermd Wonen van de SBWU. Specifieke doelgroep: mensen met psychiatrische problematiek, capaciteit 151.

### *Begeleid wonen - langverblijf*

- Pandjes Langverblijf van de St. Weerdsingel. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 16.
- Zelfstandig Groepswonen van Centrum Vaartserijn. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 3-4.

### *Begeleid wonen*

- Flat, begeleid (groeps)wonen van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 28.
- De Straatweg van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 14.
- Pandjes Ondiep van de St. Weerdsingel. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 8.
- BW Flats van Centrum Vaartserijn. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 8.
- Begeleide Huisvesting Utrecht van de MIJ Zandbergen. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit ?.
- Begeleide Huisvesting Utrecht Plus van de MIJ Zandbergen. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit 6.
- De Loef van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: (ex)verslaafden, capaciteit 14.
- Exodus van de St Exodus Utrecht. Specifieke doelgroep: (ex)gedetineerden, capaciteit 14-17.
- Begeleid wonen – vrouwen (en kinderen) van de St. Weerdsingel. Specifieke doelgroep: vrouwen (met kinderen), capaciteit 10 + kinderen.
- Terra - vrouwen (en kinderen) van de Vrouwenopvang Utrecht. Specifieke doelgroep: vrouwen (met kinderen), capaciteit 16 + kinderen.
- Ignis – (aanstaande) jonge moeders (en kinderen) van de Vrouwenopvang Utrecht. Specifieke doelgroep: (aanstaande) jonge moeders (met kinderen), capaciteit 14 + kinderen.
- Tussenoord van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: gezinnen of ouder met kinderen, capaciteit 14 gezinnen.

### *Ambulante woonbegeleiding*

- Ambulante woonbegeleiding Utrecht van Centrum Vaartserijn. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 112.
- TV Zelfstandig van de Tussenvoorziening. Specifieke doelgroep: NVT, capaciteit 60.
- SBWU – ambulans van de SWBU. Specifieke doelgroep: mensen met psychiatrische problematiek, capaciteit 250.
- SBWU – ambulans OGGz van de SWBU. Specifieke doelgroep: mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek, capaciteit ?.
- Vrouwenopvang Vita – ambulans van de Vrouwenopvang Utrecht. Specifieke doelgroep: vrouwen (met kinderen), capaciteit 12 + kinderen.



## 2.3 Drugsverslaafden

### Kernpunten

- In Utrecht zijn naar schatting 500 – 650 problematische opiaat- en cocaïnegebruikers.
- Drugsverslaving komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen en vaak in leeftijdscategorie van 30 tot 35 jaar.
- Cocaïnegebruik is relatief hoog bij jonge mannen (16 – 24 jaar).
- Drugsverslaafden hebben te maken met medische (huidaandoeningen, infectieziekten, longaandoeningen, en psychopathologie) en sociale problemen (verstoorde sociale relaties, problemen met werk, opleiding of huisvesting, contacten met justitie en schulden).
- Er zijn signalen dat de omvang van de groep drugsverslaafden de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven is.
- Het bereik van de hulpverlening is relatief hoog.
- Er is de afgelopen jaren een uitgebreid aanbod van hulpverlening voor drugsverslaafden ontstaan.

### 2.3.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Net als bij de alcoholisten is er bij de drugsverslaafden sprake van afhankelijkheid van een middel. Anders dan bij alcohol gaat het bij de drugs om meerdere middelen. Grofweg wordt er bij de drugs een onderscheid gemaakt in middelen met een aanvaardbaar risico ('softdrugs') en middelen met een onaanvaardbaar risico ('harddrugs'). In dit hoofdstuk komen alleen de harddrugverslaafden aan de orde. In Nederland zijn de meest gebruikte harddrugs heroïne en cocaïne. Tot voor kort was heroïne de meest gebruikte illegale drug, maar de afgelopen jaren zijn veel harddruggebruikers van heroïne overgestapt naar 'gekookte' cocaïne ('crack'). Sommige nieuwe drugsverslaafden zijn met 'crack' begonnen en zijn er later heroïne bij gaan gebruiken. Veel harddrugverslaafden hebben problemen met meerdere middelen (polydruggebruik).

### 2.3.2 Demografische kenmerken van de groep

#### *Omvang*

De meest recente landelijke schatting van het aantal probleemgebruikers van harddrugs komt uit op 32.000 (marge 22.000 – 42.000, NDM, 2004). In Utrecht is de meest recente schatting van het aantal drugsverslaafden (problematische opiaat- en cocaïnegebruikers) uit 2000. Het gaat dan om naar schatting 500 – 650 drugsverslaafden (De Graaf e.a., 2000).

Naast een schatting van het aantal drugsverslaafden zijn er in Utrecht ook gegevens beschikbaar over het aantal personen dat voor problemen met drugs contact heeft gehad met de hulpverlening (in Utrecht Centrum Maliebaan). In het kader van de Monitor Alcohol en Drugs zijn in Utrecht gegevens van de cliënten van Centrum Maliebaan geanalyseerd in de periode 1993-1998 (Toet e.a., 2000). Deze analyses betroffen zowel de cliënten van de ambulante als die van (poli)klinische hulpverlening. Het ging in de periode 1993-1998 om gemiddeld 400 cliënten in de ambulante en 150 cliënten in de (poli)klinische hulpverlening (samen gemiddeld zo'n 550 personen per jaar). In tabel 2.3.1 staan de aantallen drugscliënten van Centrum Maliebaan in de periode 1999 – 2002 vermeld.

Door de overschakeling op een ander registratiesysteem konden alleen de gegevens van de cliënten van Centrum Maliebaan tot en met september 2002 gebruikt worden. In het oude registratiesysteem werden inschrijvingen bijgehouden. Dit betekent dat een persoon meerdere keren in de registratie

voor kan komen. Het is niet mogelijk geweest de inschrijvingen te herleiden tot unieke personen. Daarom komen de aantallen voor de periode 1999 – 2002 hoger uit dan in de voorgaande periode, toen wel met unieke personen gewerkt is. Het was bij de gegevens van de ambulante hulpverlening ook niet mogelijk de cannabiscliënten te onderscheiden van de 'harddrugcliënten'. Volgens opgaaf van Centrum Maliebaan heeft circa 6% van de drugscliënten cannabis als primair probleem.

Rekening houdend met het feit dat de gegevens 2002 niet compleet zijn, lijkt het er op dat het bereik van de drugshulpverlening in de periode 1999 – 2002 redelijk stabiel is.

In 2001 zijn er in Utrecht meer voorzieningen voor drugsverslaafden gekomen (hostels en zorgcentra) zodat het bereik wellicht groter geworden is.

**Tabel 2.3.1. Clientgegevens Centrum Maliebaan (ambulante en klinische drugshulpverlening) 1999-2002**

	1999			2000			2001			2002*		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Amb**.	826	200	1026	866	207	1073	787	169	956	764	154	918
Klin.	108	13	121	91	20	111	92	24	116	91	30	121
Tot	934	213	1147	957	227	1184	879	193	1072	855	184	1039

\* Tot en met september \*\* inclusief cannabiscliënten

#### *Leeftijd en geslacht*

Naast de schatting van het aantal harddrugverslaafden en de aantallen in de ambulante en (poly)klinische hulpverlening is er informatie uit de Utrechtse gezondheidspeiling beschikbaar.

In tabel 2.3.2 staat het cocaïnegebruik (zowel ooit gebruikt als het afgelopen jaar gebruikt) van de Utrechtse bevolking van 16 t/m 54 jaar weergegeven. Het gebruik van heroïne komt zo weinig frequent voor in de steekproef (en bevolking) dat het niet zinvol is dit hier weer te geven.

**Tabel 2.3.2. Cocaïnegebruik (ooit en laatste jaar) naar geslacht en leeftijd, 2003**

Leeftijd	Ooit gebruikt			Laatste jaar gebruikt		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
16 - 24	13%	1%	5%	5%	0%	2%
25 - 34	8%	5%	6%	1%	1%	1%
35 - 44	5%	4%	5%	2%	1%	1%
45 - 54	3%	1%	2%	2%	0%	1%
Totaal	7%	3%	5%	2%	1%	1%

In tabel 2.3.2 is te zien dat het cocaïnegebruik voornamelijk bij jonge mannen voorkomt.

In de vorige VMU (Toet, e.a., 2003) kwam naar voren dat de groep drugsverslaafden gekenmerkt werd door mannen (circa 80%) in de leeftijdscategorie van 30 tot 35 jaar.

### **2.3.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

Drugsverslaafden hebben net als alcoholisten te maken met problemen van medische en sociale aard. Wat betreft de medische problemen gaat het om huidaandoeningen (waaronder abscessen), seksueel overdraagbare aandoeningen (Gonorrhoe, Syphilis, ed.), overige infectieziekten (Hepatitis, HIV, TBC ed.), longaandoeningen (a.g.v. roken van drugs), psychopathologie (dubbele diagnose: met psychose e.d.). De sociale problemen waarmee drugsverslaafden te maken (kunnen) krijgen zijn:

verstoorde sociale relaties (waaronder familierelaties), problemen met het werk of opleiding, huisvesting, contacten met justitie en financiële problemen (schulden).

#### *Geschatte zorgbehoefte van deze groep*

Het grootste deel van de drugsverslaafden heeft contact met de hulpverlening. Dit wil nog niet zeggen dat zij geen behoefte aan aanvullende zorg hebben. In de periode 2002 – 2005 is onderzoek gedaan bij twee vormen van hulpverlening aan verslaafde daklozen, de zorgcentra (voorheen gebruiksruimten) en de 24-uurswoonvoorzieningen voor verslaafde daklozen (de hostels). In deze twee onderzoeken (Hulsbosch, e.a., 2004; Vermeulen, e.a., 2005) is informatie verzameld over de zorgbehoefte van de verslaafde daklozen. De bezoekers van de zorgcentra hadden met name behoefte aan hulp bij problemen met huisvesting, financiën, drugs, lichamelijke en psychische klachten. De bewoners van de hostels gaven aan behoefte te hebben aan hulp bij de persoonlijke verzorging, problemen met politie en justitie, psychische en verslavingsproblemen en bij het vinden van dagactiviteiten en scholing.

#### **2.3.4 Instroom/uitstroom**

De verandering in de omvang van de doelgroep drugsverslaafden in Utrecht is moeilijk vast te stellen. Dit komt door het ontbreken van een recente schatting van het aantal drugsverslaafden. Er zijn wel signalen dat de omvang van de groep de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven is. Er komen relatief weinig nieuwe drugsverslaafden bij en de sterfte en herstel (afkicken) is ook relatief beperkt.

#### **2.3.5 Zorgaanbod**

In Utrecht zijn de volgende organisaties betrokken bij de zorg voor drugsverslaafden:

##### *Centrum Maliebaan*

Centrum Maliebaan werkt niet meer met specifieke programma's voor drugsverslaafden, maar biedt producten aan. Drugsverslaafden kunnen van deze producten gebruik maken. Deze producten zijn:

- Voorzorg en Aanmelding
- Regie en Diagnostiek
- Individuele contacten
- Gespecialiseerde behandeling
- Sociotherapeutisch aanbod
- Intensieve zorg
- Zeer intensieve zorg
- Dienstverlening

Naast het hiervoor beschreven algemene aanbod heeft Centrum Maliebaan voor de dakloze drugsverslaafden drie zorgcentra: De Stek, De Singel en het Stationsplein, capaciteit 350.

Tevens exploiteert Centrum Maliebaan de Utrechtse heroïneverstrekking (capaciteit gemiddeld 45)

##### *Altrecht*

Altrecht heeft afdelingen die zorg bieden aan mensen met een combinatie van verslavingsproblematiek en psychische problemen. In sommige gevallen wordt daarbij samengewerkt

met Centrum Maliebaan. De volgende afdelingen bieden een combinatie van zorg:

#### Afdeling Acute psychiatrie, Unit D

De afdeling Acute psychiatrie werkt voor mensen van 18 t/m 59 jaar in de gemeente Utrecht met (acute) psychiatrische problemen. Unit D maakt deel uit van deze afdeling en is een unit voor behandeling van cliënten die - meestal chronisch - lijden aan psychiatrische stoornissen in combinatie met verslavingsproblematiek. De unit werkt nauw samen met Centrum Maliebaan (verslavingszorg). Op deze unit kunnen 14 cliënten opgenomen worden die allen een rechterlijke maatregel opgelegd hebben gekregen (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging).

#### Afdeling Roosenburg

De DD-unit van afdeling Roosenburg behandelt dubbel gediagnostiseerde (DD) patiënten in de leeftijdscategorie van 18 tot 60 jaar. De DD-unit is bedoeld voor patiënten met een combinatie van zowel langdurig, ernstig verslavingsproblematiek als een psychiatrische stoornis. De wisselwerking die beide soorten problemen op elkaar hebben maakt, dat een behandeling alleen in de verslavingszorg of alleen in de psychiatrie tekort schiet.

#### *Leger de Heils*

Sinds 2001 exploiteert het Utrechtse Leger des Heils 2 hostels voor dakloze druggebruikers:

- Hostel De Hoek. Het hostel richt zich op verbeteren van de kwaliteit van leven en het bieden van zorg aan mannen en vrouwen die chronisch verslaafd zijn aan harddrugs. Een tweede doel is het verminderen van de criminaliteit in de binnenstad van Utrecht door het bieden van zorg aan deze mensen. Capaciteit: 5 plaatsen voor vrouwen en 20 voor mannen.
- Hostel Habi Tante. Het hostel richt zich op verbeteren van de kwaliteit van leven en het bieden van zorg aan vrouwen die chronisch verslaafd zijn aan harddrugs. Een tweede doel is het verminderen van de criminaliteit in de binnenstad van Utrecht door het bieden van zorg aan deze mensen. Capaciteit 21.

#### *Stichting Beschermde Woonvormen Utrecht (SBWU)*

- SBWU Hostel Maliehof is gevestigd aan de Maliebaan te Utrecht en bestaat uit twee panden. In het hoofdgebouw is plaats voor twee groepen van elf bewoners. Daarnaast is in de tuin een bijgebouw gevestigd, dat plaats biedt aan zes oudere bewoners met een eventuele verpleeg- of verzorgingsbehoefte. Capaciteit 28 plaatsen.
- SBWU Ambulant OGGZ Team richt zich evenals Hostel Maliehof op verslaafde dak- en thuislozen. Voor een deel van de doelgroep is een verblijf in een hostel (nog) niet de meest geschikte oplossing. Mensen die jarenlang op straat geleefd hebben kunnen en willen vaak niet tussen de vier muren van een hostel wonen. Deze cliënten kunnen als alternatief kiezen voor ambulante begeleiding. Deze begeleiding is langdurig, intensief en zeer praktisch van aard. Opvallend is verder dat de begeleiding geboden wordt op de plaats waar de cliënt zich bevindt. Dat kan een huis zijn, maar ook een kamertje in een pension, een gebruiksrimte of op straat. Het principe 'begeleiding aan huis' wordt dus zeer breed ingevuld.

## 2.4 Ex-ama's

### Kernpunten

- Er zijn in Utrecht ongeveer 300 ex-ama's, waarvan 40% een definitieve verblijfsvergunning heeft.
- Relatief veel ex-ama's wonen op de Amsterdamsestraatweg, in Lombok en in Kanaleneiland.
- Ex-ama's lopen een groot risico om te marginaliseren, met name de jonge moeders. Vaak hebben deze jongeren niemand om op terug te vallen.
- Ze hebben veelal psychische problemen, maar willen hier vaak niet over praten.
- Door een strenger beleid ten aanzien van asielzoekers is de instroom van het aantal ama's de laatste jaren sterk afgenomen.
- Gebrek aan specifieke kennis met betrekking tot deze doelgroep zorgt ervoor dat de hulpverlening vaak vroegtijdig wordt verlaten.
- Het Gruttersdijkproject biedt hulp aan deze groep.

### 2.4.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Alleenstaande minderjarige asielzoekers (ama's) zijn vluchtelingen die bij binnenkomst in Nederland jonger dan 18 jaar zijn en die zonder ouders of andere wettelijke vertegenwoordigers in Nederland een asielaanvraag indienen. Tot hun achttiende jaar krijgen ama's begeleiding en zorg, maar na hun achttiende jaar zijn de ama's op zichzelf aangewezen. Dit zijn de zogenaamde ex-ama's. Binnen de groep ex-ama's zitten zowel jongeren met als zonder verblijfsvergunning. Een klein gedeelte van de ex-ama's woont in een asielzoekerscentrum en de rest woont op kamers of in een zelfstandige woonruimte.

Ex-ama's met een verblijfsvergunning hebben recht op een uitkering en tot voor kort kregen alle ex-ama's zonder verblijfsvergunning leefgeld om in hun dagelijkse behoeften te voorzien. Per 1 augustus 2005 is het ministeries van Justitie voornemens om dit voorzieningssysteem af te bouwen. Voor ama's die na deze datum 18 worden geldt deze regeling al. Binnen de doelgroep geeft dit grote onrust en het leidt ertoe dat ex-ama's wel in Nederland verblijven (soms rechtmatig!) maar geen recht op voorzieningen hebben (Oepkes, 2005).

### 2.4.2 Demografische kenmerken van de groep

#### *Omvang*

Op dit moment wonen er in de stad Utrecht ongeveer 300 ex-ama's op kamers of in zelfstandige woonruimten. Ongeveer 40% hiervan heeft een definitieve verblijfsvergunning (Ex-ama team, 2005).

#### *Leeftijd en geslacht*

Per definitie zijn alle ex-ama's 18 jaar of ouder. Iets meer dan de helft van de ex-ama's in Utrecht is man. Van alle vrouwen is eenderde moeder en er zijn momenteel ongeveer 50 ex-ama kinderen in Utrecht (Ex-ama team, 2005).

#### *Etniciteit*

Van de ex-ama's zonder verblijfsvergunning komen de meesten uit China, Siërra Leone, Angola en Guinee (Ex-ama team, 2004). In de totale groep komt er een belangrijke groep uit Siërra Leone, Afghanistan en Somalië. Dit zijn belangrijke landen omdat voor deze landen vaak tijdelijke vergunningen worden afgegeven die weer kunnen worden ingetrokken. Een grote groep (35%) is

afkomstig uit landen die op juridisch gebied en met betrekking tot gedwongen terugkeer problematisch zijn, zoals China, Somalië en Angola (Ex-ama team, 2005).

#### *Geografische verdeling over de gemeente*

In principe wonen ex-ama's in heel Utrecht. Zo wonen ze bijvoorbeeld in de studentencomplexen van de Stichting Sociale Huisvesting (SSH). Wel wonen er relatief veel ex-ama's op de Amsterdamsestraatweg, in Lombok en in Kanaleneiland (Oepkes, 2005).

### **2.4.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

#### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

Ex-ama's lopen een groot risico om te marginaliseren. Dit heeft te maken met de vaak slechte woonsituatie, de onzekerheid over hun verblijfstitel, het gebrek aan opleiding die hen een perspectief op de toekomst ontnemt, psychische problematiek, veel (psycho-)somatische klachten, onvoldoende sociale weerbaarheid, taalproblemen, etc (Horjus, 2001). Bovendien heeft deze groep vaak niemand om op terug te vallen.

Een groep die extra kwetsbaar is zijn jonge moeders. De vaders zijn meestal onbekend of uit beeld verdwenen, dus deze jonge moeders staan er vaak alleen voor. Door het moederschap hebben de jonge vrouwen vaak een achterstand op het gebied van taal, school en werk. Voor de kinderen zijn de woonomstandigheden vaak stagnerend voor de ontwikkeling. Bovendien kan het (oorlogs)trauma van de moeder invloed zijn op de moeder-kind relatie (Ex-ama Team, 2005).

Het feit dat de ex-ama's zonder verblijfsstatus nu geen leefgeld meer behoren te krijgen maakt hen extra kwetsbaar en de kans is groot dat zij in de criminaliteit of de prostitutie zullen belanden of dat de druk op het netwerk van ex-ama's rond hen groter zal worden (logeergedrag). Andere mogelijke gevolgen zijn een toename van suïcidale gedachten, depressiviteit en grensoverschrijdend en explosief gedrag (Oepkes, 2005).

#### *Bijzondere medische problemen*

Ama's hebben vaak zeer veel ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt en hebben hierdoor vaak last van psychosociale klachten, zoals angsten en depressies. Zij hebben hierdoor een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische psychische problemen (Bean, 2005).

Volgens sleutelfiguren hebben de ex-ama's in Utrecht vaak vage malaiseklachten, zoals hoofdpijn, buikpijn, slecht slapen en concentratieproblemen. Medewerkers van het RIAGG noemden vooral bedplassen en posttraumatische stressstoornissen. Er zijn ook veel indicaties van ongewenst zwangerschappen en van grensoverschrijdend seksueel gedrag (Horjus, 2001).

Landelijk onderzoek suggereert dat ex-ama meisjes op de gezondheidsindicatoren algemeen welbevinden, lichamelijk welbevinden, stress, depressie en suïcidale gedachten niet slechter scoren dan Nederlandse meisjes. De ex-ama jongens hebben een iets slechter algemeen welbevinden, wat meer lichamelijke klachten en zijn wat vaker depressief (Smit, 2000). De uitkomsten worden gerelateerd aan de gevoelens van Nederlandse adolescenten en het is onduidelijk of het normbesef bij ex-ama's anders is dan bij Nederlandse jongeren. Alle ama's geven aan regelmatig last te hebben

van twee van de vier vluchtelingenklachten (nachtmerries, zich zorgen maken, zich verdrietig voelen en heimwee hebben). Dit zou mogelijk kunnen wijzen op posttraumatische stressstoornissen (Smit, 2000).

Een belangrijke voorwaarde voor het welzijn van deze groep is het hebben van een zekere verblijfsvergunning (Horjus, 2001).

#### *Bijzondere sociale kenmerken*

Onderzoek onder Utrechtse ex-ama's liet zien dat meisjes vaak een 'beste vriendin' hebben met wie ze veel kunnen bespreken. Jongens hebben daarentegen meer vrienden, maar ze kunnen met hen niet echt hun problemen bespreken (Horjus, 2001). Landelijk onderzoek laat zien dat een vijfde van de ex-ama's vindt dat ze te weinig vrienden hebben. Ze hebben ook minder steunende figuren dan Nederlandse jongeren (Smit, 2000).

Bij ex-ama's is er vaak sprake van ontkenning. Voor hulpverleners is het moeilijk om dit te doorbreken. Daarnaast hebben zij ook ingesleten copingmechanismen als overlever die moeilijk te veranderen zijn (Oepkes, 2005).

#### *Geschatte zorgbehoefte*

Gezien de medische problemen van deze groep, is de zorgbehoefte naar verwachting verhoogd. Precieze gegevens hierover zijn niet bekend. Wel is uit kwalitatief onderzoek bekend dat de meeste jongeren liever niet over hun psychische problemen willen praten, bijvoorbeeld omdat ze de hulpverlening niet vertrouwen (Horjus, 2001). Ook kan het zijn dat vanuit hun cultuur de westerse hulpverlening niet adequaat lijkt. In veel landen waar de ex-ama's vandaan komen heerst een medicijncultuur, terwijl in Nederland een praatcultuur heerst. Zolang zij geen medicijnen voorgeschreven krijgen en er alleen gepraat wordt, voelen zij zich niet serieus genomen (Oepkes, 2005).

### **2.4.4 Instroom/uitstroom**

#### *Instroom/uitstroom*

Landelijk is de instroom van het aantal ama's de laatste jaren sterk afgenomen (COA, 2004). Dit is het gevolg van een strenger ama-beleid. Als gevolg hiervan zal het aantal ex-ama's de komende jaren ook afnemen. Dit zal naar verwachting ook voor Utrecht gelden.

#### *Aanzuigende werking grote stad*

In de gemeente Utrecht woont ongeveer de helft van alle ex-ama's die in de provincie Utrecht wonen. Blijkbaar heeft een grote stad een aanzuigende werking. Dit komt mogelijk doordat in de stad makkelijker is een kamer te krijgen vergeleken met dorpen. Tevens blijkt dat de jongeren graag naar de grote stad trekken (Horjus, 2001).

### **2.4.5 Zorgaanbod**

Een probleem in de zorg aan deze groep is de andere denkwereld waarin zij leven. Vragen die op het

eerste oog simpele lijken, blijken een grote reactie los te kunnen maken. Bijvoorbeeld de vraag 'Heb je broers of zussen?' kan een ex-ama in problemen brengen. Vaak is de band met broers en zussen verbroken of zijn zij (op een gruwelijke manier) om het leven gekomen en hierdoor kunnen zij de vraag moeilijk beantwoorden met ja of nee. Het vertrouwen is in dat geval vaak meteen geschonden en de ex-ama verlaat het zorgtraject. Het is dan ook belangrijk voor de zorgverleners dat zij kennis hebben van de problemen die in deze groep spelen en hier op de juiste manier mee om kunnen gaan (Oepkes, 2005).

De ex-ama's met verblijfsstatus kunnen gebruik maken van de reguliere zorg. De toegankelijkheid zou hierbij voor problemen kunnen zorgen, maar het Gruttersdijkproject draagt hier zorg voor.

Bij Altrecht is er een team van specialisten dat zich richt op de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen.

### Gruttersdijkproject

Het project wordt uitgevoerd door het ex-ama team van Stichting Vluchtelingenwerk Utrecht en is een samenvoeging van de projecten Avanti en Perspectief. Het project is uniek in Nederland en richt zich op ex-ama's, zowel met als zonder verblijfsvergunning. Het doel van dit project is o.a. het bieden van een onderling netwerk en lotgenotencontacten, het bieden van een laagdrempelig hulpverleningsaanbod (maatschappelijk werkers) en het vervullen een signaalfunctie, met doorverwijzing naar zorginstanties. Aan de ex-ama's die geen verblijfsstatus hebben, probeert het project een realistisch beeld te geven van het leven in illegaliteit in Nederland en van terugkeer naar hun land van herkomst. Ook biedt het project hier en in het thuisland hulp bij het realiseren van de terugkeer. Het blijkt dat 9 van de 10 jongeren die bij het project betrokken zijn, een bezoek brengen aan de eigen ambassade, terwijl de meeste jongeren bij het begin van het project niet aan terugkeren wilden denken. Bij verblijfsrechtelijke problemen functioneert het project als mediator en op psychosociaal vlak biedt het een vorm van crisishulpverlening (Ex-ama team, 2004).

Het bereik van het project is hoog. Sinds het project gestart is (juni 2003) blijkt de groep ex-ama's die in de stad Utrecht wonen ruim twee keer zo groot als daarvoor ingeschat (Oepkes, 2005).

Binnen het Gruttersdijkproject bestaat de wens voor er een speciaal project dat jonge ex-ama moeders met hun kinderen ondersteunt en begeleidt. Het project heeft tot doel de psychosociale en maatschappelijke positie van de jonge moeders en hun kinderen te verbeteren. Ook krijgen de moeders ondersteuning bij het omgaan met hun kind en hun eigen emoties (Ex-ama Team, 2005).

## 2.5 Illegalen

### **Kernpunten**

- Er verblijven naar schatting 3.250-8.000 illegalen in Utrecht.
- Ongeveer de helft is van Turkse of Marokkaanse herkomst.
- Illegalen hebben vaak last van klachten op het gebied van het spijsverteringsstelsel, psychische stoornissen, infectie- en parasitaire ziekten, de ademhalingswegen en het urogenitaal systeem.
- Door een strenger toelatingsbeleid voor asielzoekers is de verwachting dat het aantal illegalen de laatste jaren toegenomen is.
- RUIS maakt de zorg toegankelijk voor illegalen, maar door onbekendheid en angst om aangegeven te worden, maken zij hier mogelijk geen gebruik van.



### 2.5.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn illegalen alle vreemdelingen die zonder geldige vestigings- of verblijfsvergunning vier maanden of langer in Nederland verblijven en dus niet opgenomen zijn in de Gemeentelijke basis administratie. Asielzoekers die de uitkomst van hun asielprocedure hier mogen afwachten, worden niet tot de illegalen gerekend (CBS, 2002).

Personen kunnen op grofweg twee manieren in de illegaliteit komen. Ten eerste zijn er mensen die een asielaanvraag doen, waarbij deze asielaanvraag wordt afgewezen of de asielzoeker zelf de procedure afbreekt. Er zijn ook personen die illegaal Nederland binnenkomen en nooit een visum- of asielaanvraag hebben gedaan (Wildschut, 2003).

De Vreemdelingenwet van 1998 sluit een aantal groepen in Nederland uit van elk beroep op collectieve voorzieningen waaronder een ziektekostenverzekering. De stichting Koppeling gebruikt als definitie dan ook: personen die vanwege hun verblijfsstatus niet verzekeraar zijn voor gezondheidszorg.

In deze rapportage zullen we de definitie hanteren zoals die door het CBS wordt geformuleerd, tenzij anders vermeld.

Illegalen kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën (Engbersen, 1994):

- *Betrekkelijk geïntegreerde illegalen*: niet geregistreerde werknemers (en hun eventuele gezin) met een stabiele baan, opgenomen in een gemeenschap van immigranten en al geruime tijd woonachtig in Nederland.
- *Stabiele illegalen*: de afgelopen jaren in Nederland aangekomen. Zij hebben nauwelijks toegang tot de arbeidsmarkt (geen sofi-nummer) en werken onregelmatig in de informele sector.
- *Gemarginaliseerde illegalen*: kunnen zich na verloop van tijd nauwelijks staande houden. Zij hebben geen ondersteunend netwerk en geen uitzicht op werk in het formele of informele circuit.
- *Criminele illegalen*: veelal actief in de drugshandel. Ook is een deel van deze categorie crimineel actief om geld te verwerven voor het kopen van drugs. Naar verwachting bestaat een groot deel van deze groep uit personen die speciaal voor de criminaliteit naar Nederland komen. Zij vestigen zich hier niet, maar verdwijnen naar een aantal maanden weer. Daarnaast zijn er illegalen die zich wel in Nederland vestigen en om aan geld te komen in de criminaliteit terecht komen.

De gemarginaliseerde illegalen en de criminele illegalen die zich in Nederland hebben gevestigd kunnen tot de 'sociaal kwetsbaren' gerekend worden.

### 2.5.2 Demografische kenmerken van de groep

#### *Omvang*

Per definitie is het aantal illegalen dat in Nederland of Utrecht verblijft niet geregistreerd. Om toch iets over het aantal te kunnen zeggen, moeten er schattingen worden gemaakt. De meest recente schatting gaat uit van 125.000-225.000 illegalen in Nederland (Engbersen, 2004). In het kader van het onderzoeksprogramma 'De ongekende stad' is in 1998 een schatting van het aantal illegalen in de vier grote steden uitgevoerd. Het geschatte aantal illegalen in 1995 in de vier grote steden kwam hierbij uit op 40.000, waarvan er 2.600 in Utrecht verbleven (Leun, 1998).

Een schatting van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Utrecht, kwam uit op 3.250-4.550 illegalen (exclusief Oost- en West-Europeanen) (Bestuursinformatie, 2004). Weer een andere schatting leverde 6.000-8.000 illegalen in de stad Utrecht op, waarbij de illegalen uit Oost-Europa niet zijn meegerekend (Braat, 2005).

Al deze schattingen zijn gebaseerd op verschillende methoden en kunnen daarom niet met elkaar worden vergeleken. Aangezien de schatting op basis van 'De ongekende stad' mogelijk verouderd is, zal het aantal illegalen in Utrecht waarschijnlijk liggen tussen 3.250 en 8.000.

Er is in Utrecht ook een groep asielzoekers die eigenlijk uitgeprocedeerd zijn, maar nog om bijvoorbeeld medische redenen asiel aan willen vragen. Deze personen hebben geen recht meer op collectieve voorzieningen. Zij worden officieel niet tot de illegalen gerekend, maar zij vallen wel binnen de definitie van de stichting Koppeling. In Utrecht is er noodopvang voor deze mensen en hier verblijven ongeveer 40-50 personen (Braat, 2005).

#### *Leeftijd en geslacht*

Uit onderzoek naar illegale vreemdelingen is gebleken dat het in de meerderheid van de gevallen gaat om migranten van het mannelijk geslacht, meestal in de leeftijd van 20 tot 40 jaar (Engbersen, 2002). Uit gegevens van RUIS blijkt dat ongeveer tweederde van de geregistreerde illegalen man is en dat tweederde tussen 25 en 45 jaar is (Ruis, 2005).

#### *Etniciteit*

Van alle illegalen in Nederland wordt geschat dat iets minder dan de helft afkomstig is uit de traditionele arbeidsmigratielanden Turkije en Marokko. Ongeveer een derde komt uit de belangrijkste asiellanden; Afghanistan, Irak, Iran, Somalië en het voormalig Joegoslavië (CBS, 2002). Illegalen wonen vaak bij familie of landgenoten in huis. Aangezien er in Utrecht relatief veel Turken en Marokkanen wonen, is het aannemelijk dat het aandeel illegalen van Turkse en Marokkaanse afkomst in Utrecht hoger is dan gemiddeld in Nederland.

In Utrecht verblijft een grote groep Oost-Europeanen. Het is moeilijk om deze groep in kaart te brengen, omdat de samenstelling van deze groep sterk wisselt. Veel illegale Oost-Europeanen verblijven maar voor een paar maanden in Nederland (Braat, 2005).

#### *Geografische verdeling over de gemeente*

Veel illegalen wonen bij andere mensen in huis, veelal bij familie, vrienden of landgenoten. Met name in Overvecht en rond de Amsterdamsestraatweg wonen veel illegalen (Braat, 2005).

### **2.5.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

#### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

Illegaal in Nederland verblijvende personen zijn kwetsbaar om de volgende redenen: ze lopen het risico terecht te komen in een criminele omgeving, zijn afhankelijk van de sociale omgeving voor onderdak, hebben vaak illegale baantjes en vaak een traumatische achtergrond. Bovendien maken ze minder gebruik van de zorg. Een mogelijke reden hiervoor is dat illegalen bang zijn dat ze worden

ontdekt en aangegeven. Ook is bij veel illegalen en hulpverleners niet bekend dat de kosten worden vergoed door de Stichting Koppeling (zie §2.5.5) (Stam, 2004).

#### *Bijzondere medische problemen*

Uit een registratie van illegalen die een Utrechtse hulpverlener bezoeken, blijkt dat zij in 2004 vooral kwamen om de volgende redenen: gastrointestinale klachten, problemen van het bewegingsapparaat, huidproblemen (waaronder infecties), COPD en psychiatrische problematiek (RUIS, 2005). Uit een landelijk onderzoek naar gezondheidsklachten van illegalen dat in 1998-2001 is uitgevoerd, komen dezelfde problemen naar voren (Oort, 2001).

Onderzoeken onder Utrechtse en Rotterdamse illegalen lieten zien dat illegalen vooral bij de huisarts komen met klachten op het gebied van het spijsverteringsstelsel, psychische stoornissen, infectie- en parasitaire ziekten, de ademhalingswegen en het urogenitaal systeem. De Rotterdamse huisartsen denken dat bij gemiddeld 42% van de klachten een psychosociale oorzaak heeft en tweederde van de Utrechtse huisartsen denkt dat bij minstens de helft de gezondheidsproblemen een psychosociale oorzaak heeft. De psychosociale oorzaken die door de huisartsen het meest genoemd werden, zijn gevoelens van onbehagen, slechte woon- en werkomstandigheden, angst voor uitzetting uit Nederland, problemen met betrekking tot de sociale omgeving en stress als gevolg van de onzekere situatie (Epema, 1997; Liefhebber, 1996).

#### *Bijzondere sociale kenmerken*

Uit een onderzoek onder illegale Turken, Marokkanen, Bulgaren, Pakistanen en Somaliërs in Rotterdam en Den Haag, bleek dat een kwart van hen was gehuisvest bij familie en vrienden, eveneens een kwart verbleef in een pension, ongeveer een vijfde had een etage of kamer in onderhuur. Tevens bleek dat de meeste illegalen weinig klachten hebben over hun woonsituatie en redelijk tevreden zijn met hun huisvesting (Engbersen, 2004).

#### *Geschatte zorgbehoefte*

In 2004 hebben Utrechtse illegalen ruim 2.800 contacten met de gezondheidszorg gehad, waarvan bijna 1.000 contacten met de huisarts (Ruis, 2005). De gemiddelde Nederlander gaat 2,4 keer per jaar naar de huisarts (LINH, 2005). Uitgaande van de minimale schatting van 3.250 illegalen in Utrecht, komt dit neer op maximaal 0,3 huisartscontacten per jaar en gaan illegalen dus beduidend minder vaak naar de huisarts dan de gemiddelde Nederlander. Mogelijke redenen hiervoor staan in de paragraaf 'Wat maakt deze groep kwetsbaar' genoemd.

Uit een landelijke onderzoek naar illegalen bij de huisarts blijkt dat illegalen niet veel vaker dan reguliere patiënten te laat met hun klachten komen (11% vs. 9%) (Oort, 2001).

### **2.5.4 Instroom/uitstroom**

#### *Instroom/uitstroom*

De in- en uitstroom van het aantal illegalen is mede afhankelijk van veranderingen in het migratiebeleid. Op dit moment is er een streng toelatingsbeleid, waardoor meer asielzoekers zullen

worden afgewezen. Hierdoor zal het aantal illegalen toenemen (CBS, 2002; Verkleij, 2003).

Door het terughoudende beleid, waarbij men niet meer zo snel om humanitaire redenen mag blijven, komen er waarschijnlijk steeds meer kinderen en ouderen bij, welke extra kwetsbaar zijn (Stam, 2004).

Over de in- en uitstroom van de groep die illegaal Nederland is binnen gekomen en geen visum- of asielaanvraag doet is niet goed uitspraak te doen.

#### *Aanzuigende werking grote stad*

In grote steden verblijven waarschijnlijk relatief meer illegalen en hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste zal een illegaal niet willen opvallen en dit kan het beste in een grote stad waar meer anonimiteit is en meer landgenoten wonen. De tweede reden is dat een illegaal een netwerk van familie, vrienden en landgenoten nodig heeft en zo'n netwerk is makkelijker te vinden in de grote steden (CBS, 2002).

### **2.5.5 Zorgaanbod**

Een wijzigingen in de Vreemdelingenwet van 1998 (Koppelingswet in de volksmond) sluit een aantal groepen in Nederland uit van elk beroep op collectieve voorzieningen waaronder een ziektekostenverzekering. Behalve de individuele gezondheidsrisico's levert deze maatregel ook risico's voor de algemene volksgezondheid. Te denken valt aan infectieziekten en onbehandelde psychiatrische problemen. Om ervoor te zorgen dat de medisch noodzakelijke zorg toch gewaarborgd blijft en de hulpverleners weinig financiële schade lijden is de Stichting Koppeling opgericht. Deze stichting beheert het budget dat het Ministerie van VWS heeft gereserveerd om de medische kosten van illegalen te vergoeden aan de hulpverleners. Illegalen kunnen hierdoor gebruik maken van de reguliere zorg. Het Regionaal Utrechts Illegalen Samenwerkingsverband (RUIS) waarborgt de zorg voor de illegalen in de regio Utrecht. Zoals ook al eerder is genoemd, is het bij veel illegalen en hulpverleners echter niet bekend dat de kosten worden vergoed door de Stichting Koppeling.

Met betrekking tot het zorgaanbod zijn de cultuurverschillen tussen hulpvragen en hulpverlener ook van belang. Illegalen zullen hun probleem anders naar voren brengen en een andere opstelling van de hulpverlener verwachten dan Nederlandse patiënten (Epema, 1997). De hulpverlener moet hiervan op de hoogte zijn en er mee om kunnen gaan.

## **2.6 Prostitué(e)s**

### **Kernpunten**

- Minimaal 700 prostituees zijn in Utrecht werkzaam, waarvan ongeveer 180 straatprostituees.
- Minderjarige prostituees krijgen hulpverlening, zonodig gedwongen.
- Prostituees zijn kwetsbaar omdat zij een groot risico lopen om in aanraking te komen met fysiek/psychisch geweld, verslaving, en maatschappelijke marginalisatie.
- Prostituees hebben een verhoogde kans op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en besmetting met HIV.
- Voor de prostituees aan het Zandpad en de Baan is hulpverlening aanwezig. Hetzelfde geldt voor verslaafde prostituees.

### 2.6.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Een prostitué(e) is iemand die tegen betaling (geld of goederen) seksuele handelingen verricht met een ander. Er zijn verschillende soorten prostitutie te onderscheiden:

- Straatprostitutie (de Baan).
- Raamprostitutie (Zandpad en Hardebollenstraat): Een vrouw huurt een raam (+ ruimte).
- Clubs: horeca-achtige gelegenheid met een bar en dergelijke. Hier zijn meerdere vrouwen werkzaam.
- Privé-huizen: instellingen waar eveneens meerdere vrouwen werken, maar er is geen contact tussen de klanten. De prostituant kiest een vrouw en ze trekken zich terug in een aparte ruimte.
- Escortservice: vrouwen/mannen werken thuis of op locatie, via telefonische bemiddeling door het bedrijf.
- Thuiswerkers: vrouwen/mannen die thuis klanten ontvangen en alleen via mond op mond reclame bekend zijn.
- Erotische massagesalons.
- Overig. Dat zijn bijvoorbeeld alternatieve bemiddelingscentra als koffiehuisen.

In dit rapport wordt een tweedeling gemaakt in deze groepen; de straatprostitutie en de seksinrichtingen (raamprostitutie, clubs en privé-huizen). Veel van de gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit praktijkinzichten van de politie en zijn dus niet op onderzoek gebaseerd.

### 2.6.2 Demografische kenmerken van de groep

#### *Omvang*

Er zijn geen recente betrouwbare schattingen van het aantal prostituees in de gemeente Utrecht. In 1999 waren er naar schatting 350 vrouwen actief in de raamprostitutie, 70 in bordelen, 70 in privé-huizen en 180 in de straatprostitutie (Gemeente Utrecht, 1999). Het aantal vrouwen dat werkt in erotische massagesalons is niet bekend. Volgens de politie Utrecht is inmiddels het aantal prostituees wel wat toegenomen, maar het is niet bekend met hoeveel. Het aantal prostituees in de stad Utrecht is dus niet precies bekend, maar bedraagt minimaal 700.

De groep van straatprostituees die zich heeft aangemeld bij de politie bevat op dit moment ongeveer 180 namen. Een gedeelte daarvan is niet meer actief. Naar schatting zijn ongeveer 200 prostituees met een zekere regelmaat actief op de Baan (met en zonder aanmelding). Op het moment van schrijven komen per avond ongeveer 35 à 40 prostituees op de Baan, maar dit aantal fluctueert. Van de straatprostituees die zijn aangemeld is ongeveer de helft woonachtig in Utrecht. De rest komt van elders (Valkenburg, 2005).

#### *Leeftijd en geslacht*

Van de vrouwen in seksinrichtingen worden geen gegevens vastgelegd. De leeftijd is dus niet bekend. Alleen als een minderjarige wordt aangetroffen, wordt actie ondernomen en worden gegevens geregistreerd. Het aantal aanhoudingen van minderjarige prostituees is erg laag (een paar per jaar). De groep is naar verwachting wel wat groter, maar het is moeilijk om hier grip op te krijgen, aangezien de minderjarigen vaak in het illegale circuit werken (Harshagen, 2005).

De meeste straatprostituees zijn vrouwen, maar er is ook een aanzienlijk aantal travestieten en transseksuelen (naar schatting 10-20%). De leeftijd van de straatprostituees varieert momenteel van 20 tot 62 jaar (tabel 2.6.1) en de gemiddelde leeftijd is 34 jaar. Dit komt overeen met de gemiddelde leeftijd van Rotterdamse straatprostituees (Veen, 2005). Meisjes jonger dan 18 jaar krijgen via 'Protocol 13' (zie §2.6.5) hulpverlening, zonedig gedwongen (Valkenburg, 2005).

**Tabel 2.6.1. Leeftijd van de aangemelde straatprostituees in Utrecht in 2005 (Bron: Politie Utrecht)**

Leeftijdscategorie	aantal	percentage
20-24	29	16%
25-29	35	19%
30-34	43	24%
35-39	30	17%
40-44	20	11%
45-49	14	8%
50+	9	5%
Totaal	180	100%

### *Etniciteit*

Voor de seksinrichtingen is niet goed bekend wat de etniciteit van de vrouwen is. Van de straatprostituees is ongeveer driekwart van Nederlandse herkomst (Suriname en Indonesië vallen hier ook onder) (tabel 2.6.2). Van de niet Nederlandse vrouwen is de helft afkomstig uit Europa en de andere helft uit niet-westerse landen.

**Tabel 2.6.2. Land van herkomst van de in Utrecht aangemelde straatprostituees (Bron: Politie Utrecht)**

Land van herkomst	aantal	percentage
Nederland	131	73%
Europa / Turkije	18	10%
Oost-Europa	9	5%
Noord-Afrika	10	6%
Zuid-Amerika	7	4%
Azië	4	2%
Onbekend	1	1%
TOTAAL	180	100%

### **2.6.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

#### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

Prostituees zijn een kwetsbare groep om een aantal redenen. Ze lopen een risico om in aanraking te komen met fysiek en psychisch geweld, een deel heeft een achtergrond die gerelateerd is aan mensenhandel (loverboys, illegale immigratie-prostitutie-netwerken of anderszins gedwongen prostitutie) of heeft hier nog steeds mee te maken, een deel heeft een traumatisch verleden en ze lopen een risico op verslavingen, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en maatschappelijke marginalisering en isolatie. Isolatie kan enerzijds ontstaan doordat vrouwen die gedwongen in de

prostitutie werken door hun loverboy/pooier van de buitenwereld worden afgeschermd. Anderzijds kan verslaving ook leiden tot isolatie. Doordat de hele dagbesteding in het teken van de verslaving staat, wordt de leefwereld van deze vrouwen erg klein. Verslaving is een probleem dat met name bij straatprostituees speelt. Over het algemeen zijn de risico's op soa, geweld en maatschappelijke marginalisatie groter bij straatprostituees en in het bijzonder bij verslaafde straatprostituees (Harshagen, 2005).

#### *Bijzondere medische problemen*

In Rotterdam bleek van de prostituees 7% HIV-positief te zijn; op de tippelzone 12% en in clubs 2%. Hoewel prostituees vaak met een condoom werken (88%), gaat het condoom regelmatig stuk. Van de Rotterdamse prostituees bleek 78% zich het afgelopen jaar op soa te hebben laten onderzoeken en 16% was het afgelopen jaar voor soa behandeld (Veen, 2005).

Van de positieve uitslagen van de Utrechtse soa-polikliniek was overigens maar 4% gerelateerd aan prostitutie, maar dit heeft mogelijk te maken met het HAP als zorgvoorziening op de Baan en het Zandpad (zie §2.6.5).

Seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV zijn een risico dat niet alleen de prostituees zelf betreft, maar ook hun klanten en via dezen de algemene bevolking.

Uit een onderzoek onder Rotterdamse prostituees bleek dat eenderde van hen de laatste zes maanden harddrugs had gebruikt en hiervan had 11% harddrugs gespoten. Het percentage harddruggebruikers was vooral hoog onder straatprostituees (54%) (Veen, 2005).

Bij de politie Utrecht bestaat het idee dat er veel psychische problematiek voorkomt bij de straatprostituees, maar hierover is weinig bekend.

### **2.6.4 Instroom/uitstroom**

#### *Prostitutie algemeen*

Slechts een enkele vrouw is in de prostitutie terecht gekomen omdat ze dat zelf graag wilde. Het komt echter wel voor. De meeste vrouwen kiezen voor het beroep omdat ze schulden of problemen hebben. Er zijn echter ook vrouwen die gedwongen in de prostitutie zijn beland, door vrouwenhandelaren of zogenaamde loverboys. Als een vrouw echter in de prostitutie zit voor het geld, is de kans niet groot dat ze er gemakkelijk weer uit stapt. De gewenning aan een zeer riant inkomen maakt het moeilijk uit de prostitutie te stappen. De uitstroom gebeurt om diverse redenen. De hulpverlening speelt met name bij gedwongen prostitutie en bij verslaafde prostituees een grote rol (Harshagen, 2005).

#### *Straatprostitutie*

De instroom is niet duidelijk. Het is moeilijk een specifiek patroon aan te geven.

Er heeft een vergroting van de instroom plaatsgevonden door beleidswijzigingen in Amsterdam, Rotterdam (zones gesloten) en Den Haag (openingstijden beperkt en zone gaat sluiten). De instroom is beperkt doordat nieuwe prostituees zich niet meer kunnen aanmelden. De invoering van een vergunningensysteem per 1 januari 2006 zal een gereguleerde instroom mogelijk maken. Dit

vergunningensysteem is vooral opgezet om de kwetsbare groepen, zoals de verslaafde straatprostituees, te beschermen tegen de instroom van buitenaf.

De uitstroom onder de verslaafde prostituees loopt veelal via de hulpverlening. Als de verslaving onder controle is, kan een vrouw na gaan denken of ze met de prostitutie wil stoppen.

### **2.6.5 Zorgaanbod**

#### *HAP*

De Stichting Huiskamer Aanloop Prostituees (HAP) is een laagdrempelige zorg- en dienstverleningsinstelling voor prostituees op de Baan en het Zandpad. Prostituees kunnen hier terecht voor eten en drinken, condooms, vragen en advies en er is een arts aanwezig waar de vrouwen zich onder andere op soa kunnen laten onderzoeken. Het HAP is ieder avond aanwezig op de Baan en twee middagen per week op het Zandpad. In de eerste vijf maanden van 2005 kwamen er op de Baan gemiddeld 36 bezoekers per dienst en op het Zandpad 11 bezoekers. In dezelfde periode was het aantal artsenbezoeken 190 op de Baan en 199 op het Zandpad (Stichting De Tussenvoorziening, 2005).

#### *Soa-polikliniek*

Op de soa-polikliniek van het UMC Utrecht, waar iedereen zich anoniem kan laten testen op soa en hiv, worden zeer weinig prostituees gezien. In 2004 werd door 56 vrouwen aangegeven dat ze in de prostitutie werkten of hadden gewerkt. Hiervan hadden 39 vrouwen in de voorgaande zes maanden nog gewerkt (Schout, 2005). Dit komt waarschijnlijk onder andere doordat een groot deel van de prostituees zich ook kan laten testen bij het HAP. Tevens is er een groep prostituees die wel in Utrecht werkt, maar hier niet woont. Deze laten zich mogelijk testen in hun woonplaats. Een laatste mogelijke reden voor het kleine aantal prostituees op de soa-polikliniek is dat er een aantal prostituees is die niet voor hun beroep uit durven of willen komen, waardoor het werkelijke aantal hoger ligt.

#### *Pretty Woman*

Pretty Woman is een samenwerkingsproject tussen Stade en Bureau Jeugdzorg Utrecht en wordt gefinancierd door de provincie en de gemeente Utrecht. Het project richt zich op meiden tussen 12 en 24 jaar. Het aanbod van Pretty Woman bestaat uit het geven van individuele hulpverlening, groepshulpverlening en voorlichting. De doelgroepen zijn meiden met risicovolle contacten of die een verhoogd risico lopen in contact te komen met loverboys en (ex-)prostituees.

De doelstellingen van het project zijn voorkomen dat meiden in risicovolle (misbruik-)relaties / prostitutie terecht komen en hulp bieden aan meiden die in risicovolle (misbruik-) relaties / prostitutie terecht zijn gekomen.

In 2004 is aan 124 meisjes en jonge vrouwen individuele hulp verleend, waarvan er 68 uit de stad Utrecht kwamen. Driekwart van hen is minderjarig en 64% zijn risicomeisjes. Bij de voorlichtingsactiviteiten zijn in 2004 1.017 meisjes voorgelicht, voornamelijk op het VMBO. Aan de groepshulpverlening hebben 31 risicomeisjes en 19 (ex-)prostituees deelgenomen (Wijk, 2005).

#### *Protocol 13*



Protocol 13 (voorheen Project 13) is een samenwerkingsovereenkomst met bindende afspraken tussen Bureau Jeugdzorg Utrecht, de Raad voor de Kinderbescherming en de Regiopolitie Utrecht. Het doel is het opsporen van minderjarige prostituees en hen uit dit circuit te halen door middel van (gedwongen) hulpverlening.

#### *De Rode Schakel*

De Rode Schakel is een project voor Utrechtse vrouwelijke prostituees, al dan niet met verslavingsproblematiek. Het doel is adequate zorg op maat te bieden door middel van individuele begeleiding door een vast contactpersoon, waarbij met verschillende instellingen wordt samengewerkt. Het gaat hierbij om een veelheid aan hulpvragen, zoals huisvesting, schuldsanering, druggebruik, slachtofferhulp en psychiatrische begeleiding.

In 2002 zijn er 28 langdurige en 50 eenmalige cliënten geweest. Hiervan was 70% werkzaam in de straatprostitutie (Pagter, 2003).

#### *Hostel Habi Tante*

Habi Tante is een 24-uursopvangvoorziening voor verslaafde vrouwen. Een deel van deze vrouwen is werkzaam in de straatprostitutie.

#### *De Loef Vrouwenproject*

In 2006 zal er een woonvoorziening worden geopend voor vrouwen die gestopt zijn met druggebruik en met hun werk als prostituee. Het is een begeleid wonen project van de Stichting Tussenvoorziening in samenwerking met De Rode Schakel en het haakt aan bij het bestaande project De Loef, een begeleid wonen project voor ex-verslaafden. In eerste instantie zal er plaats zijn voor drie vrouwen. De verblijfsduur is maximaal anderhalf jaar.

#### *Stichting tegen Vrouwenhandel*

De Stichting tegen Vrouwenhandel (STV) richt zich op de preventie en bestrijding van vrouwenhandel en het bieden van hulp en opvang aan de slachtoffers van vrouwenhandel. Indien een vrouw bij de politie aangifte doet van vrouwenhandel, wordt zij doorverwezen naar de STV.

Er is een uitgebreid hulpaanbod voor prostituees. Volgens hulpverleners zijn er echter nog wel een aantal gaten in de zorg. Voor minderjarige prostituees wordt de verwijzing naar de hulpverlening geregeld door Protocol 13.

## **2.7 Slachtoffers van huiselijk geweld**

### **Kernpunten**

- In Utrecht zijn er 4.000-15.000 incidenten (geen unieke personen) van huiselijk geweld per jaar.
- Bij 58% ging het om geestelijk geweld en bij 35% om lichamelijk geweld.
- In 2004 is van ongeveer een kwart van de incidenten in Utrecht aangifte gedaan.
- Uit de wijken Overvecht, Noordwest, Zuidwest en Binnenstad komen de meeste aangiftes van huiselijk geweld.
- Slachtoffers van huiselijk geweld kunnen last hebben van angstgevoelens, neerslachtigheid, eetproblemen of problemen met relaties en/of intimiteit.
- Er zijn in Utrecht veel instellingen die zich bezighouden met de hulp aan slachtoffers van huiselijk geweld. De gemeente Utrecht werkt aan de ontwikkeling van een Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld.

### 2.7.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Onder huiselijk geweld verstaan we een aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Daaronder vallen (ex-)partners, gezins- of familieleden en huisvrienden (Dijk, 1997).

In deze paragraaf zal worden gesproken over incidenten, meldingen en aangiftes en deze begrippen zullen hier kort worden uitgelegd.

- **Incident:** Dit is een breed begrip. Het gaat om meldingen, aangiftes en zaken die de politie zelf signaleert en muteert in haar bedrijfsprocessen.
- **Melding:** Dit betreft meldingen op grond waarvan de meldkamer een politiewagen ter plaatse stuurt als er mogelijk sprake is van huiselijk geweld.
- **Aangifte:** Het officieel bij de politie aangifte doen van een strafbaar feit op papier met het verzoek dit te vervolgen.

### 2.7.2 Demografische kenmerken van de groep

#### *Landelijke gegevens*

Gemiddeld 20% van de bij de politie aangegeven geweldsdelicten betreft geweld in huiselijke kring. Van ongeveer één op de tien plegers was al eerder aangifte gedaan van geweld in huiselijke kring en ruim één op de tien verdachten had al eerder contact met de politie voor een geweldsincident in de publieke sfeer (Lünnemann, 2005). Eén op de vijf Nederlandse vrouwen tussen 20 en 60 jaar heeft te maken gehad met fysiek geweld van hun (ex-) partner. Bijna de helft van de Nederlandse bevolking is zelf ooit slachtoffer geworden van niet-incidenteel huiselijk geweld en 11% van hen heeft hieraan lichamelijk letsel overgehouden (Dijk, 1997).

Uit landelijke gegevens komt naar voren dat ruim 80% van de slachtoffers van huiselijk geweld vrouw is en bijna 90% van de daders man. Vrouwelijke slachtoffers zijn grotendeels tussen de 25 en 45 jaar. Bij seksueel geweld zijn vooral kinderen en jongeren het slachtoffer.

De meeste geregistreerde huiselijke geweldsdelicten betreffen incidenten tussen (ex-) partners. (samen goed voor ongeveer 80%). Ongeveer 35% van het geregistreerde huiselijk geweld heeft buiten de woning of een privé-terrein plaats en dit 'publieke' huiselijke geweld speelt zich met name (84%) in de woonwijk af. De zwaarste incidenten vinden voornamelijk plaats in de woning of op privé-terrein.

Zo'n 7% van de slachtoffers van huiselijk geweld geeft in de verklaring aan de politie aan dat *geen* sprake was van een voorgeschiedenis van opbouwende spanningen tussen de betrokkenen (Lünnemann, 2005).

Huiselijk geweld komt in alle lagen van de bevolking voor. Onder hoger opgeleiden is de bekendheid met slachtoffers groter dan onder lager en middelbaar opgeleiden. Er zijn relatief meer in het buitenland geboren verdachten van huiselijk geweld dan het totaal aandeel van inwoners van buitenlandse afkomst (Dijk, 1997).

Uit onderzoek blijkt dat slechts 12% van alle gevallen van huiselijk geweld bij de politie terechtkomt (Dijk, 1997). Op grond van eigen opgaaf van gemeentes gaat men daar uit van 49% met dien verstande dat vooral kleine gemeentes hoge percentages opgeven (Egten, 2005).

Eén op de tien zelfstandig thuiswonende ouders heeft wel eens te maken met geweld door een thuiswonende zoon of dochter (Comijs, 1996). In 3 tot 5% zou sprake zijn van ernstig of stelselmatig geweld (Hendriks, 2005) Het geweld komt voor onder alle lagen van de bevolking, ongeacht de gezinssamenstelling. Jongens zijn vaker betrokken dan meisjes. Moeders zijn vaker slachtoffer dan vaders. Daarnaast zijn ook broers en zussen regelmatig slachtoffer van mishandeling of misbruik. Het werkelijke aantal slachtoffers van gewelddadige kinderen in het gezin is waarschijnlijk veel hoger. De meeste ouders durven niet openlijk toe te geven dat hun kind hen mishandelt. Ook kunnen weinig ouders het over hun hart verkrijgen aangifte te doen tegen hun zoon of dochter. De Adviespunten Huiselijk Geweld bevestigen dat er regelmatig telefoontjes binnenkomen van door hun kinderen bedreigde ouders.

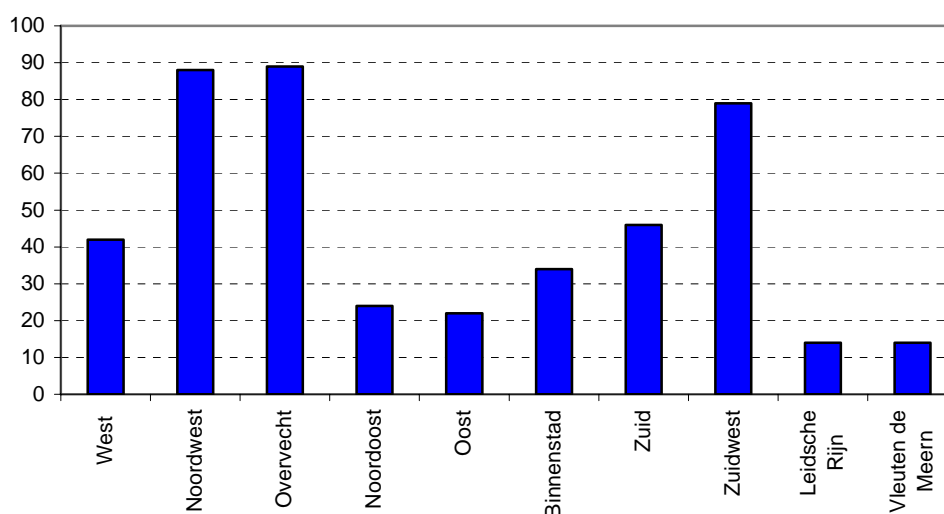
Uit een gezondheidspeiling van GGD Midden-Nederland komt naar voren dat 14% van de volwassenen tussen 25 en 55 jaar ooit te maken heeft gehad met huiselijk geweld. Daarvan had 19% hier het voorafgaande jaar mee te maken. Bij 26% vond het geweld wekelijks plaats en bij 13% dagelijks (Tromp, 2005).

#### *Utrechtse gegevens*

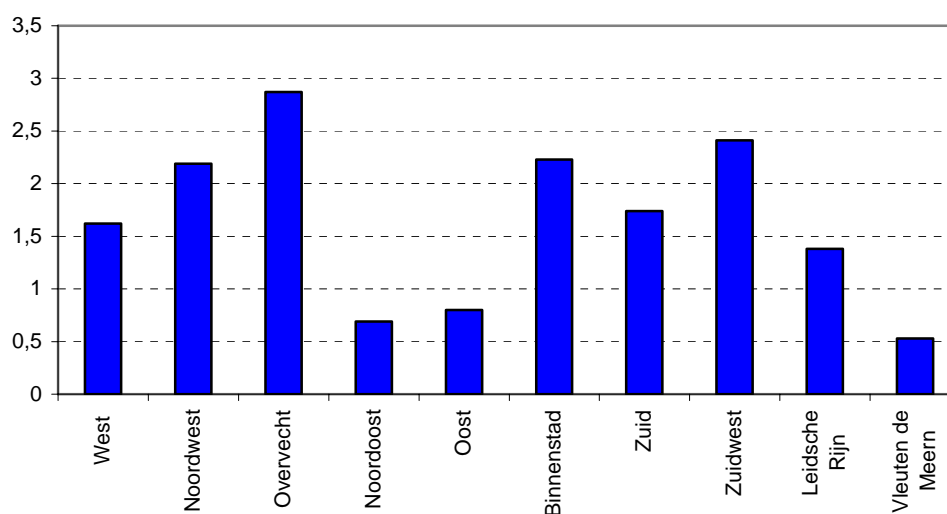
In 2004 zijn er 1.809 incidenten (let op: geen unieke personen) over huiselijk geweld geregistreerd. In een kwart van de gevallen (452) is er aangifte gedaan. Van de incidenten ging 58% om psychische zaken en 35% over lichamelijke incidenten (Bron: Politiedistrict Utrecht, jaarverslag 2004).

Uitgaande van de verschillende percentages over meldingbereidheid (12% en 49%) zou er in Utrecht sprake zijn van minimaal 4.000 tot maximaal 15.000 incidenten van huiselijk geweld per jaar. Dit betreft ook gezinssituaties waar vaker dan één maal per jaar huiselijk geweld plaats vindt.

De meeste aangiftes van huiselijk geweld komen uit de wijken Overvecht, Noordwest en Zuidwest. (zie figuur 2.7.1). Als naar het aantal aangiftes per 1.000 inwoners wordt gekeken, dan scoort naast de bovengenoemde wijken, ook de wijk Binnenstad erg hoog (zie figuur 2.7.2).



**Figuur 2.7.1. Aantal aangiftes van huiselijk geweld per wijk in 2004**  
(Bron: Gids registratiesysteem, stafbureau controlling, Politie Utrecht)



**Figuur 2.7.2. Aantal aangiftes van huiselijk geweld per 1.000 inwoners per wijk in 2004**  
(Bron: Gids registratiesysteem, stafbureau controlling, Politie Utrecht)

### 2.7.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep

In tabel 2.7.1 staat de verdeling naar soort incident binnen het totaal van meldingen in de regio Utrecht en de landelijke cijfers. In Utrecht komen naar verhouding meer lichamelijk en minder psychisch geweld voor.

Dertig procent van de Nederlanders is slachtoffer van huiselijk geweld dat noemenswaardige gevolgen heeft gehad zoals een scheiding, angstgevoelens, neerslachtigheid, eetproblemen of problemen met relaties en/of intimiteit (Dijk, 1997).

**Tabel 2.7.1. Huiselijk geweld naar soort in percentages (Ferwerda, 2004)**

	regio Utrecht	Landelijk	
Bedreiging	8,5	11,0	
Belaging cq. stalking	5,2	3,3	
Lichamelijk geweld	42,3	35,9	(vnl. man-vrouwmishandeling 63%)
Psychisch geweld	40,8	46,5	(vnl. bure-/relatieproblemen 58,5%)
Seksueel geweld	3,1	3,3	(verkrachting 34%)

#### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

Landelijk wordt er slechts in 34% van de incidenten aangifte gedaan. In Utrecht is dit 25%. Dat heeft mede te maken met de afhankelijke positie waarin slachtoffers vaak zitten, schaamte of schuldgevoelens of dat aangifte 'onmogelijk' is zoals bij kindermishandeling. Van de slachtoffers was 21% te jong om over het geweld te praten.

Uit onderzoek is bekend dat een groot deel van de kinderen die opgroeien in een gewelddadige omgeving – met het ouder worden – zelf vaker tot gewelddadig gedrag overgaan dan kinderen die niet opgroeien in een gewelddadige omgeving. Daarnaast zijn vooral jonge kinderen extra kwetsbaar omdat zij in een afhankelijke positie zitten.

Over de rol van alcohol en drugs bij huiselijke geweldsincidenten kan op basis van de nu verkregen politie-informatie weinig gezegd worden vanwege de beperkte registratie.

#### **2.7.4 Instroom /uitstroom**

Seksueel huiselijk geweld kent een heel eigen slachtoffergroep. Het gaat in 60% van de gevallen om kinderen jonger dan 18 jaar. Huiselijk geweld tegen kinderen tot 18 jaar wordt door de politie in 24% van de gevallen geregistreerd als kindermishandeling. Driekwart van de jonge slachtoffers van huiselijk geweld vinden we dus niet onder de noemer 'mishandeld kind' in de politiesystemen terug (Ferwerda, 2004). Waarschijnlijk is dit te verklaren uit het feit dat veelal de code gewone mishandeling wordt gebruikt bij jonge kinderen.

##### *Aanzuigende werking grote stad*

Er zijn geen aanwijzingen dat er een relatie bestaat tussen dit onderwerp en de schaalgrootte van de stad Utrecht. Er zijn wel verschillen tussen regio's geconstateerd. Zo is de omvang van de problematiek van huiselijk geweld zeer verschillend per regio. Het aantal incidenten per 1.000 inwoners ligt in de regio Utrecht op 4,4, terwijl het landelijk gemiddelde 3,5 is (Ferwerda, 2004).

##### *Sterfte*

In het algemeen wordt er vanuit gegaan dat er landelijk ongeveer 50 kinderen en 80 vrouwen per jaar overlijden als gevolg van (direct of indirect) kindermishandeling en huiselijk geweld.

Een bijzondere groep slachtoffers betreft vrouwen die door hun (ex-)echtgenoot vermoord worden. Hierin spelen elementen als eerwraak, echtscheiding, etnisch-culturele opvattingen en ernstige relatieproblemen een rol. Niet adequate registratie versluiert dit gegeven.

Een bizar fenomeen waarvoor de afgelopen jaren meer aandacht is ontstaan betreft de 'gezinsmoord'. Veelal de vader gaat ertoe over om zijn kinderen en vrouw om het leven te brengen. Soms gevolgd door zelfmoord van de dader. De impact hiervan op familieleden, vriendjes, klas- en buurtgenootjes is groot.

#### **2.7.5 Zorgaanbod**

Hieronder staat een lijst van instellingen die zich bezighoudt met de zorg voor slachtoffers van huiselijk geweld.

- Politie (eerste interventie en registratie)
- Maatschappelijk werk (hulp en begeleiding)
- Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (bij meldingen rond jeugdigen)
- Jeugdzorg (individuele hulp, zowel vrijwillig als gedwongen)
- GGZ / Altrecht (therapeutische begeleiding, zorgprogramma's)
- GG&GD afdeling Jeugdgezondheidszorg (voornamelijk signalerend)
- Veilig huis (dit wordt verder ontwikkeld tot een steunpunt huiselijk geweld)
- Stade/Fiom Utrecht (gerichte groepshulpverlening)

Overige betrokken voorzieningen zijn het Ministerie van VWS, het Ministerie van Justitie, het NIZW en de Raad voor de Kinderbescherming.

### *Regie*

De Gemeente Utrecht (Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling en de GG&GD), hebben hierin een sturende en coördinerende rol. In de ontwikkeling van een Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld wordt dit momenteel vorm gegeven. Doel is de coördinatie van de bestaande hulp en de ontwikkeling van een zorgketen.

Het onderwerp huiselijk geweld is relatief nieuw en de huidige zorginstellingen hebben geen gevalideerde methodieken om hierin te kunnen interveniëren. De politie signaleert dat zij haar rol vooral ziet als het borgen van een veilige gezinssituatie door op te treden bij meldingen. Vervolgzorg zal door andere instanties geleverd moeten worden.

### *Bereik*

Het is niet goed mogelijk om iets over bereik te zeggen. Registratie van zorginstellingen op het item huiselijk geweld is nauwelijks beschikbaar. Buurtnetwerken registreren op problematiek per individu. De registratie van de politie is ontoereikend.

Slechts 23% van de slachtoffers van geweld met een hoge intensiteit heeft met een arts of instelling over het geweld gesproken. Dus driekwart van de slachtoffers heeft geen (actief) contact met een hulpverlener (gehad) (Dijk, 1997).

## **2.8 Slachtoffers van kindermishandeling**

### **Kernpunten**

- In Utrecht worden jaarlijks minimaal 750 jongeren geslagen of mishandeld.
- Ruim 11% van de brugklasleerlingen vindt de thuissituatie ongezellig en ruzieachtig en 12% denkt wel eens aan weglopen.
- Kindermishandeling kan op korte termijn onder andere leiden tot lichamelijke en psychische klachten. Op lange termijn kan het leiden tot onder andere schooluitval, criminaliteit en geweld.
- Door het ontbreken van een goed registratiesysteem voor kindermishandeling en gericht onderzoek is het niet mogelijk inzicht te krijgen in de dynamiek van deze problematiek.
- In Utrecht zijn relatief veel instellingen/zorgverleners betrokken bij de hulp aan slachtoffers van kindermishandeling. Per geval is meestal sprake van de participatie van een netwerk rond de misbruiksituatie.

### **2.8.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep**

Volgens de nieuwe Wet op de jeugdzorg is kindermishandeling 'elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel'.

Of "Als je een kind met woorden of gedrag pijn wilt doen, kan je spreken van psychisch geweld, maar niet alle psychisch geweld is psychische kindermishandeling. Mishandeling is, als fysiek of geestelijk

geweld geen enkel opvoedingsdoel dient en bij herhaling plaats vindt”, aldus Herman Baartman, hoogleraar kindermishandeling in een interview.

De volgende vormen van kindermishandeling worden onderscheiden, apart of in combinatie:

Lichamelijke mishandeling en/of verwaarlozing, psychische mishandeling en/of verwaarlozing, seksueel misbruik en kinderen als getuige van huiselijk geweld.

## **2.8.2 Demografische kenmerken van de groep**

### *Landelijke gegevens*

Landelijk wordt één op de negen 5-10-jarigen en één op de vijf 10-20-jarigen het slachtoffer van een lichamelijke vorm van huiselijk geweld. Van de 10-15-jarigen is 13% slachtoffer van geestelijk geweld in huiselijke kring en meisjes zijn hiervan vaker slachtoffer dan jongens. Bij meldingen van kindermishandeling wordt de moeder twee keer zo vaak genoemd als pleger dan de vader (WODC, 2005; Dijk, 1997).

Kindermishandeling komt onder alle lagen van de bevolking voor en blijkt zich vaak van generatie op generatie voort te zetten. Kindermishandeling komt zowel onder autochtone als onder allochtone Nederlanders voor. Over allochtonen slachtoffers van huiselijk geweld valt te zeggen dat 20% ooit slachtoffer is geworden van lichamelijk geweld, 17% van geestelijk geweld en 5% van seksueel geweld (Dijk, 2002).

### *Utrechtse gegevens*

In 2004 telde de Utrechtse bevolking 54.934 jeugdigen in de leeftijd van 0-18 jaar (bron: Bestuursinformatie gemeente Utrecht).

De kindertelefoon regio Utrecht heeft in 2004 17.005 gesprekken gevoerd (+4,1% t.o.v. 2003). In 3.695 gevallen (22%) ging het over geweld, dwang en machtsmisbruik. Pesten is daarbij het hoofdonderwerp. Opvallend is dat de regio Utrecht er wat betreft het onderwerp geweld (nr. 1) uitspringt ten opzichte van de andere 20 regio's van de kindertelefoon (Bron: Kindertelefoon Utrecht, 2004).

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) Utrecht heeft over 2004 minder zaken behandeld t.o.v. 2003, maar de ernst is toegenomen (Bron: AMK Utrecht, 2005).

Bureau Jeugdzorg Utrecht kreeg in 2004 voor stad Utrecht 951 nieuwe aanmeldingen, waarbij zij een grote piek in de wijken Noord en Overvecht zagen (Bureau Jeugdzorg Utrecht, 2005).

De politie Utrecht heeft over 2004 maar 10 meldingen betreffende kindermishandeling verwerkt. Voorgaande jaren gaven nog lagere cijfers. De lage registratie is gevolg van het feit dat veel zaken onder gewone mishandeling geregistreerd worden (Bron: Politie Utrecht, bron Gids registratiesysteem, peildatum 16-05-2005).

De Utrechtse Jeugdmonitor is het afgelopen schooljaar uitgevoerd onder leerlingen van de eerste klas van het voortgezet onderwijs (12 en 13-jarigen), exclusief de scholen voor speciaal onderwijs. Hieruit blijkt dat 11% het thuis ongezellig vindt, 7% zich thuis vaak alleen voelt staan, 12% zegt dat er veel ruzie is thuis, 2% thuis geslagen of mishandeld wordt en 12% wel eens denkt aan weglopen van huis

(Bouwman, e.a., 2006). Indien uitgegaan wordt van een leerling-cohort eerste klas van alle VO-scholen van 2.500 leerlingen, gaat het in absolute zin om gemiddeld 50 leerlingen per jaar die geslagen of mishandeld worden.

Het AMK Utrecht heeft in 2004 over jeugdigen van 13 jaar in de stad Utrecht 15 meldingen ontvangen. Meldingen bij het AMK variëren per leeftijdsgroep tot 15 jaar enigszins met een piek op 11% voor 3-jarigen, maar niet significant.

Uit de cijfers van de Utrechtse Jeugdmonitor blijkt dat er ongeveer 50 13-jarigen per jaar geslagen of mishandeld worden. Uit cijfers van het AMK blijkt dat er weinig verschillen zijn tussen de leeftijdsgroepen. Dit zou dan betekenen dat er per leeftijdsjaar van 0 tot 14 jaar, 50 kinderen met mishandeling worden geconfronteerd, hetgeen 750 0-14-jarigen in Utrecht zou betekenen. Mogelijk heeft er een onderrapportage plaatsgevonden bij de Utrechtse Jeugdmonitor, waardoor dit waarschijnlijk een minimale schatting is.

### *Seksueel misbruik*

Van de Nederlandse bevolking is 21% slachtoffer van seksueel geweld geweest. Daarvan is 45% jonger dan 18 jaar als de eerste voorvallen plaatsvinden. Meisjes zijn veel vaker slachtoffer dan jongens. Eén op de 20 jongens is slachtoffer van een vorm van seksueel huiselijk geweld.

In 1996 werden landelijk bijna 1.800 verdachten van seksueel misbruik van kinderen bij de politie geregistreerd. Dit aantal nam af tot bijna 1.400 in 2002, mede als gevolg van niet-aansluitende registratiesystemen. Bijna 80% van de plegers is afkomstig uit de dagelijkse omgeving van het kind. Slechts in 10% van de gevallen zijn zij onbekenden van elkaar. Van alle verwanten die misbruik pleegden bestond een kwart uit broers, een kwart uit ooms en een vijfde uit vaders of vaderfiguren (Ministerie van Justitie, 2005).

In een landelijk onderzoek uit 1988 zijn 20-40-jarige vrouwen naar hun ervaringen met seksueel misbruik voor hun zestiende levensjaar gevraagd. Het bleek dat 16% van alle ondervraagden één of meerdere keren door verwanten seksueel was misbruikt. Verder maakte 24% melding van seksueel misbruik door niet-verwanten. In totaal had één op de drie geïnterviewde vrouwen ongewenste seksuele ervaringen voor hun zestiende levensjaar, uiteenlopend van hinderlijke aanraking tot verkrachting (Draijer, 1988).

### **2.8.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

Belangrijke risicofactoren bij het ontstaan van kindermishandeling zijn een zwakke sociaal-economische positie van het gezin, werkloosheid, financiële problemen, verslavingsproblematiek en gezinsspanningen. Eigen problematiek van de ouder/opvoeder, een chronische ziekte en gebrekkige opvoedingsvaardigheden versterken dit nog. Uit cijfers van de AMK's over 2001 blijkt ook dat kindermishandeling vooral voorkomt in gezinnen met een complex aan bovenvermelde problemen.

De indicaties voor kindermishandeling nemen toe. De armoede stijgt vooral bij allochtonen en bij éénoudergezinnen. Een gevolg hiervan is vaak verwaarlozing, de meest gemelde vorm van kindermishandeling.



*Gevolgen op korte termijn*

Kinderen die 'licht' misbruik hebben meegemaakt vertonen vaak geen symptomen. Maar bij sommigen van hen steken de nadelige gevolgen pas vele jaren later de kop op. Kinderen die een 'matige' misbruikervaring hebben opgedaan zijn vaak in meer of mindere mate van slag. Deze kinderen zijn somber en ontwikkelen zich sociaal gezien langzamer dan normaal. Kinderen die 'ernstig' zijn misbruikt, hebben vaak lichamelijke klachten en letsels en vertonen soms seksueel gedrag dat niet past bij hun leeftijd. Kinderen die 'zeer ernstig' zijn misbruikt, hebben naast bovengenoemde gevolgen ook vaak last van een psychisch trauma. Veel symptomen zijn niet alleen het gevolg van de seksuele contacten, maar ook van bijvoorbeeld de druk tot geheimhouding die door de dader wordt afgedwongen (WODC, 2005).

*Gevolgen op langere termijn*

Als er bij kinderen niet adequaat is gereageerd op ernstig langdurig misbruik, kunnen zich op latere leeftijd diverse problemen voordoen, zoals:

- Psychische klachten;
- Relationale problemen;
- Seksuele problemen;
- Gezondheidsklachten. Kindermishandeling en kindermisbruik hangen nauw samen met de ontwikkeling van schizofrenie op latere leeftijd. Seksueel misbruik is de sterkste voorspeller van latere psychiatrische symptomen;
- Kindermishandeling is een belangrijke oorzaak van schooluitval, criminaliteit, verslaving, geweld en zwerfgedrag. Chronisch delinquente jongeren blijken in bijna alle gevallen in hun kinderjaren te maken hebben gehad met ernstige mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik;

Kindermishandeling en delinquentie komen beide voor in gezinnen die worden gekenmerkt door ouderlijke conflicten, verstoorde ouder-kind relaties en bij de ouders alcohol- en drugsmisbruik en psychiatrische problematiek (Bouwman, 2005; Trimbos-instituut, 2005).

**2.8.4 Instroom /uitstroom**

Doordat er geen goed registratiesysteem is voor kindermishandeling, ontbreekt een goed zicht op de in- en uitstroom (behalve dat er leeftijdsgebonden uitstroom is). De verschillende onderzoeken wijzen echter niet op grote kwantitatieve veranderingen in de afgelopen jaren.

Slachtoffers van kindermishandeling komen vooral aan het licht bij de politie, consultatiebureaus en jeugdgezondheidszorg 0-19, de kinderopvang en onderwijsvoorzieningen. De jeugdgezondheidszorg 4-19 registreert slechts een klein aantal verwijzingen naar derden (18 jeugdigen van 4-19 op een onderzochte populatie van ongeveer 6.500) (Bron: JIS-gegevens registratie JGZ 4-19. Schooljaar '04-'05).

**2.8.5 Zorgaanbod**

Rond de eerste signalering zijn onderstaande instellingen/zorgverleners betrokken:

- Onderwijs;

- Buurtnetwerken;
- Consultatiebureau;
- Jeugdgezondheidszorg;
- Jeugd-GGZ;
- MEE;
- Kinderdagverblijven/speeltuinen;
- Huisartsen;
- AMK;
- Jeugdzorg ambulante en residentiële;
- Politie;
- Familieleden, bureaus;

Bij geconstateerd misbruik of mishandeling en recidive:

- AMK;
- Bureau jeugdzorg / gezinscoach;
- Raad voor de kindbescherming;
- Jeugd-GGZ;
- Politie, openbaar ministerie en (kinder)rechter;
- Overige ambulante en intramurale voorzieningen voor jeugdigen;

Per geval is meestal sprake van de participatie van een netwerk rond de misbruiksituatie.

Negatieve factoren bij een snelle aanpak van de problematiek zijn de lange wachtlijsten binnen de jeugdzorg (landelijk wachten 5.000 kinderen langer dan 9 weken op jeugdzorg) en de gespecialiseerde zorg voor gedragsgestoorde kinderen. Gemiddeld kost het 8 tot 15 maanden om tot een uitspraak voor Onder Toezicht Stelling te komen voor een jaar (Beckhoven, 2005).

## 2.9 Statushouders

### Kernpunten

- In Utrecht wonen bijna 5.000 (ex-)statushouders.
- Het merendeel van deze statushouders woont in Overvecht, Zuidwest, West, Zuid en Noordwest.
- De gezondheid van statushouders is slechter dan de algemene bevolking; ze hebben vaker last van chronische aandoeningen en psychische klachten.
- Statushouders bevinden zich vaak in een sociaal isolement.
- Door de strengere wetgeving neemt het aantal statushouders in Utrecht af. Uitstroom is gering, behalve door sterfte en verhuizing.
- In theorie zouden de statushouders gebruik moeten maken van de reguliere zorg, maar de vraag is in hoeverre zij de weg hier naar toe ook weten te vinden en geaccepteerd worden.
- Bij Altrecht is een team van specialisten dat zich richt op de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen.

### 2.9.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Statushouders zijn asielzoekers die in Nederland een verblijfsvergunning hebben ontvangen van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Een groot deel hiervan is vluchteling; iemand die zijn land heeft verlaten omdat hij een 'gegronde' reden heeft om bang te zijn voor vervolging, bijvoorbeeld

vanwege godsdienst of politieke overtuiging (IND, 2005). Onder de statushouders zijn echter ook personen die niet officieel vluchteling zijn, maar die vanwege de politieke situatie niet terug kunnen naar het land van herkomst. Na vijf jaar legaal verblijf in Nederland, kan deze persoon een verzoek tot naturalisatie indienen en als het Nederlands staatsburgerschap verkregen wordt, staat deze persoon niet meer als statushouder geregistreerd.

Zodra een asielzoeker een verblijfsvergunning heeft ontvangen, heeft hij recht op een woning en op collectieve voorzieningen. Gemeenten zijn wettelijk verplicht om statushouders te huisvesten. Afhankelijk van het aantal inwoners, wordt er een verdeelsleutel gemaakt hiervoor. Hierdoor zijn de statushouders evenredig over het land verdeeld.

De onderzoeken die zijn gebruikt hebben niet altijd betrekking op Utrechtse statushouders. Het is echter aannemelijk om ervan uit te gaan dat de Utrechtse statushouders niet veel afwijken van andere statushouders.

## 2.9.2 Demografische kenmerken van de groep

### Omvang

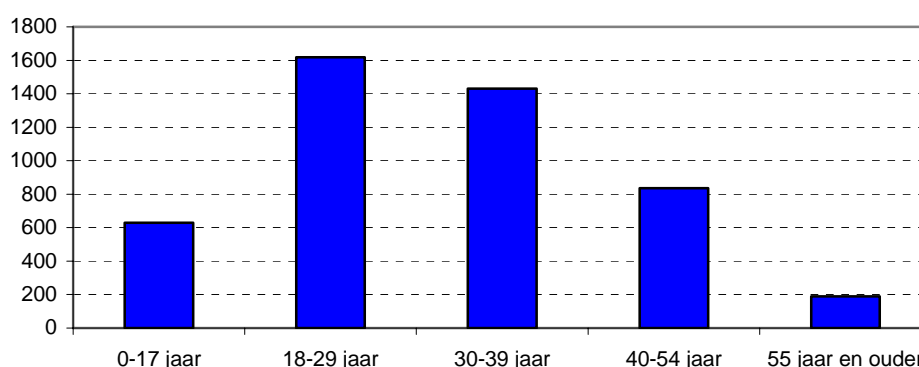
In Utrecht woonden in 2005 565 statushouders en bijna 4400 ex-statushouders (Bron: Bestuursinformatie 2005).

### Leeftijd

Zoals in figuur x te zien is, bevindt de meerderheid van de (ex-)statushouders zich in de leeftijdsgroep 18-29 jaar, gevolgd door die van 30-39 jaar.

### Etniciteit

De landen waar de meeste statushouders vandaan komen zijn Afghanistan en Irak, hier komt ruim eenderde vandaan. De meeste ex-statushouders (langer dan vijf jaar in Nederland) komen uit Irak, Iran, Somalië, Afghanistan en Ethiopië (Bron: Bestuursinformatie 2005).



**Figuur 2.9.1. Aantal (ex-)statushouders naar leeftijd, 2004 (Bron: Bestuursinformatie 2005)**

### Geografische verdeling over de gemeente

Verreweg de meeste (ex-)statushouders wonen in de wijk Overvecht (27%), gevolgd door de wijken Zuidwest (16%), West (12%), Zuid (12%) en Noordwest (11%). Op subwijkniveau bekeken, blijken de

meeste (ex-)statushouders te wonen in Kanaleneiland (Zuidwest) en Zambesidreef/Tigrisdreef (Overvecht) (Bron: Bestuursinformatie 2005).

### **2.9.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

#### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

Statushouders hebben vaak jarenlang in een asielzoekerscentrum moeten wachten op een besluit op hun asielaanvraag en dat is voor velen een stressvolle periode geweest. Vaak komen na deze tijd de trauma's die zij in hun land van herkomst hebben opgelopen pas naar boven. Tegelijkertijd zijn ze bezig met inburgeren en komen ze in een nieuwe omgeving terecht waar ze vaak weinig mensen kennen en de taal niet spreken. Bovendien hebben ze vaak in het begin nog geen baan. Al deze factoren bij elkaar maken statushouders vooral de eerste twee jaar kwetsbaar. Hoogopgeleide statushouders, mits goed én op niveau de Nederlandse taal beheersend, vinden meestal wel een goede baan en deze groep redt zich over het algemeen goed. Indien deze groep niet in de gelegenheid wordt gesteld om taallessen te volgen, krijgen zij vaak laag geschoold en betaald werk en dit leidt uiteindelijk vaak tot werkeloosheid en gedesillustieerdheid (Braat, 2005).

Door de traumatische gebeurtenissen die veel statushouders hebben meegemaakt, reageren zij vaak met sterkere emoties op situaties die hen doen denken aan hun trauma. Deze emoties kunnen leiden tot angsten, depressies, psychotische uitingen en nachtmerries (Rohlof, 2003).

#### *Bijzondere medische problemen*

Uit een onderzoek in Almere blijkt dat de zelfgerapporteerde gezondheid van vluchtelingen veel slechter is dan die van de overige inwoners van Almere. De vluchtelingen rapporteren viermaal zo vaak chronische aandoeningen en tweemaal zo vaak psychische klachten. Ze bezoeken relatief vaak de huisarts in verband met hoofdpijn, maagpijn en psychische klachten (spanningsklachten, slaapproblemen en depressieve gevoelens). Ook als de vluchtelingen eenmaal een status hebben, blijft er dus een gezondheidsachterstand bestaan ten opzichte van de autochtone bevolking (Huijbregts, 2004).

Ernstige spanningen als gevolg van de problemen in het land van herkomst, de migratie en de vaak langdurige asielprocedure, kunnen een posttraumatische stressstoornis (PTSS) veroorzaken. Hierbij heeft men specifieke lichamelijke en geestelijke problemen, zoals hoofdpijn, maagpijn, schouder- en nekpijn, eet- en slaapproblemen, nachtmerries, concentratieproblemen en angstige of depressieve gevoelens (Rohlof, 1999).

Uit een groot internationaal review-onderzoek blijkt dat vluchtelingen in Westerse landen tien keer zo grote kans hebben op PTSS, vergeleken met de algemene bevolking in deze Westerse landen (Fazel, 2005).

#### *Bijzondere sociale kenmerken*

Vluchtelingen hebben vaak een deel van hun gezin of familie achter moeten laten. Gezinshereniging is wel mogelijk, maar wordt niet vaak toegestaan. Door het spreidingsbeleid van de overheid worden familie en vrienden vaak in verschillende gemeenten geplaatst. Dit kan leiden tot sociale isolatie. Ook

bij de aanpassing aan de nieuwe omgeving ervaren de vluchtelingen veel problemen; door onder andere communicatieproblemen, een verkeerde beeldvorming tussen autochtonen en vluchtelingen en een gebrek aan goede informatie over bijvoorbeeld voorzieningen, is het voor vluchtelingen moeilijk om toegang te krijgen tot de Nederlandse samenleving (Rohlof, 1999).

#### *Geschatte zorgbehoefte*

Uit een landelijke studie blijkt dat 48% van de vluchtelingen de voorgaande twee maanden de huisarts heeft bezocht. Dit zit tussen het huisartsbezoek van de autochtone (42%) en de allochtone bevolking (51%) in. Het gebruik van GGZ-voorzieningen in het voorgaande jaar is wel hoger onder vluchtelingen (13%) dan onder de autochtone (6%) en allochtone bevolking (11%) (Gerritsen, 2005; Lindert, 2004). Onderzoek onder allochtone ouderen wees uit dat men problemen

### **2.9.4 Instroom/uitstroom**

#### *Instroom/uitstroom*

Met de strengere wetgeving neemt het aantal statushouders af in Nederland en dus ook in Utrecht. Uitstroom is er eigenlijk niet, behalve sterfte en verhuizing. Ondanks de steeds kleiner wordende instroom, neemt de omvang van de groep dus wel steeds toe.

#### *Aanzuigende werking grote stad*

Zoals in de inleiding is genoemd, worden de statushouders op basis van het inwoneraantal over Nederlandse dorpen en steden verdeeld. Er geldt voor deze groep in eerste instantie dus geen aanzuigende werking van de grote stad. Mogelijk verhuizen de statushouders naar verloop van tijd richting de grote steden waar over het algemeen meer landgenoten en familie wonen.

### **2.9.5 Zorgaanbod**

In theorie maken de statushouders gebruik van de reguliere zorg. In hoeverre zij dit ook doen is niet bekend, omdat zij niet als zodanig worden geregistreerd. Mogelijk dat de reguliere zorg niet goed toegankelijk is voor deze groep. Er zijn in Utrecht bovendien aanwijzingen dat allochtonen (en dus ook statushouders) moeilijker door een huisarts als nieuwe patiënt worden geaccepteerd dan autochtonen. Bij Altrecht is er een team van specialisten dat zich richt op de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen. De ervaring hiermee is dat de vluchtelingen zich over het algemeen goed begrepen voelen.

Daarnaast zijn er landelijk een aantal specifieke derdelijns-voorzieningen; Pharos, Abri, Centrum '45 De Vonk, Centrum Phoenix en RIBW's (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen).

Met betrekking tot het zorgaanbod zijn de cultuurverschillen tussen hulpvragen en hulpverlener ook van belang. Migranten zullen hun probleem anders naar voren brengen en een andere opstelling van de hulpverlener verwachten dan Nederlandse patiënten. Ook hebben veel vluchtelingen moeite met de directheid van de hulpverlener en zijn ze achterdochtig tegenover autoriteiten (Epema, 1997; Rohlof, 1999). De hulpverlener moet hiervan op de hoogte zijn en er mee om kunnen gaan.

## 2.10 Woningvervuilers

### Kernpunten

- In Utrecht zijn volgens een schatting uit 1997 700 woningvervuilers.
- Het 'topje van de ijsberg' komt in contact met de casemanagers van de unit 'Woonhygiënische Probleemgevallen' van de GG&GD Utrecht (gemiddeld 65 per jaar).
- Het merendeel van de woningoverlast in de wijken waar wordt gemeten (Zuilen, Ondiep en Pijlsweerd, Hoograven en Lunetten, Overvecht, Kanaleneiland, Lauwerecht, Staatsliedenbuurt en Tuinwijk-west en Transwijk, Rivierenwijk en Dichterswijk), concentreert zich in de subwijken Kanaleneiland, Lauwerecht, Staatsliedenbuurt en Tuinwijk-west. In absolute aantallen ernstige woningoverlast scoort de wijk Overvecht het hoogst.
- De woningvervuilers en veroorzakers van woonoverlast hebben met name te maken met een slechte psychische gezondheid.
- Bij de woningvervuilers is geen zicht op toe- of afname van het aantal. Bij de veroorzakers van woonoverlast is sprake van een toename van het aantal meldingen.
- In Utrecht is er sprake van een goed samenwerkend netwerk van hulpverleningorganisaties die zich met de woonproblematiek bezighoudt.

### 2.10.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

Woningvervuiling is één van de problemen die in een grote stad veel voorkomt. Woningvervuiling maakt deel uit van een groter geheel, namelijk woonoverlast. In Utrecht is de afgelopen jaren structureel gewerkt aan de aanpak van woonoverlast. Momenteel zijn er zeven woonoverlastprojecten actief (Portes, 2005). De samenwerkende organisaties trachten in nauwe samenwerking de extreme woonoverlast te voorkomen en te bestrijden. Extreme woonoverlast wordt omschreven als 'woonoverlast, waarvan door aard en/of frequentie een zodanige dreiging uitgaat dat het welzijn, de gezondheid, de veiligheid en/of de leefbaarheid van omwonenden ernstig wordt aangetast. Deze overlast is meestal gerelateerd aan ernstige psychiatrische problematiek, psychische problematiek, psychosociale problematiek, alcohol- of druggebruik, drugshandel, criminaliteit, asociaal gedrag en intimidatie of een combinatie van deze factoren bij de veroorzaker' (Portes, 2005). De veroorzakers van woningoverlast kunnen onderscheiden worden in twee categorieën:

- personen met psychiatrische problematiek;
- personen zonder psychiatrische problematiek;

De veroorzakers van woonoverlast met psychiatrische problematiek behoren met name tot de groep sociaal kwetsbaren. Binnen deze groep nemen de woningvervuilers of zelfverwaarlozers een speciale positie in. Zelfverwaarlozing wordt omschreven als 'het resultaat van iemands onvermogen – bijvoorbeeld door een lichamelijke of geestelijke aandoening – om essentiële taken te verrichten in de zorg voor zichzelf op het gebied van kleding, onderdak en omgang met geld, alsmede in het verkrijgen van de goederen en diensten die nodig zijn om het lichamenlijk, geestelijk en emotioneel welbevinden en de eigen veiligheid te handhaven' (Te Vaarwerk, 1997). In de praktijk is er sprake van zelfverwaarlozing wanneer tenminste twee van de volgende vijf kenmerken voorkomen:

- vervuiling van de woning,
- vervuiling van de woonomgeving,
- ontoereikende persoonlijke verzorging,
- overlast

- sociaal isolement (Reinking, e.a., 1998).

Zelfverwaarlozers zijn bij uitstek een moeilijk bereikbare populatie die zich grotendeels aan het zicht van de hulpverleners onttrekt (Reinking, e.a., 1998). Alleen het 'topje van de ijsberg' wordt geregistreerd bij meldpunten, zoals de lokale zorgnetwerken in de grote steden, 'vangnet en advies-teams' en de werkgroepen 'Woonhygiënische Probleemgevallen' van sommige GG(&G)D'en.

## 2.10.2 Demografische kenmerken van de groep

### Omvang

Landelijke cijfers over woningvervuilers in Nederland zijn voorlopig niet beschikbaar. Wellicht zal in een later stadium de Monitor Maatschappelijk Opvang / OGGz-monitor inzicht kunnen verschaffen in de landelijke omvang van het aantal woningvervuilers. In Utrecht komt de meest recente schatting van het aantal woningvervuilers (zelfverwaarlozers) uit op 700 personen (Reinking, 1998). Na 1997 is geen nieuwe schatting uitgevoerd.

In Utrecht richt de unit 'Woonhygiënische Probleemgevallen' ('Wonen en Zorg') van de GG&GD Utrecht zich op mensen die hun woning ernstig vervuilen en daarmee een gevaar voor zichzelf en/of hun omgeving zijn. De gegevens van de woningvervuilers worden in het interne registratiesysteem van de afdeling MGZ opgeslagen. Vanaf 2003 is de registratie compleet. Het gaat dan om jaarlijks zo'n 60 – 70 gevallen van woningvervuiling (zie tabel 2.10.1).

**Tabel 2.10.1. Woningvervuilers / Zelfverwaarlozers in Utrecht (User MGZ)**

	2003	2004	2005*
<b>Geslacht</b>			
Man	38	35	22
Vrouw	30	27	9
<b>Leeftijd</b>			
< 21 jaar	1	-	-
21-30 jaar	1	4	2
31-40 jaar	12	5	4
41-50 jaar	16	16	6
51-60 jaar	18	14	5
> 60 jaar	20	22	14
<b>Totaal</b>	<b>68</b>	<b>62</b>	<b>31</b>

\* Alleen eerste halfjaar

In Utrecht zijn zeven woonoverlast-projecten. Deze zijn actief in de subwijken: Zuilen, Ondiep/Pijlsweerd, Hoograven/Lunetten, Overvecht, Kanaleneiland, Lauwerecht/Staatsliedenbuurt/-Tuinwijk-west en Transwijk/Rivierenwijk/Dichterswijk. In 2004 was er in Utrecht sprake van 572 gevallen van ernstige woonoverlastsituaties. Van deze 572 gevallen waren er 267 al voor 2004 aangemeld en 305 nieuwe aanmeldingen. Aan het einde van 2004 waren 306 gevallen afgesloten en 266 stonden nog open.

In tabel 2.10.2 staan de aantallen ernstige woonoverlastsituaties per wijk/subwijk weergegeven.

**Tabel 2.10.2. Extreme woonoverlastsituaties per wijk/subwijk in Utrecht (Portes,2005)**

Wijk	Voor 2004 aangemeld	In 2004 aangemeld	In 2004 afgesloten	Open eind 2004	Totaal
Oost	0	12	5	7	12
West	1	2	0	3	3
TRD*	30	31	39	22	61
Staatsliedenbuurt e.o.	30	16	23	23	46
Kanaleneiland	49	34	47	36	83
Overvecht	44	77	66	55	121
Hoograven / Lunetten	24	42	34	32	66
Ondiep / Pijlsweerd	40	41	39	42	81
Zuilen	49	50	53	46	99
Totaal	267	305	306	266	572

\*Transwijk, Rivierenwijk en Dichterswijk

### *Leeftijd en geslacht*

Bij de unit WHP ('Wonen en Zorg') van de GG&GD worden zowel mannen als vrouwen aangemeld (net iets meer mannen dan vrouwen) en er is een oververtegenwoordiging van ouderen (boven de 60 jaar). Bij de veroorzakers van woonoverlast was er sprake van een oververtegenwoordiging van 30 – 44 jarigen.

### *Gezinssituatie*

De meeste aangemelde woningvervuilers zijn alleenstaand. Het zijn ongehuwde, gescheiden personen of weduwe /weduwnaars. Bij de veroorzakers van woonoverlast gaat het voor meer dan de helft van de gevallen om éénpersoonshuishoudens.

## **2.10.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

Bij de woningvervuilers spelen sociale problemen, vervuiling van de woning, ongedierte in en rondom het huis, te grote verwaarlozing van spullen, slechte persoonlijke verzorging en stank een rol. Deze problemen komen in verschillende combinaties voor.

De meest voorkomende achterliggende problemen bij de veroorzakers van woonoverlast zijn (Portes, 2005):

- asociaal gedrag (50%);
- psychosociale problematiek (46%);
- psychiatrische problematiek (44%);
- opvoedingsproblematiek (26%);
- alcoholproblematiek (22%)
- sociale problematiek (22%)

## **2.10.4 Instroom/uitstroom**

Uit de gegevens die door de unit 'Wonen en Zorg' worden verzameld is niet op te maken of er sprake



is van een toe- of afname van het aantal woningvervuilers in Utrecht.

Bij de woonoverlastproblematiek is er in 2004 sprake van een toename van de nieuwe aanmeldingen (305) ten opzichte van de jaren daarvoor (267). Van de 572 in 2004 in behandeling genomen woonoverlastsituaties zijn er 306 afgesloten en 266 hadden in 2004 nog 'een open eind'. Bij ruim driekwart van de gevallen was de situatie volledig opgelost. In de overige gevallen was de overlast opgelost en is er een langdurig traject bij derden in gang gezet (6%), de situatie was redelijk verbeterd (13%) of was de situatie niet verbeterd (4%).

### 2.10.5 Zorgaanbod

Na een melding van een woningvervuiling organiseert een casemanager van de unit 'Wonen en Zorg' de eerste zorg en begeleiding. Het doel is het schoonmaken van de woning en tot een nieuw leefritme komen. Eventueel in combinatie met begeleiding. Als de casemanager een stabiele situatie heeft bewerkstelligd, wordt de cliënt overgedragen aan de specialistische gezinszorg.

Betrokken (zorg)organisaties:

- GG&GD Utrecht;
- Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO), afd. SoZaWe;
- Dienst Stadsontwikkeling (DSO);
- Reinigings- en Havendienst (RHD);
- Brandweer;
- Politie;
- Woningbouwcorporaties;
- Altrecht (ambulante hulp);
- Thuiszorg Stad Utrecht;

Bij de woonoverlastprojecten zijn ook casemanagers aangesteld. Deze zijn in dienst van de in de wijk opererende welzijnsorganisaties, maar hebben hun werkplek op een politiepost. De werkwijze van de casemanagers is als volgt: de casemanager neemt contact op met de overlastveroorzaker; zoekt uit wat er aan de hand is en zoekt vervolgens uit welk hulpverleningsaanbod er moet komen. De casemanager is zelf ook betrokken bij de begeleiding van de overlastveroorzaker en probeert deze te motiveren om hulp te accepteren van en te zoeken bij de gespecialiseerde hulpverlening. Als de hulp eenmaal op gang gekomen is, houdt de casemanager contact met de overlastveroorzaker om de voortgang te bewaken.

De organisatie die samenwerking in de woonoverlastprojecten vertonen een grote overlap met die van de woningvervuilers:

- Politie Regio Utrecht;
- Woningbouwcorporaties Mitros, Portaal, Bo-ex en SSH;
- Zorgcombinatie Continu;
- Wijkwelzijnsorganisaties Cumulus, Welzijn Utrecht Zuidwest en Portes;
- Gemeente Utrecht (GG&GD en Wijkbureaus);
- Centrum Maliebaan;
- Altrecht (voorheen RIAGG);

- Stade (Intensief casemanagement multiprobleemgezinnen);
- Woningnet (Tweedekans en Kenniscentrum).

## 2.11 Zwerfjongeren

### Kernpunten

- In Utrecht zijn naar schatting minimaal 129 zwerfjongeren (oktober 2004).
- Zwerfjongeren zijn overwegend man, zestien jaar of ouder en van Nederlandse afkomst. Zij hebben vaak last van psychische en verslavingsproblemen.
- Een groot deel van de zwerfjongeren heeft een kinderbeschermingsverleden met daaraan verbonden een verblijf in meerdere internaten.
- In Utrecht is sprake van een stabiele situatie gevonden, tussen de 120 en 130 zwerfjongeren. Er is verder geen informatie beschikbaar over de instroom van nieuwe zwerfjongeren en de uitstroom.
- Er is in Utrecht een veelheid en diversiteit aan voorzieningen gericht op de zwerfjongeren met een grote verscheidenheid aan opnamecriteria en werkwijzen.

### 2.11.1 Inleiding en (werk)definitie van de groep

De meest gehanteerde landelijke definitie van zwerfjongeren is: 'jongeren tot 25 jaar met meervoudige problemen, die dakloos zijn of in de opvang verblijven' (VWS, 2004). Jongeren die met hun ouders in de opvang verblijven, horen volgens het Ministerie van VWS niet tot de zwerfjongeren. Een oudere definitie van zwerfjongeren is: "Thuisloze jongeren tot 23 jaar, die gedurende drie maanden geen vaste verblijfplaats hebben. In deze periode heeft een jongere minimaal op drie verschillende plaatsen geslapen. Uitgesloten zijn dagzwerfers, incidentele weglopers, toevallige buitenslapers, toeristen en weinig honkvaste kamerbewoners."

(SGBO, 1995).

Zwerfjongeren zijn hun stabiele woon- of verblijfsplaats vaak kwijtgeraakt als gevolg van een crisissituatie. Deze crisis ontstond vaak als gevolg van problemen zoals een gebroken gezinssituatie, alcohol- of drugsverslaving, psychosociale problematiek, schulden, vroegtijdig afgebroken opleiding, crimineel gedrag, zwakbegaafdheid. Tevens geldt dat er onvoldoende of niet voorzien is in ouderlijk toezicht tot het 18<sup>e</sup> jaar. In de literatuur worden zwerfjongeren vaak gezien als een subcategorie binnen de groep dak- en thuislozen.

Zwervende jongeren lopen een ernstig risico uiteindelijk terecht te komen in het dak- en thuislozencircuit.

### 2.11.2 Demografische kenmerken van de groep

#### *Omvang*

De landelijke omvang wordt op minimaal 3184 en maximaal 4994 begroot (Bron: Algemene Rekenkamer, oktober 2004). Er is sprake van een stijging met 345 personen ten opzichte van 2003. Er is redelijke consensus over het bestaan van ongeveer 3500 zwerfjongeren in Nederland. In de stad Utrecht gaat het om minimaal 129 jongeren.

Er is overigens geen adequate en betrouwbare schatting te maken van het aantal zwerfjongeren bij gebrek aan een eenduidige registratie. Aanvullend onderzoek is nodig om ook dak- en thuisloze jongeren die niet geregistreerd zijn bij de opvang in beeld te brengen.

Een recente beschouwing vanuit de sector Maatschappelijke Opvang wekt de indruk dat het aanbod achterblijft bij de vraag. Zij richten zich overigens vooral op de groep 18-23 jaar.

Op grond van een quick-scan naar de zorgbehoefte in de MO i.v.m. AWBZ-financiering is ook naar jongeren gekeken. Geconcludeerd is dat uitbreiding van opvang voor jongeren met GGZ/LVG-problematiek prioriteit heeft. Enerzijds omdat hier nauwelijks aanbod voor is en anderszins omdat dit een zeer kwetsbare groep is (bv. drugskoeriers, prostitutie).

Toegevoegd zijn ook de gegevens van meisjes die zich als jeugdprostitutuee aanbieden. Onder deze groep bevinden zich ook veel meiden zonder duidelijke woon- of verblijfplaats maar hun sociale situatie wordt vooral vanuit de prostitutie kant beoordeeld.

Pretty Woman in Utrecht heeft in 2004 aan 124 meisjes en jonge vrouwen hulp verleend. Gemiddeld hebben cliënten 15 contacten per hulpverleningstraject, met een gemiddeld tijdsbestek van ongeveer 6 maanden. Van de cliënten is 73% minderjarig, 27 % is meerderjarig. 64 % van de cliënten van Pretty Woman zijn risicomeisjes, meisjes die door zgn. loverboys gedwongen (kunnen) worden om als jeugdprostitutuee te (gaan) werken. Het aantal minderjarige cliënten is 68 (55%) en het aantal meerderjarige cliënten is 56. (45%) (Repetur, 2004).

Onbekend is of er zwerfjongeren op illegale basis in Nederland verblijven. Het gaat dan om jeugdigen die uit de voorzieningen van de Centrale Opvang Asielzoekers zijn vertrokken zonder een verblijfsstatus, uitgeprocedeerden en kinderen van ouders die uit huis gezet zijn. Cijfers hierover zijn niet bekend.

### *Leeftijd en geslacht*

Een jongere zonder vaste woon- of verblijfplaats is te typeren als volgt:

Overwegend man, zestien jaar of ouder en van Nederlandse afkomst. Bij een groot deel is sprake van tekortschietende (zelf)bescherming, schulden, psychische en verslavingsproblemen en criminele activiteiten. De jongeren voelen zich vaak in de steek gelaten, ervaren weinig binding met de samenleving en beschouwen zichzelf als buitenstaanders. Schattingen gaan ervan uit dat een kwart van de groep zwakbegaafd is (Kruijf, 2004).

Veel jongeren hebben een tehuis- of opvangverleden. De maatschappelijke achtergrond van de jongeren wijst op een oververtegenwoordiging van jongeren uit gebroken gezinssystemen en 1-ouder gezinnen. Uit onderzoek komt naar voren dat de onderzochte thuisloze jongeren bijna zonder uitzondering uit gezinnen komen met ernstig verstoorde relaties van de ouders, met veel ruzies en conflicten en waar sprake is van mishandeling, verwaarlozing en afwijzing door de ouders. Het opvoedkundig handelen schiet ernstig tekort. Meer dan de helft van de moeders was 18 jaar of jonger ten tijde van de geboorte van hun eerste kind (Roorda, 2001).

Het percentage gescheiden of overleden ouders is hoger dan in de doorsnee populatie.

Veel jongeren hebben een zwakke maatschappelijke positie en hebben veel en ingewikkelde problemen. Van een onderzochte groep zwerfjongeren geeft 80% aan schulden te hebben, gemiddeld €1000,-, soms fors groter.

Bijna zonder uitzondering kampt de groep met complexe problematiek op het terrein van financiën, huisvesting, werk, opleiding, sociale contacten en vrije tijd.

De meerderheid, zo'n 60% is autochtoon. In de grote steden is het deel van allochtone afkomst groter. Een klein deel zou bestaan uit vluchtelingen en asielzoekers.

Er is geen verdeling over de stad vast te stellen. De grote stadfunctie van Utrecht heeft zeer waarschijnlijk een aanzuigende werking op jongeren (die zwerfgedrag vertonen) uit kleinere plaatsen. Bij gebrek aan goede en eenduidige registratie is niet na te gaan uit welke gemeenten of regio's zwerfjongeren afkomstig zijn.

### **2.11.3 Inhoudelijke kenmerken van de groep**

#### *Wat maakt deze groep kwetsbaar*

De groep wordt gekenmerkt door bijzonder ongunstige en problematische gezinsachtergronden.

Gezins- en uitstotingsfactoren worden beschouwd als de meest verklarende factoren ten aanzien van het zwerfgedrag. Ook problemen met de hechting kunnen worden aangewezen als risicofactor voor de ontwikkeling van thuisloosheid bij jongeren. Hun sociaal netwerk is beperkt. De groep kenmerkt zich door een weinig realistisch beeld van de eigen situatie, mogelijkheden en toekomstperspectief (Roorda, 2001).

Ook komen uit onderzoek onder volwassen daklozen signalen naar voren van vroegtijdige, niet onderkende gedragsproblematiek en afgebroken opleidingen (Van Doorn, 2002). Een substantieel deel van deze jongeren heeft in hun jeugd te maken gehad met verwaarlozing, afwijzing, mishandeling en ernstige gezinsconflicten. Een groot aantal jongeren heeft een kinderbeschermingsverleden met daaraan verbonden een verblijf in meerdere internaten. Zij hebben veel maar weinig succesvolle ervaringen met het hulpverleningscircuit. Ook hebben ze veel negatieve schoolervaringen gehad en vaak een opleiding voortijdig afgebroken.

#### *Bijzondere sociale kenmerken*

Bijna 40% heeft frequent contact met de politie en justitie waarbij dit cijfer beïnvloed wordt door hun dakloosheid. Ambulante en residentiële voorzieningen die contacten hebben met deze groep stellen dat vier van de tien door hen bereikte jongeren een bedreiging vormen voor de veiligheid van anderen.

#### *Zorgbehoefte*

De behoefte van zwerfjongeren kan in een aantal voorwaarden worden samengevat.

Het gaat om

- verantwoordelijkheid van de hulpverlener in het leggen en vasthouden van het contact
- betrokkenheid en ontwikkelen van vertrouwensrelatie
- integraliteit (zorg gericht op alle leefgebieden)

- continuïteit, eenduidigheid en inhoudelijk consistent
- flexibiliteit, sluit aan op hun situatie
- laagdrempeligheid

Daarnaast wordt de behoefte genoemd aan concrete, doelgericht en praktische hulp bij het vinden van woonruimte, scholing, dagbesteding, werk, problemen met politie en justitie, uitkering, verzekering en schuldenproblematiek (Planije, 2003).

#### **2.11.4 Instroom/uitstroom**

Door de Algemene Rekenkamer zijn de afgelopen jaren verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de problematiek van zwerfjongeren (AR, 2002; AR, 2003; AR, 2004; AR 2005). In deze onderzoeken is steeds het aantal zwerfjongeren per regio geschat. Voor Utrecht is over de afgelopen jaren een stabiel situatie gevonden, tussen de 120 en 130 zwerfjongeren. Er is verder geen informatie beschikbaar over de instroom van nieuwe zwerfjongeren en de uitstroom.

##### *Aanzuigende werking van de grote stad*

In de ervaring van professionals heeft een grote stad altijd een aanzuigende werking op deze groep. Dit heeft te maken met de relatieve anonimiteit waarin ze zich kunnen bewegen en de grotere aanwezigheid van zowel "soortgenoten" als voorzieningen. Ook is de tolerantie naar vormen van afwijkend gedrag in een grote stad groter.

Reden waarom deze groepen zich langer op deze wijze kunnen handhaven in een grote stad.

#### **2.11.5 Zorgaanbod**

In Utrecht zijn de volgende organisaties betrokken bij opvang/zorg voor zwerfjongeren, waarbij een onderscheid gemaakt wordt naar (crisis)opvang, 24 uursopvang, begeleid wonen en ambulante begeleiding (peildatum: september 2005):

##### *(Crisis)opvang*

- Meisjesstad van de Zusters Augustinessen. Specifieke doelgroep: meiden en vrouwen (met kinderen), capaciteit 15 (+ kinderen).
- Meidenhuis van de Rading. Specifieke doelgroep: meiden en jonge vrouwen, capaciteit 9.
- De Dijk (dak- en thuisloze jongeren) van MIJ Zandbergen. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit 12.
- Crisisopvang Weerdsingel. Specifieke doelgroep: 17+; capaciteit 11 (ook voor ouderen)

##### *24-Uursopvang*

- Singelzicht van de St. Pension Singelzicht. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit 24.
- Enkeltje Zelfstandigheid van het Leger des Heils. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit 8 + 6
- De Kei van Altrecht. Specifieke doelgroep: langzaamlerenden, capaciteit 19.

##### *Begeleid wonen*

- Begeleide Huisvesting Utrecht van de MIJ Zandbergen. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit 6.

- Begeleide Huisvesting Utrecht Plus van de MIJ Zandbergen. Specifieke doelgroep: jongeren, capaciteit 6.
- Ignis – (aanstaande) jonge moeders (en kinderen) van de Vrouwenopvang Utrecht. Specifieke doelgroep: (aanstaande) jonge moeders (met kinderen), capaciteit 14 + kinderen.

*Ambulante begeleiding*

- Het thuislozen team (T-team) van Stade begeleidt thuisloze jongeren met meervoudige problematiek uit de stad en regio Utrecht van 12 tot 25 jaar.

### 3 Hoofddresultaten

#### *Aanpak bepalen hoofddresultaten*

In de andere twee themarapporten van de VMU ('Jeugd' en 'Volwassenen en ouderen') is bij het bepalen welke gezondheidsproblemen het belangrijkste zijn, een aantal criteria gebruikt: de ernst van het gezondheidsprobleem; de omvang in absolute zin; het voorkomen ten opzichte van elders en trends in de tijd. Bij het thema 'Zorg voor Sociaal Kwetsbaren' is deze aanpak maar ten dele mogelijk. Daarom worden in dit hoofdstuk eerst de belangrijkste resultaten per kwetsbare groep besproken en vervolgens worden voor zover mogelijk de groepen met elkaar vergeleken aan de hand van de hiervoor genoemde criteria.

#### **Alcoholisten**

In Utrecht zijn volgens een schatting uit 1996 ongeveer 3500 alcoholisten. Na 1996 is er geen nieuw onderzoek naar alcoholafhankelijkheid uitgevoerd. Aangezien het overmatig alcoholgebruik en het probleemdrinken de afgelopen jaren stabiel gebleven is, kan er van uitgegaan worden dat het aantal alcoholisten ook niet veranderd is. Er zijn in Utrecht naar schatting 12.000 problematische alcoholgebruikers (inclusief de 3500 alcoholisten). Dit komt relatief vaak voor bij mannen in de leeftijdscategorieën 16 – 24 en 45 –54 jaar.

Slechts een klein deel van de alcoholisten heeft contact met de hulpverlening. Hierbij speelt een rol dat het gemiddeld zeven jaar duurt voordat alcoholisten in contact komen met de hulpverlening. Vroegsignalering van alcoholproblematiek bij risicogroepen in de eerstelijns gezondheidszorg en eventuele verwijzing kan het bereik van de gespecialiseerde alcoholhulpverlening vergroten. In de nota 'Algemene Verslavingszorg 2005 – 2008' van de gemeente Utrecht staan hierover doelstellingen beschreven: alle wijken moeten spreekuren van de gespecialiseerde alcoholhulpverlening in gezondheidscentra krijgen en alle huisartsen worden bijgeschoold om op de hoogte te zijn van de nieuwste ontwikkelingen in de verslavingspsychiatrie.

#### **Dak- en thuislozen**

In Utrecht zijn volgens de meest recente schatting (2005) ongeveer 875 feitelijk daklozen en 350 residentieel daklozen (totaal aantal dak- en thuislozen is ongeveer 1225). De omvang van de groep dak- en thuislozen is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven. Bij dak- en thuislozen is een oververtegenwoordiging van mannen, ongehuwden en alleenstaanden. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 40 jaar.

Dak- en thuislozen ondervinden problemen op de volgende gebieden: probleemoplossende en dagstructurende vaardigheden, sociale vaardigheden, psychosociaal welbevinden en praktische vaardigheden. De belangrijkste gezondheidsproblemen bij dak- en thuislozen zijn: huidproblemen, luchtweginfecties, psychopathologie en verslavingsproblematiek.

In Utrecht is een uitgebreid aanbod van voorzieningen voor dak- en thuislozen aanwezig. Met name het aanbod van voorzieningen voor verslaafde dak- en thuislozen is de afgelopen jaren sterk toegenomen.

## **Drugsverslaafden**

In Utrecht zijn volgens een schatting uit 2000 tussen de 500 en 650 drugsverslaafden (problematische opiaat- en cocaïnegebruikers). Drugsverslaving komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen en vaak in leeftijdscategorie van 30 tot 35 jaar. Het gebruik van cocaïne is relatief hoog bij jonge mannen (16 – 24 jaar).

Drugsverslaafden hebben te maken met medische (huidaandoeningen, infectieziekten, longaandoeningen, en psychopathologie) en sociale problemen (verstoorde sociale relaties, problemen met werk, opleiding of huisvesting, contacten met justitie en schulden).

Hoewel er geen recente schatting van het aantal drugsverslaafden beschikbaar is, zijn er wel signalen dat de omvang van de groep drugsverslaafden de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven is.

In tegenstelling tot de alcoholisten is het bereik van de hulpverlening onder drugsverslaafden relatief hoog te noemen. Er is de afgelopen jaren een uitgebreid aanbod van hulpverlening voor drugsverslaafden ontstaan.

## **Ex-Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (ama's)**

Er zijn in Utrecht naar schatting 300 ex-ama's, waarvan ongeveer 40% een definitieve verblijfsvergunning heeft. De ex-ama's wonen niet gelijkmatig verdeeld over de stad, maar verblijven voornamelijk in studentencolleges van de SSH, op de Amsterdamsestraatweg, in Lombok en in Kanaleneiland.

Ex-ama's zijn kwetsbaar omdat zij een groot risico lopen om te marginaliseren, met name de jonge moeders. Zij staan er vaak alleen voor omdat de biologische vaders van hun kinderen afwezig zijn. Ook mannelijke ex-ama's hebben vaak niemand om op terug te vallen.

Ex-ama's hebben vaak ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt en hebben hierdoor vaak last van psychosociale klachten, zoals angsten en depressies. Zij hebben hierdoor een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische psychische problemen. Een probleem is dat zij hier vaak niet over willen praten. Gebrek aan specifieke kennis over deze doelgroep zorgt ervoor dat de hulpverlening vaak vroegtijdig wordt verlaten.

Door een strenger beleid ten aanzien van asielzoekers is de instroom van het aantal ama's de laatste jaren sterk afgenomen.

In Utrecht richt het Gruttersdijkproject (een samenvoeging van de projecten Avanti en Perspectief) zich op ex-ama's. Het doel van dit project is o.a. het bieden van een onderling netwerk en lotgenotencontacten, het bieden van een laagdrempelig hulpverleningsaanbod (maatschappelijk werkers) en het vervullen een signaalfunctie, met doorverwijzing naar zorginstaties.

## **Illegalen**

In Utrecht verblijven naar schatting tussen de 3.250 en 8.000 illegalen. De marge van deze schatting is relatief groot omdat er de afgelopen jaren meerdere schattingen van het aantal illegalen in Utrecht gepubliceerd zijn. Het is echter niet beoordelen welke van deze schattingen het meest correct is.

Ongeveer de helft van de illegalen is van Turkse of Marokkaanse afkomst. Omdat veel illegalen bij anderen, veelal familie, vrienden of landgenoten, in huis wonen, is het aandeel van Turkse en Marokkaanse illegalen in Utrecht zo groot.



Illegalen hebben relatief vaak last van klachten op het gebied van het spijsverteringsstelsel, psychische stoornissen, infectie- en parasitaire ziekten, de ademhalingswegen en het urogenitaal systeem.

Omdat het toelatingsbeleid voor asielzoekers de afgelopen jaren strenger geworden is en er meer aanvragen voor asiel afgewezen worden, is het aannemelijk dat het aantal illegalen de laatste jaren toegenomen is.

Het RUIS maakt de zorg toegankelijk voor illegalen, die wettelijk geen beroep kunnen doen op collectieve voorzieningen waaronder een ziektekostenverzekering. Bij veel illegalen en hulpverleners is het echter niet bekend dat de medische kosten vergoed worden.

### **Prostitué(e)s**

In Utrecht zijn minimaal 700 prostitué(e)s werkzaam, waarvan ongeveer 180 straatprostitué(e)s. Van deze laatste groep woont ongeveer de helft buiten Utrecht. Naar schatting 10 – 20% van de straatprostitué(e)s is travestiet of transseksueel. De gemiddelde leeftijd van de straatprostitué(e)s is 34 jaar en bijna driekwart is autochtoon Nederlands.

Minderjarige prostitué(e)s krijgen, zonodig gedwongen, hulpverlening via Protocol 13.

Prostitué(e)s zijn kwetsbaar omdat zijn een groot risico lopen om in aanraking te komen met fysiek/psychisch geweld, verslaving, en maatschappelijke marginalisatie.

Prostitué(e)s hebben een verhoogde kans op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en besmetting met HIV.

Voor de prostituees aan het Zandpad en de Baan is hulpverlening aanwezig. Hetzelfde geldt voor verslaafde prostituees.

### **Slachtoffers van huiselijk geweld**

Het is niet duidelijk hoeveel Utrechters jaarlijks slachtoffer worden van huiselijk geweld. Wel is bekend dat er jaarlijks bijna 2000 incidenten van huiselijk geweld geregistreerd worden. Uitgaande van een meldingsbereidheid van 12% tot 49% zou er in Utrecht sprake zijn van 4000 tot 15000 incidenten van huiselijk geweld per jaar.

Bij 58% van de incidenten ging het om geestelijk geweld en in 35% van de gevallen om lichamelijk geweld. In 2004 is van ongeveer een kwart van de incidenten in Utrecht aangifte gedaan.

Uit de wijken Overvecht, Noordwest, Zuidwest en Binnenstad komen de meeste aangiftes van huiselijk geweld.

Slachtoffers van huiselijk geweld kunnen last hebben van angstgevoelens, neerslachtigheid, eetproblemen of problemen met relaties en/of intimiteit.

Er zijn in Utrecht veel instellingen die zich bezighouden met de hulp aan slachtoffers van huiselijk geweld. De gemeente Utrecht werkt aan de ontwikkeling van een Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld.

### **Slachtoffers van kindermishandeling**

In Utrecht worden jaarlijks naar schatting minimaal 750 jongeren geslagen of mishandeld. Ruim 11%

van de brugklasleerlingen vindt de thuissituatie ongezellig en ruzieachtig en 12% denkt wel eens aan weglopen.

Kindermishandeling kan op korte termijn onder andere leiden tot lichamelijke en psychische klachten. Op lange termijn kan het leiden tot onder andere schooluitval, criminaliteit en geweld.

Door het ontbreken van een goed registratiesysteem voor kindermishandeling en gericht onderzoek is het niet mogelijk inzicht te krijgen in de dynamiek van deze problematiek.

In Utrecht zijn relatief veel instellingen/zorgverleners betrokken bij de hulp aan slachtoffers van kindermishandeling. Per geval is meestal sprake van de participatie van een netwerk rond de misbruiksituatie.

### **Statushouders**

In Utrecht wonen naar schatting 5.000 (ex-)statushouders. Het merendeel van deze statushouders woont in Overvecht, Zuidwest, West, Zuid en Noordwest.

De gezondheid van statushouders is in het algemeen slechter dan die van de algemene bevolking; ze hebben vaker last van chronische aandoeningen en psychische klachten. Statushouders hebben een verhoogde kans op een posttraumatische stressstoornis. Ook bevinden zij zich vaak in een sociaal isolement.

Door de strengere wetgeving neemt het aantal statushouders in Utrecht af. De uitstroom is gering, behalve door sterfte en verhuizing.

In theorie zouden de statushouders gebruik moeten maken van de reguliere zorg, maar de vraag is in hoeverre zij de weg hier naar toe ook weten te vinden en geaccepteerd worden.

Bij Altrecht is een team van specialisten dat zich richt op de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen.

### **Woningvervuilers**

In Utrecht zijn volgens een schatting uit 1997 700 woningvervuilers. Het 'topje van de ijsberg' komt in contact met de casemanagers van de unit 'Woonhygiënische Probleemgevallen' van de GG&GD Utrecht (gemiddeld 65 per jaar).

Het merendeel van de woningoverlast in de wijken waar wordt gemeten (Zuilen, Ondiep en Pijlsweerd, Hoograven en Lunetten, Overvecht, Kanaleneiland, Lauwerecht, Staatsliedenbuurt en Tuinwijk-west en Transwijk, Rivierenwijk en Dichterswijk), concentreert zich in de subwijken Kanaleneiland, Lauwerecht, Staatsliedenbuurt en Tuinwijk-west. In absolute aantallen ernstige woningoverlast scoort de wijk Overvecht het hoogst.

De woningvervuilers en veroorzakers van woonoverlast hebben met name te maken met een slechte psychische gezondheid.

Bij de woningvervuilers is geen zicht op toe- of afname van het aantal. Bij de veroorzakers van woonoverlast is sprake van een toename van het aantal meldingen.

In Utrecht is er sprake van een goed samenwerkend netwerk van hulpverleningorganisaties die zich met de woonproblematiek bezighoudt.

## Zwerfjongeren

In Utrecht zijn naar schatting minimaal 129 zwerfjongeren (oktober 2004).

Zwerfjongeren zijn overwegend man, zestien jaar of ouder en van Nederlandse afkomst. Zij hebben vaak last van psychische en verslavingsproblemen.

Een groot deel van de zwerfjongeren heeft een kinderbeschermingsverleden met daaraan verbonden een verblijf in meerdere internaten.

In Utrecht is sprake van een stabiele situatie, tussen de 120 en 130 zwerfjongeren. Er is verder geen informatie beschikbaar over de instroom van nieuwe zwerfjongeren en de uitstroom.

Er is in Utrecht een veelheid en diversiteit aan voorzieningen gericht op de zwerfjongeren met een grote verscheidenheid aan opnamecriteria en werkwijzen.

### *Vergelijking van de doelgroepen*

In het begin van dit hoofdstuk is reeds gemeld dat het maar ten dele mogelijk is geweest de verschillende doelgroepen met elkaar te vergelijken aan de hand van de genoemde criteria (de ernst van het gezondheidsprobleem; de omvang in absolute zin; het voorkomen ten opzichte van elders en trends in de tijd). Per doelgroep is het wel mogelijk geweest de meest voorkomende gezondheidsproblemen te benoemen. Omdat deze gezondheidsproblemen niet nauwkeurig te kwantificeren waren (het betrof vaak kwalitatieve informatie uit de literatuur en geen eigen onderzoek), is het moeilijk de verschillende sociaal kwetsbare groepen op dit criterium met elkaar te vergelijken. Informatie over vroegtijdige sterfte, de invloed van de kwetsbare positie op de kwaliteit van leven en de ziektelast was voor de meeste sociaal kwetsbare groepen niet beschikbaar.

Over de omvang van de verschillende sociaal kwetsbare groepen was wel voldoende informatie beschikbaar. Van de meeste sociaal kwetsbare groepen was een schatting van de omvang te achterhalen. Een probleem hierbij was echter dat niet van alle groepen het unieke aantal personen dat tot de betreffende groep gerekend kan worden, te achterhalen was (van de slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling waren alleen de incidenten beschikbaar). Ook waren de schattingen soms gedateerd (drugsverslaafden en woningvervuilers) of hadden een brede marge (illegalen). Rekening houden met deze beperkingen kan geconcludeerd worden dat de verschillende sociaal kwetsbare groepen in Utrecht in omvang variëren van iets meer dan honderd (de minimaal 129 zwerfjongeren) tot ver boven de tienduizend (de maximaal 15000 incidenten van huiselijk geweld).

Voor wat betreft het voorkomen van sociaal kwetsbare groepen ten opzichte van elders is relatief weinig te melden. Van de meeste sociaal kwetsbare groepen is maar weinig vergelijkingsmateriaal uit andere regio's beschikbaar. In vergelijking met Amsterdam zijn er in Utrecht weinig alcoholisten. In Den Haag en Rotterdam zijn de aantallen alcoholisten per aantal inwoners ongeveer gelijk aan Utrecht. De populatie dak- en thuislozen in Utrecht is in absolute aantallen lager dan in de overige drie grote steden, maar vergelijkbaar wanneer rekening gehouden wordt met de bevolkingsomvang. Voor wat betreft de populatie drugsverslaafden kan gezegd worden dat deze zowel in absolute aantallen als per aantal inwoners in Utrecht lager is dan in de drie andere grote steden. Van de overige groepen sociaal kwetsbaren was onvoldoende vergelijkingsmateriaal beschikbaar.

Over de trends in de tijd kan niet van alle groepen sociaal kwetsbaren iets gemeld worden vanwege gebrek aan informatie. Het aantal alcoholisten, dak- en thuislozen, slachtoffers van kindermishandeling, woningvervuilers en zwerfjongeren is de afgelopen jaren in Utrecht redelijk stabiel gebleven. Bij de illegalen en statushouders is er sprake van een toename en bij de ex-ama's van een afname. Van de overige groepen (drugsverslaafden, prostitué(e)s en slachtoffers van huiselijk geweld) was het niet mogelijk iets over trends te zeggen.

#### *Witte vlekken*

Net als bij de vorige rapportage van de VMU moet men zich realiseren dat dit rapport op een aantal terreinen met witte vlekken in de informatievoorziening te maken heeft. Hiervoor is een aantal redenen aan te wijzen:

- de moeilijke bereikbaarheid (ook voor onderzoekers) van sommige sociaal kwetsbaren;
- weinig onderzoek over de sociaal kwetsbare groep aanwezig vanwege de recente belangstelling;
- slecht toegankelijke registratiesystemen van instellingen die hulp verlenen aan sociaal kwetsbaren;
- onvoldoende landelijk vergelijkingsmateriaal en van de andere drie grote steden;

Voor een aantal groepen (ambulante psychiatrische patiënten, slachtoffers van mensenhandel en zorgwekkende zorgmijders) was zelfs zo weinig informatie aanwezig dat het niet zinvol was deze in dit rapport op te nemen.

## Literatuur

- Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren. Den Haag: SDU Uitgevers 2002.
- Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren. Den Haag: SDU Uitgevers 2003.
- Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren. Den Haag: SDU Uitgevers 2004.
- Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren. Den Haag: SDU Uitgevers 2005.
- Bean T, Eurelings-Bontekoe EHM, Spinhoven Ph. Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA's) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Deel 2. Eindverslag. De hulpvraag van AMA's, het hulpaanbod van de GGZ aan AMA's en de onderlinge relatie tussen deze elementen. Stichting Centrum '45, Oegstgeest 2005.
- Beckhoven A van, Dun S van, Slijp H. Jeugdbescherming onder de loep. B & A Groep, april 2005.
- Bestuursinformatie. Utrecht Monitor 2004. Bestuursinformatie gemeente Utrecht, Utrecht 2004.
- Bestuursinformatie. Bevolking van Utrecht per 1 januari 2005. Bestuursinformatie gemeente Utrecht, Utrecht 2005.
- Bleeker G, Vet NJ, Haumann ThJ, Wijk IJ van, Gemke RBJ. Toename van het aantal gevallen van kindermishandeling na een gestructureerde aanpak in het VU Medisch Centrum, Amsterdam, 2001/'04. Ned Tijdsch Geneesk 2005; 149(29): 1620-4.
- Borne A van den, Kloosterboer K. Inzicht in uitbuiting: handel in minderjarigen in Nederland nader onderzocht. ECPAT Nederland, Amsterdam 2005.
- Bouwman J, Toet J, Ameijden E van. Jeugdmonitor Utrecht. Eersteklassers voortgezet onderwijs schooljaar 2004/2005. GG&GD Utrecht, Utrecht 2006.
- Bransen E, Boesveldt N, Nicholas S, Wolf J. Openbare Geestelijke gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen: verslag van en onderzoek naar de huidige praktijk van de OGGZ voor sociaal kwetsbare mensen. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2001
- Braat J en Terlingen B. (beleidsmedewerkers asielzoekers en vluchtelingen) Mondeling interview. 18 augustus 2005.
- Broek J van den. Jongens als slachtoffer van seksueel misbruik. Ambo Baarn, 1991. Pag. 20-23.
- Bruin D de, Meijerman C, Verbraeck H, Braam R, Leenders F, Wijngaart G van de. Zwerven in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Centrum voor Verslavingsonderzoek, Utrecht 2003.
- Bureau Jeugdzorg Utrecht. Jaarverslag. 2004 Verantwoord. Bureau Jeugdzorg Utrecht, Utrecht 2005 ([www.bjzutrecht.nl](http://www.bjzutrecht.nl)).
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Raming van het aantal niet in de GBA geregistreerden. CBS, Rijswijk 2002.
- Centraal Orgaan opvang asielzoekers. Feiten en cijfers december 2004. COA, 2004
- Comijs HC, Jonker C, e.a.. Agressie tegen en benadeling van ouderen. Een onderzoek naar ouderenmishandeling. Vrije Universiteit, Amsterdam 1996.
- Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking. Beleidsadvies Bestrijding vrouwelijke genitale verminking. Zoetermeer 2005.
- Dijk T van, Flight S, Oppenhuis E, Duesmann B. Huiselijk geweld. Aard, omvang en hulpverlening. Stafbureau Informatie, Voorlichting en Publiciteit, Dienst Preventie, Jeugdbescherming en Reclassering en Ministerie van Justitie, 1997.
- Dijk T van, Oppenhuis E. Huiselijk geweld onder Surinamers, Antillianen en Arubanen, Marokkanen en Turken in Nederland. Intomart Beleidsonderzoek, Hilversum 2002.
- Doorn L van. Een tijd op straat. Een volgstudie naar (ex-)daklozen in Utrecht (1993-2000). Utrecht: NIZW, 2002.

- Draijer N. Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychische en psychosomatische gevolgen. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag 1988.
- Egten C van. Nulmeting aanpak huiselijk geweld. SGBO Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag 2005.
- Engbersen G, Burgers J. The unknown city; illegal aliens in Rotterdam. Universiteit Utrecht, Utrecht 1994.
- Engbersen G, Staring R, Leun J van der, Boom J de, Heijden P van der, Cruijff M. Illegale vreemdelingen in Nederland. Omvang, overkomst, verblijf en uitzetting. RISBO Contractresearch BV / Erasmus Universiteit, Rotterdam 2002.
- Engbersen G, Leerkes A, San M van, Cruijff M, Heijden P van der. Beleidssummary 'Wijken voor illegalen'. Over ruimtelijke spreiding, huisvesting en leefbaarheid. Ministerie van VROM, Den Haag 2004.
- Epema HG. Illegaal: een zorg(e)loos bestaan? GG&GD Utrecht, Utrecht 1997.
- Ex-ama Team. Concept Project AVANTI voor jonge moeders. Stichting Vluchtelingenwerk Utrecht. Utrecht 2005.
- Ex-ama Team. Perspectief. Als de toekomst onzeker is. Stichting Vluchtelingenwerk Utrecht, Utrecht 2004.
- Ex-ama Team. Eerste kwartaalrapportage 2005. Het Gruttersdijkproject 'Op de kleintjes passen'. Stichting Vluchtelingenwerk Utrecht, Utrecht 2005.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005 Apr 9-15; 365(9467): 1309-14.
- Ferwerda HB. Huiselijk geweld: de voordeur op een kier. Omvang, aard en achtergronden in 2004 op basis van landelijke politiecijfers. Advies- en Onderzoeksgroep Beke, Dordrecht 2004.
- Gemeente Utrecht. Beleidsnotitie Prostitutie. Algemene Zaken, Gemeente Utrecht, november 1999.
- Gerritsen AAM, Ploeg HM van der, Devillé W, Lamkaddem M. Gevlucht-gezond? Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Nivel, Utrecht 2005.
- Harshagen T, Veenstra D. (Team commerciële zedenzaken) Mondeling interview, 15 juni 2005.
- Hendriks J, Hoofd behandeling jeugd, forensische polikliniek De Waag. De Gelderlander, 26 augustus 2005.
- Hoeksema, H.L., Mook, J.H.A. De herkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik door de huisarts. Handboek Verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- Horjus B, Medema K, Verheij J. Verkenning van de maatschappelijke situatie van jong volwassen vluchtelingen in Utrecht. OKU Onderzoek & Advies, 2001.
- Huijbregts V. Rekening houden met een blijvende gezondheidsachterstand. De huisartsenzorg aan vluchtelingen. Phaxx 2003;4.
- Immigratie- en Naturalisatiedienst. [www.immigratiedienst.nl](http://www.immigratiedienst.nl), augustus 2005.
- Kruijf K de. Hulpverlening aan zwerfjongeren schiet nog steeds tekort. Nederlands tijdschrift voor jeugdzorg 2004; 1: 8-12.
- Landelijk informatie netwerk huisartsenzorg. Jaarcijfers 2003: contacten met de huisartspraktijk. Nivel, Utrecht 2005.
- Leun J van der, Engbersen G, Heijden P van der. Illegaliteit en criminaliteit: schattingen, aanhoudingen en uitzettingen. Faculteit der Sociale Wetenschappen/Sociologie, Erasmus Universiteit, Rotterdam 1998.
- Liefhebber S, Linders B. Een inventariserend onderzoek naar de hulpverlening aan illegalen gegeven door Rotterdamse huisartsen en ziekenhuizen en de financiering hiervan. Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Rotterdam 1994.
- Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht, NIVEL, 2004.

- Lünnevan KD, Bruinsma MY. Geweld binnen en buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland. Verwey-Jonker Instituut en IVA beleidsonderzoek en advies, Utrecht/Tilburg 2005.
- Ministerie van Justitie. Persbericht Onderzoek naar pedoseksuele delicten. 7 september 2004. ([www.justitie.nl](http://www.justitie.nl))
- Oepkes N. (Projectleider Gruttersdijkproject) Mondeling interview. 19 september en 29 september 2005.
- Oort M van, Kulu Glasgow I, Weide M, Bakker D de. Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen. NIVEL, Utrecht 2001.
- Planije M, Land H van 't, Wolf J. Hulpverlening aan zwerfjongeren. Trimbos-instituut, Utrecht 2003.
- Regionaal Utrechts Illegalen Samenwerkingsverband. Projectverslag 2004. RUIS, Utrecht 2005.
- Repetur L. Jaarverslag Pretty Woman 2002/2003. Utrecht 2004.
- Rohlof H, Groenenberg M, Blom C. Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening. Stichting Pharos, Utrecht 1999.
- Rohlof H. Vluchtelingen: migratie en gezondheid. Leiden/Noordwijkerhout, 2003 ([www.rohlof.nl](http://www.rohlof.nl)).
- Roorda J. Gehechtheid, sociale relaties en thuisloosheid. Nijmegen University press, 2001.
- Schout C, Sigurdsson V. Jaarverslag soa-bestrijding 2004. GG&GD Utrecht, Afdeling Dermatologie UMC Utrecht, Utrecht 2005.
- Smit M, Thomeer-Bouwens M. 'Holland is niet mijn land, maar het kan niet beter'. Jongvolwassen vluchtelingen in Nederland. Kind en Adolescent 2000; 21(3): 178-192.
- Stam C. Uit het zicht van de zorg. Gezondheid illegale lijdt onder strenger asielbeleid. G 2004; 4: 8-11.
- Stichting De Tussenvoorziening. Managementrapportage januari-mei 2005. Utrecht, 2005.
- Trimbos-instituut. Presentatie van onderzoeksresultaten van het Trimbos-instituut en de Universiteit Maastricht op de conferentie 'Trauma and Psychosis' op 14 juni 2005.
- Tromp E, Bun C. Een gezonde kijk op volwassenen. Resultaten van de gezondheidsenquête regio Midden-Nederland. GGD Midden-Nederland, Zeist 2005.
- Valkenburg P. (wijkagent Transwijk) Mondeling interview. 7 juni 2005.
- Veen MG van, Beuker RJ, Brito O de, Götz H, Koster M de, Al Taqatqa W, Zwart O de, Laar MJW van de. HIV-surveys bij hoog-risicogroepen in Rotterdam 2002-2003. RIVM-rapport 441100019, Bilthoven 2005.
- Verdurmen J, Meulen A Van der, Laar M Van. Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. Bevolkingstrends, 2004 ;52:32-38.
- Verkleij H, Verheij RA. Zorg in de grote steden. RIVM-rapport 270556007, Bilthoven 2003.
- Wetenschappelijk onderzoeks- en documentatiecentrum. [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl), september 2005.
- Wijk A van, Repetur L. Jaarverslag 2004 Pretty Woman. Pretty Woman, Bureau Jeugdzorg Utrecht en Stade, Utrecht 2005.
- Wildschut J, Lempens A, Most D van der, Knibbe R. Asielzoekers, vluchtelingen en illegalen in de Utrechtse drugscene. Een onderzoek naar de omvang, kenmerken en positie van niet-westerse harddruggebruikers die afkomstig zijn uit andere dan de Nederlandse immigratielanden. IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, Rotterdam 2003.
- Wolf J, Mensink C, Meertens V. Lokale OGGZ Monitoring, een handreiking. Amsterdam: SWP Uitgeverij, 2005.