




Kwetsbaar in Amsterdam: Effecten Covid-19 en hulpverlening aan kwetsbare groepen

Januari 2021

Vrije Universiteit Amsterdam
School of Business and Economics



Dit project wordt mogelijk gemaakt door:  **ZonMw**

Projectwebsite & updates

www.coronatijden.nl

<https://sbe.vu.nl/nl/afdelingen-en-instituten/management-en-organisatie/research/projects/index.aspx>

Foto voorpagina: De Regenboog Groep

Vrije Universiteit Amsterdam

School of Business and Economics

De Boelelaan 1105

1081 HV Amsterdam

The Netherlands

Onderzoeksteam Vrije Universiteit Amsterdam

Prof.dr.ir. Elco van Burg [contact: elco.van.burg@vu.nl]

Sanaz Kateb MSc.

Dr. David Kroon

Dr. Rebecca Ruehle

Consortium-leden

De Regenboog Groep

GGD Amsterdam

HVO-Querido

Leger des Heils Amsterdam

INHOUD

Samenvatting.....	4
INLEIDING	5
I. IMPACT COVID-19 OP KWETSBARE GROEPEN.....	7
1.1 Inleiding tot kwetsbare groepen in Amsterdam en besmettingsgevallen.....	7
1.2 Kwetsbare groepen en de effecten van de Covid-19 crisis.....	7
II. IMPACT COVID-19 OP HULPVERLENING.....	13
2.1 Organisatieveranderingen	13
2.2 Veranderingen in de hulpverlening	14
2.3 Organisatorische uitdagingen.....	16
2.4 Effecten van de veranderingen in hulpverlening	18
III. AANDACHTSPUNTEN.....	21
3.1 Digitalisering.....	21
3.2 Samenwerking binnen en buiten organisaties	21
3.3 Dilemma's.....	21
3.4 Opvang en dagbesteding	21
IV. FASE 2 ONDERZOEK KWETSBAAR IN AMSTERDAM.....	22
Referenties	23
APPENDIX: DATA VERZAMELING.....	24

SAMENVATTING

Kwetsbare mensen worden in dit onderzoek onderverdeeld in zeven groepen, namelijk: dak- en thuislozen, druggebruikers, sekswerkers, volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid, jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid, gezinnen en ongedocumenteerden. Het doel van dit tussentijdse rapport is in eerste instantie het in kaart brengen van zowel de positieve als negatieve effecten van Covid-19 op deze kwetsbare groepen in de periode februari tot en met augustus 2020. Verder gaan we in op de manier hoe door verschillende hulporganisaties gereageerd is op de coronacrisis, hoe beslissingen genomen zijn en hoe de crisisorganisatie is opgezet in de periode februari tot en met augustus 2020.

We zien dat de effecten van Covid-19 er per groep verschillend uitzien, hoewel bepaalde effecten in iedere kwetsbare groep voorkomen. Een interessante observatie is dat het aantal virusbesmettingen onder de kwetsbare groepen lager lijkt te zijn gebleven dan verwacht werd. Dit geldt ook voor een groot deel van de cliënten op een woonlocatie. Daarnaast is bij de groep die sterk afhankelijk is van hulp geconstateerd dat de psychische problemen zijn toegenomen. De grootste negatieve effecten zijn zichtbaar in de groep mensen die juist op weg was naar een meer zelfredzaam bestaan (bijvoorbeeld cliënten op een woonlocatie) en waar dit proces stil kwam te liggen. Dat heeft in een aantal gevallen tot forse terugval geleid. Daarentegen is het tegenovergestelde effect gezien bij mensen die zelfredzaam bleken te zijn (zoals cliënten die ambulante begeleiding worden). Zij bleken tijdens de lock-down, soms meer dan verwacht, in staat om zelfstandig te leven en een beroep te doen op hun eigen netwerk. Een ander positief effect van Covid-19 is het functioneren van het netwerk van kwetsbare mensen. Toen de hulpverlening uitviel, heeft hun sociale netwerk over het algemeen veel hulp geboden. Maar ook door gebruik van social media hebben kwetsbare mensen nieuwe contacten gelegd, of oude contacten weer opgepakt.

De veranderingen in de hulpverlening tijdens het begin van de corona-pandemie en vooral tijdens de officiële lock-down waren ingrijpend. De belangrijkste aanpassingen zijn het thuiswerken, afstand houden, digitalisering van contact, verminderen van bezoekers, het sluiten van de deuren van locaties en het realiseren van nachtopvang. De effecten hiervan zijn zowel positief als negatief. Een positief effect is dat het aantal Covid-19 besmettingen laag is gebleven. Ook de nachtopvang heeft duidelijk positieve effecten gehad, zoals het geven van rust waardoor bezoekers tijd kregen voor reflectie op hun leven en een nieuw hulpverleningstraject konden opstarten. Een negatief effect is dat sommige problemen, zoals psychoses en huisvervuiling, hebben kunnen escaleren door minder contact en toezicht.

In dit onderzoek komt naar voren dat veel medewerkers te maken hebben met (morele) dilemma's als gevolg van de maatregelen en veranderingen tijdens de crisis. De belangrijkste dilemma's zijn de volgende. Moeten hulpverleners prioriteit geven aan direct contact of juist op afstand houden en gebruik maken van digitale technologie? Wat is de afweging van individuele versus groepsbelangen, bijvoorbeeld in de consequenties voor de sociale thuisomgeving in het beperken van besmettingsrisico voor cliënten? In hoeverre mag je ingaan tegen de wet versus hulp bieden, bijvoorbeeld als het gaat om het faciliteren van drugsverkoop aan cliënten in quarantaine? Managers ervoeren een dilemma rond een mate van controle hebben over medewerkers die thuis werken versus autonomie geven aan die medewerkers. Het laatste dilemma wat naar boven kwam wat tussen het zien en behandelen van cliënten als kwetsbaar en hulpbehoefstig versus focussen op zelfredzaamheid.

INLEIDING

De meest kwetsbare mensen worden door de Covid-19 crisis het hardst geraakt, zoals de Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis concludeerde.¹ In eerste instantie direct door het virus. Eerder onderzoek laat zien dat een disproportioneel deel van de corona-patiënten bestaat uit mensen uit achtergestelde groepen, zoals migranten in Nederland² en andere etnische minderheden in het VK en de VS (Khunti et al., 2020). Vervolgens zijn deze mensen door de maatregelen tijdens de lock-down getroffen, toen het wegvallen van mantelzorg en andere vormen van fysieke ondersteuning grote gevolgen had. Het economische vervolg van deze crisis zal deze groepen waarschijnlijk nogmaals hard raken.

Volgens de Werkgroep Sociale Impact zijn de kwetsbare groepen die het meest getroffen zijn gezinnen met meervoudige problematiek en dak- en thuislozen. Verder heeft de crisis grote effecten op groepen die verminderd zelfredzaam zijn, zoals zorgmijders, mensen met een verstandelijke beperking, psychiatrische stoornis en/of verslaving. Bovendien raakt de crisis andere kwetsbare groepen zoals prostituees. Daarnaast ontstonden nieuwe kwetsbare groepen, zoals buitenlandse werknemers die vast zaten, maar geen lang verblijf in een hotel konden betalen. Op langere termijn komen er waarschijnlijk andere kwetsbare groepen bij, door de economische gevolgen van de crisis in samenhang met de sociale effecten.

Veel organisaties hebben grootschalig hulp verleend aan kwetsbaren in de crisis. In korte tijd is bijvoorbeeld veel extra opvang gecreëerd, enerzijds om iedereen 's nachts onderdak te kunnen bieden en anderzijds om volle locaties te 'verdunnen'. De inloopvoorzieningen overdag voor daklozen zijn uitgebreid en er zijn isolatielocaties opgezet voor mensen met een (vermoedelijke) besmetting. Aan de andere kant zijn ook activiteiten afgeschaald: veel van de dagbestedingsactiviteiten zijn gestopt en ambulante begeleiding en behandeling werden beperkt tot het hoogstnoodzakelijke of werden digitaal of telefonisch afgehandeld. Veel van de buurthuizen sloten hun deuren waardoor mensen die afhankelijk zijn van de maaltijden die daar worden geserveerd in de problemen kwamen of vereenzaamden. Dat leverde omgekeerd de noodzaak op hier hulp voor te organiseren.

Tijdens de corona-crisis zijn keuzes gemaakt op basis van het RIVM en de richtlijnen van de rijksoverheid, die de hulp aan kwetsbaren hebben veranderd. Deze richtlijnen boden ruimte om beslissingen te nemen over de aanpak, welke activiteiten op te schalen en welke af te schalen. Inmiddels moeten gemeentelijke overheid, GGD en zorg- en welzijnsorganisaties beslissingen nemen over het vervolg: wat betekent de corona-crisis op middellange termijn voor de kwetsbare groepen, voor de organisatie van hulp en voor de hulporganisaties zelf?

Dit onderzoek heeft als hoofddoel om inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis voor verschillende kwetsbare groepen in de regio Amsterdam en te onderzoeken hoe hulp verleend is en hoe dat in de nabije en verre toekomst kan gebeuren.

¹ Werkgroep Sociale Impact (2020), Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis, <https://vng.nl/sites/default/files/2020-05/eindverslag-werkgroep-sociale-impact-coronacrisis.pdf>, bezocht op 10 december 2020.

² CBS (2020), Bijna 9 duizend meer mensen overleden in eerste 9 weken corona-epidemie, 15 Mei 2020. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/20/bijna-9-duizend-meer-mensen-overleden-in-eerste-9-veckon-corona-epidemie>

Met verschillende organisaties in Amsterdam die hulp verleend hebben aan deze kwetsbare groepen maken we een inventarisatie van de kennis en ervaringen die opgedaan zijn, om vervolgens hulp-oplossingen te ontwikkelen voor de komende tijd. Hierbij houden we rekening met het spanningsveld tussen gezondheidszorg, economie en sociale effecten. Het consortium voor dit onderzoek bestaat uit GGD Amsterdam, Leger des Heils Amsterdam, HVO-Querido en De Regenboog Groep; het onderzoek wordt geleid door onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam, School of Business and Economics.

Dit eerste tussentijdse verslag geeft inzicht in de voorlopige resultaten van het eerste deel van dit onderzoek. Het doel is om snel inzicht te geven in de bevindingen, zodat eventuele lessen toegepast kunnen worden in de organisatie van de hulpverlening tijdens het vervolg van de corona-crisis. Het is belangrijk om te melden dat deze resultaten voorlopig zijn – het onderzoek loopt nog en gaandeweg kunnen inzichten bijgesteld worden door nieuwe data en verdere analyse van bestaande data.

I. IMPACT COVID-19 OP KWETSBARE GROEPEN

In dit eerste deel van het rapport brengen we in kaart wat de kwetsbare groepen zijn die getroffen zijn door de gevolgen van de Covid-19 crisis in Amsterdam in de periode februari tot en met augustus 2020. Wat zijn de gevolgen van Covid-19 en de daarmee samenhangende maatregelen op deze groepen geweest? Hierbij richten we ons specifiek op de groepen die betrokken zijn bij de hulpverlening door de partners in dit project. Kwetsbare mensen worden in dit onderzoek onderverdeeld in zeven groepen, namelijk: dak- en thuislozen, druggebruikers, sekswerkers, volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid, jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid, gezinnen en ongedocumenteerden. Dat betekent dat 'bekende' kwetsbare groepen zoals ouderen buiten beschouwing gelaten worden in deze studie.

1.1 Inleiding tot kwetsbare groepen in Amsterdam en besmettingsgevallen

Verrassend genoeg blijkt dat het aantal besmettingen onder kwetsbaren lager is uitgevallen dan verwacht werd door hulpverleners. De Coronamonitor van de GGD Amsterdam laat zien dat in de periode 1 maart tot 1 september in totaal 276 mensen van de dak- en thuislozen positief getest zijn op Covid-19, wat neerkomt op rond de 8% bij een geschatte populatie van ongeveer 3500 daklozen in Amsterdam in 2020 (Mennis, 2020 geeft een overzicht van dakloze mensen die zich bij een dokter gemeld hebben met klachten). Uit interviews blijkt dat de meeste hulpverleners verrast zijn over het relatief lage aantal infecties bij de cliënten en deelnemers. Volgens de respondenten kan een verklaring hiervoor gevonden worden in het geïsoleerde bestaan van sommige subgroepen die vooral onderling contact hebben. Doordat zij weinig tot geen sociale contacten hebben, komen ze ook tijdens de Covid-19 periode nauwelijks in contact met andere mensen, waardoor ze een lager risico lopen. Daarentegen, is juist gebleken dat onder de hulpverleners relatief meer besmettingen waren, omdat zij veel meer sociale contacten hebben. Een andere mogelijk verklaring is van medische aard, namelijk dat bijvoorbeeld de daklozen al zo vaak met corona-virussen in aanraking zijn gekomen, dat ze al een vorm van immuniteit opgebouwd hadden en daardoor minder ziek geworden zijn als ze het virus kregen. Volgens eerder onderzoek kan de verklaring voor lage besmettingscijfers onder de kwetsbare groepen ook gevonden worden in het vroegtijdig invoeren van preventiemaatregelen voor deze groepen, die in de eerste fase al waren genomen (Hobus, 2020).

1.2 Kwetsbare groepen en de effecten van de Covid-19 crisis

In overleg met de organisaties in dit onderzoeksconsortium hebben we besloten om in dit onderzoek ons te richten op verschillende kwetsbare groepen, binnen de afbakening die hierboven al toegelicht is. Kwetsbare mensen worden gekenmerkt als mensen die: 1) lichamelijk en geestelijk minder bekwaam zijn, zoals kinderen, ouderen en gehandicapten; 2) minder materiële en financiële middelen in bezit hebben, zoals huishoudens met een laag inkomen en daklozen; 3) minder kennis of ervaring hebben, zoals kinderen, analfabeten, buitenlanders en toeristen (zie Vink & Takeuchi, 2013). Covid-19 crisis heeft de levens van deze kwetsbare mensen op verschillende manieren beïnvloed (zie ook De Vries & Pols, 2020; Kloosterman, 2020; Muusse et al., 2020; Willems et al., 2020). Over de negatieve effecten is meer bekend dan over de positieve effecten. De meest genoemde negatieve effecten zijn toename van isolatie, verlies van structuur, toename van armoede en toename van psychische problemen. Hieronder zullen de opvallendste specifieke effecten van de Covid-19 crisis per kwetsbare groep worden weergegeven.

1.2.1 Dak- en thuislozen

Door de economische crisis als gevolg van de corona-maatregelen, met name de lock-down, hebben sommige mensen hun werk verloren en daarmee ook hun primaire bron van inkomsten. Hierdoor zijn mensen werkloos geraakt, vooral mensen die zelfstandig en zonder vast contract werkten.

Huisvesting is in Amsterdam duur en daardoor soms niet meer te betalen als inkomsten wegvallen. Als gevolg van wegvallen van inkomsten is daardoor nieuwe groei in de groep van dak- en thuislozen ontstaan vanuit werkloze ZZP'ers en andere economische werklozen. De indruk bestaat, gebaseerd op onze interviews, dat in Amsterdam deze groei vooral komt vanuit (Oost-Europese) arbeidsmigranten die minder werk hebben. Daarnaast zijn zogenaamde 'couch-surfende' mensen, die normaal van het ene adres naar het andere gaan om te slapen, in de problemen gekomen, omdat ze niet meer welkom waren bij sommige van hun adressen.

Doordat horeca, bibliotheken en dergelijke gesloten werden, konden veel daklozen overdag ook nergens terecht om te verblijven of bijvoorbeeld naar het toilet te gaan. Ook ervoer deze groep problemen met toegang tot zorg, omdat contacten verminderd werden en ze dan vaak lang moesten wachten voor ze aan de beurt waren bij een huisarts bijvoorbeeld.

Huisvesting is belangrijk. Veel daklozen geven aan dat ze pas echt wat van hun leven kunnen maken als ze huisvesting hebben. 'Als ik geen huis heb kan ik niet nadenken over vinden van werk. Het enige waar ik nu aan denk is waar ik morgen kan slapen en hoe ik aan eten kom', aldus een dakloze. Een hulpverlener geeft verder aan: 'Bankslapers die nergens terecht kunnen, vooral die hele groep die nu door het ijs aan het zakken is, vanwege dat er geen werk meer is... Dat is voor mij persoonlijk in m'n werk met de [...] daklozen echt het grootste punt wat heel duidelijk is geworden'.

Aan de andere kant zijn tijdens de Covid-19 crisis veel nachtopvangplekken gecreëerd in Amsterdam tijdens de lock-down waardoor het voor sommige dak- en thuislozen mogelijk was om vaste slaapplek te hebben. Dat heeft duidelijk een positief effect gehad, niet alleen in het beperken van de impact van Covid-19 op deze groep, maar vooral ook op hun algehele welbevinden. Een hulpverlener: 'Dat was het gekke van bijvoorbeeld de opvang, op een gegeven moment was het besluit alle daklozen moeten van de straat af. Dus dat betekende ook dat er opvang was voor mensen die normaal gesproken helemaal niet in aanmerking komen voor opvang. Omdat die geen rechten hebben of geen binding, en allemaal dat soort dingen. Dus dat was op zich een heel positief effect.' Echter waren deze maatregelen tijdelijk van aard, waardoor de uiteindelijke afbouw van de noodopvang weer hard aankwam bij deze groep: 'In één keer werd van alles georganiseerd om onderdak te geven, maar dat stopte op 1 augustus. Dus toen stonden ze weer op straat en nu in de tweede golf hebben ze te horen gekregen dat niet nogmaals dit soort sporthallen gefaciliteerd gaan worden. Dus voor hen is de impact ook heel erg groot' (manager hulpverlening).

1.2.2 Druggebruikers

Druggebruikers vormen een specifieke groep binnen de kwetsbare groepen in Amsterdam. In dit onderzoek beschrijven we vooral de groep chronisch opiaat-verslaafden die deelneemt aan het methadon- en heroïneprogramma van de GGD in Amsterdam. Deze groep is overwegend een wat oudere populatie (40-60 jaar) die meestal huisvesting heeft, al dan niet begeleid door een hulpverleningsorganisatie. Deze mensen worden omschreven als erg kwetsbaar doordat ze sterk afhankelijk zijn van drugs, soms cognitieve beperkingen hebben, en een zwak sociaal netwerk hebben.

Deze groep heeft, net als ook bij de daklozen, weinig tot geen corona-besmettingen gehad tijdens de eerste golf. Het directe effect van corona is dus klein geweest. Door de maatregelen om afstand te houden en contact te verminderen hebben ze wel last gehad van de aanpassingen in de verstrekking van methadon en heroïne. Doordat vaak hun dagbesteding wegviel, zijn ze meer gaan gebruiken en soms ook andere middelen, waarbij met name cocaine genoemd wordt. In sommige gevallen hebben drugsdealers de kans gezien om meer controle te krijgen en zelfs vanuit een woning van deze mensen te *dealen*, met als gevolg dat iemand uit zijn huis is gezet. Omdat het om kleine aantallen gaat, is het wel onduidelijk of het aantal van deze incidenten hoger is dan normaal. Dat tijdens de corona-pandemie de huizen van kwetsbare mensen worden overgenomen door drugsdealers is een fenomeen dat niet enkel in Amsterdam voorkomt, maar ook in buurlanden zoals Engeland (zie krantenartikel Skynews 19 april 2020).

1.2.3 Sekswerkers

Door verlies van inkomsten heeft een deel van de sekswerkers hun rekeningen niet kunnen betalen. De zelfredzaamheid lijkt echter groot te zijn, of de grootste problemen blijven buiten beeld (bij de geïnterviewde hulpverleners en in de interviews met sekswerkers). Het lijkt erop dat sommigen hun werkzaamheden hebben voortgezet, maar dan bij klanten thuis. Ondanks de moeilijkheden wordt een groot deel, tegen de verwachtingen in, niet dakloos. Sommigen verrichten hun werkzaamheden digitaal, maar online sekswerk is nog een onbekend terrein waar velen zich niet veilig voelen. Zoals een hulpverlener vertelt: 'Maar als ik bijvoorbeeld denk aan mensen die in de prostitutie werken, ja, dat stopt van de één of andere dag, ofwel prostituteer je in je eigen huis of in een hotel of wat dan ook, maar dat werd ook steeds moeilijker. Ja, je eigen huis is natuurlijk heel risicovol en bij een klant thuis is ook heel risicovol. Voor zo'n groep die echt heel marginaal overleeft in deze stad is de impact wel heel erg groot.' Deze observatie geeft wel aan dat mogelijk de zelfredzaamheid kleiner is dan gedacht wordt. Door gebrek aan werk tijdens de lock-down is een deel tijdelijk teruggegaan naar het land van herkomst. Een ander deel heeft, om kosten te beperken, overnachting gevonden bij vrienden (vaak ook sekswerkers) of vaste klanten. Sommigen voelen zich gedwongen om (onbekende) klanten aan te nemen waar ze zich niet veilig bij voelen, hun prijzen te verlagen of seksuele daden te verrichten die ze normaal gesproken niet zouden doen (zie ook Schaps, 2020). Sommigen kunnen hierdoor in de handen van agressieve klanten terecht zijn gekomen. Omdat veel sekswerkers geen Nederlands postadres hebben, komen zij niet of moeizaam in aanmerking voor een financiële tegemoetkoming tijdens de crisis. Hulpverlenende organisaties hebben het vermoeden dat velen de werkzaamheden thuis voortzetten, echter wordt deze aanname door de geïnterviewde sekswerkers verworpen. Als dit daadwerkelijk gebeurd is, levert het wel een onveiligere situatie op, omdat er minder controle van de sociale omgeving is.

Een positief effect van de Covid-19 crisis voor deze groep is dat bij sommige sekswerkers tijd voor reflectie was. Dit moment van reflectie is belangrijk, omdat het de mogelijkheid biedt om na te denken over levens en dromen en om hierin daadwerkelijke actie te ondernemen. Sommigen hebben daardoor besloten om terug te keren naar hun familie in het thuisland, of te stoppen met sekswerk en ander werk te gaan zoeken.

1.2.4 Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid

Binnen deze groep richt ons onderzoek zich op de mensen die woonbegeleiding krijgen. Er zijn er verschillende effecten van de corona-crisis te zien. Omdat iedere psychische kwetsbaarheid uniek is, leidt het tot verschillende effecten. Een deel van deze groep is afhankelijk van hulp, los van het feit of

ze behoefte hebben aan deze hulp of niet. Dit werd door hulpverleners geconstateerd wanneer ze na een lange tijd weer op huisbezoek gingen na afloop van de eerste lock-down. In het algemeen valt te constateren dat afschaling van dagbesteding en aanpassing van de dienstverlening van de GGZ hebben geleid tot vermindering van de kwaliteit van het leven en achteruitgang van de gezondheid. Door het wegvallen van de dagelijkse structuur en ritme vielen sommigen in een gat en heeft het soms tot verergerde psychische problemen geleid. Een programmacoördinator: 'Sommige mensen werden er gierend gek van in hun eentje thuis zitten.' Dit bleek vooral het geval bij deze mensen die werkten aan zelfredzaamheid als toekomstperspectief en die bezig waren om een leven zonder ondersteuning van een begeleider op te bouwen. In dat proces hebben ze meer behoefte hebben aan sociaal contact. Hulpverleners hebben geconstateerd dat zij tijdens de lock-down niet hebben gezorgd voor zichzelf, het huis niet hebben opgeruimd, of dat ze flink zijn gaan *hoarden*. Daarnaast begrijpen sommige mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid de maatregelen niet. Het niet naar buiten mogen en afname van vrijheid is door hen ervaren als een straf. Sommige mensen met psychiatrische kwetsbaarheid die voor de start van de pandemie al moeilijk te bereiken waren, zoals zorgmijders, bleken digitaal onmogelijk bereikbaar te zijn (Van Bon-Martens et al., 2020 bevestigen dit beeld. Ze rapporteren dat 64,3% van de extern ambulante begeleiders vindt dat ze niet de zorg konden leveren die cliënten nodig hadden).

Aan de andere kant had een andere deel van de groep met psychiatrische kwetsbaarheid geen behoefte aan activiteiten en contact en ervoeren ze het afbouwen van huisbezoek en fysieke ontmoeting niet als een gemis. Dit is voornamelijk het geval bij de cliënten op een woonlocatie, mensen die in zorg-locatie wonen en behandeld worden. De rustige periode tijdens de lock-down ervoeren zij juist als prettig. Een andere programmacoördinator vertelt: 'Juist als je kijkt naar [individuen met] psychiatrische problemen en isolement, is het eigenlijk beter gegaan met veel mensen. We dachten eigenlijk dat heel veel mensen zouden zou afglijden of er nog meer onder zouden lijden ... Dat je ook zag dat dat, juist misschien dat idee dat iedereen in een isolement zat, ook weer een positieve boost heeft gegeven aan de mensen die daar daadwerkelijk in zaten.'

1.2.5 Jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid

Dit is een groep die zelfstandig woont met ambulante begeleiding vanwege een psychiatrische kwetsbaarheid. In het algemeen observeren we dat deze mensen, die een grotere mate van zelfstandigheid hebben, vaak goed functioneerden tijdens de lock-down. Tijdens de lock-down zijn hun sociale activiteiten uitgevallen, wat een deel als een verlies heeft ervaren. Sommigen zijn namelijk sociaal actief, een ander deel heeft niet veel sociale contacten en ervaart geen last van de vermindering van persoonlijke contacten. Een programmacoördinator legt uit dat er 'wel jongeren zijn die die hun vriendjes hebben gemist en die sowieso ook al een beetje, misschien een beetje outcast waren en nog minder contact hebben gehad.' Een andere deel van deze groep heeft hun baan of stage verloren als gevolg van de Covid-19 crisis. Dit heeft vooralsnog volgens hulpverleners niet tot grote problemen geleid en verder hebben zich geen bijzonderheden voorgedaan bij deze groep.

Hulpverleners maakten zich zorgen om deze groep, maar achteraf leek het effect van de corona-crisis mee te vallen. Deze groep lijkt meer zelfredzaam dan in eerste instantie verwacht werd. De constatering van deze grote mate van zelfredzaamheid wordt gezien als een verrassend, positief effect inzicht over deze groep. Daarnaast is bij deze groep ook gebleken dat zij veel hulp hebben gehad van hun sociale netwerk. Toen hulpverleners niet meer langs konden gaan, hebben ze meer dan voorheen een beroep gedaan op familie en vrienden.

1.2.6 Gezinnen die in armoede verkeren

Voor de groep van gezinnen met armoede hebben we in dit onderzoek gegevens over mensen die hulp krijgen via de programma's van de partners in dit onderzoek. Dit is een groep met minder financiële en materiële bezittingen, wat betekent dat niet alle gezinsleden beschikken over een smartphone of laptop. Vaak is er maar één of geen computer. De kinderen in het gezin konden daardoor soms niet of moeilijk meedoen met het digitale schoolwerk tijdens de lock-down. Tijdens de lock-down zijn er door hulpverlenende organisaties smartphones en computers uitgedeeld aan de kwetsbare groepen, maar dat was mogelijk niet genoeg of soms aan de late kant.

Omdat alle gezinsleden tijdens de lock-down en daarna veel tijd samen thuis moesten doorbrengen, leidde dat vaak tot frictie, wat soms resulteerde in huiselijk geweld. Een programmacoördinator geeft aan: 'Jongeren zijn vaak niet los te zien van het gezin, en het is soms ook heel moeilijk om te zeggen van ja, dit is nou typisch corona... Maar we hebben (...) [gezien dat] mensen toch, grote gezinnen dichter op elkaar zaten, bijvoorbeeld. Waarbij het ging om meer ruimte creëren voor mensen.' Tegelijkertijd blijkt uit gegevens van de GGD dat het aantal meldingen van dit soort situaties in gezinnen minder is dan normaal.

1.2.7 Ongedocumenteerden

Dit wordt ook wel de 'onzichtbare' groep genoemd, omdat zij vaak liever buiten beeld willen blijven en niet geregistreerd willen worden vanwege het risico te worden teruggestuurd naar het land van herkomst. Ongedocumenteerden zijn mensen die zonder geldige verblijfspapieren in Nederland verblijven. Als ze werken kunnen ze alleen zwart werken omdat ze geen werkvergunning hebben. Tijdens de lock-down hebben velen van deze groep hun werk verloren. Doordat ze wel, ook anoniem, een beroep konden doen op de noodopvang en daar ook hulp konden krijgen, is deze onzichtbare groep veel meer 'zichtbaar' geworden. Dit is een positief effect van de Covid-19 crisis voor de hulpverlenende organisaties. Een positief effect voor de ongedocumenteerde groep zelf is dat zij meer tijd hadden om in Nederland te verblijven, omdat juridische processen waren stilgevallen tijdens de lock-down. Deze effecten worden samengevat door een manager: 'Dus van 1 april tot 1 augustus hebben we iedereen onderdak kunnen geven. Dat is denk ik een voordeel. Bij een groep ongedocumenteerde die we hebben opgevangen, die heel moeilijk in beeld kwam, die woonden in een garage in zuidoost. ... Er is een opvang aangeboden, in een sporthal in noord. Apart van alle andere groepen. Niet iedereen heeft er gebruik van gemaakt, maar toch iets van 30/35 van de 50. Deze mensen zijn ook wel bij de aanmeldbalie geweest, of in ieder geval in kaart gebracht; beter leren kennen. Er is ook wel echt gekeken naar, wat kunnen we deze mensen in perspectief bieden. Is er perspectief in Nederland? Kunnen zij nog gebruik maken van de andere opvang zonder dat ze meteen worden teruggestuurd naar hun land van herkomst. Of is er in Nederland eigenlijk geen toekomst? ... Dus dat is denk ik voor die groep wel positief geweest.'

Tabel 1 geeft een overzicht van de effecten in de eerste periode van de Covid-19 crisis op deze verschillende kwetsbare groepen

Tabel 1: Kwetsbare groepen en effecten corona-crisis

Doelgroep	Negatieve effecten	Positieve effecten
Dak- en thuislozen	Toename isolatie Toename psychische problemen Nieuwe (economische) daklozen	Meer opvang Veel testmogelijkheden
Drugsgebruikers	Toename drugsgebruik Verlies controle aan drugdealers	Geen
Sekswerkers	Inkomstenverlies Geen financiële tegemoetkoming Onveilig werken	Tijd voor reflectie
Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid	Toename isolatie Toename psychische problemen onbegrip over pandemie en maatregelen	Rustmoment
Jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid	Toename isolatie Toename armoede door baanverlies	Hulp van familie en vrienden Blijken meer zelfredzaam dan verwacht
Gezinnen die in armoede verkeren	Mogelijke toename ernst huiselijk geweld Toename armoede door werkloosheid van ouders	Laptop/smartphone gekregen
Ongedocumenteerden	Verlies van baan, inkomsten en onderdak	Beter in beeld bij hulporganisaties Uitzettingsproces uitgesteld

II. IMPACT COVID-19 OP HULPVERLENING

Hulpverlenende organisaties hebben veel druk ervaren tijdens de crisis. Veel is veranderd in de manier waarop mensen binnen organisaties samenwerken en de manier waarop hulp wordt verleend. Een deel van deze veranderingen is (top-down) besloten door de overheid, op basis van RIVM advies. Een voorbeeld is op welke momenten noodopvangcentra voor dak- en thuislozen open gaan en weer moeten sluiten. Een ander deel van de veranderingen ontstaat bottom-up, op basis van initiatieven door hulpverleners en werknemers, door gebruik te maken van innovatie en creativiteit.

De aanpassingen en nieuwe vormen van hulpverlening worden ook beïnvloed door de manier waarop de organisatie of medewerker zich identificeert als hulpverlener. Als de gezondheid van de medewerker voorop staat was persoonlijk fysiek contact tijdens de lock-down onmogelijk. Om met deze beperking om te gaan ontstonden innovatieve ideeën voor digitale hulpverlening. Aan de andere kant heeft het ook tot een tijdelijke vermindering van de hulpverlening geleid. Denk bijvoorbeeld aan de afschaling door de GGZ en huisartsen en hulpverleners die alleen nog maar digitale hulp willen aanbieden. Andere organisaties of medewerkers hebben juist het aanbieden van zorg voorop gezet als het meest belangrijke element in de hulpverlening. In reactie hierop ontstonden innovatieve ideeën voor het kunnen blijven aanbieden van persoonlijk contact. Veel genoemd zijn wandelingen met deelnemers en cliënten (inclusief het dragen van een mondkapje en 1,5 meter afstand) in plaats van een huisbezoek. Zo zegt een programmacoördinator over de samenwerkingen met collega's: 'tijdens corona was er veel creativiteit en werklust om problemen aan te pakken'. Deze (innovatieve) veranderingen in hulpverlening worden hieronder in meer detail besproken.

2.1 Organisatieveranderingen

Alle vier de hulpverleningsorganisaties in dit onderzoek hebben verschillende organisatieveranderingen doorgevoerd in reactie op de Covid-19 situatie. In alle organisaties zijn speciale coronateams samengesteld. Deze teams bestaan uit directie- en managementleden en bepalen welke besluiten moeten worden genomen op basis van RIVM advies. Volgens de geïnterviewde medewerkers worden deze besluiten overwegend top-down genomen. Respondenten hebben hiervoor begrip en achten het meestal onmogelijk of onnodig om betrokken te worden in de totstandkoming van deze besluiten. Deze besluiten leidden ertoe dat de manier van werken en samenwerken binnen de organisatie voor iedereen is veranderd. Volgens sommigen is de aandacht voor andere projecten achteruit gegaan en is de focus nu verschoven naar zorg voor de kwetsbaren.

De besluiten over aanpassingen zijn vaak snel genomen en er zijn veel aspecten van het werk aangepast in korte tijd. Dit heeft, naast de druk de corona-situatie gaf in de persoonlijke sfeer (bijvoorbeeld door thuisonderwijs), geleid tot uitputting en ziekteverzuim bij de werknemers (waarbij dat laatste ook deels veroorzaakt is door Covid-19 of Covid-19-gelijke klachten) (Zie Van Bon-Martens et al., 2020 voor soortgelijke bevindingen). De tweede golf van de Covid-19 pandemie wordt ervaren als een minder hectische fase, omdat de manier van werken al bekend is. Wel is de werkdruk hoog, omdat er meer uitval is. Respondenten hopen dat er nu meer tijd is voor reflectie op de veranderingen en gevolgen van de Covid-19 crisis uit de eerste fase.

De manier van samenwerken is met grote snelheid gedigitaliseerd, zowel onderling tussen (thuiswerkende) medewerkers als in interactie met cliënten en deelnemers. Dit is in grote lijnen goed verlopen omdat werknemers over de juiste vaardigheden en middelen beschikken. Afspraken met collega's, partners en cliënten vinden nu voornamelijk plaats via Zoom en MS Teams. In het geval van

uitzonderlijke situaties bestaan er nog wel mogelijkheden om persoonlijk af te spreken, voornamelijk voor contact met cliënten en deelnemers in noodsituaties.

Velen zien ook de nadelen van digitalisering van de hulpverlening. De meeste respondenten missen het persoonlijk contact, en ook beïnvloedt digitalisering het gevoel van betrokkenheid met het werk of de organisatie. De meeste respondenten voelen echter nog dezelfde mate van betrokkenheid met hun organisatie, zo niet meer. Een hulpverlener geeft aan: 'Wat ik het afgelopen jaar heb zien gebeuren bij collega's en bij de organisatie maakt dat ik me echt super verbonden voel en uhh ja, en heel gemotiveerd ben, absoluut.' Sommige werknemers zijn trots op de manier waarop de organisatie heeft geacteerd en geïmproviseerd tijdens de corona-crisis, waardoor het werk juist door heeft kunnen gaan en eens te meer gebleken is dat werk relevant is. Ze zien dit bevestigd in aangeboden hulp van buitenaf (zoals voedsel vanuit restaurants) en een toename van aanmeldingen van vrijwilligers.

Terwijl op organisatieniveau de betrokkenheid gelijk bleef of steeg, lijkt op teamniveau de betrokkenheid afgenomen. Doordat werknemers hun collega's niet meer zagen is het lastig om zich verbonden te voelen met het team. In gevallen waar teams al niet goed functioneerden voorafgaand aan de crisis, of waar net een verandering plaats had gevonden (andere werkwijze, andere leidinggevende), heeft de digitalisering en het thuiswerken de team-dynamiek negatief beïnvloed, waardoor er bijvoorbeeld sneller fricties optraden.

2.2 Veranderingen in de hulpverlening

De grootste directe veranderingen in de hulpverlening tijdens het begin van de corona-pandemie en vooral tijdens de officiële aankondiging van de lock-down, worden hieronder beschreven. Vanwege het advies om contacten zoveel mogelijk te vermijden en thuis te werken, moesten medewerkers thuis werken en werd huisbezoek aan cliënten en deelnemers uitgesteld. Om anderhalve meter afstand te kunnen houden, werd de inloop in de inloophuizen beperkt. Ook de dagbesteding en andere dagactiviteiten werden gesloten. In residentiële opvang werd een gesloten-deur-beleid ingesteld, waarbij geen bezoek naar binnen mocht en op veel locaties cliënten op hun kamer moesten blijven. Voor cliënten die Covid-19 klachten kregen, werden quarantaine locaties ingericht. Maaltijdvoorziening aan deze cliënten werd vervolgens individueel gedaan, wat veel extra werk met zich meebracht. Omdat het de regel was dat iedereen thuis moest blijven, is veel kleinschalige nachtopvang gerealiseerd voor de mensen die dakloos waren. Voor drugverslaafden die gebruik maakten van de programma's van de GGD werden de verstrekkingsmomenten anders georganiseerd, in eerste instantie met minder verstrekkingsmomenten, en werd de mogelijkheid gegeven om grotere hoeveelheden mee te krijgen. Het aantal momenten is al snel weer meer geworden, omdat de ervaringen negatief waren doordat cliënten erg ontregeld raakten.

Vanwege het uitvallen van persoonlijk contact en huisbezoeken, is veel gebruik gemaakt van digitaal contact om deelnemers alsnog te kunnen bereiken en helpen. Voorbeelden hiervan zijn telefoneren en beeldbellen, via Whatsapp, Skype of Zoom. Een werknemer vertelt dat 'met name de belpoules [vaste mensen om regelmatig op te bellen] een goed initiatief was, want wij werden ook overvallen met de nieuwsberichten in maart/april. En toen was het eigenlijk van: nou dan gaan we eigenlijk alles via domotica aanbieden. Intakes met deelnemers, telefonisch voor de oudere mensen en voor de jongeren met videobellen.' Deelnemers worden gestimuleerd om gebruik te maken van social media. Zo maakten ze nieuwe contacten of kwamen oude contacten weer tot leven, waarmee isolatie werd bestreden. Een teamleider vertelt: 'En als wij dat zeg maar veel actiever doen als hulpverleners, dan nemen we die cliënten daar gewoon in mee. Die willen dat ook, die willen gewoon

aanhaken. Dat merk je ook wel bij cliënten, dat die gewoon op eigen houtje dan via Facebook bijvoorbeeld hun oude vrienden weer hebben gevonden, waar ze jaren geen contact mee hadden of oude familieleden. En dat dat dan eigenlijk een middel blijkt, wat wij eigenlijk ook best wel zouden kunnen inzetten gericht.'

Digitaal contact met deelnemers verloopt soms moeizaam, omdat deelnemers niet altijd beschikken over de geschikte middelen of vaardigheden. Een moeilijkheid in de implementatie van digitale middelen lijkt te liggen bij de medewerkers en de benodigde aanpassing van werkprocessen. Een teamleider: 'De zorgprocessen moeten gewoon heel anders gaan lopen. ... Hoe krijg je dat hier voor elkaar? Gaan we gewoon anders werken en anders denken over zorg rondom persoon? Het ouderwetse denken is toch een beetje van 'de hulpverlener gaat naar iemand toe en gaat op de bank zitten van nou wat is het probleem en dan ga je het samen oplossen'. En ja, dat is zo vaak niet meer afdoende en ook niet effectief genoeg. Ook gewoon in termen van tijd en geld enzo. [...] Op een gegeven moment zijn het ook een beetje hun eigen behoeften. Van belangrijk zijn en helpen enzo en ze zijn dit werk gaan doen... Beetje op je fiets lekker door de wijk enzo en van de een naar de ander en belangrijk zijn. Zich belangrijk voelen. Dat het daar een beetje in zit, van ja ik vind het belangrijk dat de cliënt mij ziet, maar is dat wel zo? Dat vraag ik mij dan wel eens af. Ik denk dat je jezelf enorm kan overschatten daarin, je eigen rol.'

Sommige hulpverleners hebben ervoor gekozen om persoonlijk, fysiek contact zo min mogelijk te verminderen. In tijden wanneer huisbezoeken niet meer mogelijk zijn, hebben ze naar nieuwe manieren gezocht om deelnemers te blijven bezoeken, zoals buiten koffie drinken tijdens een wandeling.

Tijdens de lock-down zijn veel bottom-up innovaties tot stand gekomen. Respondenten, die betrokken waren bij dit soort initiatieven, hebben een gevoel ervaren van vrijheid om ideeën te implementeren. Een hulpverlener geeft het volgende voorbeeld: 'Een aantal collega's van mij, van mijn team, die zijn in contact getreden met diverse hotels, want de toeristen bleven weg, en nog steeds. En we hebben met een aantal hotels een deal dat economische daklozen daar voor een hele schappelijke prijs, net als in een passantenhotel, voor langere tijd kunnen verblijven, waardoor de begeleiding geïntensiveerd kan worden, weet je wel, dat je dingen op de rit kan krijgen. En nou, dat is fantastisch!' Een programmacoördinator vult aan: 'Dat iedereen in de benen schiet en 'ik ga hier, ik ga dat, ik ga koken en in zulke 100 literpannen ga ik dingen maken en oh ik ga het rondbrengen en hier zijn nog weer onderbroeken voor de mensen die dat niet hebben' en echt heel praktisch, heel leuk, gewoon aanpakken, doorpakken. Ja, heerlijk.' Zo zijn er ook veel inzamelingsacties ontstaan om voedselpakketten uit te delen. Maar ook zijn sommige mensen voorzien van smartphones, tablets, laptops en computers. Daarnaast worden ook digitale cursussen aangeboden, want niet iedereen kan makkelijk meegaan in deze digitale tijd.

We merken ook op dat creativiteit verhoogd is tijdens de crisis. Een respondent: 'Eentje is bedacht door een collega'tje van mij, die zelf niet de inloophuizen in kon, omdat ze een longpatiënt was. Maar ze had zoiets van ja, maar ik wil wel iets doen. Ik ben dol op koken, onze buurtboerderij staat leeg, dus waarom gaan we daar niet koken voor de inloophuizen? Want daar is het nu hectischer en binnen de kortste keren werden er 1000 maaltijden per week gemaakt op de buurt boerderij en gedistribueerd onder de inloophuizen.' Een ander voorbeeld, van een teamleider: 'Ik heb busjes laten verbouwen, dus die hebben dan scherpjes ertussen zodat mensen met dezelfde auto kunnen rijden naar een adres met de glasplaat ertussen. Ik had ook eigenlijk een mobiel kantoortje van een busje gemaakt, maar die is eigenlijk nooit gebruikt. Die had ik trouwens speciaal gemaakt om het argument weg te nemen van de weerstand bij mensen dat ze mensen niet kunnen bezoeken.'

Voor specifieke doelgroepen zijn er ook initiatieven ontstaan, zoals een programmacoördinator zegt: 'Een heel clubje kinderen die afgelopen maanden vrij geïsoleerd zijn geweest, hebben we laatst allemaal meegenomen naar naar *funforest*.'

Terwijl er enerzijds een afname is in het personeel door ziekte en vermoeidheid, is er anderzijds een toename in het aantal vrijwilligers. De Regenboog Groep meldt dat 464 nieuwe 'crisisvrijwilligers' zich aanmeldden naar aanleiding van een campagne in de periode 1 maart tot 1 september 2020, terwijl het aantal aanmeldingen voor reguliere vrijwilligers wat achterbleef in deze periode (425 vrijwilligers tegenover ongeveer 540 vrijwilligers in 2019 in dezelfde periode), Mensen die werkloos zijn geworden voelen zich geroepen om anderen te helpen. Deze nieuwe vrijwilligers moesten worden getraind of opgeleid. Hiervoor was echter niet altijd voldoende capaciteit.

2.3 Organisatorische uitdagingen

Hulpverlenende organisaties hebben tijdens de corona-crisis te maken met grote uitdagingen, die soms extern worden veroorzaakt. Daarnaast hebben zij te maken gehad met verschillende (morele) dilemma's. Dit heeft een bepaalde invloed gehad op de hulpverlening voor kwetsbare mensen, maar ook voor werknemers zelf. In deze sectie gaan we dieper in op hoe deze uitdagingen eruit zien.

2.3.1 Externe samenwerking en gebrek aan controle

Een belangrijke samenwerking tijdens de corona-pandemie in Amsterdam voor organisaties in dit onderzoek is de regiegroep isolatie. In dit overleg tussen partijen die betrokken zijn bij de hulpverlening aan verschillende kwetsbare groepen zijn de gemeente Amsterdam, GGD Amsterdam, Leger des Heils, De Regenboog Groep en HVO-Querido aanwezig. Een belangrijk onderdeel van het regelmatige overleg (tijdens het hoogtepunt wekelijks of vaker) was de organisatie van de noodopvang tijdens de lock-down. In het algemeen is deze samenwerking als positief ervaren.

Het uitvallen van de zorg vanuit de GGZ en huisartsen heeft druk geleverd op andere hulpverlenende organisaties. Maatschappelijk werkers en verpleegkundigen moesten hierdoor soms ook een deel van de rol van de psychiater op zich nemen. Als ze dat niet deden was de verwachting dat de psychiatrische problemen van deelnemers zouden toenemen, wat ook weer zou kunnen leiden tot meer werk voor henzelf in de toekomst. Deze situatie leidde soms tot frustratie, zoals een hulpverlener vertelde: 'Maar, ik bedoel, het is toch van de gekke dat je zegt van in het ziekenhuis wordt er wel doorgewerkt. En dat je als GGZ'er, dat je dan, dat het dan niet kan. [...] Natuurlijk moet je proberen het zo veilig mogelijk te doen. Ik ontvang mijn klanten en ik zit best wel de hele tijd met de deur naar het balkon open weet je, het is koud en niet handig, maar het is wel gewoon beter.' Soortgelijke problemen worden gemeld als het gaat om andere procedures, bijvoorbeeld voor uitkeringen of een aanvraag voor een noodfonds. Die aanvragen gingen traag of helemaal niet tijdens het hoogtepunt van de crisis, met als gevolg dat de cliënt verder in de problemen raakte en de hulpverlener veel extra inspanning moest doen om het aanvraagproces op gang te brengen (of te houden). Daarnaast is ook druk ervaren vanuit zorgverzekeraars die verwachten dat er meer innovaties ontstaan en een lange termijn visie eisen op digitale zorg.

In het programma voor de drugverslaafden ontstond een probleem door moeizame samenwerking met de bewaking. Bezoekers moeten buiten wachten om binnengelaten te worden en er mogen er maar een zeer beperkt aantal in de wachtruimte. Daardoor loopt de stress bij de bezoekers op. Om binnengelaten te worden moeten ze door een detectiepoort, terwijl ze eerder met een handscanner gescand werden. Dat levert problemen op: "Ze moeten iedere keer het poortje door totdat de pieper stopt en je kunt je voorstellen dat dat voor iemand die eigenlijk heroïne moet roken

een helse job is. Die heeft niet genoeg frustratietolerantie om vijf keer door dat poortje te gaan en iedere keer weer die zakken leeg te halen.” Sommige bezoekers worden agressief en vervolgens niet binnengelaten. Doordat de bewaking niet direct onder de verantwoordelijkheid van de GGD valt is het lastig gebleken om hier een goede oplossing te vinden.

2.3.2 Dilemma's

We zien dat tijdens de Covid-19 crisis een aantal (morele) dilemma's een belangrijke rol spelen, situaties waarin een botsing ervaren wordt tussen verschillende (morele) waarden. Deze dilemma's speelden vooral een rol op individueel niveau, hulpverleners worstelden er zelf mee. In sommige gevallen had het ook consequenties voor de omgang met collega's of De meest voorkomende dilemma's zijn de volgende:

- *Direct contact versus digitale technologie.* Sommige hulpverleners hebben duidelijk een voorkeur voor direct contact en vinden dat tot de essentie van hun rol als hulpverlener behoren en een enkeling heeft privacy-gerelateerde bezwaren. Andere respondenten zijn van mening dat technologie als hulpverleningsmiddel nog onvoldoende wordt benut, omdat niet alle hulpverleners geloven in hulp op afstand.
- *Individuele- versus groepsbelangen.* Hulpverleners die direct betrokken zijn bij deelnemers of cliënten maken nu individuele beslissingen die ze eerder niet maakten en soms in contrast zijn met wat andere collega's doen. Dit zijn vooral beslissingen met betrekking tot huisbezoeken. Een medewerker legt uit: 'Ik denk dat een interessant dilemma is de relatie tussen eigen veiligheid en continuïteit van zorg. Dus welke afwegingen maak je in het wel of niet tot een huisbezoek gaan. Je hebt binnen de hulpverleners [...] het niet "pluis gevoel". "Dus je ontwikkelt, als je met mensen werkt, op een gegeven moment hoor je gewoon aan de telefoon of op basis van je voorkennis van "hey, daar gaat iets niet zo lekker". Maar ja, hoe actief ga je daar op in op het moment dat je kwetsbare cliënten niet wilt besmetten en dus ook wel van hoe ga je daar in je privé-leven mee om. Er zijn volgens mij ook een aantal collega's geweest die echt extreem rigide hun eigen sociale leven compleet stil hebben gelegd om maar zoveel mogelijk contact met cliënten wel te laten doorgaan, ja welke keuzes maak je daar in? En wat ik even noemde, de spanningen tussen de teams waarbij bijvoorbeeld een collega heel snel zegt van "ik vind dit allemaal te kwetsbaar, ik heb een gevoelige gezondheid, ik trek mij terug", waardoor het voor de andere collega's zwaarder wordt.' Soms hebben werknemers ook druk ervaren om toch door te gaan, door verwachtingen van de leidinggevende of van mede-teamleden, terwijl dat in hun eigen beoordeling als risicovol werd gezien. Een ander voorbeeld van het dilemma van groeps- versus individueel belang is een casus waar iemand uit de noodopvang verwijderd moest worden, omdat hij/zij te veel overlast veroorzaakte. Hoewel hulpverleners hulp wilden blijven bieden, kon dat niet vanwege de groepssituatie die er te veel onder leed. Overigens laat dit voorbeeld ook zien dat dit dilemma niet alleen een rol tijdens de corona-crisis, maar ook in andere situaties.
- *Ingaan tegen de wet versus hulp bieden.* Hulpverleners ervaren situaties waarin ze hulp willen bieden, maar waar dat tegelijkertijd op wettelijke grenzen stuit. Een voorbeeld hiervan is hulpverleners die drugs halen voor deelnemers. Een werknemer legt uit: 'Kijk, er zit natuurlijk een hele ingewikkeldheid in het Nederlandse drugsbeleid. Dat we enerzijds erkennen dat een groep verslaafd is en dat je toch opvang wilt bieden. [...] Tegelijkertijd is heroïne en cocaïne gewoon illegaal in Nederland, maar mensen stoppen niet met verslaafd zijn omdat je zegt van "Joh, we doen die deuren dicht". Dus dat heeft wel allerlei dilemma's veroorzaakt. Zelfde met alcohol,

softdrugs waarbij iets minder het illegale aspect in zit, maar nog wel steeds, ... Uhm een joint kopen voor je cliënt voelt toch wel verkeerd op heel veel niveaus.'

- *Controle versus autonomie.* Dit dilemma wordt in de literatuur vaak als een paradox gezien (Schad et al., 2016). Met name managers en teamleiders worstelden met het behouden van de regie in tijden van de crisis en toch flexibiliteit en autonomie geven aan de hulpverleners om met creatieve oplossingen te komen. Een programmacoördinator geeft aan: 'Het blijkt toch heel lastig. We hebben soms soms wat strakker gecommuniceerd van van geen face-to-face contact maar daar vielen mensen weer over. Maar als je te vrij bent, dan vallen daar ook weer mensen over.' Een onderzoeker vult aan: 'Dus dat was ook een dilemma, hoeveel controle zetten we erop? Want voor iemand boodschappen gaan doen, daar gaat natuurlijk ook geld in om dus dat moest ook goed gaan.'
- *Kwetsbaar versus zelfredzaam.* Wie is kwetsbaar en wie niet? In crisissituaties moeten er vaak keuzes gemaakt worden, zo ook wat betreft hulpverlening aan kwetsbare groepen. Een programmacoördinator geeft aan dat 'als die sporthallen weer dichtgaan, is het aan ons om mensen op straat zetten. Dat is altijd een moreel dilemma zeg maar. Je komt dan in een positie waarin je beslist wie een dak boven zijn hoofd heeft en wie niet. Dus dat is altijd heel lastig.' Een andere programmacoördinator vertelt: 'Kijk, bijvoorbeeld bij de inloophuizen, ja dat was een harde keuze om te maken. Dus op een gegeven moment gezegd: Oké, iedereen die een eigen woning heeft, die een eigen woonplek heeft, ja die is niet langer welkom in de inloophuizen, want we kunnen maar zoveel mensen binnen hebben. Mensen die nergens heen kunnen, die hebben voorrang. Ja, dat is door een hoop van die mensen niet zo heel prettig ervaren, want die zaten ineens thuis, terwijl hun hele sociale leven eigenlijk in een inloophuis plaatsvond.'

2.4 Effecten van de veranderingen in hulpverlening

De veranderingen in hulpverlening hebben effecten op de kwetsbare groepen en de hulpverleningsorganisaties. We zien hierbij een wisselend beeld. Aan de ene kant waren er positieve effecten, bijvoorbeeld door de verdunning in de inloop: 'Er was veel meer ruimte, dus door die anderhalve meter is er veel meer ruimte. Dus je zit niet meer zo opgehokt, dus je zag ontzettend veel rust, waardoor de hulpverlening veel efficiënter kon werken. Doordat mensen aanspreekbaar waren, ze waren niet in de war of psychotisch' (manager). Ook de noodopvang heeft duidelijk positieve effecten gehad: '[Door] de noodopvang zijn [mensen] er op sommige gebieden gewoon op vooruit gegaan. Minder mensen op een kamer, eten op hun kamer in plaats van in de zaal. Iedereen die zich meldt kreeg een bed, niet ideaal, maar in ieder geval beter dan de straat. Een aantal mensen zijn in hotels onder gebracht, in eenpersoonskamers, met douche en toilet op de kamer. Dat is eigenlijk gewoon een soort van luxe.' Ook het aantal agressieve incidenten was bijna nihil, want cliënten hadden goed geslapen en minder stress.

Voor de dak- en thuislozen en mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid had de noodopvang dus veel positieve effecten: 'Ze waren weliswaar met 50 andere mensen in de sporthal, maar je hoefde er niet over na te denken waar je de volgende nacht ging slapen. Dat bracht heel veel rust bij de mensen zelf, het bracht rust in de inloophuizen. Minder psychiatrie, het heeft ook echt bij sommigen toe bijgedragen dat ze gewoon een leven weer op de rit aan het krijgen zijn. Dat ze echt van de alcohol af willen en dit soort dingen. Dus het had eigenlijk voor die doelgroep, had het een heel positief effect. Het was heel fijn om die opvang te hebben en daarmee met ze aan de slag te gaan.' (programmacoördinator).

Een andere interessante observatie was dat veel deelnemers over een mate van zelfredzaamheid blijken te beschikken, soms tegen de verwachtingen in van de hulpverleners. Een respondent: ‘En wat ik zelf ook wel interessant vind, is dat het ook wel voor veel mensen een soort ontdekking van eigen krachten was omdat ze opeens uit dat patroon van vaste begeleiding werden geduwd. Moesten ze eigenlijk kijken van hoeveel kan ik nou wel zelf en dat bleek meer te zijn dan mensen zelf dachten.’

Ondanks de positieve effecten zien we ook een aantal negatieve effecten, met name gerelateerd aan de digitale middelen die werden ingezet in de ambulante zorg. Een programmacoördinator legt uit: ‘We hebben heel veel gebeld en ook via Zoom hebben we heel veel contact onderhouden [...] zodat het werk vanaf huis zo goed mogelijk door kan gaan. Maar ik heb, naast al die goede pogingen om zoveel mogelijk gewoon te blijven doen, heb ik van veel mensen gehoord dat het erg opbrak. De eenzaamheid, alleen thuis zitten, geen sparringspartner, geen mensen die de groeiende muizenissen in mensen hun hoofden konden helpen controleren, hè. Mensen zeggen wel tegen me van ‘Nou, ik dan, dan gebeurt er dit en dan denk ik dat. Klopt die gedachte?’ En dan kun je het erover hebben, of bekijkt het met z’n tweeën, alle kanten van van een bepaalde kwestie. Dat doe je niet makkelijk via Zoom of via de telefoon.’

Voor de drugsverslaafden werd in eerste instantie het aantal verstrekkingsmomenten verminderd, waarbij ze dan wel meer methadon konden krijgen. Dat leverde veel negatieve effecten op: “Ze komen minder vaak hier dus als iemand bijvoorbeeld de grens was twee per week te komen, kom maar één keer per week. Krijg je voor die andere dagen alles mee, medicatie. Plus wegvallen van dagbesteding. Nou eigenlijk is dat al vrij snel voor een heel groot deel een heel teruggedraaid, onze ons stukje dan. En mensen toch vaker weer laten komen, omdat we mensen psychotisch zien ontaarden. En dan zien we ze ontregelen, gewoon heel verdwaasd of angstig, komen ze thuis en gaan ze de hele dag het corona nieuws volgen. Dat gaat met ze spoken of ze worden er heel angstig van. Dat heeft op mij best indruk gemaakt.”

Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste aanpassingen in de hulpverlening en de effecten daarvan, waarbij ook de effecten op de werknemers meegenomen worden.

Tabel 2: Aanpassingen in hulpverlening en effecten daarvan

Aanpassing	Negatieve effecten	Positieve effecten
Thuiswerken (effect op werknemers)	Minder contact met het team; verslechterde samenwerking in teams die minder goed functioneerden. Soms moeilijk te combineren met gezin- en leefsituatie.	Efficientie in het werken en combineren met persoonlijke omstandigheden. Aanleren nieuwe vaardigheden. Weinig corona-besmettingen.
Geen huisbezoeken	Achteruitgang in gedrag soms gemist, evenals situaties met drugshandel vanuit huis. Verergering psychiatrische problematiek.	Cliënten blijken soms zelfredzaam, een beroep te kunnen doen op hun netwerk en/of minder behoefte te hebben aan contact. Weinig corona-besmettingen.
Digitaal contact met cliënten	Minder zicht op wat er aan de hand is	Meer zelfredzaamheid, kans om eigen kracht van een cliënt te zien

Dagbesteding gesloten	Minder structuur, terugval in 'oud' gedrag.	Weinig corona-besmettingen.
Inloop 'uitgedund'	Sommige mensen minder structuur overdag.	Ervaren gevoel van rust, ruimte om met mensen aan de slag te gaan. Weinig corona-besmettingen.
Geen bezoek residentiele locaties	Regels soms moeilijk te accepteren door cliënten. Sommige cliënten voelen zich opgesloten en dat heeft in een enkel geval tot een onhoudbare situatie geleid.	Weinig corona-besmettingen.
Kamers niet mogen verlaten	Geen activiteiten en persoonlijk contact.	Ruzies en overtredingen bleven grotendeels uit. Over algemeen houdt iedereen zich aan de regels.
Residentiele locaties 'verdund'		Minder incidenten, meer rust, tijd om ergens aan te werken. Weinig corona-besmettingen.
Individuele maaltijden	Minder contact, maar over het algemeen niet als probleem ervaren.	Sommige cliënten vonden de rust en persoonlijke aandacht prettig. Weinig corona-besmettingen.
Nachtopvang voor iedereen	Mogelijkheid tot vermeerderen van corona-besmettingen. Na sluiten nachtopvang: Toename overlast/problemen.	Meer rust en tijd voor reflectie, waardoor nieuwe hulpverlening gestart kan worden. Ongedocumenteerde mensen krijgen meer toegang tot hulpverlening.
Aanpassing methadon- en heroïne verstrekking.	Ontregeling en psychoses. Conflicten met bewaking over toelating tot de ruimtes.	Weinig corona-besmettingen.

III. AANDACHTSPUNTEN

Op basis van deze voorlopige resultaten komen we tot de volgende aandachtspunten voor de hulpverlening aan de kwetsbare groepen zoals die meegenomen zijn in deze studie. Het is belangrijk om op te merken dat deze aandachtspunten een voorlopig karakter hebben, omdat de volledige dataverzameling nog niet is afgerond en bevindingen dus nog kunnen worden bijgesteld.

3.1 Digitalisering

De ervaringen rond digitalisering en de inzet van e-health oplossingen zijn wisselend. We observeren dat hier drie factoren een rol spelen: 1) de houding van de organisatie (i.e., managers) ten opzichte van digitalisering, 2) de opvattingen over wat een hulpverlener hoort te doen, 3) de soort doelgroep waar men hulp aan biedt. Om digitale oplossing succesvol toe te passen zal aan deze drie punten gewerkt moeten worden. De organisatie moet een helder beeld hebben en communiceren hoe met digitale middelen om te gaan. Hulpverleners zullen vanuit hun rol moeten leren zien welke plaats digitale middelen daarin kunnen hebben. Ook moet duidelijk zijn voor welke groepen digitale middelen op welke manier toegepast kunnen worden. In het vervolg van dit onderzoek zal hier nog dieper op ingegaan worden.

3.2 Samenwerking binnen en buiten organisaties

Teams en samenwerkingen die al niet lekker liepen, zijn nog slechter gaan functioneren onder druk van een crisis en met het gebruik van aangepaste communicatie door digitalisering. Een aanbeveling is om die moeizame samenwerkingen extra aandacht te geven en mogelijk ook extra verruiming voor offline werken op een kantoorlocatie, totdat de samenwerking weer wel goed gaat. De samenwerking met sommige partijen verliep moeizaam en leidde tot frustratie, zoals sommige hulpverleners ervaren hebben met de GGZ, sommige huisartsen en met de bewaking in het geval van de GGD. Vooral de verschillen in afschalen, aanpassingen en rolopvattingen bleken problematisch te zijn. Vooral in de eerste fase was er sprake van verminderde zorg vanuit de GGZ, zoals ook bevestigd in andere studies (zie Louwen, Booden, Van den Oever, 2020; Van Bon-Martens et al., 2020). Het is belangrijk om dit goed te evalueren met deze betrokken partijen en daar lessen uit te trekken.

3.3 Dilemma's

Uit dit onderzoek komt naar voren dat veel hulpverleners hebben geworsteld met fundamentele dilemma's en dat ze daarin soms ook hulp, gesprek, en sturing hebben gemist. Onze aanbeveling is om te zoeken naar mogelijkheden om deze dilemma's op een structurele manier te bespreken, bijvoorbeeld met collega's in de vorm van moreel beraad of met een vertrouwenspersoon. Ook is te overwegen om meer begeleiding te geven in het omgaan met (morele) dilemma's.

3.4 Opvang en dagbesteding

De noodopvang bleek een groot positief effect te hebben, vooral door de mentale rust die het bracht wat dan weer leidde tot het ingaan van een nieuw traject tot een zelfstandig bestaan voor wie daarvoor in aanmerking komt. Aangezien nachtopvang in Amsterdam een belangrijk thema voor de komende tijd is, is het zaak om deze positieve effecten mee te wegen in het bepalen van beleid rond huisvesting en opvang van daklozen. De afschaling van dagbesteding bleek het dagritme van de deelnemers sterk te verstoren. De aanbeveling is om dagbesteding zoveel mogelijk voort te zetten.

IV. FASE 2 ONDERZOEK KWETSBAAR IN AMSTERDAM

Wat zijn de vervolgstappen in dit onderzoeksproject? Het onderzoek is opgedeeld in drie fasen en dit rapport vormt het eindproduct van fase 1 dat als doel had om de effecten van de corona-crisis op kwetsbare groepen in Amsterdam en de aanpassing van de hulpverlening en de effecten daarvan in kaart te brengen. Vanaf januari 2021 zullen we met de volgende stappen verder gaan:

- *Verdieping analyse fase 1*: De verzamelde data zullen nog verder geanalyseerd worden. Daarbij letten we vooral op de volgende thema's: 1) innovaties (e-health), 2) besluitvorming en organisatieaanpassingen, 3) morele dilemma's, en 4) zelfredzaamheid.
- *Dataverzameling en analyse fase 2 (2021)*: In fase 2 volgen we een aantal teams/locaties meer in de diepte. Daarnaast willen we halverwege 2021 nog een serie vervolginterviews doen met een aantal van de respondenten uit fase 1 om de effecten op langere termijn vast te leggen. Ook zullen we met een vragenlijst nagaan in hoeverre de observaties van fase 1 breder gedeeld worden.
- *Dataverzameling en analyse fase 3 (Jan 2022-Aug 2022)*: Ontwerpen van oplossingen voor crisisrespons en implementatie van geleerde lessen.

REFERENTIES

- Daanen, F. (2020). *Experiences of people with low (health-) literacy during the pandemic of COVID-19* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- De Vries, D., & Pols, J. (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. Universiteit van Amsterdam.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods, 16*(1), 15–31.
- Hobus, M. (2020). *COVID-19 related healthcare provided to homeless people in the Netherlands* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Khunti, K., Singh, A. K., Pareek, M., & Hanif, W. (2020). Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19? *BMJ, 369*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1548>
- Kloosterman, M. (2020). *Covid-19 and the homeless population: Organization of corona-policy in shelters, social and medical care by 22 centre municipalities in the Netherlands during the COVID-19 pandemic* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Lempens, A., Knispel, A., De Lange, A., Van Bakel, Marianne, Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2020). 'Voor mij is contact zuurstof. Het voelt nu wat zuurstofarm' *Impact van sociale isolatie op mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Trimbos instituut.
- Louwen, L., Booden, E., Van den Oever, J. (2020). Corona verandert de spelregels in de zorg drastisch. Geraadpleegd op <https://www.zorgvisie.nl/blog/blog-corona-verandert-de-spelregels-in-de-zorg-drastisch/>
- Mennis, E. (2020). *COVID-19 related morbidity and disease course in homeless people in The Netherlands* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Muusse, C., Planije, M., & Kroon, H. (2020). *Dakloos in coronatijden: Eindrapportage, juni 2020*. Trimbos instituut.
- Schad, J., Lewis, M. W., Raisch, S., & Smith, W. K. (2016). Paradox research in management science: Looking back to move forward. *Academy of Management Annals, 10*(1), 5–64.
- Schaps, K. (2020). Dutch sex workers risk trafficking and abuse as coronavirus bites. Geraadpleegd op <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-netherlands-sexwor/dutch-sex-workers-risk-trafficking-and-abuse-as-coronavirus-bites-idUSKBN2163DI>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (Vol. 2nd). Sage Publications.
- Skynews. (19 april 2020). Coronavirus: Far more drug dealers arrested during COVID-19 lockdown. Geraadpleegd op <https://news.sky.com/story/coronavirus-far-more-drug-dealers-arrested-during-covid-19-lockdown-11975541>
- Van Bon-Martens, M., Van Doesum, T., De Beurs, D., Kroon, H., & Shields-Zeeman, L. (2020). *Impact van de coronacrisis op werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Rapportage kerncijfers*. Trimbos instituut.
- Van Loenen, T., Denктаş, S., Merkelbach, I., & Muijsenbergh, M. van den. (2020). *Corona gedragsmaatregelen*. Pharos.
- Vink, K. & Takeuchi, K. (2013). International comparison of measures taken for vulnerable people in disaster risk management laws. *International Journal of Disaster Risk Reduction, 4*, 63-70.
- Willems, P., Vlasman, E., Buree, M., Derks, N., Huberts, M., Peterman, M., Varkevisser, K., Van Zuijlen, R., & Groot, B. (2020). *Maat-ifest: Ertoe doen, ook in Coronatijd. Oplossingen co-creëren in Corona-tijden: Een participatief actieonderzoek met mensen in kwetsbare situaties*. Centrum voor Cliëntervaringen.

APPENDIX: DATA VERZAMELING

Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe de hulp aan kwetsbare groepen in Amsterdam wordt beïnvloed door Covid-19 en de daaropvolgende crisis. Dit doen we door zowel het perspectief van organisatie medewerkers als die van de cliënten mee te nemen. Hiervoor is een inductieve, kwalitatieve veldstudie uitgevoerd met behulp van een grounded theory benadering (Strauss & Corbin, 1998). Een grounded theory benadering wordt gekenmerkt door een proces van continu heen en weer bewegen tussen de empirische verschijnselen en het leggen van theoretische verbanden. In dit proces worden de gevonden data systematisch afgeleid tot meer algemene patronen en gebruikt voor theorievorming (Gioia et al., 2013). Bij de opzet van de studie is verder gebruikgemaakt van bestaande rapportages, die voor een groot deel dezelfde patronen laten zien (e.g., Daanen, 2020; De Vries & Pols, 2020; Hobus, 2020; Kloosterman, 2020; Lempens et al., 2020; Mennis, 2020; Muusse et al., 2020; Van Bon-Martens et al., 2020; Van Loenen et al., 2020; Willems et al., 2020).

We hebben gebruik gemaakt van de volgende data-verzamelmethode: verdiepende semi-gestructureerde interviews, participerende observaties en het verzamelen en analyseren van organisatie documenten. In de periode september - december 2020 hebben we in totaal 56 mensen geïnterviewd. Deze bestaan uit 50 medewerkers en managers van verschillende hulpverlenende organisaties van verschillende functieniveaus. Verder zijn tot nu toe zes cliënten geïnterviewd. Het doel is om komende periode nog meer cliënten te spreken, door de lock-down tijdens de tweede corona-golf is dit vertraagd.

Voor alle interviews is mondeling toestemming gegeven door de respondenten na uitleg van de procedures. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Data is opgeslagen in een beveiligde omgeving en wordt geanonimiseerd verwerkt. De opzet van de studie is goedgekeurd door de Research Ethics Review Board (RERB) van de School of Business and Economics (SBE) van de Vrije Universiteit Amsterdam.

In de periode november - december 2020 is op verschillende locaties in Amsterdam participerende observatie uitgevoerd, zoals bij noodopvangcentra en inloophuizen voor kwetsbare mensen. In fase 2 van de studie zullen nog meer observaties plaatsvinden.

Een overzicht van de geïnterviewde respondenten en cliënten is te vinden in Tabel 3.

Tabel 3: Geïnterviewden

	GGD (11)	HVO-Querido (16)	Leger des Heils (13)	Regenboog Groep (10)
Functies	- Team/project leider (3) - Coördinator (1) - Onderzoeker (1) - Arts (4) - Verpleegkundige (2)	- Projectleider (2) - Team/ Project manager (5) - Voorzitter (1) - Adviseur (3) - Onderzoeker (1) - Begeleider (4)	- Directeur (2) - BU Manager (1) - Team/project leider (4) - Case manager (3) - Maatschappelijk werker (3)	Directeur (1) Regiomanager (1) Projectleider (1) Locatiehoofd (1) Coördinator (6) Maatschappelijk werker (1)
Gender	F (8) / M (3)	F (12) / M (4)	F (6) / M (7)	F (5) / M (5)
Cliënten / deelnemers	Drugsgebruikers (3)		Psychiatrisch kwetsbare mensen (1) Sekswerkers (2)	
Gender	F (0) / M (3)	F (0) / M (0)	F (3) / M (0)	F (0) / M (0)