

Housing First: geen wondermiddel maar wel een effectieve benadering voor langdurige thuisloosheid

DANNY LESCRAUWAET^a

^a Stafmedewerker, Steunpunt Mens en Samenleving (Corresp.: danny.lescrauwaet@samvzw.be)

1. INLEIDING

Housing First (HF) werd in 1992 gelanceerd in New York door Sam TSEMBERIS en zijn 'Pathways to Housing' (2012). Het is een woongerichte oplossing voor langdurig thuislozen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. De effectiviteit van de benadering werd door Sam TSEMBERIS op *evidence-based* wijze aangetoond.

Het duurde bijna 20 jaar tot de succesvolle aanpak de overtocht naar Europa maakte. Nadat enkele steden experimenteerden met het concept, werd Housing First in 2011 in vijf Europese testprojecten opgestart: in Amsterdam, Kopenhagen, Lissabon, Glasgow en Budapest (BUSH-GEERTSEMA, 2013). Later werden ook experimenten gestart in Frankrijk en België.

Dit artikel belicht de resultaten van het Belgische experiment dat liep van 2013-2016 en gaat in op de beleidsopvolging die het kreeg in Vlaanderen.

2. WAT IS HOUSING FIRST EN WAT IS HET NIET?

HF kenmerkt zich door het aanbieden van een individuele woonst én langdurige begeleiding aan mensen die langdurig dakloos zijn en kampen met een verslavings- en/of psychiatrische problematiek. De daklozen huren een woning op de private of de sociale huurmarkt. De meeste Europese landen bakenen langdurige thuisloosheid als volgt af: langer dan een jaar thuisloos zijn of meerdere periodes van thuisloosheid gekend hebben gedurende de afgelopen drie jaar. Dergelijke afbakening is om volgende redenen nuttig en nodig: HF alleen aanwenden waar de effectiviteit ervan het hoogst is en om tot een onderbouwde monitoring en evaluatie van het beleid te kunnen komen.

HF vertrekt van een andere startpositie dan de meer gangbare manier van denken in de hulpverlening, zoals het woonladder- of het herankeringsmodel, waar een dakloze eerst een aantal stappen in een opvangcentrum dient te doorlopen vooraleer hij 'woonklaar' is. HF situeert zich binnen het burgerschapsmodel. Dit stelt dat een dakloze een mens is als een andere, waarvoor geen afzonderlijke voorzieningen moeten worden opgericht zoals opvangcentra, maar dat sommigen wel begeleiding nodig hebben. De evolutie naar dit burgerschapsmodel, een proces van vermaatschappelijking van de zorg, zien we momenteel ook bij andere doelgroepen: personen met een handicap en psychiatrische patiënten. Het gaat gepaard met een afbouw van bedden in residentiële voorzieningen.

HF vertrekt van acht basisprincipes:

- huisvesting is een basismensenrecht. De HF-bewoner heeft een gewoon huurcontract op de private of de sociale woningmarkt. Zo lang de bewoner zijn huurdersverplichtingen nakomt (huur betalen, woning onderhouden, geen overlast) kan hij daar blijven wonen. Ook als hij van de aangeboden begeleiding geen (verder) gebruik wenst te maken;

- respect, warmte en medeleven voor alle HF-bewoners. Doorheen het begeleidingsproces benadrukt HF een respectvolle omgang tussen hulpverleners en bewoners. Dit vanuit een open houding zonder vooroordelen ten aanzien van de cliënten;
- engagement om met de HF-bewoner te werken zolang nodig is. De termijn waarop de hulp beschikbaar is, wordt niet op voorhand bepaald. Het huurcontract is voor onbepaalde duur en de begeleiding ook. Dit wil niet zeggen dat deze begeleiding door één en dezelfde organisatie gedurende het ganse traject dient geleverd te worden;
- verspreide huisvesting in alleenstaande appartementen. Maar ook gegroepeerde huisvesting kan, mits dat een keuze is van de bewoner;
- splitsing van huisvesting en hulpverlening. Hierdoor kan de huurder in de woning blijven ook als hij niet langer begeleiding wenst of deze weigert;
- keuzevrijheid en zelfdeterminatie. De bewoner heeft keuzevrijheid op zoveel mogelijk domeinen. De begeleidingsdoelen worden in overleg met de bewoner gekozen. De hulpverlener ondersteunt de bewoner hierbij, op weg naar een maximale zelfstandigheid;
- herstelgericht. Een herstelgerichte benadering is een streven naar welzijn van de bewoner door te zorgen dat hiervoor de basisvoorwaarden aanwezig zijn. Voorbeelden zijn actieve rechtendetectie, toeleiden naar gezondheidszorg, ondersteuning bij uitbouw van een sociaal netwerk, tewerkstelling, dag bezigheid, enz.;
- *harm reduction*. De keuzevrijheid geldt ook bij schadelijk drug- en alcoholgebruik. De nadruk ligt niet op repressie, het verplichten tot behandeling maar op het beperken van de schade van drug- en alcoholgebruik, zowel voor de gebruiker als voor de samenleving. Gekende voorbeelden zijn methadonverstrekking, spuitenruil enz.

HF is niet:

- voorbereiding, therapie of engagementen tot ontwenning vragen van de HF-bewoner;
- de HF-bewoner vragen eerst stappen te nemen om woonklaar te worden. Uiteraard kan en mag een dakloze gebruik maken van (nacht)opvang vooraleer in een HF-traject te stappen. Maar dit eerst gebruiken van opvang mag niet als voorwaarde voor de start van een HF-traject opgelegd worden;
- een tijdelijke woonst, tijdelijke huurcontracten, het tijdelijk aanwenden van leegstaande woningen, het werken met bezettingsovereenkomsten en dagprijssystemen. Op zich kunnen dit allemaal nuttige initiatieven zijn t.a.v. thuislozen, maar ze vallen buiten de HF-benadering;
- een gemeenschappelijke woonst (tenzij de cliënt dit zo wenst);
- huurders uithuiszetten voor redenen anders dan deze in een normaal huurcontract.

3. HET BELGISCHE HOUSING-FIRST EXPERIMENT

3.1 Opzet en methode

Het Belgische HF-experiment kreeg de steun van de staatssecretaris voor armoedebestrijding, de minister van Grootstedenbeleid en de POD-MI. Het werd gefinancierd door de Nationale Loterij. In volgende steden werden pilootprojecten opgezet: Antwerpen, Gent, Brussel, Charleroi en Luik. Na afloop van die eerste experimentele fase en bij de start van de nieuwe legislatuur werd het project *Housing First Belgium* met één jaar verlengd en uitgebreid naar volgende locaties: Molenbeek, Namen en Limburg. Aan het experiment nam nog een tiende partner deel, die geen financiering kreeg: Huis Inclusief voor Zuidwest Vlaanderen.

3.2 Een experimenteel kader

Housing First Belgium was in de eerste plaats een veldexperiment om HF in de praktijk uit te testen. Voor de evaluatie van het experiment werd een evaluatieteam samengesteld. Dit bestond uit drie instellingen (één per gewest) die ervaring hadden met de evaluatie van projecten inzake thuisloosheid.

De evaluatiemethode bestond uit een langdurige *follow-up* van 24 maanden van drie groepen daklozen of voormalige daklozen al van voor ze hun intrek namen in een woonst. Het zijn allemaal mensen die door hun lange verleden op straat of in de thuislozenzorg worstelen met extreme behoeften en met mentale gezondheidsproblemen en/of verslaving. Er werden drie groepen gevormd:

- de experimentele groep (EG): de mensen die opnieuw werden gehuisvest en begeleid door een van de 10 teams die het HF-project verwezenlijken;
- de 'dakloze' controlegroep (DCG): mensen in een situatie van dakloosheid (wonen nog steeds op straat en/of maken gebruik van noodopvang);
- de 'gehuisveste' controlegroep (GCG): daklozen die opnieuw werden gehuisvest maar die geen begeleiding in de stijl van het model *Housing First* krijgen.

Deze groepen werden niet *at random* of op toevallige wijze samengesteld. In de experimenten konden de teams kiezen wie een HF-traject wenste te volgen. De controlegroepen werden vooral samengesteld op basis van de bereidheid van de cliënt tot medewerking aan een langdurige *follow-up*.

In totaal werden 378 mensen in het experiment opgenomen. Binnen de experimentele groep gaat het om 141 mensen. Twee beperkingen moeten hierbij worden vermeld: de grote uitval bij de controlegroepen en de lage onderzochte aantallen binnen de drie groepen op het einde van het experiment. Dit laatste was te wijten aan de tijd die nodig was voor het vinden van voldoende thuislozen die wilden meewerken in elke groep.

De evaluatie mondde uit in allerlei documenten, waaronder een implementatiehandboek dat het evaluatieteam schreef in nauwe samenwerking met de teams op het terrein (BUXANT et al., 2016b).

3.3 Voornaamste uitkomsten (BUXANT, 2016; BUXANT, BROSIUS, LELUBRE, 2016a).

De experimentele groep (EG) en de twee controlegroepen hebben een vergelijkbaar socio-demografisch profiel met gelijkaardige kenmerken als de dakloze populatie: de gemiddelde respondent is een man: 69% bij de EG tegenover 82% bij de dakloze controlegroep (DCG) en 80% bij de gehuisveste controlegroep (GCG). Qua leeftijd lag de mediaan in de drie groepen op 40 jaar. De Belgische nationaliteit was als volgt verdeeld: 89% bij de EG, 82% bij de DCG en 86% bij de GCG. De meesten zijn vrijgezel op basis van hun burgerlijke staat of feitelijke situatie (in de EG heeft 15% een relatie, tegenover 18% in de DCG en 31% in de GCG). Eén respondent op twee heeft kinderen (53% in de EG, 49% in de DCG en 52% in de GCG).

Hun inkomen halen de respondenten van de drie groepen voornamelijk uit sociale uitkeringen zoals het leefloon (42% bij de EG, 35% bij de DCG en 45% bij de GCG). Het ziekenfonds vormt ook een financiële bron voor veel respondenten (27% bij de EG, 25% bij de DCG en 12% bij de GCG), wat te maken heeft met hun gezondheidstoestand. De helft van de respondenten van de EG leeft onder de armoedegrens van 1074 euro (hun mediaan inkomen bedroeg 817,36 €). Een kwart van de respondenten in deze groep (26%) krijgt budgetbegeleiding (tegenover 22% bij de GCG en 14% bij de DCG). 17% heeft een vermogensbeheerder (tegenover

11% bij de GCG en 7% bij de DCG). Het aantal respondenten zonder financiële middelen is bijzonder hoog in de DCG (22%), maar die situatie houdt geen verband met hun verblijfsstatuut op het grondgebied.

Qua duur van de thuisloosheid onderscheiden de respondenten van de GCG zich op twee vlakken van de respondenten van de andere twee groepen:

- in termen van de totale duur van hun traject als dakloze: 50% van de respondenten van de EG leefde in de loop van zijn hele leven minstens 43 maanden op straat, tegenover 30 maanden bij de respondenten van de DCG. Bij de GCG bracht 50% van de respondenten tijdens zijn leven slechts 6 maanden op straat door;
- in termen van woonsituatie tijdens de week voorafgaand aan de instap in het onderzoek: 47% van de respondenten van de GCG woonde in een opvanghuis, tegenover 13% van de respondenten van de EG, terwijl 54% van de respondenten van de EG en 33% van de respondenten van de GCG op straat of in de noodopvang zat.

Dat verschil tussen beide groepen valt te verklaren door de moeilijkheden die het evaluatieteam, ondanks de vele samenwerkingen met de lokale netwerken waarin de evaluatie plaatsvond, ondervond bij de zoektocht naar thuislozen die voldeden aan de selectiecriteria én die rechtstreeks van de straat naar een woning zijn gegaan. Met die uiteenlopende parameters wordt rekening gehouden tijdens de analyses.

3.4 Behoud van woonst van 90%

Twee jaar na de intrede in de woning, is er een residentiële stabiliteit van 90% bij de EG. In andere landen waar HF werd geïmplementeerd, is er na twee jaar een gemiddeld behoud van de woning van 80%. Maar in Denemarken ligt het aandeel ook op 90%. Eén op vijf ondervindt soms moeilijkheden om de huur te betalen, maar dit kan meestal via de begeleiding opgelost worden. Er zijn geen 'patronen' of terugkomende criteria gevonden van mensen die wel of niet in het traject slaagden. Ook dit werd al in andere experimenten vastgesteld.

Bij de GCG is er ook sprake van een positieve residentiële stabiliteit. Zo beschikt 86% van de respondenten in deze groep, na één jaar nog over een adequate woning.

Bij de DCG zien we dat de actuele aanpak van dakloosheid via nachtopvang en andere tijdelijke opvangstructuren, voor slechts 48% werkt. Na één jaar heeft slechts de helft van deze groep een adequate woning. Bijgevolg is HF vooral een beter alternatief voor wie in nachtopvangcentra of op straat verblijft. Voor de thuislozen met een minder zware problematiek, bereikt de 'gewone thuislozenzorg' een bijna even goed resultaat als HF. Het is dus niet nodig de hele sector te gaan hervormen. Vlaanderen heeft immers al vanaf begin 2000 geïnvesteerd in begeleide woonvormen, precies om beter tegemoet te komen aan noden van thuislozen met weinig woonvaardigheden. Wallonië en zeker Brussel is wel een ander verhaal. In Brussel stond vooral de uitbouw van meer bedden in nachtopvangcentra centraal.

3.5 Meer personen met een tewerkstelling

Bij de start had 10% van de respondenten van de GCG een betaalde baan en twee jaar later is dat 19%. Bij de EG ging het om 4% bij de start en 11% na 2 jaar. Een opleiding wordt bij de start nog maar door 4% gevolgd, maar na 2 jaar is dat al 22%. Bij de GCG wordt een omgekeerde beweging waargenomen: die respondenten gaan in twee jaar tijd van 17% naar 11% qua tewerkstelling. Hiervoor werd geen sluitende verklaring gevonden. In ieder geval illustreert

dit dat de socio-professionele integratie een zeer langdurig proces is. En, het blijft ook een zwakker aspect van de HF-benadering.

3.6 Na 2 jaar is er een positieve evolutie van de gezondheid

Op basis van verschillende indicatoren wordt de evolutie van de gezondheidstoestand van de respondenten van de drie groepen bepaald. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds objectieve waarnemingen berekend aan de hand van het behandelings- en nalevingspercentage en anderzijds de subjectieve indruk van elk individu. De analyse houdt opnieuw alleen rekening met respondenten met een ziektebeeld en de lage onderzochte aantallen, vooral na twee jaar, vragen om een voorzichtige interpretatie van de resultaten. Vandaar geven we de evolutie na één jaar weer.

In termen van fysieke gezondheid toonden de drie groepen over het algemeen een verbetering van het behandelingspercentage na één jaar (EG: 74%; DCG: 60%; GCG: 76%). Ook in termen van mentale gezondheid tonen de drie groepen een verbetering van het behandelingspercentage na één jaar (EG: 68%; DCG: 59%; GCG: 82%). In termen van verslaving werd alleen de subjectieve indruk van de respondenten onderzocht. Er zijn relatief weinig respondenten die vinden dat hun druggebruik na één jaar is toegenomen (EG: 14%; DCG: 16%; GCG: 0%). Bij de GCG en DCG zegt één op de twee respondenten zelfs dat zijn druggebruik is afgenomen. Qua alcoholgebruik vermeldt in de drie groepen slechts 10% een toename na één jaar (EG: 8%; DCG: 8%; GCG: 10%). Tegelijkertijd vermelden de respondenten van de DCG en GCG vooral een afname (EG: 29%; DCG: 61%; GCG: 70%).

4. WAAROM IS HOUSING-FIRST SUCCESVOL?

Zowel uit het Belgische als uit het Europese experiment kunnen we een aantal lessen leren waarom HF succesvol is (LESCRAUWAET, 2017):

- zwemmen leer je in water en wonen leer je in een woning (al dan niet met begeleiding). Een opvangcentrum biedt in tegenstelling tot een woning veel minder leeransen om zelfstandig te wonen (BUSH-GEERSTEMA, 2013). Zeker als het een leefgroepwerking is waar er omwille van de leefbaarheid tal van regels zijn, die je niet hebt als je zelfstandig woont. Het is ook pas als de cliënt in een woning woont dat de begeleiding de visu kan vaststellen over welke vaardigheden de cliënt al dan niet beschikt. En vooral, de cliënt zal het zelf ook ervaren;
- een eigen woning geeft rust, privacy en veiligheid. Dit is positief voor het zelfbeeld en maakt dat de cliënt uit de thuislozenrol kan stappen en in de rol van gewone huurder terecht komt. Hierdoor raken mensen meer gemotiveerd om ook aan andere zaken te werken en ontstaat er een gunstiger klimaat om een sociaal netwerk herop te bouwen. Wie zich elke nacht moet aanmelden bij de nachtopvang, met de onzekerheid of hij wel een bed zal hebben, ondervindt hier stress van en kan moeilijk plannen maken voor de toekomst;
- in een groepsopvang is er een veel hoger risico voor onderbreking van het traject wegens regelovertreding;
- HF laat, zoals andere woongerichte oplossingen, beter toe om hulp op maat van de cliënten te bieden;
- het steeds verkassen van mensen van de ene tijdelijke oplossing naar de andere houdt risico's in dat het misloopt en maakt dat mensen moeilijker in staat zijn hun leven te stabiliseren en een sociaal netwerk uit te bouwen;

- HF sluit beter aan bij de visie op de vermaatschappelijking van de zorg en het burgerschapsmodel. Dit stelt dat thuislozen mensen zijn zoals iedereen, waarvoor geen aparte instellingen moeten bestaan, maar dat een aantal van hen wel begeleiding nodig hebben.

Maar... HF is ook geen wondermiddel. Ook binnen HF zijn er trajecten die niet slagen (10 à 30%) al naargelang de evaluatie van de diverse initiatieven in Europa. Het vinden van werk en het uitbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk blijven ook binnen HF aandachtspunten. Ook heeft nog geen enkel Europees land zijn opvangcentra reeds kunnen reconverteren naar woongerichte oplossingen. Opvang zal nodig blijven om eerst een HF traject te kunnen opstarten, om zaken zoals een inkomen administratief in orde te krijgen. Vooral ook opdat niemand genoodzaakt zou zijn om op straat te moeten overnachten. Een reconversiebeleid van opvangbedden naar woongerichte oplossingen vergt ook tijd. Dat gaat immers gepaard met renovaties en/of nieuwbouw. Dit realiseer je niet binnen één legislatuur. Finland is daar al tien jaar op gefaseerde wijze mee bezig.

5. BELEIDSVERVOLG IN VLAANDEREN

Eind 2016 besliste de Vlaamse regering over een actieplan tegen thuisloosheid (Vlaamse Regering, 2016). Het is een onderdeel van het ruimere Vlaams actieplan armoedebestrijding. Vlaanderen sluit hiermee aan bij andere Europese landen die al langer thuisloosheid (willen) voorkomen en bestrijden, via een meer omvattende strategie.

De wetenschappelijke basis voor dit actieplan was een telling (nulmeting) over thuisloosheid in Vlaanderen die in 2014 werd uitgevoerd (MEYS & HERMANS, 2014). De telling bracht volgende zaken in beeld: het aantal unieke thuislozen die in de verschillende opvangvormen verbleven, die begeleid werden in een begeleid wonen traject, en de vorderingen tot uithuiszetting. Buitenslapers werden niet geteld, ook niet de meer verborgen vormen van thuisloosheid, zoals mensen die bij iemand intrekken (de zogenaamde *sofa-sleepers*). In totaal werden 5458 unieke thuislozen geteld, waarvan er 1100 langdurig thuisloos waren. Om langdurige thuisloosheid in Vlaanderen te beëindigen kan men op basis van de evaluaties van HF-experimenten ongeveer becijferen hoeveel woningen daarvoor nodig zijn. Maar men moet natuurlijk ook even krachtig inzetten op preventie. Anders blijft men dweilen met de kraan open.

Het actieplan bevat drie inhoudelijke prioriteiten: de preventie van uithuiszetting van private huurders, het voorkomen van thuisloosheid bij jongvolwassenen die de jeugdzorg verlaten en de vermindering van langdurige thuisloosheid via HF.

5.1 Housing-first in het Vlaams actieplan thuisloosheid 2017-2019

In Vlaanderen legt de regelgeving van het algemeen welzijnswerk helemaal geen herankingsmodel op, waarbij mensen eerst woonklaar worden gemaakt in de opvang. CAW's kunnen momenteel, zonder dat daarvoor enige aanpassing van de regelgeving nodig is, HF toepassen zo zij dit wensen. Dezelfde autonomie hebben de OCMW's. Geen enkele regelgeving dwingt hen langdurig thuislozen onder te brengen in nachtopvangcentra. Zij kunnen even goed HF-benaderingen uitbouwen. Sommigen zullen opwerpen dat OCMW's ook controlerende opdrachten hebben, die op gespannen voet zouden kunnen staan met sommige aspecten van de HF-benadering. Het Belgisch experiment heeft echter aangetoond dat dit niet het geval hoeft te zijn: de projecten in Gent, Luik, Namen en Charleroi werden door OCMW's in samenwerking met actoren op het terrein uitgevoerd. Of m.a.w. niet de kleur van

de kat is belangrijk, wel of ze muizen vangt. Het essentiële is dat een organisatie de kenmerken van HF consequent respecteert.

5.2 Het actieplan voorziet in een uitbreiding van een 80-tal H-trajecten

Op 1 januari 2018 werden 395 unieke personen begeleid in een HF-traject (LESCRAUWAET, 2018). Hierin zijn ook de trajecten opgenomen die al tijdens het Belgische experiment werden opgestart. Vandaag situeren de meeste trajecten zich in Gent.

Een HF-traject start natuurlijk niet pas als de persoon op woonst zit. Er gaat een voorbereiding en voortraject aan vooraf. In 10 regio's zijn er multidisciplinaire teams opgericht. Naargelang de regio of de context zitten hierin hulpverleners uit: OCMW, CAW, GGZ, VAPH, drughulpverlening, enz. Reconversies naar housing-first zijn in drie regio's gepland.

REFERENTIES

- BUSCH-GEERTSEMA, V. (2013). *Housing First Europe*, Final Report.
- BUSCH-GEERTSEMA, V. (2013). Swimming Can Better be Learned in the Water Than Anywhere Else. *European Journal of Homelessness*, 7(2), 323-326.
- BUXANT, C., BROSIUS, C., & LELUBRE, M., (2016). Housing First Belgium, presentatie van de resultaten op het Belgisch Housing-First congres.
- BUXANT, C., BROSIUS, C., & LELUBRE, M. (2016a). Statistisch rapport Housing-First Belgium (in vertaling).
- BUXANT, C., BROSIUS, C., LELUBRE, M., LIAGRE, R., & LO SARDO, S. (2016b). Ga voor housing first! Handboek met aanbevelingen voor instituties, Housing First Belgium.
- Idea Consult (2016). Analyse d'efficience des pratiques housing-first menées dans le cadre de Housing-First Belgium en Belgique, rapport final.
- LESCRAUWAET, D. (2017). Housing-first in Vlaanderen: visie en aandachtspunten voor beleid en praktijk, nota, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- LESCRAUWAET, D. (2018). Monitoringverslag Housing First, nota, Steunpunt Mens en Samenleving.
- MEYS, E., & HERMANS K. (2014). Nulmeting dak-en thuisloosheid, eindrapport, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- TSEMBERIS, S. (2010). *Housing First Manual: The Pathways Model to End Homelessness for People with mental illness and addiction*. Center City: Hazelden Foundation.
- Vlaamse Regering (2016). *Globaal Plan dak-en thuisloosheid 2017-2019*.