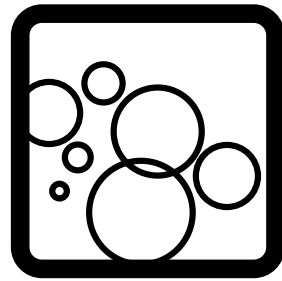


Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek

Onderzoek naar de aansluiting
tussen zorgvraag en zorgaanbod
in Rotterdam



Cas Barendregt
Carola Schrijvers
Jessica Baars
Dike van de Mheen



Veel dank aan de jongeren die centraal stonden in dit onderzoek, de hulpverleners en sleutelinformanten die meewerkten aan interviews over de jongeren en overige medewerkers van instellingen die een bijdrage leverden aan dit onderzoek. Ook veel dank aan de leden van de begeleidingscommissie van dit onderzoek (zie bijlage 1).

Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek
Onderzoek naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam

Auteurs
Cas Barendregt
Carola Schrijvers
Jessica Baars
Dike van de Mheen

Met medewerking van
Ympkje Albeda
Vandhana Choeni
Miriam Friedl
Agnes van der Poel
Marianne Snijdewind
Rianka de Weerd

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de gemeente Rotterdam en Stichting Volksbond Rotterdam.
De uitgave van dit rapport is gefinancierd door IVO.

November 2011

IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-88-7

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	12
1.1 Zwerfjongeren in Nederland met ernstige problematiek	12
1.2 Centraal Onthaal Jongeren voor dak- en thuisloze jongeren	14
1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen	17
1.4 Leeswijzer	18
2 Methode van onderzoek	20
2.1 Onderzoekspopulatie / werving	20
2.2 De vragenlijst voor jongeren	23
2.3 Interviews met hulpverleners	23
2.4 Kwalitatieve analyses	23
2.5 Kwantitatieve analyses	25
2.6 Knelpuntenanalyse	26
3 Ontwikkelingen op groepsniveau	30
3.1 Demografische kenmerken	30
3.2 Voorgeschiedenis	31
3.3 Hulpverleningsgeschiedenis	33
3.4 Cognitieve mogelijkheden en beperkingen	34
3.5 Woonsituatie	36
3.6 Inkomsten en schulden	39
3.7 Psychische gezondheid	41
3.8 Dagbesteding	43
3.9 Middelengebruik	44
3.10 Sociale relaties	46
3.11 Criminele activiteiten	47
3.12 Lichamelijke gezondheid	48
3.13 Waardering van leefgebieden	48
3.14 Hulpbehoefte en hulpaanbod	50
3.15 Oordeel van de hulpverleners	53
3.16 Samenvatting hoofdstuk 3	54

4 Aansluiting zorgvraag en zorgaanbod	56
4.1 Inleiding	56
4.2 Aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod: rood, oranje of groen?	58
4.2.1 Code rood op T3	58
4.2.2 Code oranje op T3	62
4.2.3 Code groen op T3	67
4.2.4 Welke veranderingen zijn er in de verdeling van de labels?	75
4.3 Samenvatting hoofdstuk 4	75
5 Knelpunten in de aansluiting zorgvraag en zorgaanbod	78
5.1 Knelpunten voortkomend uit de analyse op casusniveau	78
5.2 Knelpunten voortkomend uit de interviewronde onder professionals	81
5.2.1 Knelpunten met betrekking tot regie en samenwerking	81
5.2.2 Knelpunten met betrekking tot het behandel- en begeleidingsaanbod	92
5.2.3 Knelpunten met betrekking tot begeleiding- en behandelmethodiek	97
5.2.4 Knelpunten met betrekking tot financiering van zorg	103
5.3 Samenvatting hoofdstuk 5	107
6 Conclusies	110
6.1 Wat zijn, een jaar na instroom, de resultaten van de hulpverlening aan zwerfjongeren met ernstige problematiek?	110
6.2 In hoeverre sluit het zorgaanbod aan bij de zorgvraag van zwerfjongeren met ernstige problematiek?	112
6.2.1 Knelpunten die naar voren komen uit het casusonderzoek	112
6.2.2 Knelpunten die door professionals naar voren zijn gebracht	114
6.3 Methodologische beperkingen van het onderzoek	117
6.4 Discussie	119
Afkortingen	127
Literatuur	129
Bijlage 1 Samenstelling begeleidingscommissie	135
Bijlage 2 Overzicht deelnemende voorzieningen COJ	137
Bijlage 3 Samenvatting masterscriptie Ympkje Albeda: “Zat van een leven zonder huis”	139
Bijlage 4 Korte beschrijving vragenlijsten	143
Bijlage 5 Topiclijsten casusonderzoek	145
Bijlage 6 Hulpverlenersoordeel vergeleken met onderzoekersoordeel	149
Bijlage 7 Topiclijst sleutelinformanten	151
Bijlage 8 Sleutelinformanten knelpunteninventarisatie en deelnemers expert meeting	153
Bijlage 9 Overzicht van casussen gesorteerd op kleurlabel en subgroep	155

Samenvatting

Inleiding

Zwerfjongeren zijn feitelijke of residentiële daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen. Op basis van deze definitie wordt het aantal zwerfjongeren in Nederland geschat op 8.000. Een flink deel van deze jongeren kampt met ernstige problematiek, waaronder psychiatrische problemen, verslavingsproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking (LVB). Er is weinig onderzoek gedaan naar de specifieke zorgbehoeften van dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek. Een effectieve aanpak van de problematiek van dak- en thuisloze jongeren vereist een sluitende aanpak waarbij preventie, signalering, opvang, begeleiding en nazorg op elkaar zijn afgestemd. In Rotterdam heeft de gemeente de regie over de ketensamenwerking, die Centraal Onthaal Jongeren wordt genoemd. Het principe is dat alle dakloze jongeren zich melden bij het zogenaamde jongerenloket. Na een intake worden jongeren doorverwezen naar een (woonzorg) instelling die in de keten participeert. De zorgvraag van de jongeren wordt op uniforme wijze verduidelijkt. Wekelijks worden zorgtrajecten ingediend, besproken en zoveel mogelijk vastgesteld tijdens een vergadering met alle uitvoerende ketenpartners. Trajectregisseurs monitoren de voortgang van de trajecten van de jongeren.

Doelstelling

Dit onderzoek is opgezet voordat de hierboven beschreven ketensystematiek was geïmplementeerd. Doel van het onderzoek was het in kaart brengen van hiaten in de zorg voor dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek (LVB, psychiatrie en/of verslaving) en het ontwikkelen van een passend aanbod voor woonzorg. Dit laatste deel van het project is niet uitgevoerd zoals gepland, maar er is wel informatie verzameld over belangrijke ingrediënten waaraan een opvangvoorziening voor deze doelgroep moet voldoen.

Methode

Via het jongerenloket en met behulp van enkele opvangvoorzieningen zijn in 2009 55 dak- en thuisloze jongeren geworven van wie vaststond of vermoed werd dat er sprake was van ernstige problematiek. Deze jongeren en hun meest betrokken hulpverlener zijn in een periode van twaalf maanden op drie tijdstippen geïnterviewd (bij aanvang van het onderzoek, na een half jaar en na een jaar). Een deel van de gegevens uit deze interviews is op kwantitatieve wijze geanalyseerd en heeft geleid tot rapportage van ontwikkelingen op groepsniveau. Een ander deel van de interviews is op kwalitatieve wijze geanalyseerd en heeft geleid tot een beschrijving op casusniveau van de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Daarnaast is via hulpverleners contact gezocht met 15 jongeren die ten minste een jaar of langer stabiel waren gehuisvest. Bij hen is nagegaan welke factoren bijdroegen aan hun stabiele leefsituatie. Na afloop van het onderzoek onder jongeren en hun hulpverleners, is een interviewronde gehouden onder professionals en managers die werken met jongeren met ernstige problematiek. Aan hen is gevraagd welke knelpunten zij in de zorg voor deze jongeren signaleren. Tijdens een expert meeting is een rangorde in deze knelpunten aangebracht. De ontwikkelingen op groepsniveau en de aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod vormen samen met het knelpuntenonderzoek de kern van deze rapportage.

Resultaten: demografische kenmerken en voorgeschiedenis

De gemiddelde leeftijd van de jongeren met ernstige problematiek is 20 jaar en tweederde is man. Het aandeel allochtone jongeren ligt iets hoger dan in de algemene Rotterdamse bevolking. Twintig procent van de jongeren heeft een MBO opleiding afgemaakt. Ongeveer 80% van de jongeren heeft een duidelijk benedengemiddeld intellect.

Een belangrijke reden voor de jongeren om uit huis te gaan was de directe of indirecte confrontatie met huiselijk geweld. Een derde van de jongeren geeft aan uit huis te zijn gezet. Driekwart van hen heeft al een keer psychiatrische hulp gehad maar ook andere vormen van hulp worden frequent genoemd (jeugdzorg / kinderscherming, reclassering, verslavingszorg). De eerste keer dat we de jongeren spraken verbleven ze feitelijk niet meer op straat: een derde verbleef in de daklozenopvang voor jongeren en de rest was ondergebracht bij andere opvangplekken, de meeste speciaal voor jongeren. Op een enkeling na, zijn alle jongeren ook feitelijk dakloos geweest.

Resultaten: ontwikkelingen op groepsniveau

Met behulp van kwantitatieve analyses op groepsniveau ontstaat een beeld van de ontwikkelingen die jongeren doormaken gedurende de 12 maanden die dit onderzoek duurden. Van de jongeren die in het begin van het onderzoek dakloos waren, is één jongere na een jaar nog steeds dakloos. De anderen wonen zelfstandig of bij familie, en het merendeel van de jongeren verblijft in een woonvoorziening (voor jongeren). Een drietal jongeren is uit beeld. Het globale beeld is dat de dakloosheid afneemt en het zelfstandig wonen toeneemt (vaak wel met begeleiding).

Jongeren verwerven inkomsten uit verschillende bronnen, waarvan studiefinanciering en een uitkering het vaakst worden genoemd. De schuldenpositie van de jongeren is ongunstig. De overgrote meerderheid (87%) van de jongeren heeft schulden. Het aandeel jongeren met een hoge schuld (> € 5.000) is gedurende het jaar dat we de jongeren volgden gestegen. De gemiddelde schuldenlast steeg van € 5.500 aan het begin van het onderzoek naar € 6.900 een jaar later.

De dagbesteding van de jongeren verandert niet wezenlijk gedurende het onderzoeksjaar. Het volgen van een opleiding, studie en het hebben van betaald werk worden het vaakst genoemd. Als jongeren een dagbesteding hebben in het kader van een werk/leertraject (Wet Investerings Jongeren), zien ze niet altijd het onderscheid tussen studeren, stage lopen of werken.

In de loop van het jaar dat we de jongeren volgden, neemt het aantal jongeren met (veel) psychische klachten af van 46% naar 30%. Ook de ernst van de psychische klachten neemt af.

Alcohol en tabak zijn de meest gebruikte middelen onder de groep jongeren met ernstige problematiek. Cannabis wordt op de laatste meting door tweederde van de jongeren gebruikt. Enkele jongeren hebben in de afgelopen zes maanden speed of cocaïne gebruikt. Van de jongeren die drugs gebruiken is het gebruik bij 64% van dien aard, dat ze eigenlijk doorverwezen zouden moeten worden naar een behandelaar. Ten aanzien van alcoholgebruik gaat het om 28%, een lichte toename ten opzichte van de eerste meting.

We zien overigens ook dat het aantal jongeren, waarvan het drugsgebruik volgens de gebruikte screener niet problematisch is, tijdens de laatste meting toeneemt.

De kwaliteit van de familiecontacten lijkt gedurende het onderzoeksjaar te verbeteren. De kwaliteit van de relatie met de vader verbetert. Iets meer dan helft van de jongeren noemt, in de eerste en laatste meting, de relatie met de moeder goed. Het aantal jongeren met een vaste relatie stijgt gedurende het jaar van onderzoek licht tot iets meer dan de helft.

Bij het begin van het onderzoek geeft 40% van de jongeren aan ooit in de gevangenis te hebben gezeten; voor de meeste jongeren was dat eenmalig. Er is gedurende het onderzoeksjaar sprake van een kleine stijging van het aantal jongeren dat criminele activiteiten heeft gepleegd. Er lijkt een kleine afname van geweldsdelicten. Het aantal jongeren dat vermogensdelicten rapporteert blijft ongeveer gelijk.

Het aantal jongeren dat aangeeft gezondheidsklachten te hebben daalt gedurende het onderzoeksjaar van bijna 70% aan het begin tot 40% aan het eind van het onderzoek. De klachten variëren van verkoudheid en rugpijn tot hoofdpijn en hartkloppingen.

De jongeren hebben voor twaalf leefgebieden aangegeven hoe zij de kwaliteit van leven waarderen. Op de items die de algemene kwaliteit van leven meten, scoren de jongeren aan het eind van het onderzoek significant hoger dan bij de aanvang van het onderzoek. Verder neemt de waardering voor contact met familie, de psychische gezondheid, en de persoonlijke veiligheid toe. De waardering van de financiële situatie is zowel aan het begin als aan het eind van de onderzoeksperiode het laagste van alle waarderingen op de twaalf leefgebieden.

Ten tijde van de laatste meting is in de ogen van de jongeren de discrepantie tussen de zorg waar ze wel behoefte aan hebben maar die niet wordt vervuld, het grootst op het gebied van het vinden van betaald werk of een opleiding, gevolgd door huisvesting en gebit. Wat betreft de ongevraagde zorg die de jongeren wordt aangeboden, zien we bij de laatste meting op alle leefgebieden een afname. Die afname zien we niet op het gebied van psychische zorg. Deze zorg krijgen ze, meer dan tijdens de eerste meting, aangeboden terwijl ze dat niet willen.

Resultaten: aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

Bij de kwalitatieve analyse van de data is gekozen voor het toekennen van de kleurlabels rood, oranje en groen om aan te geven of de jongere de zorg krijgt die hij/zij nodig heeft. Er zijn, na een jaar, elf jongeren waarbij er geen sprake is van een goede aansluiting tussen wat de jongeren nodig hebben (de zorgvraag) en wat de zorg hen kan bieden (het zorgaanbod). In deze groep, die we aanduiden met een rood label, vinden we jongeren die dakloos zijn, waarbij de zorg ontoereikend is of waarbij de zorgverleners geen grip op hen krijgen. Ook verblijft een van deze jongeren in detentie.

Nog eens tien jongeren hebben we een oranje label gegeven. Bij deze jongeren is de situatie niet acuut dreigend, maar is er reden tot zorgen. Het gaat om jongeren waar hulpverleners maar moeilijk grip op krijgen. De jongeren zijn niet gemotiveerd of stromen door terwijl ze er niet klaar voor zijn.

In deze categorie hebben we ook twee jongeren opgenomen waarvan het traject pas goed op gang kwam na een ernstig agressie-incident.

Een behoorlijk deel van de jongeren, namelijk 26, heeft een (redelijk) stabiele zorgsituatie en heeft daarom een groen label gekregen. Iets minder dan de helft van hen is bijna zelfstandig, ze werken mee en hebben een goede relatie met de hulpverleners. In deze subgroep lijkt de problematiek soms minder ernstig. Een aantal jongeren met evident ernstige problemen zit stevig in zorg ingebed; ze krijgen de zorg en de structuur die past bij de ernst van hun problematiek en hebben daarom ook een groen label gekregen. Twee jongeren krijgen in afwachting van 'important life events' (bevalling, geslachtsverandering) het juiste niveau van zorg en aandacht, maar doen het (nog) niet goed op alle leefgebieden. Tenslotte hebben we een zevental jongeren een groen label gegeven, voorzien van een kanttekening. Deze jongeren zijn al een tijd in zorg en hun huisvestingssituatie wordt niet bedreigd, maar op andere leefgebieden laten ze een voortdurende kwetsbaarheid zien. Hulpverleners krijgen maar gedeeltelijk grip op deze jongeren. Het lijkt erop dat er maar weinig voor nodig is om deze jongeren omver te blazen: de stabiliteit van hun situatie blijft wankel.

De analyse van de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod laat vooral bij degenen met een rood of oranje label zien dat een aantal jongeren in te lichte voorzieningen zit, dat woonzorginstellingen niet flexibel zijn in het intensiveren van de zorg en dat hulpverleners moeite hebben grip te krijgen op weinig gemotiveerde jongeren. We zien deze spanning ook terug in een subgroep van de jongeren met een groen label. Verder zien we in een aantal casussen dat psychische problemen onvoldoende behandeld worden en dat agressieproblemen onvoldoende, dan wel te laat aandacht krijgen.

Resultaten: knelpunten in de aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

Er is een knelpunteninventarisatie uitgevoerd om op een casusoverstijgend niveau zicht te krijgen op hiaten in de zorg voor dak- en thuisloze jongeren, waarbij ook is gekeken naar ontwikkelingen in de organisatie van de zorg. Door de 23 geïnterviewde professionals werden knelpunten op vier domeinen genoemd: 1) regie en samenwerking, 2) behandelaanbod, 3) begeleidings- en behandelmethodiek en 4) financiering van de zorg.

Vooraf moet worden opgemerkt dat er ten aanzien van regie en samenwerking in de afgelopen jaren forse vooruitgang is geboekt in Rotterdam. De ketensamenwerking die onder regie van de gemeente is opgezet en wordt uitgevoerd, krijgt brede waardering. Desondanks worden onderschatting van de problematiek van de jongeren aan het begin van het traject, en, in het verlengde daarvan, het terughoudende opnamebeleid van instellingen, als knelpunten naar voren gebracht. Suggesties om deze knelpunten te verbeteren zijn de introductie van screeningsinstrumenten aan het begin van het traject en het verbeteren van kennis van het verwijsnetwerk. Verder gaven de professionals aan dat wanneer opvanginstellingen de competenties van hun teams verbeteren, de neiging om moeilijke gevallen te weigeren afneemt. De samenwerking met de jeugdzorg wordt al langere tijd als een knelpunt ervaren. Om een soepele overgang tussen 18-min en 18-plus te bevorderen is een pragmatische insteek nodig. Het maatwerk dat nu wordt verricht kan de basis vormen voor meer structurele oplossingen.

Het behandelaanbod voor de groep jongeren met gedragsproblemen in combinatie met LVB, ernstige psychische problemen en ernstig middelengebruik schiet tekort. Extra residentiële capaciteit is nodig. Tegelijkertijd zouden ook de bestaande voorzieningen voor jongeren met ernstige problematiek in kleinere units of afdelingen moeten gaan werken. Op die manier kan beter maatwerk worden geleverd en kunnen gemakkelijker groepen van jongeren worden gemaakt die bij elkaar passen. Het gaat niet om het samenstellen van homogene groepen maar om een werkbare mix jongeren die elkaar positief kunnen beïnvloeden.

De knelpunten in begeleidings- en behandelmethodiek staan (uiteraard) niet los van het aanbod aan opvangplaatsen. We zien in deze categorie het knelpunt van de (te) grote groepen terugkomen, dat vooral de kwetsbaren treft. Een ander belangrijk knelpunt is het gebrek aan vaardigheden of instrumenten om jongeren te motiveren. Daarnaast wordt ook het gebrek aan LVB expertise in woonzorg teams genoemd. Permanente scholing, training en intervisie van hulpverleners die met jongeren met ernstige problemen werken, vormen een belangrijk deel van de oplossing voor dit probleem.

De financiering van zorgtrajecten is een voortdurende bron van spanning. De voorwaarde dat diagnostische rapportages kunnen worden overlegd voordat een indicatie wordt afgegeven, is in strijd met de weerbarstige praktijk. Jongeren zijn soms te jong om te diagnosticeren, vooral in het bereik van de persoonlijkheidsstoornissen, en jongeren werken vaak niet mee met het stellen van een diagnose.

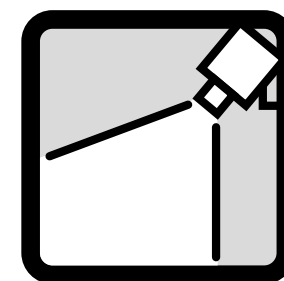
Conclusies

We hebben een jaar lang onderzoek gedaan onder jongeren met een forse hulpverleningsgeschiedenis, die dakloos zijn geweest en die in vergelijking met de algemene bevolking gemiddeld minder intelligent zijn. Wat betreft de ontwikkelingen op groepsniveau zien we een wisselend beeld. De psychische gezondheid verbetert, het middelengebruik verandert weinig en de algemene kwaliteit van leven verbetert ook. Subjectieve verbetering is ook te zien ten aanzien van familiecontacten en persoonlijke veiligheid. Op het gebied van inkomsten en dagbesteding hebben we geen belangrijke veranderingen gezien. De schulden nemen echter toe en criminele activiteiten dalen niet of nauwelijks. Na een jaar laten jongeren weten dat ze vooral behoefte hebben aan steun bij werk en inkomen, terwijl hulpverleners vooral psychische steun lijken aan te bieden.

Op individueel niveau zien we vooral de worsteling die hulpverleners lijken te hebben met de ernstige problematiek van de jongeren. Het lijkt ze te ontbreken aan voldoende doorverwijsmogelijkheden naar gespecialiseerde residentiële begeleiding en/of behandeling op het gebied van gedragsproblemen in combinatie met LVB, ernstige psychische problemen en ernstig middelengebruik. Maar naast extra residentiële capaciteit, speelt ook de behoefte deze jongeren met meer expertise tegemoet te kunnen treden. De opgave waar de maatschappelijke opvang voor jongeren voor staat, is de vergroting van kennis en vaardigheden ten aanzien van ernstige problematiek en motivatie. Nu de regie van de ketenzorg op de rails is, kan een inhoudelijke professionaliseringslag de effectiviteit van woonzorg voor jongeren vergroten.

hoofdstuk 1

Inleiding



Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Zwerfjongeren in Nederland met ernstige problematiek

In 2007 schatte de Algemene Rekenkamer het aantal zwerfjongeren in Nederland op 6000 en plaatste daarbij de kanttekening dat een eenduidige definitie ontbrak (Algemene Rekenkamer, 2008a). In 2010 gaf de minister van Jeugd en Gezin een definitie: Zwerfjongeren zijn feitelijke of residentiële daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen (Rouvoet, 2010). In de toelichting op deze definitie wordt buiten slapen, slapen in passantenverblijven of crisisopvang en slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder uitzicht op een stabiele slaapplek, tot feitelijke dakloosheid gerekend. Residentieel dakloos zijn personen die ingeschreven staan bij instellingen voor maatschappelijke opvang. Mensen die staan ingeschreven bij de vrouwenopvang, begeleid wonen en foyers vallen niet onder de definitie residentiële dakloosheid. Voor meervoudige problemen geldt dat het voldoende is wanneer er sprake is van een vermoeden van meervoudige problematiek. Op basis van deze definitie wordt het aantal zwerfjongeren in Nederland geschat op ongeveer 8.000 (Brummelhuis & Drouven, 2011).

In het Plan van Aanpak Zwerfjongeren 2008-2010 definieert de gemeente Rotterdam een zwerfjongere als: een persoon, van 18 tot 23 jaar, legaal in Nederland verblijvend, die een tijdelijk aanbod van onderdak, begeleiding, zorg, informatie en advies behoeft omdat hij of zij door één of meer problemen – al dan niet gedwongen – de thuissituatie heeft verlaten dan wel dreigt te moeten verlaten en die (nog) niet in staat is zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (Gemeente Rotterdam, z.j.). In hetzelfde document worden jongeren met onder andere een verstandelijke beperking en jongeren met ernstige psychische stoornissen en/of een verslaving benoemd als groepen waarvoor specifieke voorzieningen nodig zijn.

Bij een aanzienlijk deel van de zwerfjongeren is er sprake van ernstige GGZ problematiek. In dit onderzoek gaat het om jongeren met een (licht) verstandelijke beperking (LVB), jongeren met ernstige psychische problematiek en jongeren met verslavingsproblematiek. Ernstige en/of langdurige psychische problemen komen volgens Planije en collega's voor bij 34% van de zwerfjongeren (Planije, van 't Land, Wolf, 2003).

Naar eigen zeggen had 17% van de zwerfjongeren “nogal veel” tot “erg veel” psychische problemen (Korf, Diemel, Riper, & Nabben, 1999). Noom & De Winter (2001) rapporteren dat een aanzienlijk deel van de zwerfjongeren aangeeft te tobben met hun geestelijke gezondheid: bijna 40% zegt last te hebben van somberheid, bedroefdheid of teleurstelling en bijna 50% geeft aan regelmatig boos of agressief te zijn. Uit onderzoek naar zwerfjongeren in Rotterdam blijkt dat de helft van de zwerfjongeren regelmatig softdrugs gebruikt; harddrugs- en alcoholverslaving komen minder voor (Maaskant, 2005). Korf en collega's melden dat 6% verslaafd is aan alcohol en circa 35% aan drugs (Korf et al., 1999). Ernstige en/of langdurig verslaving zou voorkomen bij 13% van de zwerfjongeren (Planije et al., 2003).

Zwakbegaafdheid komt voor bij 12% (Korf et al., 1999) tot 23% van de zwerfjongeren (Planije et al., 2003). Dak- en thuisloze jongeren met een LVB worden steeds meer zichtbaar in de jeugdhulpverlening en de Maatschappelijke Opvang (MO), omdat specialistische zorg wordt wegbezuinigd (Bottenberg, Verhagen, & Bisschops, 2001). Landelijk wachtlijstonderzoek onder zorgkantoren laat zien dat voor jeugdigen (tot 18 jaar) met LVB en aanvullende problematiek lange wachttijden bestaan voor opname in een orthopedagogische instelling (een jaar) of een reguliere verstandelijk gehandicapten instelling (half jaar). Het gaat om ruim 2.000 jongeren die op 1 januari 2008 (peildatum) te lang op de wachtlijst stonden. Oorzaken voor de wachtlijst zijn: stijgende vraag, gebrekkige doorstroming, trage uitbreiding capaciteit, jongeren zijn moeilijk plaatsbaar in een reguliere instelling voor verstandelijk gehandicapten (verstandelijk te goed, te lastig qua gedrag), gebrek aan kleinschalige wooncomplexen, onvoldoende deskundigheid beschikbaar, beperkte mogelijkheden voor dagbesteding (Hartmans, Hengelveld, Vernhout, & IJland, 2009). Hoewel deze bevindingen betrekking hebben op “jeugdigen”, is het voor te stellen dat deze wachtlijstproblematiek zich voortzet na het 18^e levensjaar. De problematiek van jongeren in de jeugdzorg verhevigt vaak rond het 18^e jaar, onder andere omdat het verplichtende karakter van de zorg eindigt en er onvoldoende samenwerking is tussen jeugdzorg en maatschappelijke opvang (Fransen, van den Handel, & Wolswinkel, 2009). Hierdoor raken veel jongeren in deze periode (opnieuw) dakloos.

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de zorgbehoefte van zwerfjongeren (Korf et al., 1999; Noom & de Winter, 2001; Beijersbergen, Jansen, & Wolf, 2008), maar niet naar de zorgbehoefte van specifiek de groepen met LVB, psychiatrische en/of verslavingsproblematiek. Het algemene geluid dat uit deze studies naar voren komt is dat zorgvraag en zorgaanbod niet goed op elkaar aansluiten. Het gaat niet alleen om de inhoud van het aanbod (Korf, van Ginkel & Wouters, 2004) maar ook om de manier waarop het aanbod vorm krijgt via uitvoerende hulpverleners. Jongeren hebben behoefte aan “sociale verbondenheid” (Noom & de Winter, 2001). Ook verschillen hulpverleners en jongeren van mening over welk type behoeften het meeste aandacht verdienen. Hulpverleners noemen onder andere sociaal netwerk, structuur, regelmaat en (vaste) hulp bij middelengebruik. Jongeren vinden dit minder belangrijke thema's (Korf et al., 2004; Beijersbergen et al., 2008). De vraag is of de jongeren hun problemen onderschatten of dat hulpverleners deze overschatten. In Rotterdam zijn verschillende bemoeizorg teams voor jongeren operationeel, die onder andere werken vanuit het idee dat dakloze jongeren met meervoudige problematiek niet in staat zijn een adequate hulpvraag te formuleren en daarvoor hulp te zoeken (Baan & Meijssen, 2008; Straaten, Barendregt, & Wits, 2010). De veronderstelling is dat deze jongeren hun problematiek en zorgbehoefte onderschatten.

De rekenkamer geeft aan dat voor een effectieve aanpak van de zwerfjongerenproblematiek een sluitende keten tot stand moet komen van preventie, signalering, opvang, begeleiding en nazorg (Algemene Rekenkamer, 2008b). Om de coördinatie van de vraag naar en het aanbod van voorzieningen in de maatschappelijke opvang te verwezenlijken, komen er in Nederland steeds meer 'loketten' voor dak- en thuislozen. Rotterdam kent sinds oktober 2007 een meldpunt voor dak- en thuisloze jongeren, genaamd Centraal Onthaal Jongeren (COJ), een onderdeel van het Jongeren Loket (JL). Het COJ staat in Rotterdam voor meer dan een meldpunt alleen. Het gaat om de gehele systematiek van aanmelden, screenen, zorg toewijzen en monitoren van trajecten (Bergsma, 2009). Een dergelijke systematiek werkt alleen als alle betrokkenen er zich aan committeren. In Rotterdam is de medewerking van relevante instellingen vastgelegd in een convenant.

1.2 Centraal Onthaal Jongeren voor dak- en thuisloze jongeren

Met de oprichting van het COJ kent Rotterdam sinds oktober 2007 een systeem dat de instroom en opvang van dak- en thuisloze jongeren stroomlijnt. Het COJ richt zich op mensen in de leeftijd van 18 tot 23 jaar die behoefte hebben aan tijdelijk onderdak, begeleiding, informatie en advies omdat zij door problemen de thuissituatie hebben verlaten of dreigen te moeten verlaten. De instroomfase van COJ is een onderdeel van het JL waar een speciaal intake-team voor dak- en thuisloze jongeren werkt. Het JL is gevestigd op een centrale plaats in Rotterdam en is de plek waar jongeren tot 27 jaar zonder startkwalificatie¹ zich kunnen melden voor werk, scholing of een uitkering en dus ook voor problemen met huisvesting. Zoals gezegd beperkt het COJ zich tot dak- en thuisloze jongeren tot 23 jaar.

Het doel van het COJ is het realiseren van een integrale sluitende aanpak van de zorg voor dak- en thuisloze jongeren: dat wil zeggen dat er sprake is van samenwerking om de zorgketen rond deze doelgroep zoveel mogelijk te sluiten. Dit moet er toe leiden dat er geen jongeren meer buiten de boot vallen op het gebied van preventie, opvang en resocialisatie bij dak- en/of thuisloosheid. Het is een aanpak die erop gericht is een bestaan als dak- en thuisloze jongere zoveel mogelijk te voorkomen dan wel te bekorten maar ook om deze jongeren zo snel mogelijk op een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid en zelfstandigheid te brengen (Gemeente Rotterdam, 2007). Het COJ is een werkwijze die is afgesproken tussen gemeente en zorginstellingen en omvat het gehele proces van aanmelding en opvang van jongeren met huisvestingsproblemen (Bergsma, 2009).

De aanmelding bij het COJ vindt plaats door een jongere zelf bij het jongerenloket, via een opvangvoorziening waar de jongere zich meldt, of door een andere professional. Meldt de jongere zichzelf bij een opvangvoorziening dan wordt deze in principe doorverwezen naar het JL. Buiten kantooruren kan

een opvangvoorziening een jongere opvangen, maar daarna gaat de jongere toch naar het JL, omdat deze de regiobinding moet vaststellen. Onderdeel van de aanmelding bij het JL is de registratie in het cliëntvolgsysteem e-Vita. De medewerker van COJ/JL voert een eerste screening van de problematiek uit. Daarnaast wordt gekeken of de jongere al in het systeem voorkomt en, als dat het geval is, waar de jongere in de tussentijd is geweest. Verder wordt de urgentie van het dakloosheid probleem geschat en vindt een inschatting plaats van de hoeveelheid begeleiding die de jongere nodig zal hebben op basis van de informatie die bij de aanmelding beschikbaar is. Vervolgens meldt het JL de jongere bij één van de opvangvoorzieningen aan. Alleen jongeren met een regiobinding² komen in aanmerking voor een plek in de Rotterdamse jongerenhuisvesting (zie bijlage 2).

De opvangvoorzieningen gaan vervolgens met behulp van een Zorgvraagverduidelijking³ (ZVV) na op welke leefgebieden de jongere zorg nodig heeft. Op basis van de ZVV doen de opvangvoorzieningen een voorstel tot plaatsing van de jongere waarbij globaal de zorgintensiteit in de eerste maanden wordt aangegeven. De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), die onderdeel uitmaakt van de ZVV, is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Ook komt een eventuele AWBZ aanvraag aan de orde. De ZVV en het plaatsingsvoorstel worden besproken in de zogenaamde Traject Toewijzing Commissie Jongeren (TTCJ).

De organisaties die deelnemen aan het COJ hebben zich aan de doelstellingen ervan gecommitteerd (zie bijlage 2). Deze organisaties hebben inzage in het cliëntvolgsysteem e-Vita en organisaties die trajectplannen maken en uitvoeren hebben daarnaast ook schrijfrechten in e-Vita.

Wanneer jongeren die zich melden bij het COJ, naast huisvestingsproblemen ook ernstige problemen hebben op andere leefgebieden, worden ze besproken in de zogenaamde Traject Toewijzingscommissie Jongeren (TTCJ). In veel gevallen verblijven de jongeren dan al (voorlopig) in een voorziening voor woonzorg.

De TTCJ is een wekelijkse bijeenkomst van ongeveer twee uur van vertegenwoordigers van instellingen die opvang en/of zorg verlenen aan dak- en thuisloze jongeren. Ook het JL neemt deel aan deze bijeenkomst. De TTCJ staat onder voorzitterschap van de gemeente. De vertegenwoordigers hebben mandaat van hun organisatie om jongeren die tijdens de vergadering worden besproken als cliënt te accepteren. Een casus die wordt ingebracht is voorbereid door één van de deelnemers, vaak de instelling waar de jongere op dat moment verblijft. Andere deelnemers kunnen vragen stellen en aanvullingen geven, bijvoorbeeld als ze de betreffende jongere kennen uit hun eigen praktijk. Als de TTCJ een trajectvoorstel goedkeurt, betekent dit dat alle in het voorstel genoemde partijen zich aan de uitvoering ervan committeren.

² De regio Rotterdam omvat de gemeenten: Rotterdam, Albrandswaard, Barendrecht, Capelle a/d IJssel, Krimpen a/d IJssel en Ridderkerk. Of een aangemelde jongere regiobinding heeft wordt nagegaan bij het jongerenloket. Wanneer er geen sprake is van regiobinding dan vindt terugbegeleiding naar de eigen regio plaats (vanaf 1 januari 2010 door afdeling Stedelijke Zorg van SoZaWe).

³ De zorgvraagverduidelijking is een gestandaardiseerd instrument dat de zorginstellingen gebruiken om op uniforme wijze de zorgvragen van de jongeren te inventariseren.

Een vastgesteld traject wordt uitgevoerd door de dossierhouder, meestal de instelling die ook de woonzorg aan de jongere levert. De voortgang van het traject wordt gevolgd door twee trajectregisseurs.

Wanneer we aan regie denken, denken we aan een persoon of comité dat de regie voert. Hoewel de gemeente eindverantwoordelijk is, is in overleg met zorginstellingen gekozen voor het regiemodel Centraal Onthaal Jongeren (Gemeente Rotterdam, 2007; Bergsma, 2009). Door ondertekening van het convenant COJ hebben zorginstellingen zich aan dit model gecommitteerd. De regie van het COJ bestrijkt de Maatschappelijke Opvang (MO) voor dak- en thuisloze jongeren. Ze wordt gefinancierd door de gemeente. Echter, in de grensgebieden tussen jeugdzorg, MO en psychiatrie, verslavingzorg en zorg voor jongeren met een verstandelijke beperking is het continu zoeken naar de verdeling en financiering van verantwoordelijkheden. Jongeren met ernstige psychiatrische problematiek, die klinisch (in een 24-uursvoorziening) moeten worden behandeld, vallen in principe buiten de werkingssfeer van het COJ. Hetzelfde geldt voor jongeren die verstandelijk gehandicapt zijn en waarvoor een plaats in de reguliere verstandelijk gehandicapten zorg geëigend is. Een van de lastige punten is dat niet altijd van het begin af aan (bij aanmelding bij het JL) duidelijk is of klinische behandeling nodig is. Ook zijn er veel gevallen waarbij wel sprake is van verstandelijke en/of psychiatrische problemen, maar waarbij huisvestingsproblematiek de boventoon voert. De problemen die zich voordoen bij deze jongeren omvatten meestal meerdere leefgebieden waarvoor een duidelijke sectorale afbakening niet altijd te maken is. In de praktijk van COJ zien we daarom veel jongeren die naast hun huisvestingsproblemen ook te maken hebben met (ernstige) psychische problemen, waaronder verslaving, beperkte intelligentie en gedragsproblemen waaronder agressie. Het zijn vooral de meer complexe casussen die in de TTCJ worden besproken. In de TTCJ zitten de aanbieders van GGZ, verstandelijk gehandicapten zorg (VG) en verslavingszorg (VZ) vooral als leveranciers van ambulante zorg aan tafel. Daarnaast vervullen zij in de TTCJ een rol als consultants op hun vakgebied.

Rotterdamse jongeren die dakloos zijn en zich niet (willen) aanmelden bij het Jongerenloket voor inkomen, werk en huisvesting vormen de doelgroep van het jeugdveldwerk van BoumanGGZ en soms ook van Assertive Community Treatment (ACT) teams. Zolang zij zich niet hebben aangemeld bij het JL, komen zij niet in aanmerking voor huisvesting in de Maatschappelijke Opvang (MO). Indien er sprake is van (vermoeden van) een psychische stoornis kunnen zij eventueel als zorgmijder door het ACT worden gevolgd (financiering door zorgverzekeraar). Wanneer het gaat om toeleiding naar zorg, zonder dat er sprake is van een (vermoeden van) een stoornis, komt het door de gemeente gefinancierde veldwerk in beeld.

De hierboven beschreven ketenregie is bij jongeren die uit detentie komen minder helder uitgekristalliseerd. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid om ex-gedetineerden nazorg te bieden. De (zeer) actieve veelplegers en stelselmatige daders onder hen worden besproken in een casusoverleg van het Veiligheidshuis, waaraan verschillende relevante partijen deelnemen. Er wordt op die plek besproken wat nodig is voor een goede terugkeer in de samenleving. Voor een groot deel van de gevallen gaat dat om het regelen van identiteitspapieren en een inkomen, maar ook om huisvesting. Dit gebeurt door het bureau Basisvoorzieningen PGA en Nazorg ex-gedetineerden (BPN). Wanneer iemand daarnaast ook zorg nodig heeft, krijgt een casusmanager van de GGD de verantwoordelijkheid om adequate zorg te organiseren. Omdat deze jongeren een forse delictgeschiedenis hebben, meestal zorg mijdend zijn en niet zelden

ernstige psychische klachten hebben, is in veel gevallen naast zorg ook (justitieel) toezicht nodig. Om deze redenen is het niet voor de hand liggend deze jongeren een regulier COJ traject te laten doorlopen.

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

De oorspronkelijke doelstelling van dit project was tweeledig:

- A. Het verkrijgen van inzicht in hiaten in zorg voor zwerfjongeren met ernstige (evt. meervoudige) GGZ problematiek, zoals psychiatrische problematiek, verslaving of een licht verstandelijke beperking (LVB) (onderzoek).
- B. Het ontwikkelen van een passend aanbod van woonzorg voor deze categorieën zwerfjongeren in Nederland (ontwikkeling).

Het zwaartepunt van dit project ligt bij onderdeel A. De feitelijke ontwikkeling van een passend aanbod van woonzorg (B) bleek in de loop van het project niet haalbaar en ook niet opportuun. Zo deed de gelegenheid zich niet voor om in een concreet op te zetten project in te stappen. In overleg met de opdrachtgever hebben we deze doelstelling bijgesteld. We hebben enkele belangrijke ingrediënten van woonzorg geïnventariseerd waar zorginstellingen die woonzorg projecten opzetten rekening mee zouden moeten houden.

De volgende twee onderzoeksvragen staan centraal in deze rapportage:

1. Wat zijn, een jaar na instroom in de hulpverlening, de resultaten van de hulpverlening aan zwerfjongeren met ernstige problematiek op het gebied van lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en maatschappelijk functioneren?
2. In hoeverre sluit het zorgaanbod aan bij de zorgvraag van zwerfjongeren met ernstige problematiek?

Onder zwerfjongeren met ernstige (eventueel meervoudige) problematiek verstaan we zwerfjongeren met ernstige psychische problematiek, verslaving en/of een licht verstandelijke beperking (LVB).

Het onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen:

- a. Het volgen van 55 ´recente en nieuwe´ instromers in 2009 in het Rotterdamse Centraal Onthaal Jongeren (COJ) waaronder 15 zwerfjongeren die in 2009 in Pension Maaszicht zijn ingestroomd (longitudinaal onderzoek met 3 metingen);
- b. Documentanalyse en interviews met sleutelinformanten;
- c. Het opsporen en interviewen van 15 ex-zwerfjongeren die een jaar of langer in een stabiele woon-situatie verblijven.

Ad. a.

Dit rapport bevat de resultaten van drie metingen in een longitudinaal onderzoek. De metingen hadden zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve component. De eerste meting resulteerde in een profielschets van 55 jongeren. In de tweede meting, die ongeveer zes maanden na de eerste meting heeft plaatsgevonden, is naast kwantitatief materiaal vooral kwalitatief materiaal verzameld. In de derde meting is

het kwantitatieve instrumentarium grotendeels ongewijzigd gebleven. Het werken met dezelfde instrumenten op meerdere meetmomenten stelt ons in staat ontwikkelingen op groepsniveau te onderzoeken (hoofdstuk 3). Het kwalitatieve materieel is geschikt om op casusniveau ontwikkelingen na te gaan (hoofdstuk 4).

Ad. b.

De documentanalyse is gebruikt ter voorbereiding op de interviews met sleutelinformanten.

Sleutelinformanten zijn in twee ronden geïnterviewd. Eind 2009 is een eerste ronde interviews gehouden ter voorbereiding op het onderzoek en om enkele knelpunten in de zorg voor dak- en thuisloze jongeren te identificeren. Een tweede ronde interviews met sleutelinformanten is begin 2010 gehouden aan het eind van het longitudinale onderzoek. De resultaten van deze zogenaamde knelpunteninventarisatie zijn opgenomen in hoofdstuk 5.

Ad. c.

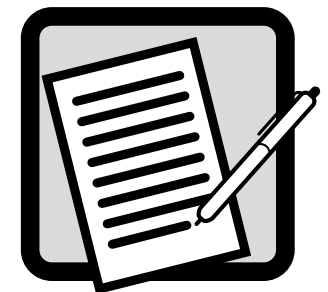
Met behulp van hulpverleners van verschillende zorginstellingen zijn 15 jongeren opgespoord en geïnterviewd die een jaar of langer stabiel waren gehuisvest. De interviews concentreerden zich rondom de vraag welke factoren volgens voormalig dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek bij hebben gedragen aan het bereiken van stabiliteit. De resultaten van dit deelonderzoek zijn gerapporteerd in een masterscriptie van een student sociologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Op enkele plaatsen in deze rapportage wordt naar deze scriptie verwezen als: (Albeda, 2010). Een samenvatting van dit deel van het onderzoek is in deze rapportage opgenomen als bijlage 3.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk zullen we eerst de onderzoek- en analysemethoden bespreken. In hoofdstuk 3 presenteren we allereerst de resultaten van de kwantitatieve analyses. Hierin staat de vraag naar de resultaten van de hulpverlening aan zwerfjongeren centraal, door te kijken naar ontwikkelingen die hebben plaats gevonden tussen de eerste meting (T_1) en de laatste meting (T_3). Vervolgens bespreken we in hoofdstuk 4 de resultaten van de kwalitatieve analyse. Hierin staat de vraag naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod (match) centraal. In hoofdstuk 5 staan de knelpunten in de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod centraal die naar voren komen uit de kwalitatieve analyse van hoofdstuk 4 en knelpunten die zijn genoemd in een inventarisatieronde onder professionals betrokken bij de zorg voor dak- en thuisloze jongeren. In hoofdstuk 6 formuleren we de belangrijkste conclusies op basis van de resultaten. In datzelfde hoofdstuk komen we in de discussieparagraaf terug op twee belangrijke onderwerpen in dit onderzoek: veel jongeren hebben LVB problematiek en GGZ/verslavingsproblematiek in combinatie met gedragsproblemen en het gebrek aan motivatie voor begeleiding en/of behandeling bij een deel van de jongeren.

hoofdstuk 2

Methode van onderzoek



Hoofdstuk 2

Methode van onderzoek

De gegevens voor deze studie zijn verkregen door in de loop van één jaar drie keer onder jongeren en hun meest betrokken hulpverlener mondeling een gestructureerde vragenlijst af te nemen. De gegevens uit deze vragenlijst zijn aangevuld met kwalitatieve informatie uit open vragen en uit een kort open interview dat aansluitend aan de afname van de vragenlijst werd gehouden (T₃). Enerzijds brengen we met deze methoden ontwikkelingen op groepsniveau in kaart, anderzijds stelt het ons ook in staat individuele ontwikkelingen na te gaan.

In dit hoofdstuk bespreken we verschillende methodologische aspecten van dit onderzoek. Om te beginnen gaan we in op de werving van de jongeren en de respons op de follow-up metingen. Vervolgens bespreken we de instrumenten die zijn opgenomen in de vragenlijst en verantwoorden we de gebruikte analyse methoden.

2.1 Onderzoekspopulatie / werving

Onderzoekspopulatie

De jongeren waar we ons in dit onderzoek op richten zijn tussen de 18 en 23 jaar, hadden zich in het voorjaar en de zomer van 2009 aangemeld bij het Centraal Onthaal Jongeren (COJ) én voldeden aan de criteria voor ernstige problematiek. Een deel van de onderzoekspopulatie (n=15) bestaat uit instromers (vanaf medio 2009) van pension Maaszicht, een Rotterdamse woonvoorziening die zich specifiek richt op dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek. De criteria voor ernstige problematiek in dit onderzoek zijn: (vermoeden van) psychische problematiek, (vermoeden van) verslaving aan psychoactieve middelen, en/of (vermoeden van) een licht verstandelijke beperking (LVB).

Werving van jongeren

De jongeren zijn opgespoord via het cliëntvolgsysteem⁴ van het Centraal Onthaal Jongeren (COJ) en met behulp van aantekeningen van de Traject Toewijzingscommissie Jongeren (TTCJ), waarin tot juni 2009 alleen de 'multi-problem'-gevallen werden besproken. Vanaf juni 2009 zijn de zogenaamde TTCJ-formulieren van nieuw ingestroomde jongeren bekeken, waarin verschillende leefgebieden als verslaving, LVB en psychosociale en psychiatrische problematiek kort worden beschreven. Daarnaast is bij instellingen als pension Maaszicht en de foyer Henegouwerlaan (van het CVD) gevraagd welke jongeren, die in 2009 waren ingestroomd, voldeden aan de door ons gestelde criteria.

Respons

Er werden 125 jongeren die aan de gestelde criteria voldeden via het COJ geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Hiervan bleken er 47 (38%) niet bereikbaar, voornamelijk omdat zij uit het zicht waren verdwenen van hun (vroegere) hulpverleners. Van de jongeren die wel bereikbaar waren is het bij 12 jongeren niet gelukt om een uitnodiging voor deelname aan onderzoek te overhandigen via de (vroegere) begeleiders. Aan 66 jongeren is wel een uitnodiging overhandigd. In de uitnodiging stond kort het doel van het onderzoek beschreven zonder expliciet de doelgroep (jongeren met ernstige problematiek) te benoemen. Verder werd beschreven dat het onderzoek zou bestaan uit drie gesprekken (ook met de meest betrokken hulpverlener) en dat de anonimiteit werd gewaarborgd. Tot slot werd aangegeven dat deelnemers aan het onderzoek een vergoeding kregen in de vorm van een tegoedbon.

De uitnodiging is in de meeste gevallen persoonlijk overhandigd door de meest betrokken hulpverlener, die vervolgens het telefoonnummer van de jongeren die mee wilden doen doorgaf aan de onderzoeker. Van de 66 benaderde jongeren hebben er 17 geweigerd, 3 wilden wel meedoen, maar waren niet bereikbaar om een afspraak mee te maken en 6 jongeren zijn (meerdere malen) niet verschenen voor een interview. Bij 40 jongeren zijn interviews afgenomen.

Daarnaast zijn bij pension Maaszicht 17 jongeren (recente instromers in periode juni-augustus 2009) benaderd voor deelname aan het onderzoek. Hiervan wilden er 2 uiteindelijk niet meedoen. In totaal hebben 55 jongeren deelgenomen aan ons onderzoek (40 jongeren via het COJ en 15 jongeren via Pension Maaszicht)⁵.

Er zijn uiteenlopende instellingen en organisaties benaderd om ons te helpen om de jongeren te benaderen voor deelname aan het onderzoek, bijvoorbeeld Stichting Reclassering Nederland, Stichting MEE⁶ en andere woonvoorzieningen. De groep jongeren die uiteindelijk is geïncludeerd voor het onderzoek is geworven via de volgende instellingen: ACT-Lucertis (n=5), Corridor (n=3), Foyer Henegouwerlaan (n=7),

⁴ Het opsporen van de jongeren geschiedde via www.rotterdamsezwerfjongeren.org. Deze website is inmiddels geïntegreerd in het gemeentelijk cliëntvolgsysteem E-Vita. Eén van de onderzoekers kreeg tijdelijk beperkte toegang tot deze website, als hulpmiddel voor het volgen en werven van de jongeren in de latere metingen. De genoemde websites zijn niet openbaar.

⁵ Deze aantallen zijn conform de aantallen die in het onderzoeksvoorstel zijn genoemd

⁶ MEE is een landelijke organisatie met 22 regionale vestigingen die mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking ondersteunt.

Leger des Heils (Jongleren en Zij aan zij) (n=2), Maaszicht (n=15), Mozaïk (n=3), Riagg (n=2), T-Plataan (n=11), Timon (n=2), en overige instellingen (BoumanGGZ-kliniek, Delta PZ, Matrix, Jeugdzorg, Radar) (n=5).

Vervolgmetingen

De jongeren zijn voor het eerst geïnterviewd in de periode oktober 2009 tot februari 2010. Bij het inter-
viewen van jongeren en hulpverleners op T₁ (1^e meting), zijn hun contactgegevens vastgelegd en deze zijn
gebruikt voor het benaderen van de jongeren en hulpverleners voor de 2^e meting en 3^e meting.

De 55 jongeren uit de eerste meting zijn, ongeveer een half jaar na de eerste meting, opnieuw benaderd
voor een tweede interview (periode april 2010 - juli 2010). Ongeveer een jaar na de eerste meting, zijn ze
benaderd voor een derde interview (periode oktober 2010 - januari 2011). Bij de werving voor de tweede en
derde meting zijn we uitgegaan van de oorspronkelijke lijst van 55 jongeren. In de vervolgmetingen werd
wederom een interview gehouden met de meest betrokken hulpverlener van de jongeren.

Tijdens de eerste meting hebben we (dus) 55 jongeren en hun meest betrokken hulpverlener geïnterviewd.
In sommige gevallen hebben we een hulpverlener twee keer geïnterviewd omdat deze bij meerdere
jongeren het meest betrokken was. In totaal hebben we op T₂ 45 jongeren geïnterviewd, waarvan we bij
42 jongeren een volledig interview konden afnemen. Op T₃ hebben we 39 jongeren geïnterviewd. Zoals
uit tabel 2.1 is op te maken, hebben we van zes (T₂) respectievelijk zeven (T₃) jongeren die we niet konden
interviewen, wel de hulpverlener geïnterviewd. Deze interviews vonden niet altijd plaats met een standaard
vragenlijst omdat zij de betreffende jongere al een tijd niet meer persoonlijk hadden gesproken, bijvoor-
beeld omdat deze in detentie zat of was opgenomen in een kliniek. De standaard vragenlijst vereist recent
(afgelopen 2 weken) contact met de jongere. We hebben met deze hulpverleners alleen open interviews
gehouden. Andersom hebben we in een aantal gevallen alleen de jongere gesproken. De betreffende
jongeren hadden geen ‘meest betrokken’ hulpverlener of ze bleken in die gevallen voor ons niet bereikbaar
(ziekte, vakantie, geen respons). Ten slotte hebben we op T₂ en T₃ respectievelijk zeven en negen jongeren
niet meer kunnen bereiken, terwijl deze jongeren ook uit beeld bij de hulpverleners waren. Voor de derde
meting kunnen we voor de statistische analyse gebruik maken van gegevens van 39 casussen. In totaal
hebben we op T₃ dus 16 jongeren van T₁ niet kunnen interviewen. In de rapportage besteden we op een
aantal plaatsen aandacht aan deze niet bereikte groep jongeren, door ons af te vragen of de uitval
selectief is of niet.

Tabel 2.1 Aantallen geïnterviewde jongeren en hulpverleners op T₁, T₂ en T₃

	Eerste meting (T ₁)	Tweede meting (T ₂)	Derde meting (T ₃)
Zowel jongere als hulpverlener	53	36	29
Alleen jongere	2	6	10
Alleen hulpverlener		6	7
Geen van beide		7	9
Totaal	55	55	55

2.2 De vragenlijst voor jongeren

De vragenlijst voor jongeren bestond uit een aantal gesloten vragen en een aantal open vragen.

De vragenlijst was als volgt opgebouwd:

- Een algemeen gedeelte bestaande uit vragen over sociaaldemografische kenmerken, zoals geboorte-
datum en geslacht.
- Voorgeschiedenis en hulpverleningsgeschiedenis van de jongeren (alleen in de eerste meting).
- Vragen over verschillende leefgebieden, te weten: huisvesting, financiën en dagbesteding, sociale
contacten, criminele activiteiten, lichamelijke gezondheid, en een onderdeel over opvang en hulpverlening.

Andere vragen zijn (gedeelten van) bestaande instrumenten.

- Vragen over middelengebruik (Couwenbergh, van der Gaag, Koeter, de Ruiter, & van den Brink, 2009).
- Vragen over subjectieve kwaliteit van leven (Lehman, 1995).
- Vragen over zorgbehoeften en het zorgaanbod: Quality of Life and Care (Wijngaarden, Meije, Fortiadis,
Wennink, & Kok, 2008).
- Een vragenlijst over psychische klachten: de (BSI) Brief Symptom Inventory (Beurs, 2006).
- Een intelligentietest : Raven Standard Progressive Matrices (Harcourt, 2004).

In bijlage 4 wordt naast een korte uitleg van een aantal meetinstrumenten een verantwoording gegeven
van de herkomst van de verschillende onderdelen van de vragenlijst.

2.3 Interviews met hulpverleners

Van de 55 jongeren die deel hebben genomen aan het onderzoek is hun meest betrokken hulpverlener
geïnterviewd. Hiermee wordt bedoeld de hulpverlener die het meest zicht heeft op het gedrag van de
jongere in de afgelopen twee weken en het totale hulpaanbod aan de betreffende jongere. In de vervolg-
metingen hebben we gezien dat de meest betrokken hulpverlener verandert als de jongere van woonvoor-
ziening verandert. In die gevallen is dan ook de ‘nieuwe’ hulpverlener geïnterviewd. Daarnaast wisselt een
aantal jongeren van hulpverlener terwijl ze in dezelfde voorziening blijven wonen.

De vragenlijst voor de hulpverleners bestond uit dezelfde leefgebieden als de vragenlijst voor jongeren.
Er is gevraagd op welke terreinen hulp werd geboden aan de jongere en of dit in de ogen van de hulpverlener
de juiste hulp was. De problematiek van de jongeren (gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en
sociale problemen) is in kaart gebracht met behulp van de HoNOS (Mulder, Staring, Loos, Buwalda, Kuijpers,
Sytema, & Wierdsma, 2004).

2.4 Kwalitatieve analyses

Om de vraag naar de match tussen zorgvraag en zorgaanbod te kunnen beantwoorden, zijn we voornamelijk
kwalitatief te werk gegaan.

Kwalitatieve gegevens

In de vragenlijst van de eerste meting is een flink aantal open vragen opgenomen. De vragenlijst van de tweede meting bevatte ook een aantal open vragen. Na elk afgenomen interview schreven de onderzoekers een memo over de situatie van de jongere en de aansluiting van de zorg op deze situatie. Bij het schrijven van een tussenrapportage op basis van de eerste twee metingen bleek het belang van kwalitatieve gegevens om inzicht te krijgen in de vraag waarom bij de ene jongere wel en bij de andere jongere geen sprake is van een goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Daarom is bij de derde meting, na overleg met de begeleidingscommissie, nog sterker ingezet op het verzamelen van kwalitatieve gegevens. Er werd een korte topiclijst (bijlage 5) gemaakt voor het houden van 'nagesprekken' met jongeren en hulpverleners. Deze nagesprekken werden audio geregistreerd. Informatie uit de nagesprekken werd door de onderzoekers verwerkt in een datamatrix.

Kleurlabels

Zowel bij de tweede als de derde meting hebben de betrokken onderzoekers en interviewers, onafhankelijk van elkaar, alle casussen gelabeld met 'groen', 'oranje' of 'rood'. Huisvesting was daarbij het belangrijkste criterium. Als deze niet in orde was (dakloos, of dreigend dakloos, instabiel) is dat aanleiding om een label 'rood' toe te kennen aan een casus. Naast de huisvestingssituatie zijn we nagegaan of de meest urgente problemen per casus ook de meeste aandacht kregen, zoals middelengebruik. Een factor die we in de beoordeling ook lieten meewegen was de voortgang van het traject, dan wel het gebrek eraan. Vooral in die trajecten die niet evident goed verlopen, blijkt niet perse de feitelijke situatie het probleem maar (ook) de voortgang.

- Het label **rood** staat voor (zeer) zorgelijk. Er zijn duidelijk problemen, de jongere zit niet op de plaats waar zijn of haar problemen adequaat worden behandeld. De problemen die er zijn (dreigen te) verergeren. In gevallen van (dreigende) dakloosheid en detentie is sowieso een rood label toegekend.
- De casussen die **oranje** zijn gelabeld zijn ook zorgelijk, maar de dreiging is niet acuut. Er is weliswaar spanning tussen de jongere en de zorgcontext, maar er is geen (acute) dreiging dat de jongere dakloos wordt. De trajecten verlopen wel (erg) moeizaam en lijken te stagneren.
- Een **groen** label is toegekend aan casussen waarvan de onderzoekers denken dat de zorgverlening goed op de rails is, en waarbij de jongere zelf ook het gevoel heeft (voorlopig) op de goede plaats te zitten. Het gaat hierbij (ook) om afwezigheid van problemen.

Casussen waarover we te weinig informatie hadden werden niet gelabeld ($n=9$, T_3). Alle gevallen zijn onderling door de onderzoekers besproken en de casussen waarover in eerste instantie geen overeenstemming was zijn op basis van consensus definitief ingedeeld.

Indeling in subgroepen

De tweede stap in deze kwalitatieve analyse bestond uit het verder ordenen van de gelabelde casussen in subgroepen. Hierbij is telkens gezocht naar inhoudelijke overeenkomsten tussen de verschillende casussen. De meeste aandacht ging hierbij uit naar de rood en oranje gelabelde casussen omdat we verwachtten hiervan het meest te kunnen leren in termen van (gebrek aan) aansluiting van de zorgvraag en het zorgaanbod. In de presentatie van de resultaten wisselen we een beschrijving van de subgroepen op hoofdlijnen af met meer gedetailleerde informatie uit de casussen.

Oordeel van hulpverleners over aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

We hebben bij de 3^e meting (T_3) indirect gebruikt gemaakt van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), namelijk om het oordeel van de meest betrokken hulpverlener over de aansluiting zorgvraag en zorgaanbod van de jongeren te verkrijgen.

De ZRM is een instrument dat door het COJ wordt gebruikt om voor elke jongere na te gaan hoe zelfredzaam iemand is en waarop de zelfredzaamheid nog kan verbeteren. Daarnaast biedt de matrix de mogelijkheid aan te geven of op het betreffende leefgebied professionele zorg aanwezig is (Lauriks, Buster, de Wit, van de Weerd, & Tigchelaar, 2007). Aan alle hulpverleners die nog recent contact hadden met een jongere, hebben we gevraagd om de ZRM in te vullen als hulpmiddel om tot een globaal oordeel te komen over de match tussen zorgvraag en zorgaanbod. Door de hulpverleners eerst de zelfredzaamheid van de jongere op de elf leefgebieden van de ZRM te laten beoordelen, werden ze als het ware 'geprimed' om tot een evenwichtig oordeel te komen. We hebben van 24 casussen een hulpverlenersoordeel rood, oranje of groen gekregen. In de overige gevallen had de jongere geen hulpverlener of heeft de hulpverlener niet gereageerd. Wij hebben dit hulpverleners oordeel gebruikt ter verificatie van onze eigen waardering van de casussen (zie bijlage 6 voor een beknopte bespreking van de overeenkomsten en verschillen tussen het oordeel van de hulpverleners en onderzoekers).

2.5 Kwantitatieve analyses

Voor een deel rapporteren we beschrijvende statistiek met rechte tellingen en eenvoudige frequentieverdelingen. Wanneer we verschillen tussen T_1 en T_3 toetsen op statistische significantie doen we dat bij dichotome variabelen met een Chi-kwadraat toets en bij continue variabelen met T-toetsen. In drie analyses waarin we continue variabelen gebruiken, hebben we de casussen exact gematcht (zie de resultaten in tabellen 3.8, 3.13 en 3.14). We hebben telkens geprobeerd aan te geven of groep die niet in de analyse is opgenomen afwijkend scoort op T_1 . In een aantal gevallen zijn de absolute aantallen te klein om statistisch te kunnen toetsen. In andere gevallen zou de gematchte groep te klein worden om te kunnen toetsen. We laten dan alleen rechte tellingen per meetmoment zien.

Zoals in paragraaf 2.4 al is opgemerkt, gebruiken we voor de kwalitatieve analyse, waarin de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod centraal staat, data uit alle drie de metingen. Hoewel we ook analyses hebben gedaan met T_1 en T_2 , maken we in deze rapportage alleen gebruik van de kwantitatieve gegevens op T_1 en T_3 .

2.6 Knelpuntenanalyse

In dit onderzoek is op twee manieren een analyse gemaakt van knelpunten in de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod, namelijk door:

1. een analyse van de gelabelde casussen, en
2. een inventarisatie van knelpunten zoals ervaren door professionals.

Ad. 1.

Na afronding van de kwalitatieve analyse (hoofdstuk 4) is een tweede analyse uitgevoerd waarbij de identificatie van de belangrijkste knelpunten centraal stond. Door ons casus voor casus af te vragen ‘waar zit hier het belangrijkste knelpunt’ is gekomen tot een eerste opsomming van knelpunten. De casussen die wij rood en oranje hadden gelabeld bleken een vruchtbare bron van knelpunten. Overeenkomstige knelpunten zijn samengevoegd. In de uiteindelijke presentatie van de knelpunten is vooral gezocht naar de onderlinge samenhang tussen de knelpunten.

Ad. 2.

De inventarisatie van knelpunten onder professionals (hoofdstuk 5) is in twee stappen uitgevoerd. Bij de start van het onderzoek, in het najaar van 2009, zijn 15 sleutelinformanten geïnterviewd die betrokken waren bij de hulpverlening aan zwerfjongeren met psychische problemen, een verstandelijke handicap en/of verslavingsproblemen. Dit deel van het onderzoek had twee doelen: (1) het in kaart brengen van de structuur van de opvang en ketenzorg voor zwerfjongeren in Rotterdam en (2) het inventariseren van knelpunten in het functioneren van het COJ, de opvang en ketenzorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek.

In overleg met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie is besloten om voor de eindrapportage een update te maken van de inventarisatie van knelpunten onder (deels) dezelfde groep sleutelinformanten. De update was relevant vanuit de gedachte dat de destijds ingezette ontwikkelingen rondom ketenregie in de zorg voor zwerfjongeren vruchten zouden hebben afgeworpen. Het zou goed zijn er daarvan een aantal te benoemen en tegelijkertijd te kijken welke knelpunten er nog liggen.

Ten behoeve van de update is, in overleg met de opdrachtgever, de lijst met sleutelinformanten geactualiseerd en is een topiclijst (zie bijlage 7) gemaakt. De topiclijst is voorafgaand aan een gesprek aan de geïnterviewden toegezonden en tijdens de gesprekken globaal gevolgd. Niet alle sleutelinformanten hebben namelijk zicht op of ervaring met alle onderwerpen van de topiclijst. Daarnaast zijn, afhankelijk van de expertise van de sleutelinformanten, tijdens de interviews soms onderwerpen uitgediept ten koste van de bespreking van andere onderwerpen. In totaal zijn 20 gesprekken gevoerd met 23 sleutelinformanten⁷, allen werkzaam in verschillende ‘sectoren’ van de zorg aan jongeren met ernstige problematiek. De meeste gesprekken zijn gevoerd op het niveau van uitvoerende medewerkers (n=9) en teammanagers (n=8), daarnaast is gesproken met hogere managers (n=4) en met beleidsadviseurs (n=2). De gesprekken duurden één tot anderhalf uur en werden audio geregistreerd. Zo snel mogelijk na het interview werden

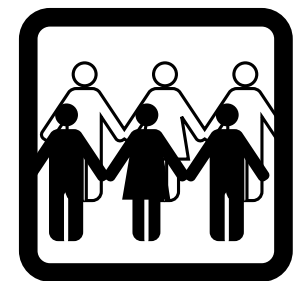
de aantekeningen uitgewerkt met behulp van de na geluisterde opname. De uitgewerkte opnames en aantekeningen werden vervolgens ingevoerd in een analyseprogramma voor kwalitatieve data (QSR Nvivo 8[®]) en voorzien van codes. Gedurende het proces van aantekeningen maken en coderen zijn reflecties op het materiaal geschreven. Aan de hand van de codes en de reflecties is een concept rapportage gemaakt, waarin de knelpunten werden verdeeld in vier categorieën.

De conceptrapportage is in een expert meeting voorgelegd aan een selectie van de geïnterviewde sleutelinformanten (zie bijlage 8). Het belangrijkste doel van deze bijeenkomst was het aanbrengen van een rangorde in vier categorieën knelpunten. Afhankelijk van het aantal knelpunten in een categorie konden de deelnemers een top 1, 2, 3 of 4 aanbrengen. Bijvoorbeeld in de categorie “behandelaanbod” waren acht knelpunten opgesomd en de deelnemers konden daarvan de belangrijkste twee knelpunten aangeven. Het belangrijkste knelpunt kreeg twee punten en het tweede belangrijkste knelpunt één. In de andere categorieën is op dezelfde manier gewerkt. Het knelpunt met de meeste punten kwam als belangrijkste knelpunt naar voren binnen de betreffende categorie. De bevindingen uit de expert meeting hebben geleid tot enkele kleine aanpassingen in de rapportage. De uitslag van de prioritering door de experts is opgenomen in de rapportage over de knelpunten in de betreffende categorie (hoofdstuk 5).

⁷ Er zijn drie gesprekken gevoerd met twee personen.

hoofdstuk 3

Ontwikkelingen op groepsniveau



Hoofdstuk 3

Ontwikkelingen op groepsniveau

De eerste jongeren zijn geïnterviewd in de late zomer van 2009. Zij hadden zich aangemeld bij COJ en een deel van hen verbleef al in een woonvoorziening voor jongeren (Pension Maaszicht). Tijdens onze eerste kennismaking met deze jongeren, zaten de meesten van hen flink in de problemen. Er was sprake van ernstige conflicten thuis, dakloosheid, schulden en een aantal van hen had ook problemen met drugs, met politie, op school en/of werk. Zij kwamen niet van de een op de andere dag in deze situatie terecht. Iedere jongere heeft zijn persoonlijke geschiedenis en deze kwam kort aan de orde tijdens het eerste interview. Overigens is voor dit onderzoek de situatie op T₁, het eerste interview, de uitgangssituatie en in mindere mate wat daar allemaal aan vooraf ging.

We beginnen dit hoofdstuk met de groep jongeren voor te stellen en hierbij komen, naast enkele demografische gegevens, de voorgeschiedenis en intellectuele begaafdheid van de jongeren aan de orde. Vervolgens staan we stil bij diverse leefgebieden waarvan we hopen dat de situatie daarop na de nulmeting zal verbeteren. Het gaat om zaken als huisvesting, inkomsten en schulden, psychische gezondheid, middelengebruik etc. Ten slotte bekijken we hoe de jongeren hun situatie op verschillende leefgebieden waarderen en of er sprake is van on vervulde hulpbehoeften, of juist van ongevraagde bemoeienis.

3.1 Demografische kenmerken

In de eerste meting hebben we enkele demografische kenmerken van de jongeren verzameld. Deze staan weergegeven in tabel 3.1.

Leeftijd en geslacht

Tweederde van de jongeren is man. Precies zoals de bedoeling (zie hoofdstuk onderzoeksmethoden) varieert de leeftijd van de jongeren tussen 18 en 23 jaar, de gemiddelde leeftijd is 20 jaar. Twaalf jongeren

zijn 22 jaar (22%) en deze zouden op de 3^e meting naar verwachting 23 moeten zijn en dan eventueel uitstromen naar zorg voor volwassenen.

Etniciteit en opleiding

De meeste jongeren zijn in Nederland geboren, maar als we het geboorteland van hun ouders meenemen hebben de jongeren overwegend een niet-westerse⁸ achtergrond. De hoogst afgemaakte opleiding varieert van geen opleiding (ook geen basisschool afgemaakt) tot MBO niveau 1 of 2. Op het moment van het eerste interview volgt nog 25% (n=14) een opleiding. Eén jongere doet praktijkonderwijs, 12 zitten op het MBO (de meesten volgen niveau 1 of 2), en één jongere doet staatsexamen Nederlands.

Tabel 3.1 Demografische kenmerken van de jongeren op T₁

		%	aantal
Geslacht	Man	67	37
	Vrouw	33	18
Leeftijd (gemiddeld)		20 jaar	
Geboorteland Nederland		67	37
Zelf of een van de ouders geboren in niet-westers land*		64	35
Hoogst afgemaakte opleiding	Geen	13	7
	Basisschool	27	15
	VMBO	40	22
	MBO	20	11

* Conform CBS definitie 'niet westerse allochtonen (per 1-1-2010 telde Rotterdam 49% niet-westerse allochtonen in de leeftijdscategorie 15-24 jaar. Bron: www.cos.rotterdam.nl)

3.2 Voorgeschiedenis

Gezins- en woonsituatie

De oorspronkelijke gezins- en woonsituatie van de jongeren (daar waar ze zijn opgegroeid) verschilt. Hoewel 31% (n=17) voor een groot gedeelte is opgegroeid in een twee-oudergezin, en 46% (n=25) in een één-oudergezin, was bij minimaal 60% (n=33) van alle jongeren sprake van een wisselende woonplek en gezinssituatie gedurende hun jeugd.

De meeste jongeren hebben gescheiden ouders (60%, n=33), van 13% (n=7) wonen de ouders nog bij elkaar. Een behoorlijk deel (29%, n=16) van de jongeren geeft aan dat deze vraag voor hen niet van toepassing is, bijvoorbeeld omdat ze hun vader nooit hebben gekend of omdat hun ouders nooit samen zijn geweest. Van een vijftal jongeren (9%) is één van beide ouders overleden, en daarnaast hebben twee jongeren beide ouders verloren.

⁸ Jongeren (of hun ouders) die zijn geboren in Aruba of Curaçao hebben we tot de jongeren gerekend met een niet-westers achtergrond (conform CBS definitie).

Leeftijd voor het eerst uit huis

De leeftijd waarop jongeren voor het eerst van huis zijn weggelopen of zijn weggestuurd varieert van 7 jaar tot 20 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 15 jaar. Een enkele jongere is al vroeg in zijn/haar jeugd uit huis geplaatst door jeugdzorg en is nooit echt zelf van huis weggelopen of weggestuurd. Deze jongeren zijn buiten beschouwing gelaten bij het berekenen van de gemiddelde leeftijd waarop ze voor het eerst zijn weggelopen of weggestuurd.

Redenen uit huis

Tabel 3.2 geeft een overzicht van de redenen die hebben meegespeeld bij het eerste vertrek van de jongeren uit huis. De situatie die aanleiding geeft voor het vertrek van de jongere uit huis is vaak ingewikkeld en bestaat meestal uit meerdere redenen die met elkaar samenhangen. Lichamelijke mishandeling gaat bijvoorbeeld gepaard met ruzie en slechte prestaties op school. Om die reden hebben we de jongeren niet gevraagd wat de belangrijkste reden was, of de precieze aanleiding, en konden zij dus meerdere antwoorden geven.

Bij veel jongeren was het contact in het gezin niet goed. Het gaat daarbij vaak om het contact met vader, moeder of een stiefouder. Bij sommigen lijkt het contact binnen het gezin nooit goed verlopen te zijn. Een andere reden voor het vertrek uit huis is het op eigen benen willen staan (bijvoorbeeld samenwonen met vriend of vriendin op jongere leeftijd). Drie kwart (75%) van de jongeren geeft aan ooit te maken hebben gehad met huiselijk geweld, hetzij als direct slachtoffer hetzij als getuige. Huiselijk geweld is dan ook een belangrijke reden voor het vertrek uit huis.

Tabel 3.2 Redenen die meegespeeld hebben bij het vertrek van de jongeren uit huis, gemeten op T₁ (meerdere antwoorden mogelijk)

Redenen uit huis	%	aantal
Het contact in mijn gezin was niet goed	46	25
Het huis uit gezet	33	18
Er was veel ruzie	31	17
Lichamelijke mishandeling op dat moment	31	17
Emotionele mishandeling op dat moment	31	17
Financiële problemen	22	12
Verslaving ouders (alcohol, drugs)	16	9
Problemen politie/justitie	16	9
Problemen op school	15	8
Vriend(in) werd niet geaccepteerd	13	7
Seksuele mishandeling op dat moment	7	4
Eigen verslaving (alcohol, drugs)	7	4

3.3 Hulpverleningsgeschiedenis

In tabel 3.3 staat een samenvatting van de ‘instanties’ en hulp waar de jongeren ooit mee te maken hebben gehad.

- De meeste jongeren hebben wel eens met de politie te maken gehad. Het gaat in de meeste gevallen om bekeuringen of aangehouden worden voor delicten. Een drietal jongeren geeft aan dat de politie is ingeschakeld voor hun eigen veiligheid.
- Niet alle jongeren zijn via het jongerenloket en/of COJ de hulpverlening binnen gekomen. Een aantal was al bekend bij de jongerenhulpverlening, en zij zijn administratief aangemeld en hoefden zelf niet langs te gaan.
- Bijna driekwart van de jongeren heeft ooit psychiatrische hulp gehad en 42% heeft dat in de afgelopen maand nog gehad (T₁). Onder psychiatrische hulp vallen klinische opnames, dagbehandeling, ambulante behandeling en bezoek aan of van een psychiater. ACT en Riagg worden het vaakst genoemd.
- Onder 'jeugdzorg en kinderscherming' hebben we vrijwillig of onvrijwillig contact met jeugdzorg, hulp door de William Schrikkergroep en kinderscherming geschaard. Gezien het feit dat de meeste jongeren nu boven de 18 zijn, is het niet verwonderlijk dat in de laatste maand nog maar heel weinig jongeren met één van deze organisaties contact had.
- Ruim een derde (35%) van de jongeren heeft ooit contact gehad met de reclassering; 41% van de jongens en 22% van de meisjes (niet in tabel). De laatste zes maanden heeft geen van de meisjes contact met de reclassering gehad (niet in tabel).
- Onder verslavingszorg verstaan we opname in een kliniek en ambulante behandeling (poliklinisch); hier heeft 25% ooit mee te maken gehad.
- Jongeren die te maken hebben (gehad) met zorg voor verstandelijk gehandicapten noemen vooral Pameijer en Zuidwester als hulpverlenende instanties.
- Twee meisjes hebben ooit te maken gehad met hulpverlening speciaal voor vrouwen.

Tabel 3.3 Hulp waar jongeren mee te maken hebben gehad, gemeten op T₁ (n=55)

	Ooit		Laatste 6 maanden		Laatste maand	
	%	aantal	%	aantal	%	aantal
Politie	84	46 *	36	20	18	10
Jongerenloket	75	41	58	32	44	24
Psychiatrische hulp	72	39 **	49	27	42	23
Jeugdzorg /kinderbescherming	71	39	4	2	4	2
Reclassering	35	19	13	7	11	6
Verslavingszorg	25	14	13	7	13	7
Zorg voor verstandelijk gehandicapten	20	11	9	5	5	3
Vrouwenhulpverlening (n=18)	11	2	-	-	-	-

*drie jongeren geven aan dat zij hulp van de politie hebben gekregen; **gegevens van één persoon ontbreken

Uit tabel 3.3 blijkt dat veel jongeren, voordat ze instroomden in dit onderzoek, al veel met hulpverlening en ‘instanties’ te maken hebben gehad. Tweederde van de jongeren (n=37) heeft ooit te maken gehad met minimaal twee ‘instanties’ van jeugdzorg/kinderbescherming, psychiatrische zorg, verslavingzorg of zorg voor verstandelijk gehandicapten. Bij een kleiner deel (18%, n=10) gaat het hierbij om contacten in de laatste zes maanden (niet in tabel).

3.4 Cognitieve mogelijkheden en beperkingen

Aan de voorgeschiedenis van de jongeren kan niets meer worden veranderd. Wat gebeurd is, is gebeurd. Bij een aantal jongeren is de relatie tussen huidige psychische problemen en gebeurtenissen uit het verleden helder en zij kunnen daarvoor worden behandeld (traumaverwerking). Bij anderen is de invloed van de voorgeschiedenis op de huidige problematische situatie moeilijker te ontwarren. De voorgeschiedenis raakt als het ware geïntegreerd in de persoon en zijn/haar gedrag. Uitwissen is niet mogelijk, opnieuw beginnen ook niet. Zij staan voor de moeilijke opgave om tot een werkbare (leefbare) verhouding te komen met zichzelf en hun geschiedenis. Een van de instrumenten die zij daartoe hebben is hun verstand.

Tijdens het eerste interview is bij de meeste jongeren een IQ test afgenomen (n=32), bij een klein aantal bij het tweede (n=17) of het derde (n=1) interview. IQ is een maat waarvan we niet verwachten dat die in de loop van het onderzoek zal veranderen. Hoewel de hoogte van het gemeten IQ ook afhangt van de gebruikte test, de psychische conditie waarin hij wordt gemaakt, en een eventueel leereffect indien de test vaker is gemaakt, wordt het IQ gezien als een stabiele eigenschap. Het vermoeden van een verstandelijke beperking is één van de instroomcriteria in dit onderzoek. Bij LVB is er sprake van een IQ tussen 50/55 en 70. Van zwakbegaafdheid is sprake bij een IQ tussen 70/75 en 85/90 (zie kader LVB).

Licht Verstandelijke Beperking

Intelligentiebeperkingen worden gemeten met een valide en betrouwbare intelligentietest in een individueel onderzoek. Voor een verstandelijke beperking is de grens een IQ van ongeveer 70 à 75, afhankelijk van de testeigenschappen. Maar een IQ is niet het enige criterium. Er dienen ook beperkingen in conceptuele, praktische en/of sociale vaardigheden aanwezig te zijn. Bij zeer jonge kinderen, op oudere leeftijd of wanneer geen genormeerde tests of schalen beschikbaar zijn, is een klinisch oordeel op basis van professionele criteria en uitgangspunten van belang. In de psychiatrische diagnostiek (DSM) is het niveau van intellectueel functioneren als volgt onderverdeeld:

- Zwakbegaafd: IQ 70/75-85/90.
- Lichte verstandelijke beperking: IQ 50/55-70.
- Matige verstandelijke beperking: IQ 35/40-50/55.
- Ernstige verstandelijke beperking: IQ 20/25-35/40.
- Diepe verstandelijke beperking: IQ lager dan 20/25.

Een laag IQ (lager dan 70/75) is wel een vereiste, maar geen voldoende voorwaarde voor de diagnose ‘verstandelijke beperking’. Naast IQ, is ondersteuningsbehoefte een belangrijk aanvullend criterium. Ondersteuningsbehoeften verwijzen naar de ondersteuning die nodig is om te functioneren op een manier die past bij de eigen leeftijd en cultuur in verschillende levensdomeinen (wonen, leren, werken, sociale interactie e.d.). De IQ-niveaus geven weliswaar op populatieniveau gemiddelde verschillen in ondersteuningsbehoeften weer, maar er is een zeer grote overlap. De niveau-indeling in IQ biedt daardoor geen betrouwbare informatie over de ondersteunings-behoeften in individuele gevallen.

De American Association of Mental Retardation definieert het begrip verstandelijke beperking als: ‘significante beperkingen zowel in het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag met betrekking tot conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Deze beperkingen zijn ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar’ (Buntinx & Curfs, 2010).

Het is niet gebruikelijk om de resultaten van de intelligentietest die wij hebben afgenomen (Raven) in de vorm van een IQ score te presenteren. De resultaten van de Raven worden gepresenteerd in percentielen die op hun beurt worden onderverdeeld in graden (tabel 3.4). De normgroep die we hier hanteren bestaat uit jongeren uit de algemene bevolking van de VS, 1993 (Harcourt, 2004). De percentielscores in tabel 3.4 geven aan dat de intellectuele begaafdheid van de jongeren duidelijk beneden het gemiddelde ligt. Uit de tabel blijkt dat 20% van de jongeren in dit onderzoek op of onder het 5^e percentiel scoort en volgens de Raven normering “intellectueel beperkt” is. Een score op of onder het 5^e percentiel wil zeggen: slechts 5% van de bevolking scoort gelijk of lager. Een totaal van 82% van de jongeren scoort op of onder het 25^e percentiel; volgens de Raven normering is dat “duidelijk beneden gemiddeld intellect”.

Tabel 3.4 Verdeling van de jongeren naar Raven graden (n=50)

	omschrijving	percentiel	%	aantal
Graad I	Intellectueel superieur	≥ 95	0	0
Graad II	Duidelijk bovengemiddeld intellect	75 - 94	0	0
Graad III	Gemiddeld intellect	26 - 74	18	9
Graad IV	Duidelijk beneden gemiddeld intellect	6 - 25	62	31
Graad V	Intellectueel beperkt	≤ 5	20	10

3.5 Woonsituatie

Bijna alle jongeren zijn ooit dakloos geweest (95%, n=53). Eén van de jongeren geeft aan al op zijn zevende jaar voor het eerst dakloos te zijn geweest. De meest voorkomende leeftijd waarop jongeren voor het eerst dakloos werden is 18 jaar. Van de jongeren die ook hebben aangeven hoe lang ze dakloos zijn geweest, is elf dagen de kortste periode en vijf jaar de langste. In totaal drukken vijf jongeren (10%, n=51) hun dakloze periode uit in (maximaal drie) weken. Alle andere jongeren zijn minimaal een maand dakloos geweest. Twaalf jongeren (24%, n=51) zijn een jaar of langer dakloos geweest. Ook omstreeks het eerste interview was een flink aantal jongeren dakloos. In de maand voorafgaand aan het eerste interview hebben 30 jongeren (ook) een of meer nachten doorgebracht bij familie, vrienden, op straat, of in een passanten-verblijf, waarvan 18 jongeren minimaal twintig dagen (zie figuur 3.1). Het gaat in alle gevallen, dus ook bij familie en vrienden, om tijdelijk verblijf om iemand uit de brand te helpen en dus niet om ‘logeren’.

Ruim de helft van de jongeren woont, ten tijde van het eerste interview, in een woonproject speciaal voor jongeren. De huidige woonsituatie wordt op dat moment door de meesten als neutraal tot goed gewaar-deerd, het gemiddeld oordeel was 4,6 op een schaal van 1-7.

Het was de verwachting dat gedurende de looptijd van het onderzoek (één jaar) de jongeren hun weg weten te vinden naar passende huisvesting. Voor een aantal jongeren zou dat zelfstandig wonen kunnen zijn, al dan niet met begeleiding, anderen zouden na een jaar een woonvorm hebben kunnen vinden waarin ze intensief worden begeleid en waar permanent toezicht of begeleiding aanwezig is. Waar het om gaat is dat ze op een plek terecht komen waar hun problematiek goed wordt behandeld en/of dat ze worden ondersteund bij het leven met hun beperking(en). In tabel 3.5 is te zien waar de jongeren verblijven op het moment van het eerste (T₁) en het laatste interview (T₃).

Tabel 3.5 Verblijfplaats jongeren eerste (T₁) en derde meting (T₃) (n=55).

	T ₁		T ₃	
	%*	aantal	%*	aantal
In een woonproject speciaal voor jongeren	51	28	40	22
Dakloos (in nachtopvang, bij vrienden of wisselend)	33	18	6	3
Kamer of een woning (zelfstandig of met woonbegeleiding)	7	4	20	11
Bij familie	4	2	6	3
In kliniek, (I)BW of psychiatrische opvang (max. 3 maanden). Niet speciaal voor jongeren	6	3	11	6
Detentie	-	-	2	1
Onbekend	-	-	16	9

*Telt door afrondingsverschillen niet op tot 100%

Dakloosheid neemt af, zelfstandig wonen neemt toe

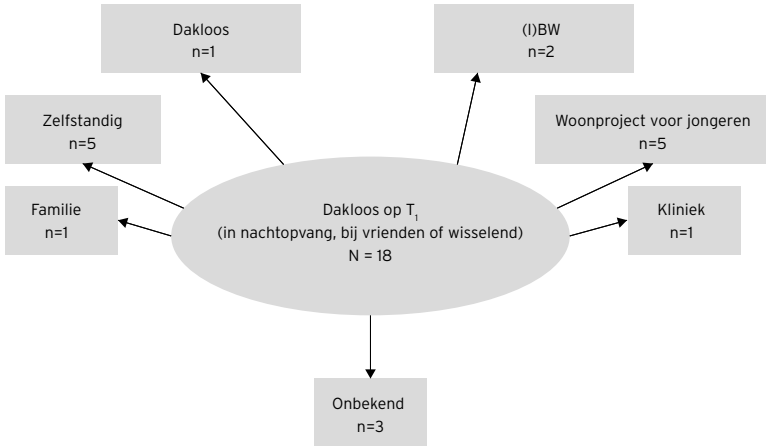
Uit tabel 3.5 kunnen we opmaken dat de dakloosheid onder de jongeren is afgenomen. Op T₁ werden de meeste dakloze jongeren opgevangen in de nachtopvang voor jongeren (De Plataan). Een jaar later slaapt niet één jongere meer in de nachtopvang. Drie jongeren zijn dan dakloos. We lezen uit de tabel ook af dat er een toename is van het aantal jongeren dat zelfstandig woont. Op T₃ is 16% van de jongeren uit beeld.

Zes jongeren verblijven op T₃ in een voorziening voor (intensief) beschermd wonen (IBW) of een daarop gelijkende woonvorm die niet speciaal op jongeren is gericht. Eén jongere verblijft in een IBW in afwachting van plaatsing in een kliniek, bij drie andere jongeren is het verblijf semipermanent. Twee jongeren verblijven in een psychiatrische kliniek. In figuur 3.1 is te zien waar de dakloze jongeren van T₁ (n=18) een jaar later verblijven. Acht van de 18 jongeren verblijven in een zorgcontext (Kliniek, IBW, Woonproject).

Over negen jongeren geen of nauwelijks informatie

Zoals uit tabel 3.5 blijkt weten we van negen jongeren niet wat hun situatie op T₃ is. We hebben noch henzelf, noch een eventuele hulpverlener gesproken. Toch hebben we in de meeste gevallen via de hulp-verlener wel wat informatie. Zo zit één jongen in een gesloten kliniek, een ander heeft gespecialiseerde thuiszorg en anderen zijn verhuisd naar een plek buiten Rotterdam.

Figuur 3.1 Dakloos op T₁ en verblijfplaats op T₃



Onderscheiden van verschillende woonvormen

Het blijkt lastig om heldere, wederzijds uitsluitende, categorieën te maken van verschillende woonvormen. Het onderscheid tussen de verschillende woonvormen is subtieler dan bij woonzorg voor volwassenen.

In een woonvoorziening voor jongeren (Maaszicht, BOL, Jongleren, Sheltz, Timon, Zij aan Zij/Vuurtoren, Foyer, Aida) hebben de jongeren een kamer met 24/7 begeleiding al dan niet met gezamenlijke momenten. Bij BOL, Sheltz en Timon hebben de jongeren wel een zelfstandige woonruimte, die ze echter moeten delen met andere jongeren. Al deze voorzieningen zijn speciaal gericht op jongeren, waarbij de intensiteit van de begeleiding kan verschillen.

't Web en Matrix hebben we als zelfstandig wonen aangeduid. Bij 't Web moet ook een appartement worden gedeeld met een ander, bij Matrix niet. Bij Matrix is de begeleiding niet ver weg, maar in principe licht. Steinmetz/Compaan (Vlaardingen) is een woonproject voor jongeren. De jongeren wonen zelfstandig, het kantoor is om de hoek en de begeleiding is in dit geval intensief (maar ambulantly).

Aida (Capelle a/d IJssel) hebben we ook als woonproject voor jongeren aangeduid. De begeleiding is hier niet erg intensief, maar fysiek zitten kantoor en wooneenheden in één daarvoor ontworpen gebouw.

Corridor is op T₁ als psychiatrische opvang benoemd in de categorie met IBW en Kliniek, hoewel cliënten er geacht worden zelfstandig te kunnen wonen (op T₃ zit niemand meer in Corridor, zij zijn doorgestroomd naar een woonproject (zelfstandig/satelliet), kliniek, of zelfstandig wonen).

3.6 Inkomsten en schulden

Een van de competenties die jongeren moeten verwerven is het omgaan met geld: het in evenwicht houden van inkomsten en uitgaven. Dat is niet eenvoudig, zoals blijkt uit de toenemende schulden onder jongeren in het algemeen (Nibud, 2008). Daarbij hebben laagopgeleide en zelfstandig wonende jongeren het financieel gezien moeilijker dan thuis wonende en hoger opgeleide jongeren (Nibud, 2008).

Tabel 3.6 Bronnen van inkomsten (meerdere antwoorden mogelijk)⁹

Type inkomsten	T ₁ (n=55)		T ₃ (n=39)	
	%	aantal	%	aantal
Overig (waaronder studiefinanciering)	58	31 *	56	22 **
Uitkering (o.a. Jongerenuitkering, Wajong)	55	30	72	28
Loon uit werk met arbeidscontract	47	26	39	15
Loon uit werk zonder arbeidscontract	20	11	18	7
Illegale inkomsten	18	10	8	3

⁹32% van hen (n=10) gaat naar school of volgt een opleiding
^{**}68% van hen (n=15) gaat naar school of volgt een opleiding

In tabel 3.6 is te zien dat een groot deel van de jongeren inkomsten heeft van een uitkering. De helft van de jongeren met een uitkering heeft ook inkomsten uit werk (niet in tabel). De meest opvallende verandering op T₃ is dat het percentage jongeren met een uitkering is toegenomen, terwijl het percentage jongeren dat inkomsten heeft uit loon met een arbeidscontract is afgenomen. Het gaat hier overigens niet (alleen) om voltijds banen. Jongeren hebben vaak kleine baantjes die niet als belangrijkste bron van inkomsten gelden. Daarbij zijn we er vanuit 'het veld' op gewezen dat sommige woonvoorzieningen voor jongeren dergelijke baantjes ontmoedigen, omdat de jongeren anders te weinig tijd overhouden voor begeleiding of behandeling. Kijken we binnen de categorie 'overig', dan hebben we aanwijzingen dat er meer jongeren zijn die studiefinanciering ontvangen, omdat het aandeel jongeren dat naar school gaat is gestegen.

Schuldenpositie verslechterd

Schulden vormen één van de in het oog springende problemen van de jongeren in dit onderzoek (tabel 3.7). Op T₁ geeft een ruime meerderheid van de jongeren aan (87%, n=48) schulden te hebben. Vijf jongeren hebben geen idee hoe groot hun schulden zijn. Bij de overigen varieert het schuldbedrag van 60 tot 28.000 euro en bedraagt dit gemiddeld ruim 5.500 euro per jongere. De mediaan ligt op 3.900 euro, dat wil zeggen dat de ene helft van de onderzoeksgroep een schuld heeft boven dit bedrag en de andere helft heeft minder schulden. Ruim een derde (36%) van de jongeren die hun schuldbedrag ongeveer

⁹ De percentages in de tabel zijn niet helemaal vergelijkbaar. Op T₁ is geïnformeerd naar inkomsten in het afgelopen jaar, op T₃ naar bronnen van inkomsten in het afgelopen half jaar.

kennen, geeft aan meer dan 5.000 euro schuld te hebben. Op T₃ lijkt de situatie niet verbeterd. Van de 39 jongeren over wie we informatie hebben met betrekking tot schulden, hebben er 34 een schuld uit staan (87%). Het gemiddelde schuldbedrag en de mediaan liggen iets hoger dan op T₁. Het aantal jongeren dat aangeeft een schuld van meer dan 5.000 euro te hebben is bij de laatste meting ook gestegen. De reden die het meest wordt aangegeven als oorzaak van de schuldenstijging zijn nieuwe schulden, vaak samenhangend met boetes, wettelijke rente en ophogingen van niet afgeloste schulden. Enkele jongeren geven aan dat hun schulden op T₃ zijn gestegen omdat deze beter zijn geïnventariseerd.

Tabel 3.7 Ontwikkeling schulden op T₃¹⁰

	T ₁ (n=55)		T ₃ (n=39)	
Percentage jongeren dat schulden heeft	87%	n=48	87%	n=34
Gemiddeld schuldbedrag	€ 5.500		€ 6.900	
Mediaan	€ 3.900		€ 4.000	
Indien schulden, schuld > 5000 euro	35%	n=42	47%	n=34
Laagste	€ 60		€ 300	
Hoogste	€ 28.000		€ 25.000	
Schulden toegenomen	-	-	56%	n=22
Schulden afgenomen	-	-	33%	n=13

In de tabel worden de verschillen op T₁ en T₃ niet getoetst op significantie (zie voetnoot). Wanneer we dat wel doen voor “gemiddeld schuldbedrag”, zien we dat dit stijgt van 5.400 op T₁ naar 7.200 euro op T₃¹¹. Het is een indicatie dat de schulden daadwerkelijk zijn gestegen.

Van de negen jongeren over wie we op T₃ geen informatie hebben, weten we van vier niet hoeveel schulden ze hadden op T₁. De overige vijf hebben op T₁ schulden variërend van 300 tot 15.000 euro, waarvan drie 5000 euro of meer. Van de andere zeven jongeren waarover we op T₃ slechts weinig informatie hebben, is er op T₁ niet één schuldenvrij. Hun schulden variëren van 700 tot 15.000 euro en drie van hen hebben een schuld van meer dan 5.000 op T₁. Daarmee wijken de schulden van deze vijf jongeren niet echt af van jongeren over wie we wel informatie hebben op T₃.

Al met al ziet de schuldenpositie van de jongeren er weinig rooskleurig uit. De meeste jongeren hebben schulden en de schulden zijn in het afgelopen jaar ook nog toegenomen. Veel hulpverleners proberen grip te krijgen op de schulden door de jongeren aan te melden bij de Krediet Bank Rotterdam (KBR). Volgens hulpverleners blijkt in de praktijk dat KBR een moeilijk toegankelijke organisatie is, met lange wacht-

¹⁰ We willen op T₁ en T₃ over zo'n groot mogelijke groep rapporteren en niet de verschillen toetsen op statistische significantie. Daarom matchen we de samples in de tabel niet.

¹¹ paired samples t-test (n=30) p = < .05

tijden, regelmatig afgezegde afspraken, wisselende contactpersonen en misverstanden over afspraken en verwachtingen. Eén zorginstelling heeft daarom voor de jongeren een andere (private) organisatie voor budgetbeheer gezocht en gevonden.

3.7 Psychische gezondheid

Jongeren met ernstige problematiek die een jaar of langer gestabiliseerd zijn, geven aan dat het onder controle krijgen van psychische problematiek, zoals agressie, somberheid en wantrouwen, heeft bijgedragen aan het bereiken van hun stabiele leefsituatie (Albeda, 2010).

Het oordeel over de eigen psychische gezondheid van jongeren

Het vermoeden van een slechte psychische gezondheid is één van de criteria op basis waarvan de jongeren in dit onderzoek zijn geïncludeerd. Het is om die reden te verwachten dat de jongeren gemiddeld een slechte psychische gezondheid rapporteren. Bij de eerste meting rapporteerden de jongeren over het algemeen een redelijke psychische gezondheid. Gemeten op een zeven puntschaal scoorden zij gemiddeld 4,6 (tussen: “niet goed, niet slecht” en “redelijk”). Voor de vergelijking met T₃ worden de groepen gepaard, dat wil zeggen dat we in de vergelijking alleen die jongeren meenemen van wie we op beide metingen gegevens hebben. We zien dan dat er tussen de eerste meting (4,3) en de laatste meting (5,1) een statistisch significant verschil optreedt¹². De 16 jongeren die op T₃ niet zijn geïnterviewd (en dus ook niet meedoen in deze vergelijking) scoorden op T₁ gemiddeld hoger (5,2) dan de totale groep op T₁ (4,6). Het lijkt erop dat het met de groep jongeren die we niet terug zien bij de derde meting in de uitgangssituatie gemiddeld psychisch iets beter ging.

Psychische klachten nemen af

Het oordeel dat jongeren hebben over hun psychische gezondheid is belangrijk, maar het is tegelijkertijd ook een tamelijk grove maat. Gegevens over de psychische gezondheid gemeten met de Brief Symptom Inventory (BSI) bieden een verfijnder beeld van de ontwikkeling van de psychische gezondheid van de jongeren. De BSI is een instrument dat symptomen van psychopathologie bij volwassenen meet. Het instrument bevat negen schalen die veel voorkomende klachten meten, zoals depressie, angst en cognitieve problemen en schalen die klachten meten die minder vaak voorkomen, zoals hostiliteit en paranoïde denkbeelden (De Beurs, 2006).

Over de ontwikkeling in psychische gezondheid, gemeten met de BSI, rapporteren we door een vergelijking van de situatie op T₁ en T₃. Voor deze analyse beschikken we over gegevens van 37 jongeren.

¹² t: 2,069, df 38, p <0,05

Aantal klachten en de ernst van de klachten neemt af

Hierna rapporteren we allereerst over de globale ontwikkeling van de psychische gezondheid van de jongeren op basis van drie totaalindicatoren van de BSI die elk een ander aspect van de klachten weergeven:

- 1. de gemiddelde score op alle symptomen die in het instrument aan bod komen (TOT)
- 2. het Aantal Aanwezige Symptomen (AAS)
- 3. de gemiddelde Ernst van de Aanwezige Symptomen (EAS)

In tabel 3.8 maken we een vergelijking van de BSI indicatoren op T₁ en T₃ en vergelijken we deze scores ook met de normscores in de algemene bevolking en met die van klinische poli-patiënten met vooral stem-mings- en angststoornissen (De Beurs, 2006). In de eerste plaats valt op dat op T₃ alle scores op de indica-toren zijn afgenomen ten opzichte van T₁, dat wil zeggen dat er sprake is van een verbetering. De afname van de totaalscore (TOT) en de ernst van de aanwezige symptomen (EAS) zijn statistisch significant^{13,14}.

Wanneer we de scores vergelijken met de normscores zien we dat de jongeren minder (ernstige) klachten hebben dan poliklinische patiënten en meer (ernstige) klachten hebben dan de algemene bevolking.

Tabel 3.8 BSI indicatoren voor de jongeren op T₁ en T₃ vergeleken met normscores

	T ₁ (n=37)		T ₃ (n=37)		Normscore poli-klinische patiënten		Normscore 'algemene bevolking'	
	Gemidd.	Std. Dev.	Gemidd.	Std. Dev.	Gemidd.	Std. Dev.	Gemidd.	Std. Dev.
TOT	1,0	(0,84)	0,69*	(0,61)	1,21	(0,71)	0,42	(0,40)
AAS	25,27	(13,99)	22,19	(13,35)	30,62	(12,21)	15,91	(11,85)
EAS	1,86	(0,67)	1,55*	(0,53)	1,93	(0,62)	1,25	(0,34)

*statistisch significant <0.05

Aantal jongeren met veel klachten neemt af

Om in meer detail te kijken naar de psychische klachten van de geïnterviewde jongeren hebben we de groep in tweeën gesplitst op basis van totale klachten die zij rapporteren op T₁. Hierbij maken we gebruik van de grenswaarden tussen normscores van de algemene bevolking en de poliklinische patiënten. Deze zoge-naamde CO-waarden (De Beurs, 2006) zijn gegeven bij de Nederlandse uitgave van de BSI. Op basis van de CO-waarde van de indicator TOT (0,70) hebben we de groep jongeren op T₁ verdeeld in jongeren met relatief weinig psychische klachten ('normalen') en een groep met relatief veel psychische klachten ('klachten'). De groep 'normalen' (54%, n=29) blijkt iets groter te zijn dan de groep met klachten (46%, n=25). Vergelijken we nu het percentage jongeren dat thuishoort in de groep 'klachten' op T₁ en T₃ (n=37), dan zie we dat de groep met klachten afneemt van 46% tot 30%. Het lijkt dus psychisch gezien beter met ze te gaan.

¹³ TOT t: 2,977, df 36, p = 0,005; EAS t: 3,047, df 36, p = 0,004

¹⁴ Volgens de handleiding van de BSI zijn de veranderingen te gering om te spreken van een 'betrouwbare verandering'. De normen voor 'betrouwbare verandering' zijn overigens zeer streng (De Beurs, 2006 p. 31).

Van 17 jongeren hebben we geen vergelijkingsmateriaal op T₃. Van deze 17 jongeren vielen er bij de eerste meting 13 in de groep 'normalen' en vier in de groep 'klachten'. Het suggereert ook dat er mogelijk sprake van selectieve uitval uit het onderzoek. Met de jongeren die we niet voor de laatste meting hebben kunnen interviewen ging het qua psychische klachten op T₁ iets beter dan met de anderen.

3.8 Dagbesteding

In vergelijking met de eerste meting (tabel 3.9) volgt een relatief groter deel van de jongeren een jaar later een opleiding of studie. Maar als we studie en stage¹⁵ lopen bij elkaar optellen, is er geen sprake van een toename van deze activiteiten. De derde meting (T₃) vond plaats aan het begin van het nieuwe school-seizoen waardoor wellicht relatief minder jongeren stage liepen. Het aandeel jongeren dat werkt is enigszins toegenomen. Op T₃ gaat het in vier van de negen gevallen om jongeren die een baan hebben die hun een regulier hoofdkomen verschaft. De andere jongeren die werken doen dat in 'kleine' banen, meer als bijverdienste dan als hoofdkomen. Verschuivingen in vormen van dagbesteding onder jongeren zijn normaal: jongeren hebben vaak tijdelijk werk, school wordt afgewisseld met stage, of de arbeidsmarkt wordt betreden na het afronden van een opleiding.

Tabel 3.9 Dagbesteding¹⁶ op T₁ en T₃

	T ₁ n=55		T ₃ n=39	
	%	aantal	%	aantal
Opleiding / studie	24	13	39	15
Stage lopen	20	11	5	2
Betaalde baan	13	7	23	9
Betaalde baan in sociale werkvoorziening of arbeidsre-integratie.	9	5	-	-
Vrijwilligerswerk	9	5	3	1
Dagactiviteitencentrum	-	-		-
Dagbesteding van (woon)voorziening	-	-	8	3
Daklozenkrant	-	-		-
Andere gestructureerde dagbesteding	-	-	8	3

¹⁵ We denken dat sommige jongeren een werk-leeraanbod in het kader van Wet Investeren in Jongeren als "stage" hebben aangemerkt.

¹⁶ Eén van de problemen bij het nagaan van de dagbesteding is de diversiteit van de activiteiten die de jongeren hebben. Daarnaast is er niet geïnformeerd naar de belangrijkste dagbestedingactiviteit.

Van de zestien jongeren over wie we ten tijde van de laatste meting geen informatie hebben, hebben op T₁ vijf jongeren geen gestructureerde dagbesteding. Op dit gebied lijkt er geen sprake van selectieve uitval.

3.9 Middelengebruik

Op T₁ geven bijna alle jongeren aan wel eens alcohol te hebben gebruikt (93%, n=51). Iets minder jongeren (82%, n=45) hebben ooit wel eens cannabis (hasj, wiet) gebruikt (tabel 3.10). Voor 64% (n=35) van de jongeren geldt dat ze ooit in hun leven een periode hebben gekend waarin ze (bijna) dagelijks softdrugs hebben gebruikten en voor alcohol geldt dat bij 29% (n=16) van de jongeren (niet in tabel).

Kijken we naar gebruik in de afgelopen zes maanden dan zie we dat de top 3 van populaire middelen hetzelfde is als de ooit gebruikte middelen (tabel 3.10). Het gebruik in de zes maanden voorafgaand aan het interview vertoont geen opmerkelijke verschillen tussen T₁ en T₃. Hoewel de maat “afgelopen zes maanden” tamelijk grof is, lijkt het erop dat de prevalentie van het gebruik van alcohol, tabak en cannabis stabiel hoog is.

Tabel 3.10 Middelengebruik ooit en in de afgelopen 6 maanden, op T₁ en T₃

	Ooit (n=55)		Afgelopen 6 maanden T ₁ (n=55)		Afgelopen 6 maanden T ₃ (n=39)	
	%	aantal	%	aantal	%	aantal
Alcohol	93	51	80	44	80	31
Tabak	83	46	78	43	74	29
Cannabis	82	45	64	35	67	26
Cocaïne (snuiven of roken)	31	17	11	6	8	3
Speed (amfetamine)	27	15	4	2	8	3
Paddo's	20	11	7	4	5	2
Heroïne	13	7	6	3	-	-
GHB	11	6	4	2	-	-

De jongeren waarover we geen informatie hebben op T₃ rapporteren op T₁ geen middelengebruik dat afwijkt van de hele groep. Alcohol en tabak zijn de meest gebruikte psychoactieve middelen, direct gevolgd door cannabis.

Er zijn 5 jongeren (9%) jongeren die op T₁ aangeven in de afgelopen zes maanden drie of meer soorten ‘harddrugs’¹⁷ te hebben gebruikt. Bij de laatste meting is nog één jongere die meldt recent drie of meer soorten harddrugs te hebben gebruikt.

¹⁷ Snuif-cocaïne, cocaïne-base, speed, XTC, GHB, heroïne, paddo's

We hebben de jongeren die aangaven in het afgelopen half jaar alcohol of drugs te hebben gebruikt, stellingen over hun gebruik voorgelegd. Op elke stelling kon worden gereageerd met ‘niet waar’, ‘beetje waar’ of ‘zeker waar’ (respectievelijk 1, 2 en 3 punten). De totaalscores op de stellingen geven een indicatie voor de ernst van het gebruik van alcohol of drugs. Jongeren zijn op, op basis van hun totaalscore, ingedeeld in drie groepen: normaal (score 1-3), grensgebied (score 4) en abnormaal (score 5-9). Deze indeling is gebaseerd op het screeningsinstrument Spsy (Van Oort, van 't Land, & de Ruiter, 2006). Volgens de hand-leiding van het screeningsinstrumt zou iemand die scoort in de categorie ‘abnormaal’ een (verslavings-) deskundige moeten raadplegen.

In tabel 3.11 worden de scores in opvolgende categorieën gepresenteerd. De meeste jongeren die alcohol drinken doen dat binnen de grenzen van het normale, zowel aan het begin en aan het eind van de onder-zoeksperiode. Ook de categorieën ‘grensgebied’ en ‘abnormaal’ blijven ongeveer even groot. Bij drugs zien we een omgekeerd patroon. De meeste jongeren vallen in de categorie ‘abnormaal’, zowel op T₁ als op T₃. Opmerkelijk is wel dat op T₃ het aandeel jongeren met druggebruik in de categorie “normaal” is gestegen.

Tabel 3.11 Verdeling van de onderzoekspopulatie over drie groepen Spsy scores

Categorie:	Normaal		Grensgebied		Abnormaal	
Totaalscore:	1-3		4		5-9	
	T ₁	T ₃	T ₁	T ₃	T ₁	T ₃
Alcohol (T ₁ , n=47) (T ₃ , n=32)	64% (30)	66% (21)	13% (6)	6% (2)	23% (12)	28% (9)
Drugs (T ₁ , n=37) (T ₃ , n=25)	24% (9)	32% (8)	14% (5)	4% (1)	63% (23)	64% (16)

Nadere analyse laat zien dat de frequentie van het alcoholgebruik positief samenhangt met de totaal-scores op de stellingen¹⁸ (meer gebruik, meer zorgen). Bij drugs zien we deze samenhang niet. Wanneer we de casussen exact matchen (niet in tabel), zien we bij zowel alcohol als drugs de totaalscores op T₃ dalen, alleen bij drugs is die daling statistisch significant¹⁹. Dit suggereert dat alcoholgebruik in deze groep (n=25) ongeveer gelijk is gebleven en druggebruik op T₃ is gedaald.

¹⁸ Pearson r: .388, p < 0,01

¹⁹ paired samples: t. -2,271, df 25, p < 0,05.)

Stellingen Spsy over alcoholgebruik

SDQ is een vragenlijst voor adolescenten (t/m 16 jaar) en hun ouders. In addendum Spsy, dat niet officieel bij de SDQ hoort, zijn twee keer drie stellingen opgenomen: drie over alcoholgebruik en drie over druggebruik. Deze fungeren als screener om problematisch alcohol-en/of druggebruik te detecteren (Van Oort et al., 2006). Omdat de normering geldt voor adolescenten tot 18 jaar is deze voor onze doelgroep mogelijk wat streng. Hieronder de stellingen over alcoholgebruik. De stellingen over druggebruik zijn vergelijkbaar.

- 1. Ik denk dat het goed is als ik wat minder alcohol zou drinken.
- 2. Ik heb problemen gehad door de alcohol (op school/werk of thuis).
- 3. Iemand (een familielid of vriend) heeft tegen mij gezegd dat hij of zij bezorgd is over mijn alcohol-gebruik of heeft tegen me gezegd dat ik moet stoppen met het drinken van alcohol.

Zwerfjongeren die een jaar of langer in een stabiele situatie verkeren, geven aan dat het stoppen met of ernstig verminderen van middelengebruik belangrijk was voor hun stabilisatieproces (Albeda, 2010). Verminderen of stoppen met middelengebruik kan op zichzelf een belangrijk begeleidings- of behandeldoel zijn. Het ontwikkelen van middelenafhankelijkheid moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Het is echter van belang middelengebruik wel te blijven zien in samenhang met andere levensgebieden. Dat wil zeggen, middelengebruik, los van het verslavingsrisico, wordt pas een urgent probleem wanneer dit het functio-neren op andere levensgebieden in de weg staat.

3.10 Sociale relaties

De ouders van het grootste deel van de jongeren (82%, n=45) leven nog. Van twee jongeren zijn beide ouders overleden en van vijf jongeren is één van de ouders overleden. Acht jongeren hebben langdurig geen contact meer gehad met hun vader of hebben deze nooit gekend. Niet één van de jongeren is enig kind. Iets meer dan de helft (56%, n=31) heeft een of twee (half) broertjes of zusjes, de rest meer dan twee. Van de jongeren die tijdens de eerste meting contact hebben met hun vader (n=44), zegt meer dan de helft dat ze redelijk of helemaal wel met hem kunnen opschieten. Tijdens de laatste meting zijn meer jongeren positief over het contact met hun vader (83%, n=18) maar geeft een groter deel aan geen contact met hun vader te hebben. Tijdens de eerste meting is het contact met moeder bij een kleine meerderheid goed (61%, n=31) en dat percentage blijft ongeveer gelijk tijdens de laatste meting. Een iets groter deel van de jongeren is over het algemeen positief over de relatie met hun broertjes of zusjes, respectievelijk 71% en 76% zegt er redelijk tot goed mee te kunnen opschieten (niet uitgevraagd op T₃).

Tijdens de eerste meting heeft 44% (n=24) een vaste relatie, tijdens de laatste meting zegt 54% (n=21) een vaste relatie te hebben. Bij beide metingen vindt ruim driekwart van hen de relatie goed of prima.

3.11 Criminele activiteiten

De meting op T₁ leert ons dat 40% (n=22) ooit in de gevangenis heeft gezeten (de politiecel telde niet mee) vanwege een gepleegd misdrijf. De meeste van deze 22 jongeren hebben eenmalig in de gevangenis gezeten (n=15) oplopend tot 4 keer een verblijf in de gevangenis (n=2).

Onderstaande tabel (3.12) geeft een overzicht van criminele activiteiten die de jongeren ooit en in de zes maanden voorafgaand aan het eerste en laatste interview hebben gepleegd. Er lijkt over de hele linie gezien sprake van een daling van het aantal jongeren dat criminele activiteiten pleegde. De meeste percentages in de tabel nemen iets af.

We kunnen het ook omdraaien. Op T₁ geeft 64% van jongeren aan in de afgelopen 6 maanden geen crimi-nele activiteiten te hebben gepleegd, op T₃ is dit percentage gedaald tot 59%. Het gaat dus in feite om een stijging van het aantal jongeren dat tussen T₁ en T₃ criminele activiteiten heeft gepleegd²⁰. We vergelijken hier alleen de jongeren die we zowel op T₁ als op T₃ hebben geïnterviewd.

Tabel 3.12 Criminele activiteiten ooit en in de laatste zes maanden op T₁ en T₃

Criminele activiteiten	Ooit		Afgelopen 6 maanden			
	T ₁ (n=55)		T ₁ (n=54)		T ₃ (n=39)	
	%	aantal	%	aantal	%	aantal
Winkeldiefstal	65	34	15	8	18	7
Helen/verkopen gestolen goederen	44	24	15	8	10	4
Bedreiging/mishandeling	42	23	22	12	10	4
Diefstal/inbraak	40	22	7	4	10	4
Vandalisme/brandstichting	40	22	11	6	2	1
Wapenbezit	38	21	19	10	10	4
Drugshandel	35	19	11	6	6	3
Overval/beroving	26	14	6	3	2	1
(Poging tot) moord/doodslag	16	9	7	4	6	3
Aanranding/verkrachting	4	2	0	0	0	0

²⁰ Chi: 8.344: df 1, p < 0,01

In de zes maanden voorafgaand aan het eerste interview geven 13 jongeren aan dat ze geweldsdelicten hebben gepleegd (o.a. bedreiging/mishandeling, overval/beroving, poging tot moord/doodslag). Het aantal jongeren dat zegt geweldsdelicten te hebben gepleegd voorafgaand aan T₃ is zes. Dat is procentueel gezien een kleine daling (niet getoetst). Vermogensdelicten (winkeldiefstal, inbraak en heling) worden op T₁ door 13 jongeren gerapporteerd en door acht jongeren op T₃, en blijft procentueel gezien ongeveer gelijk (niet getoetst). Op de eerste meting geven zeven jongeren aan beide typen delicten te hebben gepleegd, bij de tweede meting is er geen overlap.

Op T₃ kunnen we rapporteren over 39 jongeren. Wat is er op het gebied van criminaliteit te zeggen over de 16 jongeren die we niet zelf op T₃ hebben gesproken? Over negen casussen hebben we helemaal geen of weinig informatie. Van drie van hen weten we dat ze in de problemen waren gekomen door geweldsdelicten. We kunnen op basis van deze beperkte informatie niet aangeven of hier sprake is van selectieve uitval.

3.12 Lichamelijke gezondheid

Tijdens de eerste meting geeft een meerderheid (69%, n=39) van de jongeren aan in de afgelopen maand last te hebben gehad van lichamelijke klachten. Deze klachten variëren van griep en vermoeidheid tot chronische rugklachten. Enkele jongeren noemen lichamelijke handicaps die hun functioneren belemmeren (zoals ‘slechts één long hebben’, zeer slechte ogen, dyslexie en een aandoening verwant aan de ziekte van Crohn). Tijdens de laatste meting is het aandeel jongeren dat klachten rapporteert gedaald tot 40% (n=22)²¹. De klachten variëren van verkoudheid en hoofdpijn tot rugpijn en hartkloppingen. Opvallend is dat een aantal jongeren “hartkloppingen” en “pijn op de borst” expliciet koppelt aan stress.

Op T₃ zijn, op één na, alle jongeren verzekerd voor ziektekosten. Op T₁ zijn alle jongeren verzekerd, hoewel één jongere aangeeft niet te weten of hij verzekerd is (pasje kwijt).

Medicijngebruik

Slaap- en kalmeringsmiddelen zijn door 36% (n=20) ooit gebruikt (T₁). Op T₃ hebben vier jongeren (10%) in de afgelopen 6 maanden deze middelen ook ingenomen. Op T₃ heeft geen van de jongeren antidepressiva gebruikt in de afgelopen 6 maanden. Medicijnen tegen psychotische klachten zijn door 18% (n=10) ooit gebruikt (T₁) en op T₁ geeft 13% (n=7) aan deze ook in de afgelopen 6 maanden te hebben gebruikt. Tijdens de laatste meting geven vijf jongeren aan anti-psychotica te hebben gebruikt (13%).

3.13 Waardering van leefgebieden

Diverse leefgebieden en ontwikkelingen daarop van T₁ naar T₃ zijn in de voorgaande paragrafen besproken. Het ging telkens om tamelijk feitelijke ontwikkelingen. We willen nu kijken naar de waardering van de

²¹ Chi²: 5,290, df 1 p < 0,05

jongeren voor hun situatie op verschillende leefgebieden, op verschillende meetmomenten. Hiervoor hebben we delen van het Kwaliteit van Leven instrument gebruikt (Lehman, 1995).

In tabel 3.13 presenteren we cijfers over de waardering van diverse leefgebieden door de jongeren op de drie meetmomenten. De waardering is gescoord op een zevenpunt schaal. Relevant is te weten dat de jongeren geen cijfers hebben gescoord maar op een antwoordkaart aangaven welk woord het beste bij hun situatie paste (zoals hierna weergegeven). Wij hebben er cijfers van gemaakt, waarbij ‘vreselijk’ de score 1 krijgt en ‘prima’ de score 7.

Antwoordkaart vragen naar Kwaliteit van Leven

Vreselijk	Slecht	Matig	Niet slecht, niet goed	Redelijk	Goed	Prima
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Op alle items, met uitzondering van “vaste relatie” en “lichamelijke gezondheid”, zijn er jongeren die “vreselijk” (1) hebben gescoord. Op alle items zijn ook jongeren die een “prima” (7) hebben gescoord. De waardering loopt dus nogal uiteen. In de tabel worden groepsgemiddelden weergegeven.

Tabel 3.13 Subjectieve kwaliteit van leven op T₁ en T₃

	Gemiddelde score 1-7 (st.dev)	
	T ₁ n=39	T ₃ n=39
1. Tevreden met leven op dit moment	3,74 (1,35)	4,77 (1,60)**
2. Woonsituatie	4,44 (1,52)	4,79 (1,69)
3. Huishoudelijke taken	5,37 (1,68)	5,53 (1,16)
4. Financiële situatie	3,45 (1,93)	3,76 (1,76)
5. Dagbesteding	4,62 (1,58)	4,87 (1,66)
6. Relatie met familie	3,56 (2,05)	4,36 (1,93)*
7. Sociale contacten	5,51 (1,64)	5,46 (1,48)
8. Vaste relatie	5,93 (1,3)	5,93 (0,92)
9. Eigen veiligheid	5,03 (1,48)	5,65 (1,52)*
10. Lichamelijke gezondheid	5,26 (1,35)	5,31 (1,32)
11. Psychische gezondheid	4,33 (1,80)	5,08 (1,44)*
12. Leven in zijn geheel	3,97 (1,57)	4,89 (1,37)**

* p<.05; **p<.01

Wanneer we scores van de jongeren op T₁ en T₃ vergelijken zien we dat ze hun situatie op vijf leefgebieden significant beter beoordelen. Het gaat om “tevredenheid met leven op dit moment”, “relatie met familie”, “eigen veiligheid”, “psychische gezondheid” en “leven in zijn geheel”. Gezien de informatie die we kennen uit de voorgaande paragrafen is het niet verwonderlijk dat een flink aantal jongeren hun financiële situatie zeer laag waardeert. Dit is zo op T₁ en blijft zo op T₃.

Ondanks dat op T₃ voor de meeste jongeren de woonsituatie is verbeterd in vergelijking met de eerste meting, geven ze geen (significant) hogere waardering. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ze hun situatie in een zorginstelling niet zien als hun thuis maar als een (tijdelijke) verblijfplaats.

De 16 jongeren die we alleen op T₁ hebben geïnterviewd, laten op vier items een hogere waardering zien dan de jongeren die we zowel op T₁ als op T₃ hebben geïnterviewd²². Dat betekent dat ze waarschijnlijk een minder sterke stijging zouden hebben laten zien dan de 39 jongeren die we wel op T₃ hebben geïnterviewd, immers, hun aanvangsscore is al hoger. Het is ook een aanwijzing dat de groep jongeren die is verdwenen uit het onderzoek het leven beter waardeert dan de groep jongeren die we zijn blijven volgen.

3.14 Hulpbehoefte en hulpaanbod

Alle jongeren die in dit onderzoek worden gevolgd, hebben hulp gezocht voor hun problemen. Een aantal verblijft al vanaf het begin van het onderzoek in een woonvoorziening speciaal voor jongeren, anderen hebben zich, ten tijde van de eerste meting, recent gemeld bij het Jongeren Loket en aansluitend bij Centraal Onthaal Jongeren omdat ze dakloos zijn. Vaak zijn er ook problemen op andere leefgebieden. Omdat in dit onderzoek de match tussen zorgvraag en zorgaanbod centraal staat, hebben we op verschillende leefgebieden nagevraagd of de jongeren hulp willen en of ze deze krijgen. We gebruikten hiervoor delen uit het instrument Quality of Life and Care (Wijngaarden et al., 2008).

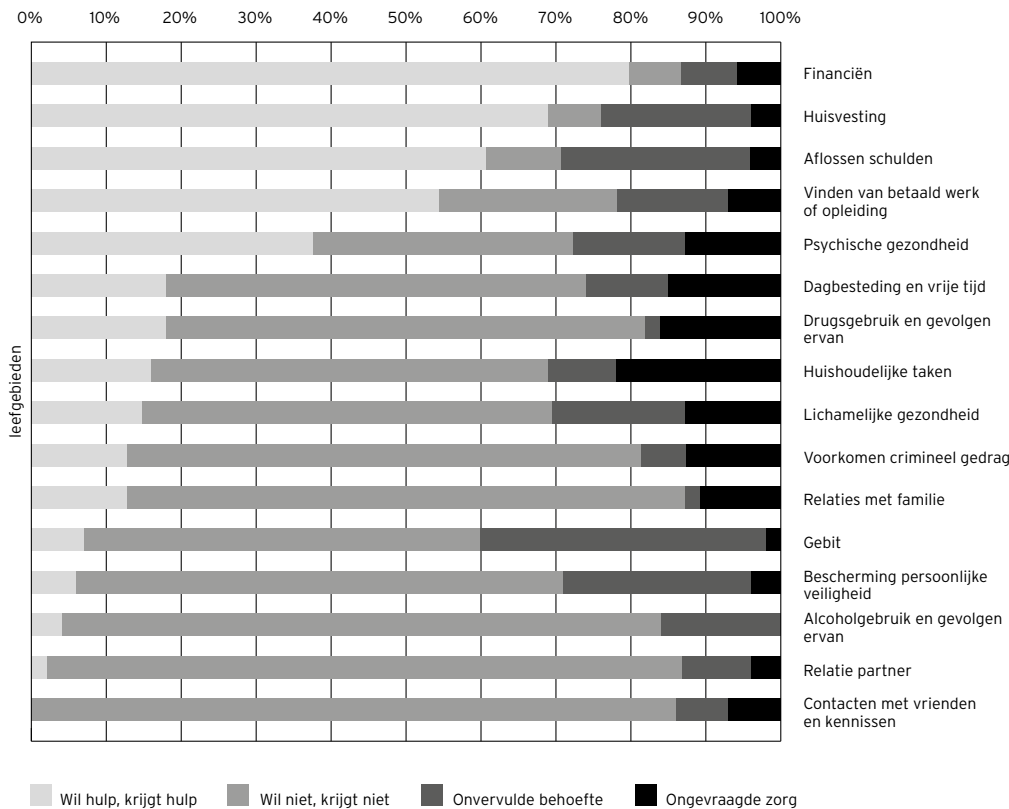
In figuur 3.2 staat op diverse leefgebieden een indicatie van de match zorgvraag / zorgaanbod op T₁ weergegeven. Op het leefgebied financiën is de grootste overeenstemming tussen gewenste en ontvangen zorg. In ongeveer 80% van de gevallen is er sprake van een match: jongeren geven aan hulp te willen en hulp te krijgen. Maar ook wanneer geen hulp is gewenst en deze niet is ontvangen is er sprake van een match. Het leefgebied waarbij dit het vaakst voorkomt staat onderaan in de figuur: de meeste jongeren willen en krijgen geen hulp bij de omgang met vrienden en kennissen.

Op de meeste leefgebieden geeft een ruime meerderheid van de jongeren aan dat er sprake is van een match, hetzij als gewenste én ontvangen hulp, hetzij als niet gewenste én niet ontvangen hulp. De leefgebieden waarin het vaakst een onvervulde hulpbehoefte wordt gerapporteerd zijn: aflossen van schulden, hulp bij het gebit en bescherming van de persoonlijke veiligheid. De meeste ongevraagde (bemoei)zorg

²² Verschil statistisch significant op: “tevreden met leven op dit moment”; “dagbesteding”; “eigen veiligheid”; “leven in zijn geheel”.

wordt geleverd in het domein huishoudelijke taken. Het gaat hier om jongeren die in jongeren huisvesting wonen en waarvan bijvoorbeeld regelmatig hun kamer wordt gecontroleerd op orde en hygiëne.

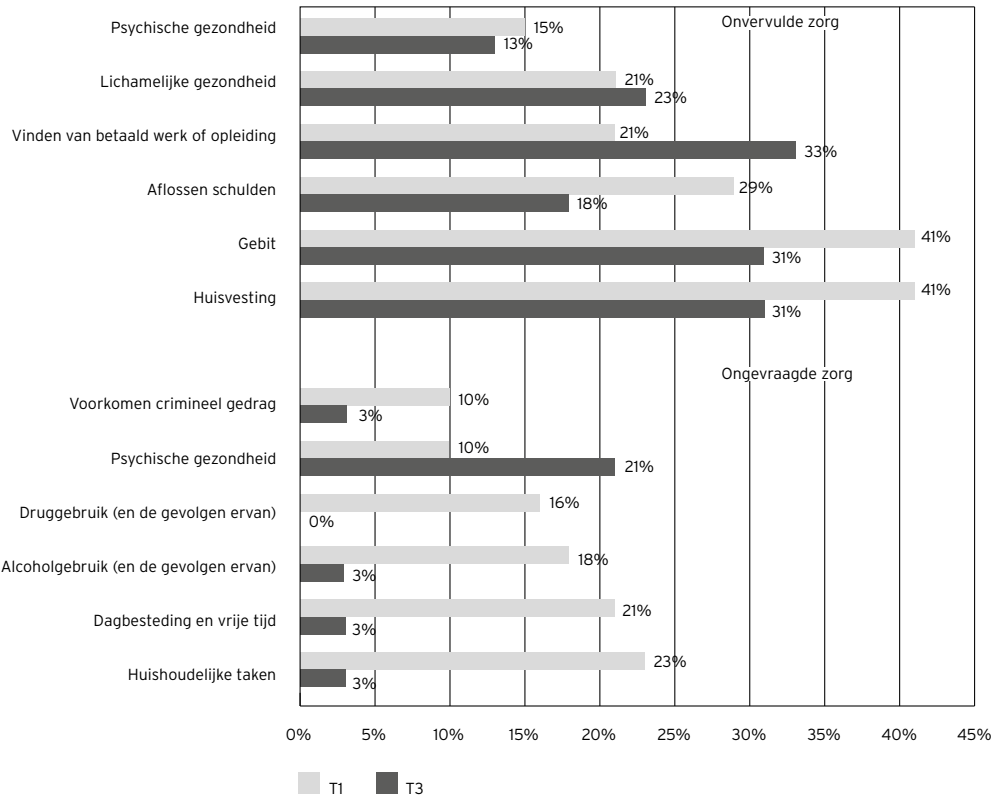
Figuur 3.2 Mate van overeenstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod op T1 (n=55)



Hoe ontwikkelt de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod zich in de loop van het jaar? De meeste jongeren stonden aan het begin van hun traject. In de loop van het jaar dat wij ze volgden mag worden verwacht dat de ‘gaten’ in zorgvraag en zorgaanbod zullen worden verkleind. Neemt de onvervulde zorgbehoefte af, neemt de ongevraagde zorg af? In figuur 3.3 staan de leefgebieden onder elkaar waarop de jongeren op T₃ het vaakst onvervulde hulpbehoefte aangaven en daaronder de leefgebieden waarop de jongeren het vaakst ongevraagd zorg kregen. Het is niet mogelijk de verschillen op beide meetmomenten te toetsen op statistische significantie, de absolute aantallen zijn daarvoor te klein. Op de gebieden ‘huisvesting’, ‘gebit’ en ‘aflossen van schulden’ wordt het gat tussen vraag en aanbod kleiner: dit blijkt uit een daling van het percentage jongeren met een onvervulde hulpbehoefte. Op het gebied ‘werk en opleiding’ echter wordt het gat tussen vraag en aanbod groter, dat wil zeggen dat de onvervulde hulpbehoefte toeneemt. ‘Bescherming van persoonlijke veiligheid’ behoort op T₃ niet meer tot de leefgebieden die hoog scoren op het gebied van onvervulde zorg.

Kijken we naar de zorg die jongeren ongevraagd krijgen, dan zien we die over de hele linie afnemen, behalve bij psychische gezondheid. Op dat gebied krijgen juist meer jongeren ongevraagd zorg aangeboden, terwijl ze dat niet zeggen te willen.

Figuur 3.3 Onvervulde zorg en ongevraagde zorg



Op het gebied van familie willen en krijgen weinig jongeren bemoeienis. Tegelijkertijd is te zien dat jongeren vinden dat de relatie met hun familie verbeterd (tabel 3.13). Het lijkt erop dat ze door afstand te nemen van de familie (ze wonen immers niet meer thuis) toch weer nader tot elkaar komen. Hulpverleners hoeven zich daar kennelijk niet per se mee te bemoeien om toch de situatie te verbeteren. Iets vergelijkbaars is te zien bij de relatie met de partner van de jongeren: er is sprake van een hoge waardering door de jongeren, terwijl in veel gevallen geen bemoeienis gewenst is.

3.15 Oordeel van de hulpverleners

In zoveel mogelijk gevallen hebben we in dit onderzoek ook bij de meest betrokken hulpverlener nagevraagd hoe het met de betreffende jongere gaat. Het instrument dat we hiervoor gebruiken is de HoNOS. De HoNOS wordt gebruikt om routinematig de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrisch patiënten in kaart brengen. Het instrument is gevoelig voor veranderingen (Mulder, Staring, Loos, et al., 2004). In tabel 3.14 staan de resultaten van de HoNOS op T₁ en T₃. In de tabel zijn de vier subschalen en de totaalscore weergegeven. De totaalscore van 14,13 op T₁ zakt op T₃ naar 10,8. Deze daling is statistisch significant. Volgens de hulpverleners is de ernst van de problemen dus afgenomen. Meer specifiek oordelen de hulpverleners de ernst van de beperkingen (cognitieve en lichamelijke problemen) op T₃ lager²³ dan op T₁. Verder zien we geen statistisch significante veranderingen.

Tabel 3.14 HoNOS-scores op T₁ en T₃

Subschaal	T ₁ n=30/32		T ₃ n=30/32	
	totaalscores	(st. dev.)	totaalscores	(st. dev.)
Gedragsproblemen	2,72	(2,41)	2,31	(2,97)
Beperkingen	1,66	(1,47)	0,91	(1,17)*
Symptomatologie	3,63	(3,03)	3,63	(3,09)
Sociale problemen	5,81	(2,67)	4,47	(4,25)
Totaalscore	14,13	(7,11)	10,80	(6,84)**

*t:2,156, df 31, p <0,05; **t: 2,183, df 29, p <0,05

De HoNOS scores op T₁ van de jongeren waarover we op T₃ geen HoNOS score hebben kunnen verzamelen, verschillen niet significant van de HoNOS scores van de groep jongeren waarover we wel HoNOS scores verzamelden op T₃.

We beschikken niet over een referentiegroep jongeren waarmee we de scores kunnen vergelijken. We zetten de scores daarom af tegen een groep volwassen patiënten (Mulder et al., 2004). Deze referentiegroep bestaat uit patiënten die ambulant in behandeling zijn (laagste score), in dagbehandeling zijn, of zijn opgenomen in een kliniek en daar worden behandeld (hoogste score). Uiteraard geeft de vergelijking met volwassen psychiatrisch patiënten slechts een ruwe indicatie voor de ernst van de problematiek van deze groep dak- en thuisloze jongeren.

²³ Op het eerste gezicht laat de daling op deze subschaal zich moeilijk duiden gezien de relatief goede lichamelijke gezondheid van de jongeren (tabel 3.12) en gezien het relatief stabiele karakter van de eigenschap intelligentie. Echter vanuit hulpverleners perspectief is het goed denkbaar dat het cognitief functioneren in tijden van sociale crisis (T₁, instroomperiode woonzorg) minder goed is dan in een meer stabiele situatie.

De totaalscore op T₁ komt het dichtst bij de populatie volwassen psychiatrisch patiënten in dagbehandeling. Op T₃ lijken de jongeren meer op de populatie patiënten die ambulant in behandeling is. Op de subschaal²⁴ symptomatologie lijken de jongeren op ambulante patiënten en wat betreft sociale problemen zitten ze dichterbij patiënten die klinisch worden behandeld.

3.16 Samenvatting hoofdstuk 3

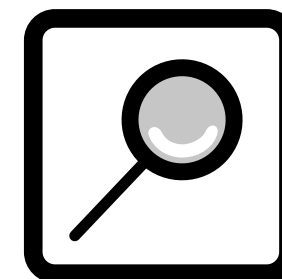
De dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek hebben, voordat ze aan dit onderzoek deelnamen, vaak een historie van ernstige gezinsproblemen en contact met diverse soorten hulpverlening. In dit hoofdstuk is op diverse leefgebieden nagegaan welke ontwikkelingen deze jongeren in het onderzoeksjaar hebben doorgemaakt. Wanneer we de subjectieve kwaliteit van leven als maat nemen, zie we dat het, een jaar nadat ze zijn ingestroomd in de zorg, op alle fronten beter met ze gaat. Ze hebben meer waardering voor de kwaliteit van hun leven dan in het begin. Ook de hulpverleners beoordelen de situatie minder ernstig dan in het begin van het onderzoek. De meeste jongeren die dakloos waren hebben de nachtopvang omgeruild voor een meer stabiele woonvorm met begeleiding. De psychische klachten verminderen gedurende het onderzoeksjaar. Het gebruik van psychoactieve middelen blijft hoog. Ook op het gebied van dagbesteding lijkt er niet veel veranderd: school en stage vormen de meest genoemde activiteiten. Enkele jongeren vinden vast werk. De jongeren uiten op het gebied van opleiding en werk de grootste on vervulde hulpbehoefte. De financiële situatie verbetert niet, in tegendeel, de schuldenlast neemt toe.

²⁴ Zie voor een toelichting op de subschalen bijlage 1.

hoofdstuk 4

zorgvraag

Aansluiting zorgvraag en zorgaanbod



Hoofdstuk 4

Aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

4.1 Inleiding

Afstemming zorgvraag en zorgaanbod zowel individueel als op groepsniveau

In veel studies, beleidsstukken en in de politiek speelt kwaliteit van zorg een belangrijke rol. In deze studie proberen we te achterhalen of de zorg die jongeren nodig hebben hen ook wordt geboden, waarbij de focus inhoudelijk is.

Teneinde op stedelijk niveau een match tussen zorgvraag en zorgaanbod te realiseren is het belangrijk dat de doelgroep gekend wordt (omvang, zorgbehoefte) en dat ook het aanbod bekend is (aard, capaciteit). Deze twee kunnen vervolgens door middel van een regiemodel bij elkaar worden gebracht (Petit & Richt, 2009). Hekelaar (2008, 2009) laat zien dat in Rotterdam het capaciteitstekort aan de aanbodzijde niet alleen is toe te schrijven aan een feitelijk tekort, maar ook aan een suboptimale benutting van beschikbare plaatsen, ketensamenwerking en afstemming. Door het entameren van COJ en de TTCJ probeert de gemeente Rotterdam de regie met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod van zorg vorm te geven. De TTCJ is de draaischijf waar casussen van dak- en thuisloze jongeren worden ingebracht en verdeeld. Het vinden van de juiste match tijdens de bespreking in de TTCJ hangt ook af van de vraag of er in de best passende voorziening op dat moment ook plaats is. De belangrijkste opdracht is een plek voor de jongere te vinden. Als het niet de ideale plek is, dan wordt gekozen voor een 'second best' oplossing.

Aansluiting zorgvraag en zorgaanbod: wat is belangrijk?

Wanneer we op zoek zijn naar hiaten in de zorg (onderzoeksvraag) is het waardevol te kijken naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Daar waar er geen sprake is van een goede aansluiting, is er mogelijk sprake van een hiaat in de zorg. Dit kan zich afspelen op het niveau van het aanbod dat (in de regio) niet beschikbaar is maar ook op het niveau van methodisch handelen door de hulpverlening. In deze

studie kijken we naar 55 casussen van jongeren met ernstige problematiek die in woonzorg zijn. We vragen ons bij elke casus af of er sprake is van een goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. De belangrijkste maar niet de enige indicator is de woonsituatie.

Criterium huisvesting: feitelijke situatie

Huisvesting of een dak boven je hoofd speelt een cruciale rol in de zorgbehoefte van jongeren (Heineke, 2007). Enerzijds omdat dak- of thuisloosheid op zichzelf een ernstig probleem is, anderzijds omdat zonder (stabiele) huisvesting problemen op andere leefgebieden niet kunnen worden opgelost of zelfs verergeren, zoals financiële problemen, psychische problemen, middelengebruik, criminaliteit en problemen met school en/of werk. Voor dit onderzoek kijken we in eerste instantie naar huisvesting als indicator voor een antwoord op de vraag of er sprake is van een match.

Criteria andere leefgebieden: voortgang

Het hebben van stabiele huisvesting is geen garantie voor een goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Het is een noodzakelijke maar in een aantal gevallen onvoldoende voorwaarde. Wanneer iemand in woonzorg is, kan er op andere leefgebieden zoveel mis zijn, dat er toch geen sprake is van een match. Behalve naar de huisvestingssituatie kijken we dus naar meerdere leefgebieden. Het gaat daarbij in mindere mate om de feitelijke situatie maar veeleer om de voortgang. Wanneer een traject goed verloopt, in de zin dat er sprake is van gestructureerde dagbesteding, dat schuldenproblematiek wordt aangepakt en dat eventuele psychische problemen in behandeling zijn, is er bijna evident sprake van een goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. In trajecten waarbij de situatie op diverse leefgebieden problematisch is en waarbij ook de voortgang stagneert, sluiten vraag en aanbod niet goed op elkaar aan. Het hanteren van criteria die voor alle casussen gelden, doet geen recht aan de bijzonderheid van de jongeren, hun zorgvragen en de hulpverleners die proberen een 'tailor-made' aanbod te doen. Bijvoorbeeld: bij de ene jongere wegen in de configuratie van zorgvraag en zorgaanbod financiën zwaarder dan bij de andere. Hoewel bij jongeren die zorg mijden het onderhouden van een minimaal niveau van contact een tijdelijke doelstelling kan zijn van de (bemoei)zorg, wil dat nog niet zeggen dat er sprake is van een goede aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod of voortgang. In deze studie hebben wij casussen, waarbij dat het geval was, dan ook geen positief oordeel gegeven.

Kleurlabels: toestand en proces

Het vaststellen of er in een casus sprake is van goede aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod is niet eenvoudig een optelsom van zelfredzaamheidsscores op verschillende leefgebieden. We hebben gezocht naar een zinvolle manier waarop we de casussen kunnen presenteren, een manier waarbij we inhoudelijk kunnen ingaan op de vraag of en waarom de zorg aansluit op de vraag. Door elke casus van een kleurlabel ('rood', 'oranje', of 'groen') te voorzien, en vervolgens binnen deze labels inhoudelijke subcategorieën te maken, zijn we in staat om de vraag naar aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod betekenisvol te bespreken. Een label is toegekend op basis van een afweging van de feitelijke toestand van een casus en door te kijken naar het voortgangsproces in het jaar waarin we de jongeren volgden.

4.2 Aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod: rood, oranje of groen?

In totaal hebben we op T₃ aan 47 casussen een label rood, oranje of groen toegekend (zie paragraaf 2.4). We hebben ook op T₂ de casussen gelabeld, maar uitgangspunt van de beschrijving in dit hoofdstuk is de situatie ten tijde van de laatste meting. De situatie in de voorafgaande meting (T₂) kan wel behulpzaam zijn bij het verklaren van de situatie zoals die nu is en geeft een indicatie van hoe het proces is verlopen.

4.2.1 Code rood op T₃

Rood: dakloos of huisvesting bedreigd

Zoals eerder aangegeven speelt bij de vraag of er sprake is van een goede aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod de huisvestingssituatie een doorslaggevende rol. Als er sprake is van (dreigende) dakloosheid, kennen we een rood label toe. In de meeste gevallen kunnen we met deze min of meer objectieve maat uit de voeten. In een aantal gevallen is de situatie niet zo zwart wit en hebben we aanvullende informatie over andere leefgebieden en de voortgang in een traject gebruikt om tot een oordeel te komen.

Elf casussen rood in drie subcategorieën

In totaal hebben we elf casussen rood gelabeld. Het gaat om casussen waarbij geen sprake is van een match tussen zorgvraag en zorgaanbod. Dit komt in deze casussen het sterkst tot uitdrukking door de preciaire woonsituatie. Zoals eerder aangegeven is huisvesting een cruciale voorwaarde om ook op andere leefgebieden te kunnen verbeteren.

De rood gelabelde casussen zijn onderverdeeld in drie subgroepen:

1. Dakloosheid (dreigt): jongeren die dakloos zijn of dreigen dakloos te raken (n=5).
2. Onvoldoende zorg: jongeren die onvoldoende zorg krijgen waardoor hun situatie verslechtert (n=4).
3. Twee ‘aparte’ gevallen: het betreft twee casussen die afwijken van elkaar en van de overige rood gelabelde casussen.

Subcategorie rood: dakloosheid (dreigt)

Het gaat in deze categorie om vijf casussen. Dakloosheid, of de acute dreiging daartoe, is leidend geweest bij het toekennen van de rode labels. Ondanks dat deze jongeren in contact staan (of stonden) met de hulpverlening is het bij een aantal jongeren niet gelukt ze onder dak te krijgen of te houden.

Typering van vijf casussen in de subcategorie ‘dakloosheid (dreigt)’ op T₃

- a. Weg bij woonvoorziening categorie “zwaar”, de rek was eruit, hij wilde weg en hij mocht weg (16-14207).*
- b. Weg bij woonvoorziening categorie “zwaar”. Lastige jongen, vaak niet aanwezig (zorgmijddend), doorstroming moeizaam, slaapt bij vrienden. Wel ambulant contact met Plataan (31-18002).
- c. Verblijft bij nicht. Zeer afhoudend naar hulpverlening. Nu wel uitkering, geen verbetering op overige leefgebieden (22-16147).
- d. Verblijft vermoedelijk bij haar oma. Onbegeleidbare vrouw, actief verzet tegen begeleiding. Veel conflicten. TTCJ besluit: geen toegang meer tot MO in Rotterdam (40-18079).
- e. Verblijfplaats onduidelijk, zou naar afkickkliniek gaan. Zorgmijddend tijdens verblijf in woonzorg (41-18097).

* Het nummer tussen haakjes verwijst naar het casusnummer in bijlage 9

Preciaire woonsituatie

In één geval (a) is een jongere ‘hardcore’ dakloos. Hij verblijft afwisselend bij vrienden of in een kraakpand. Deze nu dakloze jongere heeft de woonvoorziening verlaten, en heeft nu geen hulpverlener. Hij ging weg omdat hij het zelf wilde, maar ook omdat de staf het wilde. Hij was ‘uitbehandeld’ er zat geen muziek meer in de relatie. Ten tijde van T₂ was hij eigenlijk al te lang in de voorziening (label oranje). Zijn hulpverlener noemde hem toen “laks”. Cannabisgebruik zou daarin een rol kunnen spelen. Volgens de jongere ontstond er een probleem met de financiering van zorg. Hoewel het traject moeizaam verliep, zijn er geen aanwijzingen dat een conflict aanleiding was van zijn vertrek. Qua intelligentie heeft deze jongen een “gemiddeld intellect” hij heeft weinig schulden en zijn psychische klachten blijven onder de grenswaarden (zie 3.7).

De andere vier jongeren in deze subgroep lijken allen onder dak te zijn bij familie of vrienden. Deze woon-situatie zou stabiel kunnen zijn, maar gezien de informatie die wij over hen hebben op de eerdere meet-momenten, achten we de situatie onvoldoende stabiel om anders dan rood te labelen.

Ook zorgmijddend

Er is in alle vijf gevallen meer aan de hand dan een problematische woonsituatie alleen. In alle gevallen zou je kunnen zeggen dat de jongeren zorgmijddend waren. Bij herhaling is geprobeerd ze te motiveren de aangeboden hulp te aanvaarden, maar de hulpverleners stuitten op passief en actief verzet. Passief als afspraken stelselmatig niet werden nagekomen, actief wanneer jongeren conflicten kregen met de begeleiding over de huisregels en daarom moesten vertrekken.

Meer actief verzet zien we bij de jongere (b) die op T₃ weg moest uit de woonvoorziening. Hij “schopte tegen alle regels” en was verbaal en fysiek agressief. Na een bezinningsperiode van drie maanden, waarin hij noodgedwongen terugging naar zijn ouders (T₂, label rood), kwam hij weer terug. Maar zijn gedrag verbeterde nauwelijks en hij moest daarom, én vanwege veelvuldige absentie, opnieuw vertrekken. Overigens gaf zijn vorige mentor aan niet goed met hem te kunnen werken. Nu heeft hij contact met ambulante zorg en slaapt bij vrienden. Diagnostiek (LVB) is nodig om hem een RIBW in te loodsen, dit organiseren kost tijd omdat hij alleen ambulante zorg krijgt. De intelligentietest die wij hebben afgenomen duidt op een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”.

De jongere die nu bij zijn nicht woont (c) wordt al twee jaar gevolgd door ACT, maar die krijgen geen grip op hem, ondanks grote moeite die zij hebben gedaan. Er zijn wel mogelijkheden (opname/- behandeling) voor zijn psychische problemen en huisvestingsproblemen, maar de jongere houdt het af. Hoewel hij geen bovengemiddelde klachten rapporteert (BSI), vindt de hulpverlener zijn (psychische) problemen ernstig (o.a. trauma en waarschijnlijk persoonlijkheidsstoornis, veel blowen). De opmerking van de ACT-er “er moet frisse hulp in” kan worden geïnterpreteerd als een uiting van machteloosheid. De intelligentietest wijst erop dat deze jongen een “duidelijk beneden gemiddeld intellect” heeft. Ook tijdens T₂ kreeg hij, om dezelfde redenen, een rood label.

Twee jongeren (d en e) waren (ook) op de tweede en/of derde meting niet voor de onderzoekers bereikbaar. Een van hen verbleef tijdens de tweede meting in een verslavingskliniek buiten Rotterdam (onvoldoende

informatie, geen label). Daarna kwam ze terecht in een woonvoorziening voor jongeren (categorie “midden”). Inmiddels is ze daar weer weg. Ze kwam stelselmatig afspraken niet na en is vertrokken na een geweldsincident met haar ex-vriend op haar kamer. Het laatste nieuws is dat ze zich opnieuw zou aanmelden bij een verslavingskliniek. De andere jongere moest na problemen in de woonvoorziening vertrekken (T₂, label rood). Ze ging eerst met haar dochtertje naar haar oma en vervolgens weer naar een woonvoorziening. Omdat ze daar haar afspraken niet na kwam is ze er na drie officiële waarschuwingen uitgezet. Er is ook een melding gedaan door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) omdat ze haar baby niet goed zou verzorgen. De TTCJ heeft besloten haar niet meer in MO voorzieningen op te nemen. Het schijnt dat ze weer bij haar oma woont.

Samenvattend

We zien in deze subgroep van jongeren die dakloos zijn of dat dreigen te worden, dat behalve hun feitelijk preciaire woonsituatie, ook hun zorgmijdend gedrag een belangrijke rol speelt. Hulpverleners zijn er niet in geslaagd deze jongeren het hulpaanbod te laten accepteren.

Subcategorie rood: onvoldoende (intensieve) zorg

Vier jongeren hebben contact met een zorginstelling, maar desondanks verergeren de problemen; de zorg is ontoereikend.

Typering van vier casussen in de subcategorie ‘onvoldoende (intensieve) zorg’ op T₃

- a. Mijdt passief zorg, daardoor in de problemen (23-16148).

b. Woont zelfstandig, hard begeleiding nodig maar weet niet hoe het aan te pakken (46-18165).

c. Is weinig gemotiveerd, spelen weinig in op vermoeden LVB (20-16136).

d. Doorgestroomd, teruggevallen in ‘oud’ gedrag, zelfredzaamheid overschat (30-16197).

In één geval (a) wordt ook de huisvesting bedreigd vanwege het niet betalen van de huur. Haar uitkering is stopgezet omdat ze in detentie moest (2^e keer) nadat ze haar taakstraf niet had gedaan. Haar inwonende vriendje betaalde enkele maanden de huur, maar bij hem is nu loonbeslag gelegd. De voorziening die de woonbegeleiding levert valt in de categorie ‘licht’: ongeveer een uur ambulante zorg per week. Bij de hulpverleners rinkelen rondom deze dreigende huisuitzetting nu de alarmbellen en misschien wordt het gevaar nog afgewend. In deze casus speelt het mijden van zorg een rol, maar het lijkt hier niet te gaan om actief mijden van zorg. Er lijkt veeleer sprake van een onvermogen om (de juiste) prioriteiten te stellen. Alsof deze jongere zich niet het belang van de afspraken realiseert en niet de mogelijke consequenties overziet bij het laten schieten van de afspraak. Ondanks haar zorgmijdend gedrag grepen de hulpverleners niet hard in, dat paste ook niet bij het zorgniveau ‘licht’ (zij kreeg tijdens T₂ een groen label). Niettemin is de hulpverleningstermijn al een keer verlengd met zes maanden, en kreeg zij al “speciale aandacht” maar dat alles bracht geen structurele verbetering. De hulpverleners hebben een “gegrond vermoeden van lage intelligentie”. Als de jongere dit vermoeden door middel van een diagnostische test wil laten bevestigen, moet ze 160 euro eigen bijdrage betalen. De intelligentietest die wij hebben afgenomen laat zien dat ze een “duidelijk beneden gemiddeld intellect” heeft.

Een andere jongere (b) heeft weliswaar een woning gekregen (via het toewijzingssysteem voor “bijzondere groepen”) maar heeft, afgezien van onregelmatig contact met MEE, daarbij geen woonbegeleiding. Dat is op zich wel wat de jongere wilde op T₂: geen begeleiding (hij kreeg toen een rood label). Om die reden wilde hij ook niet in een woonvoorziening. Dit actief afweren van het zorgaanbod, lijkt zich nu te gaan wreken. Tijdens het laatste interview gaf de jongen aan geholpen te willen worden bij zijn financiën en het vinden van werk, maar hij heeft geen idee hoe dat aan te pakken. Hij vraagt zelfs de interviewster om raad. Hij is wel assertief wat betreft het afhouden van zorg maar niet om het te vragen als het nodig is. Op de intelligentietest scoort hij op of onder het 5^e percentiel (“intellectueel beperkt”). Tijdens het interview leek hij wel gemotiveerd maar hem ontbreekt het vermogen dit om te zetten in concrete actie. Het is goed denkbaar dat deze jongere zijn huisvesting weer kwijtraakt omdat hem de basale (administratieve) woonvaardigheden ontbreken.

Het derde geval is een jonge moeder (c) die al weer bijna een jaar in een voorziening voor tienermoeders woont. Tijdens T₂ toonde ze zich ontevreden over betutteling (label oranje). Nu blijkt dat ze zich slecht aan afspraken houdt, haar uitkering heeft verloren door niet op haar leer/werktraject te verschijnen en niet goed genoeg voor haar kind zorgt. De niet confronterende benadering van de staf lijkt niet te werken. Er ontstaan toch wrijving en conflicten. Nu een AMK melding is gedaan luistert ze iets beter, maar haar motivatie is duidelijk extrinsiek. Ze duldt eigenlijk geen enkele bemoeienis met haar kind. Pas sinds kort is ACT ingeschakeld. Die maakte een afspraak op kantoor voor een IQ test. Maar geld om te reizen met OV heeft ze niet en zich laten diagnosticeren op LVB wil ze niet. Dus na een eerste gesprek is ze niet meer naar ACT toegegaan. Ze heeft in haar leven al genoeg zorgpolonaise aan haar lijf gehad, vindt ze. De IQ test in dit onderzoek zegt dat ze een “duidelijk beneden gemiddeld intellect” heeft. Ze blowl dagelijks. Ondertussen reageert ze op beschikbare woningen van woningcorporaties via Woonnet Rijnmond. Als ze een woning krijgt toegewezen “is ze weg”, denkt de hulpverlener.

In een vierde casus (d) was er wel medewerking van de jongere (schulden, scholing, werk en ook trauma-behandeling, daarom label groen op T₂). Zij had bij de eerste en tweede meting nog forse psychische problemen maar stroomde op T₃ door naar zelfstandig wonen met ambulante begeleiding. Ze had eigenlijk haar zinnen gezet op helemaal zelfstandig wonen maar dat vond de woonvoorziening geen goed idee. Dit met de gedachte dat ze beter gecontroleerd dan ongecontroleerd kon falen. De invloed van een fout vriendje (loverboy) speelde ook mee in deze beslissing. Ze toonde zich wel gemotiveerd, had schulden afbetaald en blowde minder. Desondanks zei de hulpverlener kort voor de verhuizing: “een stukje prostitutie is nog zorgwekkend.” Niet lang nadat zij was doorgestroomd bleek dat zij de vrijheid, door het wegvallen van structuur/toezicht, niet aan kon (hulpverlener: “enorme terugval gehad”). Communicatie met ACT verloopt volgens de hulpverlener niet goed, er is te weinig overleg. Deze jongere rapporteert op T₁ en op T₃ bovengemiddeld veel psychische klachten.

Samenvattend

We zien in deze casussen drie weinig assertieve jongeren in de problemen komen door de zorg actief en passief op afstand te houden. Hulpverleners op hun beurt, zijn nogal meegaand en lijken geen harde eisen aan de jongeren te stellen waardoor grote sociale problemen dreigen. In de vierde casus was de jongere wel assertief, maar ze bleek haar verworven vrijheid niet aan te kunnen.

Subcategorie rood: twee aparte gevallen

Hieronder bespreken we twee casussen die afwijken van de overige rood gelabelde casussen en van elkaar. Over één casus hebben we alleen informatie uit e-Vita, en de andere zit in detentie.

Eén casus weinig informatie, toch rood gelabeld

Deze jongere is al langere tijd uit beeld bij de zorginstelling (categorie “zwaar”). Op T₂ was hij daar ook al weg. Toen werd hij oranje gelabeld op basis van optimisme van de hulpverlener, die hem iemand vond die “meestal wel zijn zaakjes regelde”. Op T₃ hebben we alleen informatie uit e-Vita kort voordat deze interviewronde startte. Er bestaat het vermoeden dat hij zwerft. In augustus 2010 stond hij op de wachtlijst voor de Plataan, maar hij verscheen niet op de intake. De hulpverlener (in e-Vita) denkt dat hij zorg mijdt. Aanvullende informatie: op T₁ had hij forse schulden (ongeveer 11.000 euro). Volgens de hulpverlener op T₂ was hij wel redelijk zelfstandig. Aanmelding bij de Plataan is zorgelijk (rood) want het impliceert dakloosheid. Het zou kunnen dat hij tijdelijk onderdak heeft gevonden bij familie of vrienden. Echter, op T₁ noemt hij de relatie met zijn familie “slecht”. Volgens de intelligentie test heeft hij een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”.

Detentie

Allereerst willen we hier de vraag opwerpen of er bij iemand die in detentie zit sprake is van een mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod. Opsluiting is een reactie van de samenleving op (ernstige) overtredingen. Hoewel er in tal van situaties kan worden gediscussieerd of opsluiting een rechtvaardige respons is, is het plegen van een ernstig geweldsdelict een onbetwiste reden voor detentie. In totaal weten we van vier jongens dat ze in de onderzoeksperiode in detentie hebben gezeten wegens (dreigen met) geweld.

Eén van de jongeren zit op T₃ in detentie naar aanleiding van een ernstig geweldsdelict tegen zijn voor-malige vriendin. De reactie van justitie lijkt adequaat en vanuit dat gezichtspunt is er sprake van een match. Vanuit een zorgperspectief ligt het ingewikkelder. Had een ander zorgaanbod dit incident kunnen voorkomen? Deze vraag is feitelijk niet te beantwoorden en lokt vooral speculatie uit. Hij kreeg op T₂ een groen label omdat hij volgens de hulpverlener rustiger was geworden, goede intenties had en enigszins vooruit was gegaan. De opwaartse lijn heeft hij niet vastgehouden. Bij zijn meest betrokken hulpverlener staat hij op T₃ bekend als het “zorgenkindje” van haar caseload. Hij vroeg meer aandacht dan op grond van de toegekende uren kon worden geboden. Echter, die extra tijd ging vooral zitten in zijn lichamelijke gezondheid, zijn administratie en hem opnieuw naar school krijgen, nadat hij met eerdere trajecten was gestopt. Zijn relatieperikelen besprak hij vooral met zijn stiefmoeder. Wanneer hij niet in detentie zou hebben gezeten zou hij vanwege de forse discrepantie tussen benodigde tijd en beschikbare tijd waarschijnlijk ook rood worden gelabeld. Hij heeft volgens de intelligentietest een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”.

4.2.2 Code oranje op T₃

Oranje: stagnerende voortgang op diverse leefgebieden

Bij de casussen met een oranje label is de huisvestingssituatie meestal stabiel. Naast de feitelijke toestand, speelt bij de oranje labels het proces een belangrijke rol. Bij de oranje gelabelde casussen is vooral de

voortgang van de trajecten problematisch. Jongeren stromen door zonder dat er verbetering op verschillende leefgebieden is opgetreden, of hun traject lijkt te stagneren.

Tien casussen oranje in drie subcategorieën

In deze categorie hebben we tien casussen ondergebracht. Geen van de jongeren is (dreigend) dakloos, in één van de casussen is de woonsituatie niet stabiel. In de oranje gelabelde casussen staat het proces centraal, of beter: het moeizaam verlopende proces. Het duurt een tijdje voordat de begeleiding aanslaat, of de begeleiding lijkt helemaal niet aan te slaan indien er niet wordt aangedrongen.

De oranje gelabelde casussen zijn onderverdeeld in drie subgroepen:

1. Moeizaam verlopende trajecten: deze trajecten verlopen zeer traag, maar desondanks is toch tot door- of uitstroom besloten (n=6).
2. Meer druk/structuur nodig: deze trajecten verlopen zo traag dat ze lijken te stagneren (n=2)
3. Oranje kwakkelaars: het gaat om twee moeizaam verlopende trajecten die tussentijds werden ‘opgeschrikt’ door een incident (n=2).

Subcategorie oranje: moeizaam verlopende trajecten

Typering van de casussen ‘moeizaam verlopende trajecten’ op T₃

- a. Gaat zelfstandig wonen, problemen nauwelijks verminderd, overdracht niet naadloos, lijkt te ontglippen (26-16161).
- b. Afgelopen jaar geen voortgang geboekt, gaat toch doorstromen naar meer zelfstandige woonruimte (33-18012).
- c. Doorstroom geen succes, te zelfstandig, geen dagbesteding, lamlendig (27-16173).
- d. Herstart in oude woonvoorziening. Moeizaam (43-18111).
- e. (te) Trage doorstroom, zou eerst meer zelfstandig gaan, nu op wachtlijst RIBW (18-16104).
- f. Na detentie in ‘transit’ in IBW. Geen behandeling, nu op zoek naar kliniek (29-16191).

In deze subgroep hebben we zes jongeren ondergebracht. Deze jongeren stromen of niet door, of, als ze wel doorstromen naar een andere woonvorm, blijkt dat er aan hun problemen nog maar weinig is veranderd.

Doorstromen omdat het moet

In vier gevallen zijn de jongeren door- of uitgestroomd terwijl ze hun problemen nog (lang) niet op orde hebben (a,b,c,d). Een van de jongens (a) is na meer dan een jaar jongerenhuisvesting bij zijn vriendin gaan wonen, maar in dat jaar is er nauwelijks iets aan zijn problemen gedaan (geen dagbesteding, veel blowen). Hij kreeg op T₂ ook al een label oranje vanwege passiviteit van zowel de jongere als de hulpverlener. Hij zou worden overgedragen aan ACT (T₃), maar de jongere heeft er nog niets van gehoord of gezien. Jongere geeft aan dat er niet echt een ‘klik’ is met zijn mentor (T₂ en T₃). Dat deze jongere, volgens de hulpverlener, nu meer open staat voor begeleiding, lijkt mosterd na de maaltijd.

Een andere jongere (b) gaat van een 24/7 woonvoorziening naar een lichtere voorziening. Ook bij hem is er nauwelijks iets positiefs gebeurd in het afgelopen jaar, hij is wel gemotiveerd, maar ook snel van slag als iets niet direct lukt. Hij kreeg op T₂ een groen label omdat de voorlopige diagnose ADD (Attention Deficit Disorder)

handvatten bood aan de begeleiding. Maar hij haakte af bij de intake bij PsyQ, en wil zich niet verder laten diagnosticeren. Hij zou naar school gaan maar dat ging ook niet door. Nu staat zijn motivatie weer op een laag pitje. Hij vindt dat zijn hulpverlener hem stimuleert maar gaat alleen naar haar toe voor praktische zaken. Hij krijgt dan “tips”. Zijn hulpverlener ziet de stap naar zelfstandigheid als positief (geeft groen label). Een derde jongen (c) is alweer een tijdje doorgestroomd naar een lichtere voorziening met meer zelfstandigheid. Aanvankelijk leek het redelijk te gaan (T₂, label groen) maar de progressie stagneert. Hij heeft geen dagbesteding, blowt veel, verveelt zich. Blowen is gedurende zijn gehele traject al punt van aandacht, maar hij staat niet open voor behandeling. Zijn hulpverlener zet hem onder druk “ik wijs hem op zijn verantwoordelijkheid”, “zeg dat hij zich niet als een kind moet gedragen” en noemt hem tijdens het interview “een rat”. Kort na het interview werd de jongere geschorst wegens vechten.

De laatste van deze vier casussen (d) betreft een meisje dat al een keer is doorgestroomd uit een woonvoorziening (categorie “zwaar”), overigens tegen advies van haar mentor (T₂, label oranje), omdat de woning te duur zou zijn en er te weinig begeleiding is. Na een paar maanden is ze weer terug gekomen. Het ging niet, de woning was inderdaad te duur en psychisch was ze niet stabiel genoeg. Ze zit nu weinig gemotiveerd weer in de woonvorm; de plek waar ze zo graag weg wilde. De inzet van een SPV-er (ACT) brengt mogelijk wat lucht in de zaak. De mentor vindt haar nu toegankelijker. De jongere zegt dat haar mentor meelevend is en “dingen uit me weet te trekken” omdat “hij zichzelf is”. Maar ze vindt het onzin dat het fitnessen verplicht is, dat werk averechts, “ook al krijg ik een sanctie”.

In al deze vier casussen wordt er doorgestroomd naar een meer zelfstandige woonvorm, terwijl er of inhoudelijk geen aanleiding is (geen voortgang) of het blijkt te hoog gegrepen. Bij alle vier spelen (onderbehandelde) psychische- of verslavingsproblemen een rol. Hulpverleners lijken zich erbij neer te leggen dat verbetering (nu) niet haalbaar is.

Met een vijfde jongen (e) wordt juist minder voortvarend gehandeld. Hij zou doorstromen naar een meer zelfstandige woonvorm, maar hulpverleners waren onzeker of hij het alleen zou redden. Hij blowt veel en heeft in het verleden psychotische klachten gehad. Doorstroom werd daarom geannuleerd. Nu wordt er gezocht naar een plaats in een andere woonvorm. Hij verblijft al te lang in de huidige woonvorm (categorie “zwaar”). Onduidelijk is wanneer overplaatsing gaat plaatsvinden. Voor de jongere zelf begint het nu allemaal te lang te duren. Officieel zit zijn tijd er al op. Andere jongeren stromen door, hij blijft achter. Dat werkt demotiverend. Zijn mentor probeert altijd “positief in te steken” want de jongere is gevoelig voor een “positieve benadering.” Maar ook: “als hij een afspraak niet nakomt, confronteer ik hem daar direct mee en wijs ik hem op zijn fouten.” De contacten tussen woonzorg, reclassering en ACT zijn goed. Groen label op T₂.

Nummer zes (f) zit ‘in transit’. Na een aantal maanden is zijn detentie (T₂, label rood) onder voorwaarden geschorst. Een van die voorwaarden is dat hij in behandeling moet, maar hulpverleners weten nog niet waar. Omdat zijn delict samenhang met middelengebruik, is hij voorlopig ‘gestald’ bij een IBW van de verslavingszorg. Na een nacht doorzakken zonder toestemming, verblijft hij daar met vrijheidsbeperking. ACT probeert in deze ‘tussenperiode’ een aantal praktische zaken op de rails te krijgen. Hij krijgt geen gestructureerde behandeling zoals hij die wel had in Penitentiair Psychiatrisch Centrum, waar hij zich lovend over uit liet.

Samenvattend

In deze zes trajecten zien we dat huisvesting niet het grootste probleem is; de continuïteit daarvan lijkt gewaarborgd. Wat opvalt, is dat een aantal jongeren stappen maakt waar ze nog niet aan toe lijken te zijn, omdat er nauwelijks iets aan hun problemen is gedaan. Hulpverleners nemen genoeg met ‘halve’ resultaten. Bij een aantal jongeren lijkt gebrekkige motivatie een rol te spelen, bij anderen een overschatting van vaardigheden. Toch stromen enkelen door naar een meer zelfstandige woonvorm en pas dan blijkt dat het toch te hoog gegrepen is. Alle jongeren in deze categorie hebben een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”. We zien hulpverleners verschillende rollen aannemen. Bij enkele jongeren lijken de hulpverleners tevreden te zijn met een situatie die niet verslechtert. Bij andere casussen volgen ze de zichzelf overschatkende jongeren en vangen ze hen weer op als het mis gaat.

Subcategorie oranje: meer druk/structuur nodig

Typering van de casussen ‘meer druk/structuur nodig’ op T₃

- a. Hij is nauwelijks gemotiveerd. Continuïteit huidig verblijf onzeker (19-16121).
- b. Vader in jong gezin. Geen structurele verbetering druggebruik (21-16143).

In deze twee casussen zien we dat de hulpverlening geen grip krijgt op de jongere. Ze lijken in die zin ook op een aantal casussen uit de subgroep “moeizaam verlopende trajecten”, maar hier komt de rol van de hulpverlening wat nadrukkelijker aan de orde. De jongeren weten een onbevredigende situatie bewust of onbewust lang te rekken. Hulpverleners proberen wel vat op ze te krijgen maar door passief of actief verzet lukt dat niet. Het lijkt erop dat hulpverleners eerst allerlei methoden uitproberen voordat hun geduld op raakt, of voordat ze inzien dat ‘intensivering van zorg’ noodzakelijk is. Maar als die beslissing eenmaal genomen is, kunnen er weer weken overheen gaan voordat er daadwerkelijk een verandering optreedt. Soms moet er eerst een diagnose worden gesteld. En zelfs als er van voorziening of hulpverlener wordt gewisseld, dan moeten deze ook weer van vooraf aan beginnen met de opbouw van een werkbare relatie.

Ongrijpbaar

Een jongen (a) is vader maar woont niet bij de moeder en zoontje. Hij is niet succesvol met zijn traject gestopt en een AWBZ indicatie is afgewezen. Hij verliet de woonvoorziening en woont nu bij zijn moeder. Tijdelijk, want zijn moeder heeft liever niet dat hij bij haar woont. In het voorbije traject was veel passief verzet: wel op afspraken komen maar neemt geen eigen initiatief. Hij heeft nog contact met ACT, maar vindt dat ze meer moeten doen. ACT vindt dat hij meer verantwoordelijkheid moet nemen, hij stelt zich afhankelijk op. Zijn ambulante begeleider probeert hem te motiveren door hem positief te benaderen en hem complimentjes te geven. Eventueel helpt hij concreet bij de uitvoering. Ook confronteert hij de jongere wanneer afspraken niet zijn nagekomen, en dat gebeurt regelmatig, “maar ik ben niet het type dat wil ‘halen en trekken’ in een gesprek, we moeten ook weer verder”. Nu is hij aangemeld bij een ambulante voorziening voor voortijdig schoolverlaters. Hij heeft depressieve klachten op T₂, maar niet op T₃ (BSI). Deze casus kreeg op T₂ ook een oranje label.

Druk zetten

Een jonge vader (b) met LVB en maandelijkse cocaïne uitpattingen. Hij wil zich wel klinisch laten behan- delen maar houdt voorlopig iedereen aan het lijntje, misschien omdat hij niet uit het jonge gezin weg wil (6 maanden geleden is een kindje geboren). Op T₂ kreeg hij een groen label, maar hij stopte daarna met zijn ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) medicatie en weigerde ambulante LVB zorg. De financiële zorg komt niet van de grond. Zijn meest betrokken hulpverlener (verslavingszorg) houdt de aanvraag voor rechtelijke machtiging achter de hand om hem onder druk te zetten. Dat laatste lijkt een goede tactiek om de jongen gemotiveerd te houden. De vraag is wanneer de hulpverlener de rechtelijke machtiging zal inzetten.

Samenvattend

We zien in deze twee trajecten dat de jongeren zich lijken te verzetten tegen behandeling of begeleiding. Bij de een is dat verzet wat meer expliciet dan bij de ander. In het ene geval probeert de hulpverlener duidelijk druk te zetten, in het andere geval maakt de hulpverlener zich wel zorgen, confronteert de jongere ook, maar dringt (nog) weinig aan en betracht vooral geduld.

Subcategorie oranje: oranje kwakkelaars

Typering van de casussen ‘oranje kwakkelaars’ op T₃

- a. Na geweldsincident meer gemotiveerd voor behandeling (28-16178).
- b. Na geweldsincident meer gemotiveerd voor behandeling (32-18011).

In deze subgroep gaat het om twee casussen die oranje zijn gelabeld, maar waar we bij nader inzien van hebben gezegd: misschien zitten ze nu toch op de goede plek. Echter, kijken we naar het traject wat ze hebben doorlopen, dan is een oranje label op zijn plaats. Ze zouden eventueel ook onder moeizame trajecten kunnen worden ingedeeld, ware het niet dat er nu, als gevolg van een incident, beweging in zit.

Agressie-incident als katalysator

Bij deze jongens is het bekend dat ze problemen hebben hun agressie onder controle te houden. Beide jongens hebben een gewelddadige uitbarsting gehad waarvoor ze in detentie kwamen. In beide gevallen is daarna de (toegang tot) behandeling voor agressieproblemen versneld. Beide jongens werden op T₂ rood gelabeld (detentie, te lichte voorziening).

De ene jongen (a) is wel eens in behandeling geweest maar is daar weer mee gestopt. Hij kwam te weinig op afspraken. Hoewel hij erkende dat zijn controle over zijn agressie problematisch is, maakte hij noch zijn begeleider er werk van. Maar nu is hij aangemeld bij een andere behandelorganisatie voor zijn agressieproblemen. Zijn mentor is begonnen hem te begeleiden naar zijn reclasseringsafspraken en zij maakt nu zelfs de afspraken. Dat werkt en de jongere vindt dat hij “goed bezig is” nu hij telkens op tijd komt. Bovendien klikt het beter met de nieuwe reclasseringsambtenaar. Het is in het begeleidingsteam niet ongebruikelijk om jongeren eerst

“op hun bek te laten gaan”. De jongeren zien dat de begeleiders desondanks naast ze te blijven staan. Zo wordt een band opgebouwd. Voor het incident zou hij de persoonlijke begeleiding naar de reclassering niet hebben geaccepteerd, zegt zijn mentor.

De andere jongen (b) was kort voor de tweede meting verhuisd van de ene woonvoorziening naar de andere (beide categorie “zwaar”). Hij stond op een wachtlijst voor behandeling. Na het agressie-incident is zijn motivatie voor behandeling toegenomen maar is ook de bureaucratie versneld. Hij kreeg sneller dan normaal een intakegesprek bij de forensische psychiatrie. Hij staat nu ook onder reclasseringstoezicht en de ambtenaar en mentor hebben regelmatig contact, waarbij de jongere van alle contact op de hoogte wordt gehouden. De mentor heeft ook het reclasseringstoezicht ingezet om de jongere te motiveren zich aan zijn afspraken te houden.

In beide gevallen is de begeleiding vanuit de woonvoorziening geïntensiveerd en lijkt het reclasserings- toezicht een stimulerende rol te spelen. De mentoren geven aan dat zij daar frequent contact mee hebben. Deze casussen illustreren dat jongeren, ondanks gekende agressieproblematiek, niet per se met urgentie worden behandeld/begeleid. Pas wanneer er een incident plaats vindt, schakelt ‘het systeem’ in een hogere versnelling. En nu lijken ze wel goed te zitten. Iedereen is geschrokken, inclusief de jongeren zelf die zich nu meer begeleidbaar opstellen. Er worden duidelijke afspraken gemaakt en herbevestigd, en de reclassering controleert of ze daadwerkelijk worden nagekomen.

Samenvattend

In deze casussen zagen we dat onderbehandelde (agressie)problematiek pas urgent wordt wanneer er een incident plaats vindt dat alle betrokkenen wakker schudt. Externe druk vergroot de intrinsieke motivatie.

4.2.3 Code groen op T₃

Groen: huisvesting in orde en voortgang op diverse leefgebieden

Bij de groen gelabelde casussen is voortgang ook belangrijk, maar dan meestal in positieve zin. Voortgang is echter niet het enige waar naar is gekeken. Een aantal jongeren heeft zware problemen die het uitzicht op voortgang belemmeren. Voor hen telt dat ze goede zorg krijgen om te voorkomen dat ze verder in de problemen raken.

Zesentwintig casussen in vier subcategorieën

In totaal hebben we 26 casussen op T₃ een groen label gegeven. Niet helemaal verwonderlijk, hebben we de jongeren met een groen label op alle drie de meetmomenten kunnen spreken. De huisvestingssituatie van deze jongeren is stabiel en ze raken niet in grote problemen. In de meeste gevallen was er bij de tweede meting al sprake van enige stabiliteit en gaven we ze ook toen een groen label. Zij hebben de positief ingeslagen weg weten vast te houden, althans dat geldt voor de meesten. Onder deze 26 jongeren bevindt zich echter ook een aantal kwakkelaars.

De groen gelabelde casussen zijn onderverdeeld in vier subgroepen:

1. Bijna zelfstandig: deze jongeren zijn op weg naar zelfstandigheid en hun begeleiding neemt in intensiteit af (n=12).
2. Stevig ingebed: deze jongeren zijn (voorlopig) niet toe aan meer zelfstandigheid. Als gevolg van beperkte cognitieve vaardigheden en/of psychische of verslavingsproblemen is stevige inbedding in zorg noodzakelijk. De hulpverlening is aangepast aan de aard en de ernst van de problematiek (n=5).
3. First things First: door zwangerschap of tienermoederschap is (tijdelijk) stevige zorg nodig (n=2).
4. Groene kwakkelaars: de huisvestingssituatie van deze jongeren lijkt stabiel, maar de voortgang op andere leefgebieden is wisselend. Hulpverleners moeten hier alert blijven om afglijden te voorkomen (n=7).

Subcategorie groen: bijna zelfstandig

Typering van de casussen ‘bijna zelfstandig’, op T₃

- a.

Bijna zelfstandig, geen schulden, goede structuur (2-10030).
- b.

Moeder met kind en vriend + steun schoonouders + GGD + KBR (35-18026).
- c.

Zelfstandig, nauwelijks nog begeleiding, nog wel schulden (4-12045).
- d.

Zelfstandig met begeleiding, intelligent, opleiding, kinderen OTS (11-14067).
- e.

Bijna helemaal zelfstandig, volgt opleiding (44-218128).
- f.

Nog in ambulante woonzorg, maar gaat zelfstandig wonen, vaste baan (14-14118).
- g.

Zelfstandig met woonbegeleiding, naar school voor startkwalificatie (6-10095).
- h.

Coöperatief behalve met dagbesteding, uitstroom gepland (34-18022).
- i.

Dagbesteding, coöperatief, aangemeld KBR, schulden nog niet aan 't aflossen (38-18072).
- j.

Stabiel in 'zware' woonvoorziening; gaat naar 'licht', werken in horeca, nieuwe vriend (42- 18100).
- k.

Helemaal zelfstanding, baan, weer contact met ouders (7-12011).
- l.

Woont helemaal zelfstandig, gaat naar school (47-18172).

Zelfstandige woonsituatie komt voor veel jongeren in zicht

Twaalf jongeren zijn in deze subgroep ingedeeld; op twee na kregen ze op T₂ ook al een groen label. Twee jongeren (k en l) zijn helemaal zelfstandig, zij hebben geen contact meer met hulpverleners en aan de hand van onze informatie vermoeden we dat ze dat goed af gaat. Eén van deze jongeren (l) woonde op T₂ ook al zelfstandig op een kamer, maar toen was de situatie nog niet stabiel (label oranje). Ook haar (voormalige) hulpverleenster was toen kritisch, ook gezien de diagnoses “borderline en ADHD”. Zelf kijkt de jongere positief op haar terug “ze was een van de weinige hulpverleners waarvan ik dacht ‘toppie’ weet je”. Een half jaar later woont zij nog steeds zelfstandig, is begonnen aan een opleiding voor maatschappelijk werk en is vastbesloten het diploma te halen. Ze geeft aan ook haar “stempels” te hebben geaccepteerd. Ze lost wat van haar schulden af, krijgt daarbij steun van haar moeder en er lijken geen grote problemen te zijn ontstaan. Terugkijkend zou ze op financieel gebied “nazorg” gehad willen hebben. De andere zelfstandig wonende jongere (k) werd op T₂ al een modelcliënt genoemd. De hulpverlening zette toen in op herstel van het familiecontact. Dat was een goede keuze, de ruzies zijn bijgelegd, de banden aangehaald en ze gaat verhuizen naar de wijk van haar ouders. De hulpverleningscontacten zijn beëindigd, ze werkt, en gaat binnenkort aan VMBO-4 beginnen.

De andere jongeren in deze subcategorie wonen nog niet helemaal zelfstandig. Zij verblijven in een appartement van de hulpverlening dat ze delen met iemand anders, of hebben een kamer in een woonvoorziening. Een enkeling woont in een zelf gehuurd appartement. Ze hebben met elkaar gemeen dat de begeleiding op een relatief laag pitje staat. Enkelen zien af en toe een hulpverlener wanneer ze met een concrete vraag zitten. De meeste anderen zien wel op regelmatige basis een hulpverlener die de vinger aan de pols houdt.

De jongere van deze groep die nog het stevigst in zorg zit (j), kreeg van ons op T₂ een oranje label. Ze zat nog niet zolang in de woonvoorziening en was zeer ontevreden, onder andere over haar begeleidster die zich overal mee bemoeide. Nu, op T₃, is ze bijgetrokken. Ze heeft een goed gesprek gehad met haar begeleidster en die laat haar nu meer met rust. Ze heeft stage gelopen en haar horecapapieren gehaald en is aan een andere horecacursus begonnen. Ze staat bovenaan de wachtlijst voor doorstromen naar een meer zelfstandige woonvorm. Ook haar vriendje is ingeruild voor een leukere jongen. Alleen haar gebitsproblemen zijn nog onverminderd ernstig.

Veel jongeren hebben gestructureerde dagbesteding

Vrijwel alle jongeren in deze subcategorie hebben een gestructureerde dagbesteding in de vorm van werk of opleiding of een leer/werktraject. Een jonge moeder (b) is de enige die geen structurele activiteit buitenshuis heeft. Zij combineert thuiswerk met de verzorging van haar kindje. De twee kinderen van een andere jonge moeder (c) zijn al langer dan een jaar uit huis geplaatst. Deze jonge vrouw maakt een draai in haar leven. Haar hulpverlener vindt dat ze “met sprongen vooruit” is gegaan. Ze neemt veel meer haar verantwoordelijkheid. Ze hebben samen veel gesprekken gevoerd en “ze heeft dat opgepakt, ze is daar intelligent genoeg voor”. Tijdens T₂ woonde ze op een kamer en recent is ze verhuisd naar een appartement. Ze heeft een verplicht re-integratie traject afgebroken en is in plaats daarvan naar school gegaan. Dat gaat zo goed dat de studiebegeleider haar adviseert een versnelde route te nemen. Wanneer haar inkomsten beter op orde zijn, en haar huis is ingericht denkt ze dat ze kans maakt om haar kinderen zelf te gaan opvoeden.

Jongeren hebben goede motivatie

De motivatie van deze jongeren om hun verworvenheden te behouden of uit te bouwen is over het algemeen groot. Dat geldt voor zowel voor de jongeren met een “gemiddeld intellect” als voor de jongeren met een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”.

Niet vrij van problemen

Het feit dat deze jongeren nu bijna zelfstandig zijn, betekent nog niet dat ze vrij zijn van problemen. Drie jongeren scoren hoog op psychische klachten (BSI) waarvoor er twee (a,e) ook in behandeling zijn. De derde jongere (l) met psychische klachten is niet in behandeling, maar zou dat volgens eigen zeggen wel moeten. Een viertal jongeren (b,c,d,i) heeft een schuld van 10.000 euro of meer (vier andere jongeren in deze subgroep hebben daarentegen geen schulden). Een jongen (f) is volgens de intelligentietest “intellectueel beperkt” en de andere (g) heeft een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”. Deze jongeren zullen onvermijdelijk nog met deze problemen worden geconfronteerd. Vooralsnog is professionele ondersteuning van deze jongeren nog nodig en het is te hopen dat ze, eenmaal zelfstandig, terug kunnen vallen op (professionele) steun.

Wat doen hulpverleners goed?

In principe verschilt het hulpaanbod dat deze jongeren krijgen niet van ander aanbod. Het is verleidelijk de ‘successen’ in deze categorie toe te schrijven aan het coöperatieve gedrag van de jongeren. En voor een groot deel bepaalt hun medewerking aan de begeleiding ook het succes. Motivatie lijkt een cruciale factor: “Je moet er wel voor open staan... ik wilde gewoon verder met mijn leven.” Wat de motivatie versterkt is dat de jongeren de zorg krijgen die past bij hun competenties, hun behoeften en hun motivatie. Voor een deel ligt dat aan juiste keuze voor de benodigde zorgintensiteit aan het begin van het traject (screening en zorgvraagverduidelijking). Voor een ander deel hebben hulpverleners de juiste toon, de goede benadering, gevonden. Voor hulpverleners is dit ook zoeken: “soms moet je het eerst over iets anders hebben voordat je aan je eigenlijke onderwerp toe komt. En dat kost tijd.” Jongeren noemen “goed luisteren” en “inlevings-vermogen” belangrijke eigenschappen. Als hulpverleners levenservaring hebben helpt dat om zich in de situatie van de jongeren te kunnen verplaatsen. In het verlengde daarvan is “betrokken en oprecht” zijn ook belangrijk. Tegelijkertijd moeten hulpverleners competent zijn en zich voor de jongere willen inzetten. Er worden dus nogal wat eisen aan ‘goede’ hulpverleners gesteld, ze moeten zowel competent zijn in het werkelijk luisteren naar wat de jongeren ze te vertellen heeft, en goed de sociale kaart kennen. Niettemin blijft een goede coöperatie van de jongeren essentieel.

Samenvattend

In deze trajecten zien we dat de jongeren in een geschikte woonvorm verblijven en dat ze meewerken aan de uitvoering van hun traject op andere leefgebieden. Voor zover ze in zorg zijn, zijn het voor hulpverleners dankbare cliënten. Ze maken gebruik van het aanbod, laten motivatie zien en boeken progressie.

Subcategorie groen: stevig ingebed

Typering van de casussen ‘stevig ingebed’ op T₃

- a. Zwakbegaafd, getraumatiseerd. Intensieve zorg, oppassen voor hospitalisering. Eventueel opleiding (3-10042).
- b. Zwakbegaafd en getraumatiseerd. Veel gesprekken en intensief dagprogramma doen hem goed. Eventueel opleiding (51-18190).
- c. Verslavingskliniek, vervolgens therapeutische gemeenschap, gestopt met blowen, gaat nu goed (37-18072).
- d. Zwakbegaafd, stevig in zorg, weigert schuldhulp, is toch aangemeld bij KBR (45-18164).
- e. Forse psychische problemen, traag traject, stevige zorg op zijn plaats (8-12045).

Groene labels zijn niet alleen toegekend aan jongeren die bijna zelfstandig zijn. Het belangrijkste criterium bij het labelen is de vraag of er sprake is van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod. De problematiek van de jongeren in deze subcategorie is fors. Het gaat om (combinaties van) LVB, psychiatrie en verslaving. De jongeren hebben ook hiermee samenhangend gedrag laten zien, maar dat leidde niet tot (definitieve) schorsing of verstoord contact met de hulpverlening. Het lijkt er eerder op dat de hulpverleners adequaat reageerden door de zorgintensiteit en/of de focus aan te passen en/of de behandeldoelen bij te stellen.

Woonsituatie stabiel

Alle jongeren in deze categorie verblijven in een zorgsetting. De een met 24/7 begeleiding / toezicht, de ander met wat minder toezicht maar met een intensief dagprogramma. In alle gevallen is de zorg dagelijks aanwezig en aanspreekbaar.

Cognitieve beperkingen

Drie (a, b, d) van de jongeren in deze categorie hebben ook problemen samenhangend met hun licht verstandelijke beperking. Twee daarvan zijn doorgestroomd naar voorzieningen met veel structuur en intensieve begeleiding, maar niet specifiek voor jongeren (beschermd wonen). De derde jongen zit in een speciale woonvoorziening voor jongeren. Het lijkt er ook op dat deze jongeren, door hun cognitieve beperking, niet in staat zijn gedragsalternatieven te ontwikkelen die (ver) buiten het zorgaanbod reiken. Alle drie kregen om dezelfde redenen op T₂ ook een groen label.

Een jongen met LVB (“intellectueel beperkt”) die veel blowt (a) was opgenomen in een dubbele diagnose kliniek (T₁). Hij stroomde daarna door naar een drugsvrije vervolgafdeling. Volgens zijn behandelaar functioneerde hij daar redelijk, raakte veel beter aanspreekbaar, volgde psycho educatie. Maar de jongen voelde zich bekneld: hij wilde weer blowen en vrij zijn. Weken heeft hij toen bij diverse vrienden gezeten en behalve wiet ook cocaïne en heroïne gebruikt. In die periode is zijn RM verlengd. Nu zit hij weer in de kliniek, naar zijn zin, want op deze afdeling mag hij wel blowen (T_{2,3}). Hij functioneert in vergelijking met veel groepsgenoten tamelijk goed. Zijn hulpverlener vindt (T₃) dat hij daarom binnen maximaal een jaar moet zijn doorgestroomd naar een afdeling met minder structuur die een groter beroep doet op zijn zelfredzaamheid.

Bij de tweede jongen (b) lijkt de relatie met zijn begeleider belangrijk. Ze praten veel met elkaar, waarbij de begeleider zijn eigen ‘straatervaring’ inzet om de jongere te motiveren. De jongere waardeert dat (“ik geef hem respect”) maar hij vindt de begeleiding ook zwaar (“het is gewoon ingewikkeld”) en heeft het gevoel dat hij te veel moet knokken om aan alle eisen te voldoen. Hij waardeert het dagprogramma voor zover hij daarbij het gevoel heeft dat het hem dichterbij werk of opleiding brengt. De creatieve ‘vakken’ vindt hij maar onzin.

De derde jongere die als iemand met een LVB te boek staat (d) stroomde vanuit de crisisopvang voor jongeren direct door naar een voorziening voor beschermd wonen. Daar werd hij in eerste instantie nogal overschat (T₂) en moest zijn begeleiding worden aangepast. Nu wordt hij minder zwaar belast en wordt beter gecontroleerd of alles wat hij zegt te gaan doen ook lukt. Zijn onwil om afspraken te maken over financiën heeft aanmelding bij KBR onvermijdelijk gemaakt waardoor hij beheer over financiën zal kwijt-raken. Op T₃ is hij socialer geworden, hij eet nu zonder problemen mee in de groep, hij heeft een stage-plaats en hij wil graag een opleiding gaan volgen. Blowen is nog wel een probleem en de aanmelding bij KBR loopt erg traag.

Voor een van de andere jongeren in deze subgroep (c) is een kliniek gevonden. Hij kreeg in de vorige voor-ziening (categorie “zwaar”, label rood op T₂) te weinig zorg voor zijn psychische klachten. De bereidheid

om meer adequate zorg te krijgen was bij deze jongere altijd aanwezig. De nieuwe zorgsetting ligt buiten Rotterdam.

In de laatste casus (e) speelt de reclassering ook de rol van stok achter de deur. Alle behandel- en begeleidingsafspraken worden met de reclassering gecommuniceerd. Hulpverlener: “er gaat een zekere druk vanuit”. Na een lange periode op de resocialisatieafdeling van de verslavingszorg (T₂, label groen), stroomde deze jongen door naar een IBW (niet speciaal voor jongeren). Pas in deze fase wordt er een begin gemaakt met aanpak van zijn schulden, niet via KBR maar via een andere organisatie. Het op de rails krijgen van dagbesteding gaat traag: eerst arbeidsgewinning (vrijwilligerswerk) dan een leer/werk traject. De relatie met zijn vriendin (zwaar borderline) zorgt voor veel stress. Volgens de intelligentietest heeft deze jongen een “duidelijk beneden gemiddeld intellect”.

Samenvattend

We zien in deze vijf casussen dat de jongeren weliswaar forse problemen hebben, maar dat hun woon / zorgsituatie daarop is aangepast. De zorg en aandacht die ze krijgen is intensief en de jongeren tonen zich binnen deze context coöperatief. Mogelijk spelen RM en reclasseringstoezicht in enkele casussen een ‘motiverende’ rol.

Subcategorie groen: ‘First things First’

Typering van de casussen ‘First things First’ op T₃

- a. Zwakbegaafd, op haar plaats in voorziening voor tienermoeders (categorie “zwaar”)(10-14044).
- b. Belangrijkste is nu geslachtsverandering, werk en opleiding secundair (49-18188).

Twee vrouwen zijn zo in beslag genomen door de grote dingen die staan te gebeuren, dat ze voor weinig anders oog hebben. Een van hen (a) gaat binnenkort bevallen. Ze komt vanuit een situatie van min of meer dakloosheid (T₂, label rood) en woont sinds een paar maanden in een voorziening voor tienermoeders. Ze verheugt zich enorm op het moederschap en bereidt zich er serieus op voor. De relatie met haar destructieve vriend is voorbij en de relatie met haar moeder is verbeterd. Zou deze vrouw niet zwanger zijn, dan was stevige inbedding in zorg (ook) nodig (“intellectueel beperkt”). Dit impliceert dat stevige inbedding ook na de bevalling (blijvend) nodig is.

De andere vrouw woont bijna zelfstandig en heeft minder stevige zorg nodig. Ze is bezig met, door middel van geslachtsverandering, een volledige vrouw te worden. Ze is net als op T₂ (label groen) met weinig anders bezig dan dat en heeft geen belangstelling voor een opleiding of werk. Het enige wat telt is de behandeling en toekomstig zelfstandig wonen. Volgens de hulpverlening verdient ze geld in het circuit van transgender prostitutie en gebruikt ze deze woonvoorziening alleen om met urgentie een zelfstandige woning te kunnen krijgen. Het vermoeden van prostitutie wekt bij de hulpverlening geen bijzondere verontrusting en lijkt te worden geaccepteerd als een bewuste keuze, niet gedreven door trauma, drugs of manipulatie. Haar mentor

heeft in de loop van de begeleiding gemerkt dat ze “te streng” was, het werkte “averechts”. Ze is toen van benadering veranderd en is meer gaan luisteren naar de jongere. Hun relatie is daardoor verbeterd.

Samenvattend

In deze twee casussen gaat het voorlopig goed. Deze jonge vrouwen staan op een kantelpunt in hun leven en ze geven daaraan alle aandacht. Het niveau van zorg is aangepast aan hun niveau van functioneren.

Subcategorie groen: groene kwakkelaars

In deze groep hebben we zeven casussen ingedeeld. Al deze jongeren lijken op de juiste plaats te zitten, maar tegelijkertijd zien we dat ze kwetsbaar zijn en niet zonder de huidige zorg kunnen. Hun traject verloopt traag, met ups en downs en ook hun motivatie om bereikte resultaten vast te houden is wisselend. De rol van de hulpverlening in het succes, of het uitblijven daarvan roept vragen op. Met een meer pessimistische blik zou een aantal casussen oranje kunnen worden gelabeld. Vier jongeren kregen op T₂ ook een groen label omdat ze vooruitgang lieten zien en omdat ze rustiger waren geworden. Met twee andere jongeren ging het een half jaar geleden minder goed. Hun situatie was niet stabiel (oranje). Over de zevende casus hadden we op T₂ onvoldoende informatie.

Typering van de casussen ‘groene kwakkelaars’ op T₃

- a. Naar ambulante woonbegeleiding, gestopt met blowen, stijgende lijn, begonnen met opleiding (17-14208).
- b. Langzame cliënt, die wel zijn schulden afloste. Kwetsbaar in de groep, doorstromen naar meer zelfstandig (54-18231).
- c. Woont stabiel bij schoonouders, EMDR gepland, maar gaat hij ook? (39-18075).
- d. Na ‘verwaarlozing’ door hulpverlener, nu de juiste persoon (25-16154).
- e. Nieuwe begeleider oké. Motivatie voor school matig. Naar BoumanGGz voor blowen (55- 18237).
- f. Bijna zelfstandig, weinig begeleiding, maar psychisch kwetsbaar (24-16152).
- g. Zojuist zelfstandig gaan wonen, kwetsbaar, geen dagbesteding (13-14105).

Woonsituatie

In twee casussen (a,b) zien we dat het traject moeizaam verloopt maar dat ze toch gaan doorstromen naar een meer zelfstandige woonvorm. Het is de vraag of ze zich straks in deze nieuwe situatie zullen redden. Een van de hulpverleners (b) geeft aan dat voorzetting van de begeleiding nodig is, een signaal dat ze niet gerust is op een goede afloop (beiden label groen op T₂)

Een jongen (c) woont al weer maanden in bij zijn schoonouders. Tijdens de vorige meting beoordeelden we dat nog als kwetsbaar (label oranje) maar een half jaar later gaat het nog steeds goed. Gast en gast-gezin (vooral de moeder) lijken aardig op elkaar ingespeeld. De professionele begeleiding is de afgelopen maanden beperkt geweest. Het is wenselijk dat de jongere CGT met EMDR therapie gaat volgen (trauma-behandeling). Hij is daar ook voor aangemeld. Zijn ambulante behandelaar is er niet helemaal gerust op dat de jongere ook daadwerkelijk hiermee aan de slag zal gaan. Een eerdere traumabehandeling heeft hij afgebroken. Hij heeft meer zin in de geplande autorijlessen.

Goede klik met hulpverlener

In twee (d,e) casussen hebben we gezien dat het switchen van hulpverlener het verschil kan maken. Het gaat om jongeren die niet gemakkelijk zijn en ook veel psychische klachten rapporteren. Een ervan krijgt het verwijt veel en vaak te liegen en verscheen vaak niet op afspraken met de begeleiding (T₂, label oranje). Tijdens de laatste meting blijkt dat de begeleider dit gedrag afkeurde en dit liet blijken door de jongere links te laten liggen. Hierdoor ontstond er een patstelling, waarin niemand meer bewoog. Pas na een paar maanden is de jongere overgedragen aan een andere begeleider en dit lijkt veel beter te werken. Het contact is beter, de hulpverlener toont belangstelling en zit ‘m ook achter de broek en de jongere waardeert dat. De andere jongere toont zich weinig gemotiveerd om haar opleiding af te maken. Ze blowt veel en lijkt niet de consequenties van haar doen en laten te overzien (“intellectueel beperkt”). Gelukkig was ze zo assertief om een andere begeleider te vragen. Ze vindt dat als een begeleider zich “te zakelijk en te professioneel opstelt en niet iets van zichzelf geeft” zij zich niet open kan stellen. Met de nieuwe begeleider heeft ze een betere klik, ze merkt “dat die echt betrokken met je is”. De mentor “laat me zelf naar het antwoord zoeken door bepaalde vragen te stellen.” Deze aanpak bevalt haar. Mede hierdoor heeft ze zich aangemeld bij BoumanGGz, zet ze een tandje bij op school en werkt ze mee met aflossen van haar schulden. Op T₂ hadden we onvoldoende informatie om een label toe te kennen.

Kwetsbaar

In één casus (f) lijkt op het eerste gezicht alles goed te gaan. De jongen woont in een woonproject voor jongeren, maar heeft flinke zelfstandigheid. Hij wisselde van school (T₂) en presteert nu op zijn niveau. Wel heeft hij een hoge schuld en is psychisch kwetsbaar, heeft weinig sociale contacten en de neiging zich in zijn kamer op te sluiten. Hulpverleners vermoeden “psychotische trekjes” (T₁) of problemen in het “autisme spectrum” (T₂). De jongere had verwacht dat de begeleiding, de “tips en tools” die hij kreeg, beter bij hem zouden aanslaan maar er is in zijn welbevinden niet zoveel veranderd. Hij kreeg op T₂ een groen label.

Eén meisje (g) woonde lange tijd in bij haar zus (T₂, label groen) en is ten tijde van het laatste interview zojuist verhuisd. Het huis is nog volledig kaal. Volgens haar hulpverleenster op T₂ had ze eigenlijk naar een begeleid wonen constructie toe moeten, nu kan ze op afroep hulp in schakelen. Het meisje vertelt dat haar bankpas was geblokkeerd en ze kon dus geen geld pinnen, daarom is ze gestopt met een leerwerk-traject. Ze zoekt nu via het Jongerenloket ander werk. Ze is meegaand maar ook “intellectueel beperkt” en daarmee ook kwetsbaar.

Samenvattend

In de categorie kwakkelaars zien we jongeren die al langere tijd in een traject zitten en in een aantal gevallen zijn ze ook doorgestroomd naar een andere voorziening. Tegelijkertijd zien we ook dat deze jongeren kwetsbaar zijn; de trajecten lopen niet vlot, er wordt van hulpverlener gewisseld en/of er zijn motivatie problemen. In sommige casussen laten de hulpverleners het een beetje gebeuren zonder echt (tijdig) in te grijpen. In andere casussen laten de hulpverleners de jongeren los terwijl ze nog niet zonder zijwieltjes lijken te kunnen fietsen.

4.2.4 Welke veranderingen zijn er in de verdeling van de labels?

De casussen zijn zowel op T₂ als op T₃ gelabeld maar bij de beschrijving in dit hoofdstuk was het op T₃ toegekende label uitgangspunt. Het labelen op T₃ heeft zoveel mogelijk onafhankelijk plaats gevonden van de labeling op T₂ maar wel met dezelfde vraag als vertrekpunt: “is hier sprake van een match tussen zorgvraag en zorgaanbod?”.

In tabel 4.1 is te zien hoe de verdeling van de labels is verschoven op T₃ ten opzichte van T₂. Opvallend daarbij is dat de meeste casussen die op T₂ stabiel waren (groen) dat ook nog zijn op T₃. In de rode en oranje gelabelde casussen is meer dynamiek te zien.

Tabel 4.1 Toegekende labels op T₂ en T₃ (N=55)

	T ₂	T ₃			
		Groen	Oranje	Rood	Onbekend
Groen	27	19	4	3	1
Oranje	12	4	3	3	2
Rood	12	2	3	4	3
Onbekend	4	1	-	1	2
	55	26	10	11	8

De relatief grote verschuivingen in de casussen met rood en oranje label, en de relatieve rust in de groep met het groene label lijken te bevestigen dat de indeling die we hebben gemaakt valide is. Echter, de subgroep “groene kwakkelaars” is kwetsbaar en de stabiliteit van de situatie in deze subgroep is onzeker.

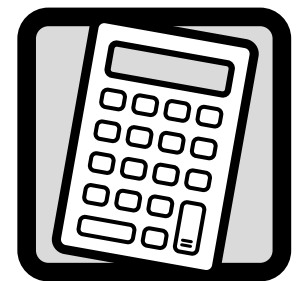
4.3 Samenvatting hoofdstuk 4

In casussen die we rood hebben gelabeld is geen goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. In oranje casussen is die aansluiting ook problematisch maar zijn de gevolgen (nog) niet ernstig. Het gaat bij de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod, om twee ‘partijen’ die elkaar moeten vinden. In het geval van de rode en oranje casussen, bestaat bij hulpverleners de neiging om de ernstige problematiek van de jongeren te benadrukken. Dat is terecht, want de jongeren hebben ook ernstige problemen. Het drukt echter ook uit dat het aan de kant van de hulpverleners ontbreekt aan een effectieve respons. Het gaat om ongeveer de helft van de casussen. In de groen gelabelde casussen is de aansluiting tussen vraag en aanbod beter. Enerzijds omdat de jongeren beter meewerken, anderzijds omdat hulpverleners de juiste aanpak hebben gevonden. Desondanks zien we ook in deze groep een aantal zeer kwetsbare jongeren waarbij de balans tussen vraag en aanbod fragiel is.

knelpunten

hoofdstuk 5

Knelpunten in de aansluiting zorgvraag en zorgaanbod



Hoofdstuk 5

Knelpunten in de aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

We beschrijven in dit hoofdstuk knelpunten die zijn gedestilleerd uit de kwalitatieve analyse in hoofdstuk 4 en knelpunten die zijn genoemd in een inventarisatieronde onder professionals betrokken bij de zorg voor dak- en thuisloze jongeren (zie 2.6)

5.1 Knelpunten voortkomend uit de analyse op casusniveau

Op het eerste gezicht lijken de knelpunten die uit de analyse op casusniveau komen divers (zie tabel 5.1). Het gaat om onderbehandeling van problemen, om geringe doorstroom, onvoldoende flexibiliteit van voorzieningen en knelpunten met betrekking tot methodische aspecten van zorg. Echter, bij al die knelpunten spelen in meer of mindere mate ook motivationele aspecten een rol. Het gaat daarbij soms om actief verzet tegen de behandeling, soms om passief verzet, maar ook gaat het om de worsteling van hulpverleners om daarop invloed uit te oefenen. Uitdrukkingen als “zorg mijden”, “gebrekkige motivatie”, “lamlendig”, “een hoge mate van zelfsturing”, en “onbegeleidbaar” zijn allen variaties op dit thema. In tabel 5.1 staat een overzicht.

Tabel 5.1 Knelpunten die voortkomen uit de analyse op casusniveau

1	Jongeren met zware problematiek in een te lichte zorgvoorziening
2	(Woon)zorginstellingen onvoldoende flexibel
3	Doorstromen is wachten
4	Dilemma's rondom motivatie
4a	Hulpverleners zetten jongeren te weinig onder druk
4b	Hulpverleners zetten jongeren te veel onder druk
5	Psychische problemen onvoldoende behandeld
6	Onvoldoende behandeling van agressieproblemen

1. Jongeren met zware problematiek in een te lichte zorgvoorziening

In een aantal casussen hebben we gezien dat er ‘zware gevallen’ in een te lichte zorgsetting verblijven. De zwaarte van de problematiek van deze jongeren laat zich onder andere gelden door het niet verschijnen op of zich houden aan afspraken. Hulpverleners zien zich hierdoor gedwongen meer tijd en energie in deze jongeren te steken dan ze officieel hebben. Als de situatie onhoudbaar wordt of uit de hand loopt, kan in het gunstigste geval worden doorverwezen naar een andere zorgsetting, maar het kan ook leiden tot uitzetting of schorsing.

Een van de redenen waarom jongeren met ernstige (gedrags)problematiek in lichte voorzieningen terecht komen is dat de ernst van de (gedrags)problematiek zich relatief laat openbaart. Pas als de jongere goed en wel in de voorziening verblijft en de begeleiding op gang moet komen, openbaren zich de eerste onvermoede problemen. Maar ook zien we dat sommige jongeren slechts huisvesting en inkomsten willen en aanvullend zorgaanbod op een afstand houden. Hulpverlening is vrijwillig, als een jongere per se zelfstandig wil gaan wonen, kan een hulpverlener hem/haar niet tegen houden, ook al is het voorspelbaar dat het mis zal gaan.

2. (Woon)zorginstellingen onvoldoende flexibel

Een met bovenstaand knelpunt samenhangend knelpunt, is dat het (woon)zorgvoorzieningen ontbreekt aan voldoende flexibiliteit om de zorg (snel) te intensiveren of op te schalen. De rek in het zorgaanbod is beperkt en het aanvragen van aanvullende (financiering voor) zorg is tijdrovend en de uitkomst ervan onzeker. Soms is er (aanvullende) diagnostiek nodig waaraan de betreffende jongere niet wil meewerken. In grotere voorzieningen waar veel jongeren in één gebouw wonen, is onvoldoende diversiteit in aanbod om jongeren intern over te plaatsen naar een plek waar meer aandacht, veiligheid en maatwerk mogelijk is.

3. Doorstromen is wachten

Wanneer is besloten dat een intensievere vorm van zorg beter passend is voor een jongere, gaat er vaak nog veel tijd overheen om daadwerkelijk door te stromen. In een aantal casussen hebben we gezien dat doorstromen naar een (andere) RIBW veel tijd kost. Een lange wachtlijst of transitieperiode werkt demotiverend, zeker wanneer de reguliere zorgtermijn er al op zit. Vervolgzorg zou naadloos moeten aansluiten, zowel inhoudelijk als volgtijdelijk.

4. Dilemma's rondom motivatie

Uit de analyse van de casussen rijzen twee perspectieven op over de inzet van hulpverleners ten aanzien van ongemotiveerde jongeren:

- a. ze zetten jongeren te weinig onder druk om hen te veranderen
- b. ze zetten jongeren te veel onder druk om hen te veranderen

4a. Hulpverleners zetten jongeren te weinig onder druk

Hulpverleners zetten jongeren te weinig onder druk om hen te veranderen, omdat ze te laat erkennen dat (passief) verzet van de jongeren leidt tot grote problemen. Hulpverleners zijn geduldig, ze nemen de tijd voor relatieopbouw maar daardoor zal een aantal jongeren ze ontglippen. Tegelijkertijd zien we ook dat hulpverleners onvoldoende (sanctie) middelen hebben om jongeren te motiveren. Dit geldt met name voor ambulante begeleiding c.q. behandeling. Als ambulant hulpverlener heb je weinig tools in handen om jongeren te motiveren, je kunt ze geen privileges gunnen of afnemen. Het methodische arsenaal om jongeren te motiveren lijkt beperkt tot verleidingstactieken en bemoedigend of vermanend toespreken. We hebben gezien dat stagnerende casussen te lang blijven doormodderen onder de hoede van één hulpverlener. Als het contact tussen een jongere en hulpverlener moeizaam gaat, wordt de jongere niet tijdig overgedragen aan een collega.

4b. Hulpverleners zetten jongeren te veel onder druk

Hulpverleners zetten jongeren in een aantal gevallen te veel onder druk om hen te veranderen, omdat ze (passief) verzet onvoldoende erkennen als symptoom van onderliggende problematiek. Wanneer jongeren zich moeilijk begeleidbaar opstellen en zich niet gemotiveerd tonen, is het de vraag of dit (passieve) verzet een weloverwogen 'niet willen' is, of dat er veeleer sprake is van een 'niet kunnen'. Een goede analyse van de onderliggende problematiek kan de reden van het (passieve)verzet verklaren en handelingsperspectieven bieden aan de hulpverlener. Samenwerking tussen woonzorg en ambulante GGZ (ACT) kan hierbij behulpzaam zijn. Dat gebeurt niet in alle casussen even systematisch.

5. Psychische problemen onvoldoende behandeld

Een dilemma dat samenhangt met te weinig (of te veel) onder druk zetten is dat hulpverleners er bij een deel van de jongeren achterkomen dat psychische problemen onvoldoende of niet behandeld zijn. Wanneer dring je hulp op en tot wanneer laat je een jongere aanmodderen en lijden? Niet alle hulpverleners beschikken over voldoende vertrouwen (van de jongere) en vaardigheden om effectieve hulpverleningsrelaties aan te gaan. Jongeren blijken lang niet altijd aan hun psychische en emotionele problemen te willen 'werken', ondanks de lijdensdruk.

6. Onvoldoende behandeling van agressieproblemen

Tot slot bleek het een knelpunt dat ondanks gekende agressieproblemen een aantal jongeren de behandeling voor agressie vroegtijdig afbrak, of geen voorrang kreeg op de wachtlijst voor de training agressie regulatie. Voorrang krijgen op een dergelijke wachtlijst is wellicht niet realistisch; veel agressieproblemen zijn immers urgent. Na een herhaald agressie-incident is op last van de rechter de agressieregulatie behandeling wel snel van de grond gekomen. Deze casussen illustreren de belangrijke rol van

een gedwongen kader en als keerzijde illustreert het ook de machteloosheid van hulpverleners wanneer dat kader ontbreekt.

5.2 Knelpunten voortkomend uit de interviewronde onder professionals

In deze paragraaf bespreken we de knelpunten en ontwikkelingen die te berde zijn gebracht door professionals in de interviewronde (zie 2.6). We hebben de knelpunten verdeeld over vier categorieën:

1. Regie en samenwerking (zie 5.2.1);
2. Behandel- en begeleidingsaanbod (zie 5.2.2);
3. Begeleidings- en behandelmethodiek (zie 5.2.3);
4. Financiering van zorg (zie 5.2.4).

In sommige gevallen zijn geopperde knelpunten niet direct aanwijsbaar knellend, in de zin dat ze belemmerend zijn voor zorgverlening, maar we hebben ze toch als zodanig opgenomen omdat het van belang is ze onder de aandacht te brengen.

Ten behoeve van de expert meeting hebben we bij elk knelpunt ook oplossingsrichtingen benoemd en betrokken partijen genoemd die mede verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de oplossing. Na de beschrijving van elk knelpunt worden deze oplossingsrichtingen en betrokken partijen genoemd en ten aanzien van enkele van de belangrijkste knelpunten zullen ze in paragraaf 6.4 (discussie) nogmaals de revue passeren.

5.2.1 Knelpunten met betrekking tot regie en samenwerking

In deze categorie stippen we eerst kort enkele ontwikkelingen aan en gaan we vervolgens in op de knelpunten. De knelpunten in deze categorie zijn onder te verdelen in zaken die de COJ keten raken, knelpunten in het cliëntvolgsysteem e-Vita en knelpunten in de zorg voor delinquente jongeren. Aan het eind van de paragraaf presenteren we de belangrijkste uitkomsten van de expert meeting (zie 2.6).

In de loop van 2010 is de systematiek van COJ steeds beter gaan functioneren. Het Jongerenloket (JL) is daadwerkelijk de trechter geworden waar alle aanmeldingen doorheen gaan. De kwaliteit van de zorgvraagverduidelijkingen (ZVV) en trajectplannen wordt volgens de deelnemers aan de TTCJ steeds beter. Het maken van een ZVV is een standaard activiteit geworden die hulpverleners een beter zicht biedt op de aard en de ernst van de problematiek van een jongere op alle leefgebieden.

De TTCJ vervult in de perceptie van veel geïnterviewden een belangrijke rol in de gemeentelijke regie. Het is de centrale plaats waar, in het licht van een passend (woon)zorg aanbod, de problematiek van de jongeren wordt besproken. In de aanmeldfase wordt naar de TTCJ toegewerkt omdat daar de zorgvraagverduidelijking (ZVV) collegiaal wordt getoetst. Tijdens de TTCJ bijeenkomst wordt vastgesteld welk zorgaanbod de jongere kan worden gedaan. Een tiental geïnterviewden heeft persoonlijk ervaring

met TTCJ bijeenkomsten. De overheersende teneur bij deze groep is dat zij tevreden zijn over de TTCJ (“inhoudelijk en constructief”). Het feit dat zorgaanbieders bij elkaar aan tafel zitten en dat ze op casus-niveau zorgvuldig zoeken naar passende oplossingen wordt als positief ervaren. De deelnemers vinden van elkaar dat ze betrokken zijn bij de jongeren en dat er een grote bereidheid is tot samenwerken. De bijeenkomsten zijn vaak ook leerzaam. Er worden jongeren met uiteenlopende problematiek besproken waardoor de deelnemers een beter beeld krijgen van verschillende probleemsoorten van jongeren, zoals LVB- en GGZ-problematiek. Door deelname aan de TTCJ raken organisaties met elkaar bekend en worden er zowel tijdens als na de bijeenkomst ‘zaken’ gedaan.

De vertegenwoordigers van de gemeente in de TTCJ (waaronder de voorzitter) worden als betrokken en deskundig ervaren. Regelmatig worden tijdens de vergadering nog wat puntjes op de i gezet van de ZVV, zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) en/of de registratie in e-Vita. Dit gebeurt altijd op inhoudelijke gronden en respectvol en wekt daarom geen wrevel bij de deelnemers.

Sinds juni 2010 is het cliëntvolgsysteem e-Vita voor jongeren operationeel. Alle deelnemers aan het gemeentelijke cliëntvolgsysteem e-Vita worden geacht nieuwe cliënten in te voeren en relevante gebeurtenissen omtrent de jongeren te registreren. e-Vita blijkt vooral een belangrijke informatiebron te zijn voor mensen die zelf geen cliëntencontact hebben. Dat geldt uiteraard voor de trajectregisseurs maar ook voor de deelnemers aan de TTCJ die zelf geen casuïstiek inbrengen maar meelesen. Verder wordt e-Vita vooral gebruikt door (woon)zorginstellingen om zich voor te bereiden op de intake van cliënten.

In tabel 5.2 staan de knelpunten opgesomd die betrekking hebben op regie en samenwerking.

Tabel 5.2 Knelpunten met betrekking tot regie en samenwerking

COJ keten	
1	Aansluiting jeugdzorg en bijzondere huisvesting jongeren niet goed
2	Jongerenloket slordig
3	Onderschatting (ernstige) problematiek door onvoldoende screening van jongeren aan begin van een traject
4	Indeling in zorgzwaartecategorieën onvoldoende duidelijk/uitgewerkt
5	TTCJ vermindert zeggenschap van instellingen over eigen opnamebeleid
6	Instellingen hanteren te vaak en te strikt contra-indicaties voor opname jongeren
7	Uitvoering WIJ door JL te eenzijdig
e-Vita	
8	Incidenten in e-Vita geregistreerd kunnen stigma worden
9	e-Vita te eenvoudig toegankelijk
10	Tabblad psychiatrie afgeschermd voor hulpverleners MO
11	e-Vita is “instellingsvreemd”
12	Functie “verblijf” onvoldoende flexibel
13	Inter-beoordelaar betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheidsmatrix niet gewaarborgd
Combinatie zorg en handhaving	
14	Nazorg delinquente jongeren kan effectiever
15	Reclasseringstoezicht onvoldoende effectief ingezet

1. Aansluiting jeugdzorg en bijzondere huisvesting jongeren niet goed

Het is bekend dat de aansluiting van Jeugdzorg op vervolgzorg niet zonder problemen is. Een structureel probleem is dat de indicatie-, financierings- en verantwoordingssystemen verschillend zijn voor de jeugdzorg en de volwassenzorg. In de jeugdzorg worden jongeren vaak in een gedwongen kader (OTS) behandeld of begeleid. Wanneer jongeren bijna 18 jaar zijn en dan in aanraking komen met jeugdzorg, wordt ze helemaal geen aanbod gedaan. De tijd die rest onder het jeugdzorgregime is kennelijk te kort om nog een traject op te zetten. Zodra jongeren 18 jaar worden valt het gedwongen kader weg. Veel jongeren nemen die vrijheid te baat. Het ontbreekt ze aan een aantrekkelijk perspectief waarbij de zo gewenste vrijheid en passende zorg worden gecombineerd in een woon zorgarrangement. Niet zelden verdwijnen ze dan een tijd uit beeld om zich na een tijd, dakloos en berooid, bij het JL te melden. In een aantal gevallen wordt door jeugdzorg al op jongere leeftijd bij JL geïnformeerd naar een plaats in de MO. Nu is de situatie zo dat de MO alleen toegankelijk is voor jongeren van 18 jaar en ouder. Over het algemeen worden instellingen voor jeugdzorg door medewerkers van de MO als moeilijk toegankelijk ervaren. De informatieoverdracht is minimaal, waardoor het aanbieden van passende (woon)zorg wordt bemoeilijkt. Slechts bij uitzondering doet een medewerker van een jeugdzorginstelling moeite om de overdracht vloeiend te laten verlopen.

Oplossingsrichting Over dit lastige en hardnekkige probleem zijn diverse deelonderzoeken verschenen (Weekers & Sohler, 2007; Fransen et al., 2009). Een Rotterdamse organisatie die zowel jeugdzorg als 18+ zorg levert (Flexus), experimenteert met vormen van zorg waarbij de overdracht naadloos is. Kenmerkend is dat het jeugdzorgdeel zich uitdrukkelijk richt op meer zelfstandige vervolgzorg na het bereiken van het 18^e levensjaar. Hierop kan verder worden voortgeborduurd. Jeugdzorg en vertegenwoordigers van bijzondere huisvesting voor jongeren zouden de mogelijkheden van dergelijke overdrachtsconstructies kunnen exploreren. De leeftijdsgrens van 18 jaar bijvoorbeeld. Is die uitsluitend gesteld in verband met het recht op financiering (WIJ)? En zo ja, zijn er ook andere financiële constructies denkbaar? Met een pragmatische attitude zouden betrokken verantwoordelijken in een pilot project sectoroverschrijdende oplossingen kunnen zoeken op basis van concrete casuïstiek. Monitoring en evaluatie van gevonden oplossingen kunnen de basis vormen van toekomstig beleid. Deze aanbeveling is in overeenstemming met enkele overwegingen in het Convenant Centraal Onthaal Jongeren (Gemeente Rotterdam, 2007).

Betrokken partijen Instellingen voor jeugdzorg, SoZaWe, COJ.

2. Jongerenloket slordig

Het Jongerenloket (JL) is de plaats waar dak- en thuisloze jongeren door het COJ team worden geïnterviewd (een intake krijgen) en waar geprobeerd wordt ze te helpen bij het vinden van dagbesteding, inkomen en onderdak. Over dit deel van JL bestaat over het algemeen tevredenheid. De medewerkers zijn toegankelijk en bereid met (woon)zorgorganisaties mee te denken. De kritiek op JL, die er ook is, kan worden samengevat als “slordig” en “niet flexibel”. Het gaat om het kwijt raken van door jongeren moeizaam verzamelde papieren, een snel wisselend personeelsbestand en soms hooghartige bejegening. Deze kritiek zet de goede naam van het JL als een constructieve samenwerkingspartner onder druk.

Oplossingsrichting De kritiek is bekend bij JL en in respons daarop zijn werkprocessen anders ingericht en wordt gewerkt aan de formatie en behoud van een vast COJ intake team.

3. Onderschatting (ernstige) problematiek door onvoldoende screening van jongeren aan begin van een traject

Een terugkerende observatie is dat aan het begin van een traject (bij screening door COJ bij het maken van de ZVV) de problematiek (vooral de combinatie LVB, GGZ en middelengebruik) van de jongeren wordt onderschat. Hierdoor worden ze niet in de best passende voorziening geplaatst. Dit blijkt echter pas nadat de jongere al een paar weken of maanden in een traject zit en in de betreffende voorziening moeilijk is te handhaven.

Geïnterviewden geven aan dat, om een vermoeden van LVB te controleren, de intake goed moeten doorvragen naar de schoolcarrière. Jongeren met LVB zijn geneigd hun lage niveau en falen op school te maskeren. Anderen geven aan dat aanvullende informatie van bijvoorbeeld Jeugdzorg zou helpen een goede inschatting te maken, maar dat deze informatie juist vaak ontbreekt. Er wordt op gewezen dat degene die de jongeren als eerste doorverwijst (JL) en de maker van ZVV heel goed moet weten wat een ontvangende organisatie wel en niet kan bieden en of dit past bij de mogelijkheden van de jongeren. Medewerkers die werken in een setting waar vooral jongeren met ernstige problematiek worden opgevangen (crisisopvang) of begeleiden, hebben een ander referentiekader dan medewerkers die voorna-

melijk met minder ernstige problematiek te maken hebben. Hierdoor kan bij het maken van een ZVV in een zwaardere zorgcontext de neiging ontstaan problemen als minder ernstig te zien. Bovendien kunnen jongeren de neiging hebben hun problemen te bagatelliseren omdat ze ‘solliciteren’ naar een opvangplaats.

Oplossingsrichting De medewerkers van het COJ intake team zouden opgeleid kunnen worden in het gebruik van de ZRM als hulpmiddel bij het inschatten van de ernst van de problematiek en bijbehorend (woon)zorgaanbod. Een goed gebruik van de ZRM kan de effectiviteit van doorverwijzingen in een vroeg stadium vergroten. De hulpverleners die de ZVV maken zouden gebruik kunnen maken van (gevalideerde) screeningsinstrumenten om verslaving en GGZ problematiek te kunnen detecteren. Voor LVB bestaan geen gevalideerde instrumenten.

Een degelijke, up-to-date kennis en het aanvoelen van de zorgprofielen van verschillende (woon)zorgvoorzieningen zijn belangrijk om adequate trajectvoorstellen te kunnen maken. Naast de casuïstiekbespreking in de TTCJ, die een belangrijke feedbackschakel vormt, is uitwisseling op een breder niveau tussen medewerkers van voorzieningen een instrument om een hecht en goed verwijsnetwerk te creëren (bijvoorbeeld: intervisie seminars, toehoorderschap bij TTCJ, uitwisselingsstages).

Betrokken partijen JL, aan COJ deelnemende (woon)zorgvoorzieningen.

4. Indeling in zorgzwaartecategorieën onvoldoende duidelijk/uitgewerkt

In de dagelijkse praktijk van COJ wordt gewerkt met de categorieën “licht”, “midden”, en “zwaar”. De categorieën kennen een oplopende zorgintensiteit. Het is een hulpmiddel om jongeren vanuit het JL door te verwijzen naar een woonvoorziening in één van deze categorieën. De indeling “licht”, “midden”, “zwaar” is ook de grondslag voor financiering van gemeentelijke woonzorgtrajecten. Door enkele geïnterviewden is erop gewezen dat de omschrijving van deze categorieën niet voldoende is uitgewerkt. De veronderstelling is dat psychiatrische problematiek “zwaar” is en psychosociale problematiek “licht”. Gedragsproblemen zijn ook “zwaar”. Maar de zaak ligt genuanceerder. Psychosociale problemen kunnen veel meer aandacht vragen dan psychische problemen die met medicatie onder controle zijn. Jongeren met gedragsproblemen verdragen niet altijd de prikkels en structuur die wonen in een voorziening met andere jongeren (categorie “zwaar”) met zich mee brengt en zijn misschien beter af in een lichtere voorziening. De benodigde zorgintensiteit van individuele jongeren correspondeert niet altijd met de indeling in deze categorieën. (woon)Zorginstellingen hebben daar last van omdat ze per saldo veel meer tijd kwijt zijn aan een jongere dan je op grond van het label zou mogen verwachten.

Oplossingsrichting Er zou opnieuw kritisch naar de indeling in zorgzwaartecategorieën moeten worden gekeken. De uitkomst van deze review kan een uitgebreide(re) toelichting zijn of een ander indelingsprincipe dat meer recht doet aan de specifieke problematiek van de jongeren en de geleverde zorg.

Betrokken partijen De aan COJ deelnemende (woon)zorgvoorzieningen die hier last van hebben zouden initiatief tot beter passende categorisering kunnen nemen. De gemeente zou zich ontvankelijk kunnen opstellen voor constructieve suggesties.

5. TTCJ vermindert zeggenschap van instellingen over eigen opnamebeleid

Kritische geluiden zijn er ook. TTCJ is de plaats waar dakloze jongeren aan een (woon)zorgtraject worden gekoppeld. Instellingen verliezen door die rol van de TTCJ zeggenschap over hun voorkeur. Hoewel instellingen formeel nog wel “nee” kunnen zeggen tegen een jongere, gaat er van de TTCJ een grote druk uit

jongeren op te nemen. Hierdoor laten instellingen zich soms verleiden jongeren op te nemen die niet in hun profiel passen, of, in geval van opname in een voorziening waar ook andere jongeren wonen, worden wel eens jongeren geaccepteerd die een vruchtbare groepsdynamiek verstoren. Dit kan ook gebeuren als het intake team van COJ een crisisgeval bij een woonvoorziening plaatst omdat er nergens anders plaats is. Zowel de jongeren als de instellingen betalen dan later de prijs als de jongere niet kan blijven. Jongeren die zichzelf bij een instelling aanmelden doorlopen toch gewoon de route via COJ. Pas in de TTCJ wordt definitief besloten welk (woon)zorgtraject de jongeren krijgt aangeboden. De verplichte ‘omleidingsroute’ van de zelfmelders zorgt er voor dat niet alle jongeren op de door hun gewenste plek van bestemming aankomen. In het verlengde hiervan betekent de verminderde zeggenschap over het eigen opnamebeleid dat (woon)zorgvoorzieningen voor de financiële exploitatie meer afhankelijk worden van het COJ. Alle aanmeldingen lopen immers via het COJ en jongeren van buiten de regio, die de bezettingsgraad zouden kunnen verhogen, kunnen niet meer direct worden opgenomen.

Oplossingsrichting 1 Een aanbeveling zou kunnen zijn dat de TTCJ deelnemers hun voorkeur streng bewaken en alleen precies passende cliënten toelaten. Afgezien dat een 100% match nooit is te garanderen, zou een dergelijke houding afbreuk doen aan de doelstelling van het Convenant COJ (Gemeente Rotterdam, 2007) om het bestaan en de duur van dak- en/of thuisloosheid onder jongeren zoveel mogelijk te bekorten.

Betrokken partijen Deelnemers TTCJ.

Oplossingsrichting 2 Om beter zicht te krijgen op de aard van de ‘moeilijk plaatsbaren’ houdt de TTCJ een registratie van problematiek bij van jongeren die ‘niet’ of ‘onder voorbehoud’ door voorzieningen worden opgevangen. Dit levert inzicht op in hoe vaak instellingen tegen hun zin een jongere opnemen, hoe deze cases verlopen en of dit (vaker) tot problemen leidt. Voorts zal hierdoor duidelijker worden welke problematiek niet wordt opgevangen en een beter zicht ontstaan op welk zorgaanbod ontbreekt.

Betrokken partijen Secretaris/voorzitter TTCJ.

6. Instellingen hanteren te vaak en te strikt contra-indicaties voor opname jongeren

Enkele deelnemers merken op dat ze de TTCJ behoudend vinden. Zij vinden de deelnemende leveranciers van woonzorg “huiverig”. Ze zijn vaak (te) terughoudend om jongeren die een agressie-incident op hun naam hebben staan op te nemen. Incidenten gaan in dat soort gevallen werken als contra-indicaties (zie ook punt 8). In het verlengde daarvan vinden sommigen dat contra-indicaties te strikt worden gehanteerd, waardoor jongeren onterecht een opvangplek wordt onthouden. Het lijkt hier vooralsnog te gaan om incidenten, maar het kan een structureel probleem worden. De verwachting is dat het aantal complexe casussen in de toekomst zal toenemen (o.a. door het schrappen van de LVB grondslag in AWBZ). Het strikt hanteren van contra-indicaties lijkt tegenstrijdig met de gemeentelijke doelstelling die wil voorkomen dat door een gebrek aan aanbod jongeren op straat komen te staan.

Oplossingsrichting Een vergroting van de competenties en professionaliteit van de teams van woonzorg voorzieningen, verkleint de noodzaak tot contra-indicaties.

Betrokken partijen Deelnemers TTCJ die woonzorg aanbieden (competenties).

7. Uitvoering WIJ door JL te eenzijdig

Als de jongeren bij een (woon)zorgvoorziening zijn ondergebracht en er dagbesteding en inkomen is geregeld, dan wordt bij JL het dossier naar een ander team overgedragen. Dit team controleert onder andere

of jongeren recht blijven houden op de WIJ uitkering. De kritiek die klinkt is dat jongeren die niet op hun dagbestedingsproject verschijnen, zonder overleg met de woonbegeleiders worden gekort op hun uitkering of de uitkering wordt helemaal gestopt. Het lijkt er sterk op dat de klantmanagers bij de uitvoering van de WIJ onvoldoende rekening houden met de woon- en zorgsituatie van de jongeren. Met deze praktijk loopt de continuïteit van het wonen gevaar omdat jongeren een huurachterstand opbouwen. Sommige (woon)zorgorganisaties zijn meer coulant met huurachterstand van jongeren indien de problemen te maken hebben met JL. Zij erkennen daarmee de problemen die jongeren met het JL ervaren en nemen ze tegen het JL in bescherming. **Oplossingsrichting** Overleg (eerder en/of vaker) tussen klantmanager (JL) en mentor (zorginstelling) is wenselijk. Het is aan de klantmanager om signalen die kunnen leiden tot stopzetten of korten van de uitkering tijdig met de jongere en diens mentor kort te sluiten: mentoren kunnen met klantmanagers overleggen of zij kunnen helpen om jongeren in de gewenste richting te beïnvloeden. Deze werkwijze kan worden vastgelegd in de werkprocessen die de uitvoering van de WIJ beschrijven. **Betrokken partijen** JL in samenwerking met mentoren c.q. persoonlijke begeleiders van de jongeren.

8. Incidenten in e-Vita geregistreerd kunnen stigma worden

In het e-Vita tabblad “Contact & Sancties” noteren hulpverleners relevante gebeurtenissen ten aanzien van de jongere. Dit tabblad vormt in de praktijk de vrije ruimte om op een logboekachtige manier te worden gebruikt. Het gevaar is reëel dat incidenten die daarin worden opgetekend als een stigma aan de jongeren gaan kleven. Incidenten worden altijd vanuit het perspectief van de hulpverlener opgetekend, waardoor het verhaal van de jongere zelf onderbelicht blijft. De gevolgen van de registratie van een (agressie)incident in e-Vita kunnen verstrekkend zijn voor de jongeren. Een geregistreerd incident van een jaar geleden kan een hulpverlener bij een nieuwe intake huiverig maken om de jongere in de groep op te nemen. Het lijkt erop dat niet alle schrijvers in e-Vita zich bewust zijn van de kracht van het medium. In het onderzoek naar gestabiliseerde jongeren wordt gewezen op de relatie tussen stigma en (negatief) zelfbeeld (Albeda, 2010). Een door stigma bekrachtigd negatief zelfbeeld kan de motivatie om mee te werken aan het hulpverlenings-traject belemmeren.

Oplossingsrichting Zonder te pleiten voor het achterhouden van informatie, is het van belang dat schrijvers in e-Vita zich realiseren dat een incident jarenlang aan iemand kan blijven ‘kleven’ en ook dienen zij zich te realiseren dat elk incident een context heeft en dat daarin ook de rol van de zorgorganisatie niet onvermeld mag blijven.

Betrokken partijen Directies / ondertekenaars Convenant COJ, alle hulpverleners met schrijfrechten in e-Vita.

9. e-Vita te eenvoudig toegankelijk

Hoe beter e-Vita gevuld raakt met informatie over de jongeren, hoe groter de bruikbaarheid van het systeem voor deelnemende professionals. Tegelijkertijd betekent het dat schending van privacy grotere gevolgen kan hebben voor de mensen die erin geregistreerd staan. Hoe meer instellingen deelnemen, hoe moeilijker het wordt de toegang tot het systeem te beheersen. Formeel is e-Vita netjes afgeschermd met een integriteitverklaring, een gebruikersnaam en wachtwoord. Daarna is de controle over toegang tot e-Vita in handen van de gebruiker die vanaf elke willekeurige computer met internet e-Vita kan raadplegen. De bescherming van de privacy van de in e-Vita geregistreerde personen is afhankelijk van de concrete integriteit en zorgvuldigheid van de ondertekenaar en van hoe op locatie de toegang wordt afgeschermd.

Oplossingsrichting De communicatie over het gebruik van e-Vita richt zich tot nu toe op de technische aspecten van het systeem. Het is aan te bevelen de ethische aspecten van het gebruik van e-Vita een belangrijker plaats te geven in de communicatie tussen beheerders en gebruikers. Dit kan worden geïntegreerd in de integriteitverklaring, nieuwsbrieven en initiatie- en opfriscursussen.

Betrokken partijen Directies / ondertekenaars Convenant COJ, beheerder e-Vita.

10. Tabblad psychiatrie afgeschermd voor hulpverleners MO

In directe tegenspraak met het voorgaande knelpunt is de afscherming van het tabblad “psychiatrie”. e-Vita mag dan relatief eenvoudig toegankelijk zijn, informatie over iemands psychiatrische geschiedenis is dat niet. MO organisaties die e-Vita gebruiken om naar de historie van aangemelde jongeren te kijken hebben geen toegang tot het tabblad “psychiatrie”. Hulpverleners vinden dat een gemis omdat ze informatie over de jongeren wordt onthouden die ze kan helpen bij het nemen van de beslissing de jongere al dan niet op te nemen.

Oplossingsrichting Een goede toeleiding of overdracht is ‘warm’, dat wil zeggen, de overdracht gaat gepaard met een persoonlijk contact tussen verwijzer en ontvangende organisatie. In dat contact kan ook in e-Vita afgeschermd informatie worden overgedragen.

Betrokken partijen Verwijzers en ontvangende organisaties samen.

11. e-Vita is “instellingsvreemd”

Het registreren in e-Vita kost tijd en vraagt discipline. Voor instellingen met een eigen registratiesysteem betekent dat dubbel werk. Mede daarom is het jammer dat e-Vita niet in staat is managementinformatie te leveren (bezettingsgraad, productie), waardoor dubbelregistratie noodzakelijk blijft. Tegelijkertijd wordt erop gewezen dat e-Vita ‘in de lucht’ wordt gehouden door een andere organisatie. Helemaal overschakelen op e-Vita maakt instellingen ten aanzien van continuïteit en inhoud afhankelijk van derden.

Oplossingsrichting Het uitbreiden van e-Vita met tools voor managementinformatie is weliswaar gewenst, maar leidt tegelijkertijd tot een grotere afhankelijkheid van een instellingsvreemd cliënt volgsysteem. Een mogelijk uitweg is de installatie van een raad van toezicht bestaande uit instellingsdirecties.

Betrokken partijen Beheerders e-Vita, directies van instellingen die deelnemen aan e-Vita.

12. Functie “verblijf” onvoldoende flexibel

Een probleem in e-Vita is dat het slechts mogelijk is om bij de functie “verblijf” één adres in te vullen. Wanneer iemand een succesvolle intake bij een organisatie heeft gedaan en dit wordt in e-Vita geregistreerd, dan verandert de plek meteen na de intake naar de nieuwe locatie. Dit is vaak feitelijk onjuist omdat de verhuizing nog weken kan duren. Hulpverleners die voor hun cliënt op zoek zijn naar een vervolgplek raadplegen het tabblad “verblijf” in e-Vita om te na te gaan of er in de betreffende voorziening nog plaats is, maar de situatie in “verblijf” is geen weergave van de daadwerkelijke situatie. Ook kan het zijn dat de instelling bezig is iemand van de wachtlijst op te nemen terwijl dit nog niet in “verblijf” is genoteerd. Een lege plek in e-Vita kan dus al zijn opgevuld.

Oplossingsrichting In e-Vita zou een onderscheid kunnen worden gemaakt tussen feitelijk verblijf en voorgenomen verblijf (met datum).

Betrokken partijen Beheerder e-Vita.

13. Inter-beoordelaar betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheidsmatrix niet gewaarborgd

De zelfredzaamheidsmatrix (Lauriks et al., 2010) maakt deel uit van e-Vita. Het is een hulpmiddel dat wordt gebruikt om op elf leefgebieden de ontwikkeling in zelfredzaamheid van de cliënt na te gaan. Het instrument kent doelscores (het te behalen niveau van zelfredzaamheid) en feitelijke scores. De scores in de ZRM worden in de toelichting behoorlijk concreet uitgewerkt. In de TTCJ wordt vervolgens gekeken of scores congruent zijn met de beschrijving van de problematiek, wat er in e-Vita bekend is, en of de doelen niet te hoog worden gesteld. De kritiek op de ZRM richt zich niet op het instrument zelf, maar op de discrepanties die kunnen ontstaan wanneer het instrument door mensen van verschillende functieniveaus wordt ingevuld (inter-beoordelaar betrouwbaarheid). Hierover zijn geen afspraken gemaakt. Dit punt wordt belangrijker naarmate de ZRM een bredere toepassing krijgt, bijvoorbeeld om te beoordelen of een traject of voorziening in de categorie “licht”, “midden” of “zwaar” valt.

Oplossingsrichting In het ideale geval komen hulpverleners die de ZRM invullen bij elkaar en bespreken gezamenlijk de bandbreedte van de scores en de interpretatie van de toelichting, het liefst aan de hand van casuïstiek. Echter, dit is een tijdrovende exercitie. Daarnaast kan er (ook) voor worden gekozen om instellingsbreed afspraken te maken welke functieniveaus de ZRM mogen invullen, of daarvoor verantwoordelijk zijn.

Betrokken partijen COJ overleg en gemeente.

14. Nazorg delinquente jongeren kan effectiever

Een groep die nauwelijks instroomt in COJ zijn jongeren die via het Veiligheidshuis hun rentree in Rotterdam maken. Zij hebben gedetineerd gezeten en omdat ze veel delicten hebben gepleegd (veelplegers / stelselmatige daders), worden ze besproken in het casuïstiekoverleg van het Veiligheidshuis. In het casusoverleg participeren OM, politie, DJI, reclassering, SoZaWe en GGD. In dit overleg wordt bepaald of een casus een (OGGZ) zorgcomponent heeft. Als er geen justitieel kader is (reclasseringstoezicht) krijgt de trajectregisseur van de GGD de casus toegewezen. Het probleem waar deze casusregisseur vervolgens tegenaan loopt is dat het erg moeilijk is om gecombineerde zorg/ handhavingarrangementen te organiseren. Het dossier laat vaak zien dat er een forse beveiligingscomponent nodig is om de jongere de juiste zorg te doen toekomen. De component handhaving is eigenlijk alleen via Forensische Zorg te indiceren, waarbij de ernst van het delict bepalend is voor de mate van drang of dwang en niet de ernst van de problematiek. Volgens de casusregisseur zou meer nadruk op de problematiek moeten liggen. Vrijwillige ambulante hulpverlening en/of opvang in de reguliere (woon)voorzieningen volstaat vaak niet en er zou een drang- of dwangkader omheen moeten. Bovendien zorgen gedragsproblemen en gebrekkig ziekte-inzicht er vaak voor dat deze jongeren zich niet in reguliere voorzieningen kunnen handhaven.

Het ontbreekt ook de handhavingpartners aan mogelijkheden een dwingend kader te organiseren waarbinnen de hulp of zorg wordt geleverd. Dat heeft te maken met de protocollen en werkprocessen waaraan de handhavingpartners sterk gebonden lijken en waardoor de zorgbehoefte van de cliënt niet optimaal kan worden gediend en recidive vaak voorkomt. Door al deze verschillende protocollen en processen is het ingewikkeld om op het juiste moment de juiste zorg voor de juiste persoon te bieden. Met andere woorden: “het lukt niet om het ijzer te smeden als het heet is.”

Een ander element dat bijdraagt aan deze situatie is dat in het casusoverleg van het Veiligheidshuis niet de uitvoerders van zorg bij elkaar zitten, maar alleen (casus-) regisseurs die, ieder in hun persoonlijk opgebouwde netwerk, proberen zorg te organiseren. De taakverdeling van deelnemers aan het casuïstiekoverleg is georganiseerd via werkprocessen die wel onderlinge verantwoordelijkheid afbakenen maar onvoldoende ruimte biedt om op de problematiek van de jongere toegesneden maatwerk te leveren. Het lijkt erop dat de ernst en complexiteit van de problematiek van de jongeren (en volwassenen) vraagt om handelen dat hun mandaat overschrijdt. En omdat geen van de partijen zijn handen wil branden (buiten zijn boekje gaan) worden ingewikkelde casus “heen en weer geschoven” zonder dat er oplossingen komen.

Oplossingsrichting Het casusoverleg in het Veiligheidshuis zou aan slagkracht kunnen winnen indien ook uitvoerende organisaties van handhaving en zorg zouden deelnemen, mits zij voldoende mandaat hebben. Om deze situatie te bereiken is nodig dat op operationeel, tactisch en strategisch niveau door alle ketenpartners/ deelnemende organisaties wordt erkend dat zorg en handhaving het best in combinatie kan worden toegepast, en dat in sommige gevallen (tot 23 jaar, ‘gestapelde’ delicten) de interpretatie van justitiële procedures pragmatisch wordt gehanteerd. Los van de casuïstiek zou er winst te halen zijn om via het beleid,- en bestuursniveau (ministeries, G4 en lokaal) in te zetten op meer samenhang tussen de zorg- en handhavingketen en dit ook in de uitvoering te beleggen.

Betrokken partijen Partners verenigd in het Veiligheidshuis.

15. Reclasseringstoezicht onvoldoende effectief ingezet

In het casuïstiekdeel van dit onderzoek zagen we enkele gevallen van goed werkend reclasseringstoezicht. Er was een goede communicatie tussen reclasseringsambtenaar, medewerker MO en de jongere. De stok achter de deur werd effectief ingezet. Uit de interviews met sleutelinformanten stijgt ook een ander geluid op. Het reclasseringstoezicht zou niet die effectiviteit hebben die in de casussen wordt geïllustreerd. Er worden casussen in de TTCJ ingebracht waarbij de jongeren formeel onder reclasseringstoezicht staan. Echter, de voorwaardelijke straf is niet ten uitvoer gelegd wanneer de jongeren zich niet hielden aan de schorsende voorwaarden (bijvoorbeeld het volgen van klinische behandeling), waarna de jongeren zich bij het JL als dakloos meldden.

Hulpverleners hebben vaak grote moeite jongeren te motiveren zich te laten begeleiden en juist in die gevallen zou reclasseringstoezicht een instrument kunnen zijn om jongeren extrinsiek te motiveren. Voor de ene jongere is dat een lik-op-stuk benadering, voor een andere jongere is een overleg benadering meer geëigend. Daarbij is een goede afstemming met de MO over te bereiken doelen en de te volgen benadering essentieel. Die afstemming wordt nog onvoldoende gezocht.

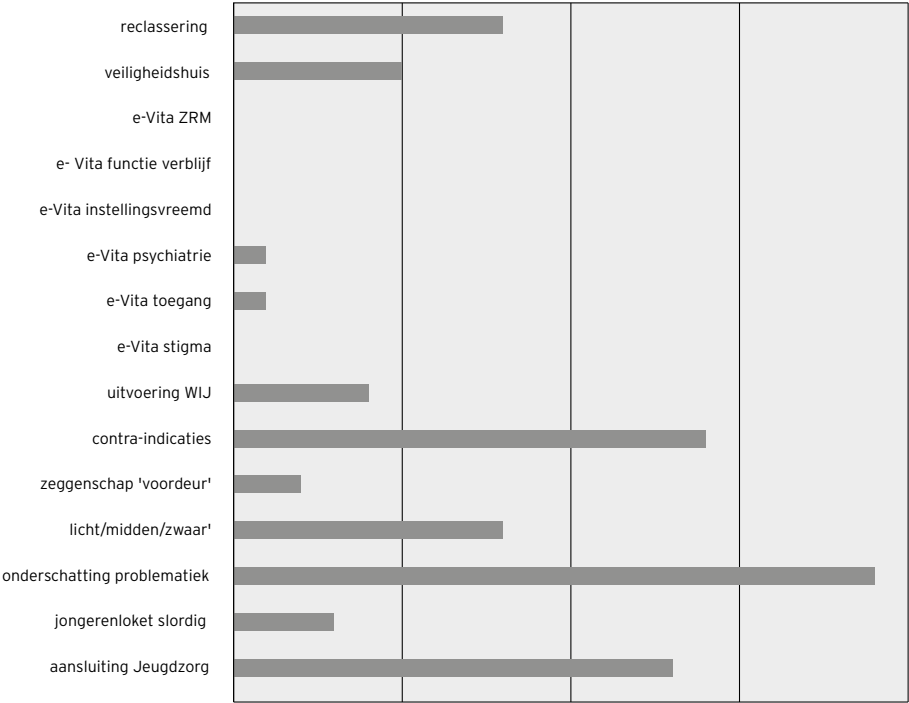
Oplossingsrichting Het reclasseringstoezicht zou zorgvuldiger en sneller (lik-op-stuk) kunnen opereren en zich ook meer als samenwerkingspartner dan als opdrachtgever zou kunnen positioneren.

Betrokken partijen Reclassering, maar ook mentoren zouden pro-actief reclassering als samenwerkingspartner kunnen benaderen.

De belangrijkste knelpunten met betrekking tot regie en samenwerking volgens de deelnemers aan de expert meeting

Tijdens de expert meeting hebben de deelnemers aangegeven wat naar hun mening de belangrijkste knelpunten zijn in de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod voor dak- en thuisloze jongeren met LVB, GGZ en/of verslavingsproblematiek. De hierna gepresenteerde prioritering gaat over de 15 knelpunten in de categorie ‘regie en samenwerking’. In figuur 5.1 wordt zichtbaar dat onderschatting van problematiek in de opstartfase van een traject (3) als meest knellend wordt ervaren. Op de tweede plaats staat het te strikt hanteren van contra-indicaties door instellingen (6), gevolgd door gebrekkige aansluiting tussen jeugdzorg en MO zorg (1).

Figuur 5.1 Prioritering door experts van knelpunten regie en samenwerking



De door experts geprioriteerde knelpunten liggen in elkaars verlengde. De gebrekkige aansluiting tussen jeugdzorg en 18+ zorg is een probleem dat breed wordt onderkend en waarover partijen met elkaar in gesprek zijn. Een goede overdracht van informatie vanuit de jeugdzorg is essentieel om jongeren het juiste begeleiding- en/of behandelaanbod te kunnen doen. Onderschatting van de problematiek van de jongere in de opstartfase kan in de loop van het traject leiden tot teleurstelling bij de jongere en bij de instelling voor woonzorg, omdat de jongere niet op de juiste plek blijkt te zitten. Een niet onlogische reactie daarop van de (woon)zorgvoorzieningen is een striktere hantering van de contra-indicaties om toekomstige teleurstellingen te voorkomen.

5.2.2 Knelpunten met betrekking tot het behandel- en begeleidingsaanbod

Op de vraag of er voldoende behandelaanbod is komen verschillende geluiden naar voren die we in deze paragraaf zullen bespreken. De term behandelaanbod is breed, het roept bij de één associaties op met woonvoorzieningen (pand, personeel en poen) bij de ander met methodiek. In de praktijk zijn ze dan ook niet goed te scheiden, voor de analyse doen we dit wel (zie 5.2.3).

In tabel 5.3 staan de knelpunten die in deze paragraaf worden besproken.

Tabel 5.3 Knelpunten met betrekking tot het behandel- en begeleidingsaanbod

1	Te weinig opvangplaatsen voor jongeren met een LVB
2	Te weinig kleine voorzieningen / units voor intensieve begeleiding
3	Te weinig klinisch woonzorgaanbod GGz/ verslavingszorg
4	Onvoldoende (crisis)opvangplaatsen voor tienermoeders
5	Te weinig voorzieningen / aanbod voor delinquente jongeren
6	Ontbreken van een aanloop / dagopvang voor jongeren zonder traject
7	Woonzorg voorzieningen onvoldoende flexibel
8	Lage inkomsten jongeren

1. Te weinig opvangplaatsen voor jongeren met een LVB

In de sector verstandelijk gehandicapten (VG) is het aanbod voor mensen met een LVB beperkt. Er komen in Rotterdam op jaarbasis ongeveer 15 plaatsen vrij, te weinig gezien het vermoede aantal jongeren met LVB problematiek in de regio²⁵. De MO is de facto de plaats waar jongeren met een LVB worden opgevangen en begeleid. Verwacht moet worden dat deze situatie blijvend is, gezien het schrappen van deze categorie uit de ABWZ. Zolang de met LVB gepaard gaande problemen niet te ernstig zijn kunnen MO voorzieningen ze nog wel aan. Maar in praktijk blijkt dat een behoorlijk aantal jongeren naast hun (licht) verstandelijke beperking forse andere problematiek heeft. Elke geïnterviewde kent voorbeelden van jongeren met LVB in combinatie met andere problematiek, de grootste gemene deler is de combinatie LVB en gedragsproblemen. De genoemde gedragsproblemen zijn (ook) gerelateerd aan middelengebruik en psychische problematiek.

In de VG sector is voor deze jongeren geen of nauwelijks plaats en er zijn langdurige wachtlijsten. Bovendien zijn er problemen rondom indicatie en financiering (AWBZ). Juist omdat in deze groep jongeren de problematiek zo met elkaar is vervlochten, is niet altijd duidelijk wat “voorliggend” is en is het dus ook niet altijd gemakkelijk een adequate indicatie bij Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) aan te vragen.

²⁵ We beschikken niet over (registratie)cijfers of schattingen van het aantal jongeren met LVB problematiek in de regio Rotterdam

Oplossingsrichting Een aparte voorziening waar jongeren met LVB kunnen worden begeleid en behandeld is nodig gezien de aard van de problematiek. Daartoe is het van belang dat de behoefte concreet kan worden aangetoond zodat afspraken kunnen worden gemaakt met het Zorgkantoor voor de opzet van een dergelijke voorziening. Deze voorziening houdt er rekening mee (in aanpak en cliëntsamenstelling) dat gedragsproblemen een belangrijke component uitmaken van de problematiek.

Betrokken partijen Zorginstellingen die zich ondernemend opstellen.

2. Te weinig kleine voorzieningen / units voor intensieve begeleiding

Wanneer we vaststellen dat de MO in de praktijk de sector is die jongeren met LVB opvangt, is het begrijpelijk dat uit deze hoek ook de roep komt om kleinere voorzieningen. De kwetsbaarste jongeren hebben soms moeite zich te handhaven in een grotere groep. Dit kunnen jongeren met een LVB zijn, maar ook jongeren met GGZ problematiek. Ze worden gebruikt als loopjongen of pispaal, ze laten zich verleiden tot het doen van domme dingen of raken geïsoleerd van de anderen. In een kleinere groep met geselecteerde jongeren komen ze beter tot hun recht en kan de begeleiding beter inspelen op hun behoefte aan aandacht (warm en hartelijk), structuur (opstaan, eten, douchen) en veiligheid.

Oplossingsrichting In een opzet met kleinere units staan kwetsbare (LVB) jongeren minder bloot aan de negatieve krachten van een grote groep.

Betrokken partijen Exploitanten van woonzorg voorzieningen.

3. Te weinig klinisch woonzorgaanbod GGz/ verslavingszorg

Een vergelijkbaar verhaal als bij LVB is te vertellen over ernstige psychische problematiek en verslavingsproblematiek. De problemen komen zelden alleen, bijna altijd gaat het om een “stapeling” van onderling samenhangende problemen. Het is telkens de vraag welke ingang wordt gekozen, welke problematiek “voorliggend” is. Stabilisatie van verslavingsproblemen en/of GGz problemen geschiedt nu vaak klinisch met een ambulante of poliklinische vervolgbehandeling. Maar omdat problemen vaak tegelijkertijd en in onderlinge samenhang voorkomen, én jongeren vaak ook zorg mijden, lijkt (langdurige) klinische woonzorg met behandelcomponent beter aan te sluiten op de problematiek. Belangrijk is dat dit aanbod niet alleen behandeling omvat, maar ook opvang c.q. woonzorg. Het is belangrijk de woonzorg component voldoende aantrekkelijk te maken voor jongeren die behandeling mijden.

Oplossingsrichting Creëer een vorm van woonzorg die begeleiding en behandeling integreert.

Betrokken partijen GGZ/Verslavingszorg (eventueel in samenwerking met woonzorg voorzieningen).

4. Onvoldoende (crisis)opvangplaatsen voor tienermoeders

Gedurende de interviewperiode merkten sommigen op dat in de TTCJ het aanbod tienermoeders en zwangere meiden toenam. Het is onduidelijk of het hier gaat om een structurele toename (of om ‘seizoensinvloeden’). Een hulpverlener merkt op: “Het lijkt wel of aanbod vraag creëert.” Feit is dat begin 2011 het aantal plaatsen voor jonge moeders en hun kinderen onvoldoende is om de vraag te kunnen bijbenen, ondanks recente uitbreiding. Nu de projecten voor tienermoeders volstromen, laat het zich ook voelen dat er voor tienermoeders geen plaats is in de crisisopvang voor jongeren. Hulpverleners vinden het schrijnend dat ze de jonge moeders moeten terugsturen naar hun moeder of tante. Vaak zijn dit overvolle en instabiele huishoudens waar ze met hun kind op de bank in de huiskamer terecht komen. Er wordt op

gewezen dat een flink deel van de jonge moeders, met name die met een Antilliaanse achtergrond, een slecht perspectief heeft op maatschappelijke integratie.

Oplossingsrichting Crisisopvang uitbreiden of omvormen om moeders met kinderen te ontvangen. Professionalisering van de hulpverlening aan jonge moeders met zware problematiek (van Twist, Dudevszky, & Lohman, 2011).

Betrokken partijen Gemeente als inkoper van zorg (crisisopvangplaatsen), (woon)zorginstellingen (professionalisering), gemeentelijke impuls wenselijk (professionalisering).

5. Te weinig voorzieningen / aanbod voor delinquente jongeren

Op het snijvlak van zorg en (justitieel) toezicht stuiten we op de jongeren wier gedragsproblemen zich vooral crimineel uiten. Een aantal van deze jongeren kunnen we ook aantreffen in de (woon)zorgvoorzieningen van de MO en ook hier zien we vaak een combinatie van problemen rondom intellectuele capaciteiten, middelengebruik en psychiatrie. Kenmerkend voor deze jongeren is dat ze nauwelijks open staan voor een behandel- of begeleidingsaanbod. Het ontbreekt aan een begeleidingspraktijk waarin zorg en toezicht effectief worden gecombineerd. Het model van reclasseringstoezicht biedt wel die mogelijkheid maar blijkt in de praktijk te stroperig. Overtreding van de rechtelijke voorwaarden leidt onvoldoende (snel) tot een reactie van de reclassering. Kritiek vanuit het Veiligheidshuis is bovendien dat vanuit de reclassering “opdrachten” komen zonder dat er wordt overlegd wat, gezien de zorgvraag en het zorgaanbod, de meeste geëigende aanpak zou kunnen zijn. Een andere geïnterviewde merkt hier over op: “alsof het aantal uitgezette trajecten de target is, en niet het aantal goed geholpen jongeren.”

Oplossingsrichting 1 In 5.2.1 is al opgemerkt dat de samenwerking tussen zorg en (justitiële) handhaving kan verbeteren door de samenwerking meer op uitvoeringsniveau dan op regieniveau te laten plaatsvinden. Het COJ model en vooral de TTCJ kunnen als inspiratie dienen.

Betrokken partijen Veiligheidshuis.

Oplossingsrichting 2 De samenwerking met reclassering kan verbeteren door ook hier direct met uitvoerende partijen aan tafel te gaan zitten en niet een casus van de ene regisseur naar de andere regisseur over te hevelen.

Betrokken partijen Reclassering in samenwerking met zorgaanbieders.

6. Ontbreken van een aanloop / dagopvang voor jongeren zonder traject

Voor jongeren die in het kader van de WIJ en/of jongeren die met een trajectplan in woonzorg verblijven wordt een passende dagbesteding gezocht. Moeilijker ligt het bij jongeren bij wie dat alles (nog) niet is geregeld of voor jongeren die een Wajong uitkering hebben. De ambulante professionals (veldwerk, ACT) ontmoeten jongeren in hun eigen omgeving en proberen ze toe te leiden naar passende (woon)zorg. Sommigen kunnen worden ondergebracht bij de crisisopvang voor jongeren. Dat helpt ze de nacht door, maar overdag lopen ze nog gewoon op straat (“te schooien”) en een aantal van hen verzamelt zich in de directe nabijheid van het kantoor van de ambulante werkers.

Oplossingsrichting Voor deze groep, die voor een deel zorgmijddend is, zou een laagdrempelige dagopvang wenselijk zijn. Een plek waar een aantal ervaren medewerkers (“doeners”) veiligheid en vertrouwen bieden maar ook dagelijks een activiteit aanbiedt (genoemd werd houtbewerken, fietsen maken, taarten bakken, tuinonderhoud).

Betrokken partijen Aanbieders van ambulante trajecten en de gemeente.

7. Woonzorg voorzieningen onvoldoende flexibel

Het concept vraaggericht werken is op individueel niveau in een (woon)zorgsetting prima vorm te geven: trajectplannen worden gemaakt op basis van een zorgvraagverduidelijking en eventueel tussentijds aangepast. Op instellingsniveau is vraaggericht werken minder flexibel. Wanneer, bijvoorbeeld in de TTCJ, blijkt dat het aantal tienermoeders toeneemt vraagt dat een aanpassing op projectniveau. Dergelijke aanpassingen vereisen investeringen en (dus) het nemen van bedrijfsrisico's. Dat vraagt zorgvuldige financiële, logistieke en personele planning die flexibiliteit vermindert.

Oplossingsrichting Kleinere afdelingen of units in een grotere voorziening maakt deze flexibeler om op een veranderende zorgvraag in te spelen.

Betrokken partijen Woonzorg voorzieningen.

8. Lage inkomsten jongeren

Jongeren van 18, 19 en 20 die een uitkering in het kader van de WIJ ontvangen hebben heel weinig geld te besteden. De uitkeringen zijn zeer laag en als de huur en ziektekostenpremie zijn betaald is er geen ruimte schulden af te lossen, laat staan reserveringen te doen. Het intake team van COJ houdt zoveel mogelijk rekening met deze beroerde inkomenspositie wanneer ze een keuze maakt uit het woonzorgaanbod: de kamerhuur mag niet te hoog zijn. Budgetbeheer of inkomensbeheer is bij een aantal (woon)zorgvoorzieningen verplicht en is vooral een beschermingsinstrument en minder een instrument dat de financiële zelfredzaamheid vergroot. Begrijpelijk, want als de inkomsten zo laag zijn is het streven naar financiële zelfredzaamheid nobel, maar ook een nagenoeg onmogelijke opgave. Het pilot project voor jongeren dat loopt bij de Kredietbank Rotterdam (KBR) stabiliseert de schulden en erkent studiefinanciering als inkomsten. Dit zijn belangrijk hulpmiddelen, maar het inkomen is zo laag dat schulden niet kunnen worden afgelost.

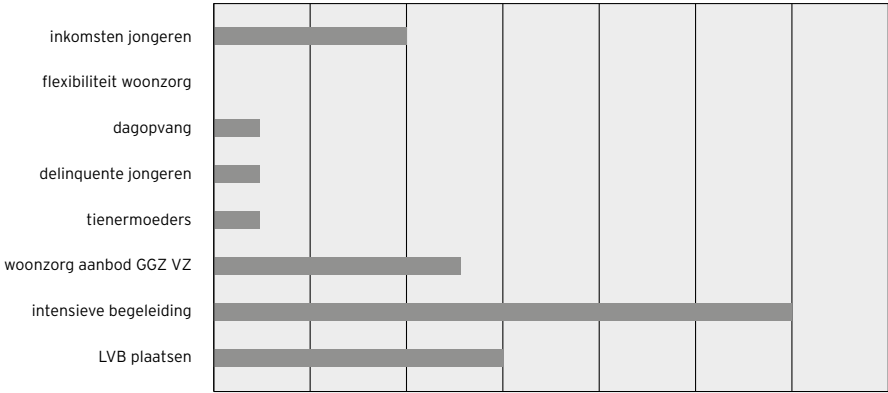
Oplossingsrichting Continuering budget c.q. inkomensbeheer (= symptoombestrijding).

Betrokken partijen JL, (woon)zorgvoorzieningen.

De belangrijkste knelpunten met betrekking tot het behandelaanbod volgens de deelnemers aan de expert meeting

De experts vinden (figuur 5.2) het belangrijkste knelpunt in de categorie ‘behandelaanbod’ dat er te weinig kleine units zijn waar jongeren die dat nodig hebben intensief kunnen worden begeleid (2). In samenhang daarmee vinden ze dat er te weinig specifieke plaatsen zijn voor jongeren met LVB problematiek (1). Op de derde plaats van belangrijkste knelpunten staat het gebrek aan klinisch behandelaanbod in de GGZ/ Verslavingszorg (3)

Figuur 5.2 Prioritering experts van knelpunten behandel aanbod



De samenhang tussen de behoefte aan kleinere behandel- of begeleidingsunits en het ervaren gebrek aan specifieke LVB plaatsen ligt voor de hand. Jongeren met LVB vragen vaak intensieve begeleiding die beter kan worden gegeven in kleinere units waar ze minder snel ‘verzuipen’ dan in een grote groep. Een vergelijkbare intensieve begeleiding kan worden verwacht in een klinische 24-uursvoorziening. De top-3 knelpunten is een expressie van de ervaren problematiek van de dak- en thuisloze jongeren en die is ernstig.

Er zijn twee punten die we niet als knelpunt hebben opgenomen, maar die in de gesprekken met sleutel-informanten wel zijn genoemd als relevant.

Wel of geen tekort aan opvangplaatsen?

De indruk die uit een aantal interviews opstijgt, is dat er geen nijpend tekort aan opvangplaatsen is. Mits tijdig aangemeld, lukt het in de meeste gevallen wel om jongeren vloeiend naar een andere voorziening te laten doorstromen. Overigens geven deze geïnterviewden wel aan dat een tiental extra opvangplaatsen voor jongeren met ernstige problematiek, zoals de combinatie psychiatrie en verslaving, gemakkelijk gevuld zou kunnen worden. Verder wordt er op gewezen dat een gespecialiseerd aanbod nog geen garantie is dat jongeren er ook gebruik van zullen maken. Een van de kenmerken van ‘ernstige problematiek’ (deze term blijft meestal weinig gearticuleerd) is dat jongeren maar beperkt gemotiveerd zijn c.q. zich niet goed begeleidbaar opstellen.

In de huidige MO worden jongeren met uiteenlopende problematiek opgevangen. In de COJ categorie “zwaar” vinden we jongeren met een licht verstandelijke beperking, met verslavingsproblematiek en met ernstige psychische problemen. Verslaving en psychiatrie worden in deze settings meestal poliklinisch of ambulant behandeld. Toch ontbreekt het volgens een aantal geïnterviewden aan “klinische opvangbedden” voor jongeren met ernstige klachten. Een ambulante of cognitieve behandeling van jongeren met een LVB is weinig effectief. Een behandeling die gericht is op conditioneren van gewenst gedrag is vaak effectiever maar vraagt relatief veel tijd en frequente interactie tussen begeleider(s) en jongere. Voor deze aanpak lijkt er wel een tekort aan opvangplaatsen te zijn.

Dagbesteding: wel of geen knelpunt?

De gestabiliseerde jongeren geven aan dat een zinvolle dagbesteding de jongeren helpt om zich ‘beter te voelen’, en dat deze bijdraagt aan een positief zelfbeeld (Albeda, 2010). In die zin is er dan ook geen twijfel over het nut van dagbesteding. De Wet Investeren Jongeren (WIJ) geldt voor jongeren tot 27 jaar die een bijstandsuitkering aanvragen. Willen zij die uitkering ontvangen, zijn ze verplicht een werk- of leeraanbod te accepteren. De gemeente op haar beurt moet de jongere een passend aanbod doen. Naast de reguliere trajecten kan in uitzonderlijke gevallen ook een behandel- of detoxprogramma als traject worden aangeboden. Jongeren die een Wajong uitkering ontvangen vallen niet onder deze regeling. Alle (woon)zorgaanbieders stimuleren hun cliënten een zinvolle daginvulling te vinden, sommige organisaties stellen dagbesteding zelfs als verplichte voorwaarde. Toch lukt het niet altijd jongeren zover te krijgen een erkende dagbesteding te volgen. De vraag doet zich dan voor of ook de woonzorg moet worden beëindigd. Dat gebeurt in de regel alleen als er zich ook andere (gedrags)problemen of problemen in de begeleiding voor doen. Hoewel er enkele algemene opmerkingen zijn gemaakt over het belang van dagbesteding en dat het moeilijk is passende dagbesteding te vinden, zijn er geen signalen afgegeven dat er voor jongeren een (ernstig) tekort is aan mogelijkheden voor dagbesteding.

5.2.3 Knelpunten met betrekking tot begeleiding- en behandelmethodiek

Het onderscheid tussen behandel aanbod en methodiek is enigszins kunstmatig. In paragraaf 5.2.2 is behandel aanbod onder andere geïnterpreteerd als ‘opvangplaatsen’ die nodig zouden zijn voor de opvang van jongeren die nu buiten de boot vallen. Maar elk ‘bed’ voor opvang of behandeling vraagt ook een methodiek. Bij dit laatste staan we stil in deze paragraaf waarbij enige overlap met behandel aanbod onvermijdelijk is. Een aantal van de methodische onderwerpen dat wordt besproken hoeft niet als hard knelpunt te worden geïnterpreteerd. Het zijn uitwerkingen van een algemene observatie dat verdere en permanente professionalisering van medewerkers van woonzorginstellingen noodzakelijk is. De problemen waar ze mee te maken hebben zijn ingewikkeld en de bijkomende gedragsproblemen van jongeren vragen om deskundigheid op meerdere terreinen.

In tabel 5.4 staan de knelpunten die betrekking hebben op begeleidings- en behandelmethodiek.

Tabel 5.4 Knelpunten met betrekking tot begeleiding- en behandelmethodiek

1	Onvoldoende vaardigheden om jongeren te motiveren
2	Omgang met jongeren die veel blowen is lastig
3	Onvoldoende drang- en dwangmiddelen
4	Dilemma hulpverleners: bijstaan of schorsen van jongeren
5	Behandel aanbod / methodiek weinig divers
6	Dynamiek van grote groepen niet geschikt voor kwetsbare jongeren
7	Onvoldoende fasering van de woonzorg
8	Onvoldoende LVB expertise bij (woon)zorgvoorzieningen
9	Beheersen en behandelen verenigd in één persoon

1. Onvoldoende vaardigheden om jongeren te motiveren

Lang niet alle jongeren die gebruik maken van woonzorg willen ook begeleid of behandeld worden voor aan hun situatie gerelateerde problemen. Ze maken graag gebruik van het woonaanbod, een uitkering en eventueel gestructureerde dagbesteding. Maar het trouw volgen van dagbesteding is bij een aantal jongeren al problematisch. Elke instelling kent hiervan voorbeelden. Daarnaast lijkt vooral het gebruik van cannabis een onderwerp waar jongeren geen bemoeienis van derden mee willen.

Bij de hardnekkige zorgmijders is kenmerkend dat als het er op aan komt, dat wil zeggen, als ze verantwoordelijkheid moeten nemen, ze zich aan het aanbod onttrekken. Hoewel het op het eerste gezicht lijkt op een wilsbesluit, is het de enorme angst voor de verandering en de pijn die hen weerhoudt door te zetten. En het is in die zin geen 'niet-willen' maar een 'niet-kunnen'. Jongeren met ernstige problematiek veranderen niet in een paar weken of maanden in modelburgers. Het is belangrijk zorgmijdend gedrag te kunnen interpreteren als symptomen van onderliggende problematiek en daarop adequate handelingsstrategieën in te zetten. Niet altijd wordt voldoende beseft dat het opbouwen van een vertrouwensband met beschadigde jongeren vele maanden kan duren. Van meerdere kanten is er op gewezen dat professionals een "lange adem" moeten hebben en niet te snel resultaat verwachten.

Oplossingsrichting Het is aan de zorginstellingen de expertise van hun medewerkers zodanig te selecteren of te vormen opdat zij deze jongeren kunnen binden en bewegen. Training van motivatievaardigheden zou een prioriteit kunnen zijn in het scholingsaanbod voor medewerkers.

Betrokken partijen Instellingen voor (woon)zorg.

2. Omgang met jongeren die veel blowen is lastig

De meerderheid van de jongeren met ernstige problematiek gebruikt cannabis. Hulpverleners moeten zich op een of andere manier tot dit gedrag verhouden. Sommige woonvoorzieningen maken er geen punt van, mits het traject niet wordt verstoord. Bij andere woonvoorzieningen wordt het blowen van iedere jongere geproblematiseerd. Het leidt niet per se tot schorsing maar is een (belangrijk) aandachtspunt in de begeleiding. Wanneer het ernstig wordt gevonden wordt naar de verslavingszorg doorverwezen, maar niet altijd met succes. Er zijn woonvoorzieningen die in samenwerking met de verslavingszorg groepsbijeenkomsten organiseren die verplicht moeten worden bijgewoond door blowende jongeren. Andere woonvoorzieningen zorgen dat hun personeel voorlichting krijgt over middelengebruik en preventief handelen.

De meningen over blowen lopen uiteen onder de geïnterviewden. Sommigen vinden elk gebruik problematisch en vinden dat minder (of niet) blowen een prioriteit van behandeling en begeleiding zou moeten zijn. Blowen beneemt het zicht op de echte prioriteiten en blowen leidt tot een passieve houding. Blowen kan ook psychotische klachten provoceren of verergeren bij jongeren die bekend zijn met deze problemen. Andere erkennen de functie die blowen voor jongeren kan hebben (coping) en pleiten voor acceptatie ervan, zolang het maar bespreekbaar wordt gemaakt.

Oplossingsrichting Alle hulpverleners behoren te beschikken over kennis van middelen en middelengebruik en de vaardigheid om middelengebruik met de jongeren te kunnen bespreken. Elk team voor woonzorg zou deze competenties moeten verwerven en borgen.

Betrokken partijen Instellingen voor woonzorg, verslavingszorg.

3. Onvoldoende drang- en dwangmiddelen

In het verlengde van het voorgaande knelpunt sluimert een gebrek aan drang- en dwangmiddelen bij instellingen voor (woon)zorg. Er is in 5.2 al gewezen op de behoefte aan effectieve combinaties van zorg en (justitieel) toezicht. Dat geldt voor die gevallen waar een justitiële titel aanwezig is. Maar ook voor jongeren waarbij geen (ernstig) delictgedrag aan de orde is bestaat de behoefte aan een meer dwingend kader. Jongeren die zich niet willen laten behandelen of opnemen en waarbij tegelijkertijd schade (is niet hetzelfde als "gevaar") optreedt voor zichzelf, hun directe omgeving of maatschappij, zouden meer onder druk gezet moeten kunnen worden. Een wettelijk kader daarvoor ontbreekt. De WIJ biedt voor jongeren met een gemeentelijke uitkering wel drangmogelijkheden, maar er is tot nu toe te weinig samenwerking tussen JL en dossierhouders (zie ook 5.1). OTS en RM worden terughoudend ingezet en de voorwaarden zijn streng (gevaar, psychische ziekte). Het volledig onthouden van zorg is vanuit een zorgperspectief (zorgplicht?) niet altijd een optie. Die situatie geeft de onwillige/onmachtige jongere relatief veel zeggenschap over de eigen situatie, en leidt onbedoeld tot meer problemen.

Oplossingsrichting 1 Diverse varianten zijn mogelijk. De mogelijkheden van de wet BOPZ kunnen beter worden benut. Wanneer iemand met complexe, onderling samenhangende problemen zichzelf verwaarloost, is het in principe mogelijk een rechtelijke machtiging voor gedwongen opname / behandeling te vragen. Voorwaarde is wel dat een adequate behandelvorm aanwezig is. Aan die voorwaarde lijkt in de Rotterdamse regio niet te worden voldaan (zie 5.2.2 te weinig klinisch woonzorgaanbod GGZ/ verslavingszorg).

Betrokken partijen: Gemeente en instellingen voor GGZ/Verslavingszorg.

Oplossingsrichting 2 De werkingsfeer van RM is te beperkt en er wordt gepleit voor een derde variant speciaal voor jongeren. Het criterium "gevaar" zou kunnen worden uitgebreid met "schade". Het gaat om gevallen die de MO als 'te gevaarlijk' bestempeld, waarvoor wel een 'klinisch bed' beschikbaar is en waarbij de jongeren toch zeggen op straat te willen blijven ondanks dat zij zich daar zelf schade mee berokkenen. Voor die gevallen zou een tussenvariant "gedwongen opname" moeten komen, wanneer opname volgens zowel MO als GGZ nodig is, en die de rechter zou moeten bekrachtigen. Deze variant zou kunnen heten: 'Maatregel MO gedwongen behandeling in de GGZ'. Na behandeling en nadat het gevaar is geweken kunnen ze wel naar de MO.

Betrokken partijen Dit idee kan alleen bij wet worden geregeld en vraagt (dus) een lange adem en politiek debat. Signalen uit het veld kunnen het begin zijn van politieke agendering. De instellingen die daaraan het meeste behoefte hebben zouden kunnen nadenken hoe die signalen af te geven.

Oplossingsrichting 3 De WIJ biedt de mogelijkheden de uitkering als drangmiddel in te zetten. Die mogelijkheid geldt in het bijzonder voor leerwerktrajecten. De indruk bestaat dat nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de WIJ biedt om jongeren te committeren aan een traject waar leren, werken en zorg zijn geïntegreerd. Het is aan te bevelen dat de klantmanagers van JL en de mentoren van zorginstellingen elkaar vaker opzoeken om de uitvoering van het zorg- en leerwerktraject af te stemmen (zie ook 5.2.1, knelpunt 7)

Betrokken partijen JL en mentoren.

4. Dilemma hulpverleners: bijstaan of schorsen van jongeren

Een keuze waar hulpverleners regelmatig voor staan is die tussen “presentie” en “schorsing”. In de presentie-benadering (Runia & Hortulanus, 2010) proberen hulpverleners zo lang mogelijk en vanuit het perspectief van de jongeren, de jongeren bij te staan. Maar als iemand zich langere tijd onttrekt aan de hulpverlening (bijvoorbeeld het verplichte onderdeel dagbesteding), dan komt op een gegeven moment de keuze voor te liggen om het huur/begeleidingscontract op te zeggen. De jongere zal dan opnieuw dakloos worden. Hulpverleners erkennen dat hier een spanningsveld is, toch wordt soms voor the ‘hard way’ gekozen, vooral in die gevallen waarbij de hulpverlener de indruk heeft dat het om ‘niet willen’ gaat. Een tijdje op straat kan jongeren bewust maken van hun zorgbehoefte en de motivatie hulp te accepteren vergroten. Er wordt in die gevallen wel een plek gezocht in de crisisopvang, tenzij de jongere zegt dat niet te willen. Hulpverleners zullen dit middel niet licht inzetten en leggen over een dergelijk besluit ook verantwoording af in de TTCJ. Sommige hulpverleners zijn kritisch over deze praktijk. Zij vinden dat (collega) hulpverleners zich soms onvoldoende rekenschap geven van hun eigen rol in het ontstaan en de escalatie van een conflict. Soms is een schorsing onvermijdelijk en/of therapeutisch gewenst. Maar beter is een schorsing te voorkomen.

Oplossingsrichting Het is de verantwoordelijkheid van de instelling om de expertise van haar medewerkers op het niveau te brengen/houden passend bij de problematiek die wordt behandeld of begeleid. Het kunnen hanteren en de-escaleren van (dreigende) conflictsituaties is een belangrijke vaardigheid die hulpverleners zouden moeten beheersen. Ook een kritische reflectie op de eigen rol hoort een standaard-procedure te zijn die na elk conflict in het team (en/of met de teamleider) wordt doorlopen.

Betrokken partijen Instellingen voor woonzorg.

5. Behandelaanbod / methodiek weinig divers

Een kritische noot met betrekking tot het behandelaanbod voor jongeren met ‘ernstige problematiek’ is dat veel bestaande voorzieningen (COJ categorie “midden” en “zwaar”) sterk op elkaar lijken. Het gaat altijd om panden met meerdere kamers en een aantal gedeelde voorzieningen. Overdag is er begeleiding en ‘s nachts toezicht. De problematiek van de jongeren is vergelijkbaar en ook de aard van de begeleiding is vergelijkbaar. Van meerdere kanten wordt benadrukt dat in voorzieningen waar jongeren bij elkaar zitten (meerdere kamers in een pand) het belangrijk is een goede mix van zware en minder zware problematiek te huisvesten. In de praktijk is er de neiging “zwaar” bij “zwaar” te plaatsen. De ongewenste spin off is dat deze ‘zware’ voorzieningen een negatieve reputatie kunnen krijgen onder jongeren (en hulpverleners). Het committent aan de begeleiding in deze voorzieningen zou hieronder kunnen lijden (selffulfilling prophecy). Een fenomeen dat committent verder zou kunnen ondermijnen is dat het perspectief op het verblijf in een voorziening altijd tijdelijk is, de jongeren zijn er niet ‘thuis’. Hierdoor zijn jongeren minder geneigd zich betrokken te voelen bij de combinatie verblijfplaats / traject / begeleiding.

Oplossingsrichting Een voorbeeld van een model waarin wordt getracht jongeren te binden aan hun traject, hun plaats en hun begeleiding wordt ontwikkeld in Foyer Sandelingenplein (categorie “licht”). In de voorziening zelf wordt gewerkt aan het maken van een fysiek onderscheid tussen ‘afdelingen’ en jongeren wordt het perspectief van een ‘omklapwoning’ in de wijk voorgehouden. Binding (of hechting?) is in dit concept belangrijk. De gedachte is dat binding belangrijk is om jongeren te motiveren zich betrokken te voelen bij hun begeleidingstraject. Daartoe wordt een langere termijn c.q. groeiperspectief geboden. De binding werkt niet alleen in de tijd maar ook naar plaats. Binding aan de wijk is belangrijk omdat zij daar

gezien, gekend en erkend worden en zich daardoor gemakkelijker voegen in de sociale mores van hun omgeving. Merk op dat aan dit voorbeeld een visie ten grondslag ligt (hechting / binding aan de wijk) die helpt bij het ontwerpen van het zorgmodel. Organisaties die woonzorg leveren zouden goed naar hun levensbeschouwelijke of therapeutische uitgangspunten moeten kijken wanneer ze (woon)zorgarrangementen ontwikkelen. Naast een ‘open mind’ voor de vraag uit het veld, kan dit helpen om te voorkomen dat alle woonzorg op elkaar gaat lijken en er voor verwijzers en jongeren niets meer te kiezen valt.

Betrokken partijen Instellingen voor woonzorg.

6. Dynamiek van grote groepen niet geschikt voor kwetsbare jongeren

Hoewel veel voorzieningen in opzet op elkaar lijken, zijn er wel accentverschillen tussen voorzieningen: de ene maakt meer bewust gebruik van groepsdynamica dan de andere. Echter, het bewust inzetten van groepsdynamica vereist dat de groep niet al te groot is en de jongeren niet te oud. Wat oudere jongeren worden individualistischer, groter en sterker en laten zich minder gemakkelijk op hun gedrag in de groep corrigeren dan jongere jongeren. Het begeleiden van groepsdynamiek vergt een forse personeelsinzet. Het is de vraag of de huidige voorzieningen in Rotterdam voldoende zijn toegerust voor een effectieve groepsdynamische benadering.

De relatief grote voorzieningen waar (ook) jongeren met een LVB worden opgevangen zijn niet de ideale omgeving om deze jongeren goed te kunnen behandelen/begeleiden. Jongeren met een LVB vragen veel aandacht, structuur en geduld die in gemengde groepen niet altijd in voldoende mate kan worden gegeven. Hetzelfde geldt voor jongeren met psychotische klachten. Het pleidooi voor kleinere units in paragraaf 5.2.2 is hiermee methodisch gemotiveerd.

Oplossingsrichting In een voorziening met meerdere min of meer gescheiden afdelingen is het gemakkelijker de zorgintensiteit af te stemmen op de individuele behoefte. Kwetsbare jongeren kan intensieve zorg worden geboden. Jongeren die meer zelfstandig functioneren, kunnen op een aparte woonafdeling de gelegenheid worden geboden om (bijvoorbeeld) zelf te (leren) koken.

Betrokken partijen Instellingen voor woonzorg.

7. Onvoldoende fasering van de woonzorg

De drie huidige voorzieningen in de categorie “zwaar” worden geëxploiteerd als een voorziening met beperkt onderscheid tussen niveaus van functioneren. In voorzieningen waar dat onderscheid er wel is, kunnen jongeren promotie maken naar een grotere kamer en meer zelfstandigheid. In alle voorzieningen blijft het probleem dat jongeren zijn blootgesteld aan de dynamiek van de groep als geheel.

Oplossingsrichting Door het creëren van kleinere units of afdelingen die fysiek van elkaar gescheiden en onderscheiden zijn en die ook een verschillend regime kennen, kunnen instellingen nauwkeuriger een mix samenstellen van jongeren die bij elkaar passen. Hierbij is het van belang helder onderscheid te maken in kennismakingsfase, begeleidingsfase en uitstroomfase.

Betrokken partijen Exploitanten van woonzorg voorzieningen.

8. Onvoldoende LVB expertise bij (woon)zorgvoorzieningen

Zoals aangegeven in paragraaf 5.2 is voor jongeren met een LVB een belangrijk element van de behandeling dat gedragsverandering verloopt via conditioneren. Een inzichtgevend benadering werkt voor deze

groep minder goed. Merk op dat naast een conditionerende benadering geduld, presentie en ‘een lange adem’ basisvoorwaarden zijn. Bij behandeling van LVB telt juist de alledaagse omgang. De conditionering doe je niet in een uur per week, maar is een continu proces dat vanuit de verblijfssetting plaatsvindt. De expertise voor een adequate omgang met jongeren met een LVB is onvoldoende in de huidige MO voorzieningen aanwezig en verankerd. Enerzijds omdat de behandeling van jongeren met LVB als een specialisme wordt gezien, anderzijds omdat in de woonvoorzieningen jongeren met gemengde problematiek verblijven, waardoor het moeilijk is om te focussen op LVB problematiek.

Oplossingsrichting Om jongeren met een LVB goed te kunnen begeleiden / behandelen is een residentiële setting aan te bevelen. Op dat gebied is er onvoldoende specialistisch aanbod in Rotterdam (zie 5.2.2) en gezien de omvang van de groep is het niet te verwachten dat er (snel) voldoende plaatsen zullen bijkomen. Het is (mede) daarom aan de instellingen zelf om binnen de (woon)zorgteams die ook met LVB te maken hebben (en dat hebben de meesten) expertise op dit vlak te ontwikkelen en/of in huis te halen.

Betrokken partijen: (Woon)zorgvoorzieningen.

9. Beheersen en behandelen verenigd in één persoon

Een dilemma waar hulpverleners dagelijks mee te maken hebben is te kiezen tussen actie en niets-doen. Jongeren vertonen vaak gedrag dat in de ogen van hulpverleners contraproductief is. Blowen is hiervan een uitgesproken voorbeeld. Hulpverleners hebben een sterke impuls jongeren erop te wijzen (= actie) dat ze hier beter mee kunnen stoppen. Dit gedrag op zijn beloop laten (= niets-doen) is onwenselijk want het bestendigt of verergert de problematische situatie. Vergelijkbaar en samenhangend zijn de dagelijkse situaties ten aanzien van gedrag in het huishouden en in de groep. Jongeren worden aangesproken (= actie) op talloze kleine gedragingen in de sfeer van huisregels, rust, reinheid en regelmaat. De moeilijke opgave waar hulpverleners voor staan is dat ze moeten schakelen tussen een beheersrol en een behandelrol. Het werken “op de groep” kent veel beheerselementen. Het mentoraat (behandelen), waar instellingen ook mee werken, vereist een rol waarin veel meer moet worden mee bewogen met het ontwikkelproces van de jongere. Deze twee rollen laten zich niet altijd gemakkelijk verenigen. Steeds beter zien instellingen onder ogen dat ze blijvend te maken hebben met jongeren die onderliggende problemen hebben van waaruit veel lastig gedrag is te verklaren. Het methodisch handelen van de medewerkers moet hierop worden afgestemd. Sommige geïnterviewden (behandelaars) pleiten voor een sterkere scheiding tussen beheersen en behandelen en de jongeren niet te veel op de nek te zitten bijvoorbeeld ten aanzien van blowen. Meer in het algemeen is er behoefte aan deskundigheidsbevordering die vooral praktisch en op jongeren is georiënteerd. Daarbij is een voorkeur voor het bespreken van casussen en oefenen van gedrag, boven, bijvoorbeeld, een klasje met theoretische verhandelingen over psychiatrische ziektebeelden.

Oplossingsrichting Deskundigheidsbevordering is een continu proces waarin individuele scholing en teambrede expertiseontwikkeling elkaar afwisselen. Instellingen zijn hiervoor zelf verantwoordelijk. De gemeente kan kennis- en ontwikkelprogramma’s stimuleren. De uitwisseling van kennis en deskundigheid tussen instellingen die nu vooral via de TTCJ plaats vindt, zou een extra impuls kunnen krijgen wanneer instellingen onderling hun personeel stages laten lopen.

Betrokken partijen COJ overleg (uitwisselingsstages), gemeente (scholingsbudget).

De belangrijkste knelpunten met betrekking tot methodiek volgens de deelnemers aan de expert meeting

In figuur 5.3 is te zien dat de experts grote groepen ongeschikt vinden voor kwetsbare jongeren en dit als het belangrijkste methodische knelpunt ervaren (6). Het gebrek aan methodische alternatieven om jongeren te motiveren is het tweede belangrijkste knelpunt (1) waar hulpverleners tegen aanlopen. Op de derde plaats staat dat (woon)zorgvoorzieningen onvoldoende LVB expertise in huis hebben (8).

Figuur 5.3 Prioritering experts knelpunten van begeleidings- en behandelmethodiek



Hoewel het probleem om jongeren te motiveren niet alleen geldt voor jongeren met LVB, lijkt er wel een relatie te zijn tussen het hebben van onvoldoende motivatie ‘tools’ en de behoefte aan meer LVB expertise in de (woon)zorgvoorzieningen. Jongeren met LVB zijn vaak beperkt (of selectief) gemotiveerd (of in staat) om te werken aan de uitvoering van het begeleidings- of behandelplan. In het verlengde daarvan zijn kleinere voorzieningen volgens de experts beter geschikt om jongeren met LVB en/of motivatieproblemen te behandelen.

5.2.4 Knelpunten met betrekking tot financiering van zorg

Het voert te ver om in deze beknopte rapportage de knelpunten in de financiering van de zorg aan jongeren met een LVB, ernstige psychische problemen en of verslaving uitputtend te behandelen. De meeste van de genoemde problemen zijn al onder de aandacht van betrokken partijen. In deze paragraaf stippen we desondanks enkele aspecten van financiering aan die jongeren en zorginstellingen raken. In onderstaande tabel een overzicht van de genoemde knelpunten.

Tabel 5.5 Knelpunten met betrekking tot financiering van zorg

1	Eigen bijdrage diagnostiek
2	Kunstmatig onderscheid tussen behandelen en begeleiden
3	Gemeentelijke financieringsgrondslag “licht”, “midden”, “zwaar” te beperkt
4	CIZ werkwijze sluit niet aan op zorgpraktijk
5	Relatie diagnostiek en financiering van zorg onvoldoende toegesneden op zorgmijdende jongeren

1. Eigen bijdrage diagnostiek

De financiering van de zorg is complex en versnipperd en daardoor ontbreekt het soms aan samenhang in de zorg. Het duidelijkst is dat te merken bij de zorg voor jongeren die op meerdere domeinen problemen hebben. De jongere zelf hoeft daar in principe niets van te merken, de financiering geschiedt achter de schermen. Maar met betrekking tot financieringsvoorwaarden, moeten jongeren soms wel iets doen. Ze moeten zich laten diagnosticeren voor een CIZ indicatie en daarvoor moeten ze een eigen bijdrage betalen. De jongeren willen zich soms niet laten diagnosticeren en hebben bovendien geen geld. Een eigen bijdrage is voor jongeren een te hoge financiële eis.

Oplossingsrichting Zorginstellingen zouden de eigen bijdrage voor de jongere kunnen betalen. Het betalen van de eigen bijdrage voor de jongere door de zorginstellingen kan worden gezien als een investering om zorgcapaciteit te verwerven.

Betrokken partijen Instellingen voor (woon)zorg.

2. Kunstmatig onderscheid tussen behandelen en begeleiden

De kernvraag bij de financiering van zorg is: wat is de grondslag? De grondslag bepaalt welk type financiering kan worden aangevraagd. Het probleem is dat bij de jongere met ernstige problematiek, lang niet altijd duidelijk is welke problematiek “voorliggend” is. De MO plaatst jongeren zonder dat er een diagnose is. Dat kan omdat de gemeente deze plaatsen overbruggend en vaak ook helemaal financiert (WMO). Wanneer daar zorginhoudelijk aanleiding voor is wordt een CIZ indicatie aangevraagd (ABWZ). In die aanvraag speelt de kwestie behandelen of begeleiden en ook de inschatting van de zorgzwaarte. De psychosociale grondslag verdween begin 2009 uit de AWBZ. LVB als grondslag voor een VG indicatie blijkt in de praktijk door het CIZ (al) te zijn geschrapt. Het onderscheid tussen een (ernstig vermoeden van) een psychiatrische stoornis en psychosociale problematiek is misleidend. Iemand met alleen maar psychosociale problematiek maar met gedragsproblemen, of ‘zorgmijding’, kan wel eens veel meer aandacht vragen dan iemand met psychotische klachten. Psychiatrie duidt vaak op chroniciteit maar zegt op zich niets over de dagelijkse zorg die nodig is.

De normering van het CIZ maakt een onderscheid tussen behandelen en begeleiden. Vooral in woonzorg settings waar jongeren met ernstige problematiek worden opgevangen is dit onderscheid nogal kunstmatig. De problematiek van de jongeren is zwaar en de aandacht die jongeren krijgen is daarom intensief, individueel en procesmatig. Sommige voorzieningen zetten daarbij ook nog bewust groepsdynamiek in als methodiek. De LVB problematiek die de MO feitelijk in haar takenpakket heeft trekt een zware wissel op de

teams en vereist deskundige en competente teams. Het aanbod gaat daarmee verder dan het eenvoudig bieden van bed, bad en brood. De grens tussen behandelen en begeleiden is niet altijd helder.

Oplossingsrichting CIZ zou woonvoorzieningen kunnen waarderen en honoreren voor het werk dat ze feitelijk doen en/of woonvoorzieningen zouden (afdelingen / units) kunnen opschalen naar behandeling, door het formeren van multidisciplinaire teams onder leiding van een gedragswetenschapper.

Betrokken partijen CIZ, woonvoorzieningen.

3. Gemeentelijke financieringsgrondslag “licht”, “midden”, “zwaar” te beperkt

De indeling in deze categorieën vormt de financieringsgrondslag voor gemeentelijk gefinancierde (woon) zorgtrajecten. Instellingen die (grotendeels) van deze financiering afhankelijk zijn vinden dat in deze grondslag onvoldoende financiële ruimte zit om de begeleiding in de categorie “zwaar” (minimaal 4 à 5 uur per week) waar te kunnen maken. Er wordt geen rekening gehouden met overheadkosten, zoals coördinatie, werkbegeleiding en administratieve ondersteuning.

Oplossingsrichting Er zou opnieuw kritisch naar de indeling in zorgzwaartecategorieën moeten worden gekeken. De uitkomst van deze review kan een uitgebreide(re) toelichting zijn of een ander indelingsprincipe dat meer recht doet aan de specifieke problematiek van de jongeren.

Betrokken partijen De aan COJ deelnemende (woon)zorgvoorzieningen die hier last van hebben zouden initiatief tot beter passende categorisering kunnen nemen. De gemeente zou zich ontvankelijk kunnen opstellen voor constructieve suggesties.

4. CIZ werkwijze sluit niet aan op zorgpraktijk

Meerdere MO voorzieningen geven aan dat zij met het CIZ een moeizame relatie onderhouden omdat aanvragen vaak niet (volledig) worden toegekend. Het onderscheid tussen behandelen en begeleiden speelt hierin een rol. De technische rationaliteit die het CIZ hanteert gaat voorbij aan de ingewikkeldheid en onderlinge samenhang tussen de problemen van de jongeren en de behandelcomponent die in de woonbegeleiding zit. Er lijkt bij CIZ sprake te zijn van onvoldoende kennis over het werkveld “dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek”. Daarmee samenhangend wordt het CIZ onvoldoende “empathisch vermogen” verweten.

Het aanvragen van een CIZ indicatie is een tijdrovende bezigheid en de toekenning (of afwijzing) laat zes weken op zich wachten. Een eventueel bezwaar tegen een afwijzing kost vervolgens net zoveel tijd als de aanvraag zelf. Het aanvragen en het eventueel bezwaar maken tegen een afwijzing is tijd die ten koste gaat van het primaire proces. Een definitieve afwijzing gaat ten koste van de zorg voor de jongeren. De ironie wil dat hulpverleners soms met heel veel moeite een CIZ aanvraag hebben verkregen, maar dat de jongere op het laatste moment besluit toch niet op het aanbod in te gaan.

De rationale achter de CIZ indicatie “verblijf” is dat in principe het eerste jaar van verblijf wordt vergoed uit de Zorgverzekeringswet (ZVW) of door de gemeente. Pas wanneer het verblijf langer duurt dan een jaar worden de verblijfskosten “bijzonder” en kunnen ze uit de AWBZ worden vergoed. Er wordt bij de toekenning van zorg onvoldoende rekening gehouden met de residentiële zorg waarin jongeren verbleven voordat ze 18 jaar werden, en die zou moeten meetellen voor de CIZ indicatie “verblijf”.

Oplossingsrichting Indien een gebrek aan kennis en inlevingsvermogen van CIZ aan de basis van de moeizame relatie ligt, ligt er een belangrijke pr taak bij de instellingen de complexiteit en het niveau van de geleverde zorg over het voetlicht te brengen. Indien er sprake is van onwil, bijvoorbeeld vanuit bezuinigingsoverwegingen, is een meer politieke weg geëigend.

Betrokken partijen In beide gevallen zouden gemeente en zorginstellingen gezamenlijk moeten optrekken.

5. Relatie diagnostiek en financiering van zorg onvoldoende toegesneden op zorgmijdende jongeren

Een diagnose is de grondslag voor zorg op grond van de ZVW of AWBZ. Het stellen van een diagnose is lastig. Bij de GGZ bestaat terughoudendheid om bij jongeren diagnoses te stellen. Jongeren zijn nog in ontwikkeling en het beeld kan zich nog wijzigen en een eenmaal gestelde diagnose blijft aan iemand kleven. Daar komt bij dat een GGZ instelling alleen definitieve diagnoses stelt als ze (met deze diagnose) ook de persoon zelf in behandeling kunnen nemen, anders stellen ze alleen een voorlopige diagnose. Met een voorlopige diagnose is de continuïteit van de zorg allerm minst gewaarborgd, omdat voor langdurige zorg een definitieve diagnose is vereist.

Het Standaard Indicatie Protocol (SIP) biedt zorgverleners de financiële mogelijkheid om snel zorg in te zetten. Een SIP levert een indicatie op voor maximaal zes maanden begeleiding. Hetzelfde geldt voor het vaststellen van een indicatie op basis van “een ernstig vermoeden van” (voorlopige diagnose). De toekenning wordt verkregen voor drie of maximaal zes maanden. Enerzijds wordt er met waardering gesproken over deze relatief snelle procedures. In de praktijk is deze termijn vaak nog te kort om een volledig diagnostisch traject te doorlopen, zeker wanneer de jongeren zorg mijden.

Voor het stellen van goede diagnostiek is de medewerking van de jongere noodzakelijk. Deze moet bereid zijn tijd te investeren en vaak ook bereid zijn te stoppen met middelengebruik. Goede diagnostiek vraagt (dus) soms klinische opname, iets waartoe zeker niet alle jongeren bereid zijn.

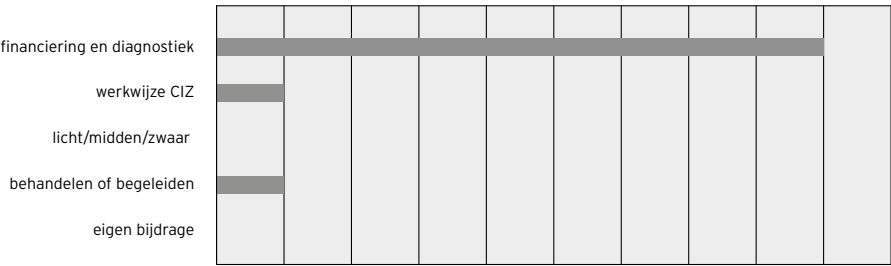
Oplossingsrichting Wanneer een poliklinisch of ambulant diagnostisch traject niet mogelijk is, is de weg via de opvang- of woonzorgvoorziening waarin diagnostische of klinische capaciteit is geïntegreerd een mogelijkheid. Voorwaarde (en uitdaging) is een dergelijke voorziening aantrekkelijk te maken zodat jongeren er langere tijd willen verblijven. Een koppeling met ambulante werkers, die jongeren naar deze voorziening toeleiden ligt voor de hand.

Betrokken partijen GGZ/Verslavingszorg.

De belangrijkste knelpunten met betrekking tot financiering volgens de deelnemers aan de expert meeting

Bij de knelpunten rondom de financiering van zorg zien we geen top drie, maar één knelpunt dat met kop en schouders boven de andere knelpunten uitsteekt, namelijk diagnostiek. Het gaat (opnieuw) om het probleem een goed beeld te krijgen van de problematiek van jongeren. Vooral zorgmijdende jongeren laten zich (ook) niet goed diagnosticeren. De mogelijkheden voor voorlopige financiering via het CIZ zijn belangrijk maar niet altijd toereikend.

Figuur 5.4 Prioritering experts van knelpunten financiering



De eensgezindheid over dit knelpunt is opmerkelijk. Het raakt aan de andere knelpunten waaruit blijkt dat de MO en GGZ/Verslavingszorg alle zeilen moeten bijzetten om grip te krijgen op jongeren met een amalgaam van ernstige problemen. Diagnostiek, begeleiding en behandeling van deze jongeren vergt deskundigheid en een lange adem van hulpverleners en flexibiliteit van de financiering van zorg.

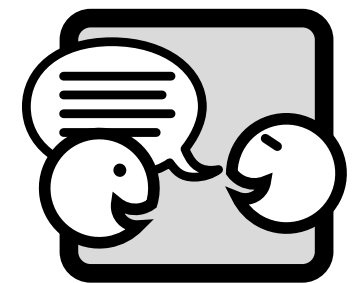
5.3 Samenvatting hoofdstuk 5

In de knelpunten die zijn gedestilleerd uit de casussen is vooral te zien dat hulpverleners het moeilijk hebben met jongeren die weinig gemotiveerd zijn om mee te werken. Het is een continu balanceren tussen aandringen en verleiden, met wisselend resultaat. Daarbij komt dat organisaties niet altijd in staat zijn zorgintensiteit te intensiveren als dat nodig is en dat doorstromen naar een andere voorziening vaak een tijdrovend proces is. Voor een deel brengen managers en professionals dezelfde knelpunten naar voren, maar de accenten worden anders gelegd. Zij vinden dat de ernst van de problematiek aan het begin van het traject wordt onderschat, waardoor ze met te zware problematiek worden opgezadeld. Samenhangend daarmee ervaren de managers dat er onvoldoende capaciteit is voor intensieve begeleiding of behandeling en dat de (woon)groepen vaak te groot zijn. Daarnaast ontbreekt het hulpverleners aan vaardigheden en tools om jongeren te motiveren. In de financiering van de zorg, tenslotte, worden de diagnostische eisen van het CIZ als niet effectief ervaren omdat deze te weinig rekening houden met de specifieke problematiek van zorgverlening aan jongeren.

hoofdstuk 6

conclusies

Conclusies



Hoofdstuk 6

Conclusies

In dit rapport presenteren we de resultaten van het onderzoek naar de zorg voor dak- en thuisloze jongeren met LVB, ernstige psychische problematiek en verslaving. Het onderzoek is longitudinaal van opzet, dat wil zeggen dat er drie metingen zijn uitgevoerd bij dezelfde groep jongeren. De eerste meting vond plaats in het najaar van 2009, de tweede meting een half jaar later (lente 2010) en de laatste meting vond plaats in het najaar van 2010. Het longitudinale karakter van het onderzoek hebben we op twee manieren in de resultaten verwerkt. We hebben op groepsniveau gekeken naar de veranderingen tussen de eerste en de laatste meting en een aantal van deze veranderingen statistisch getoetst. In de kwalitatieve analyse maakten we van de tijdsfactor gebruik door niet alleen naar de toestand te kijken op de laatste meting maar ook naar het proces dat tot die toestand heeft geleid.

In dit rapport stonden twee onderzoeksvragen centraal: (1) wat zijn, een jaar na instroom, de resultaten van de hulpverlening aan zwerfjongeren met ernstige problematiek op het gebied van lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en maatschappelijk functioneren? en (2) in hoeverre sluit het zorgaanbod aan bij de zorgvraag van zwerfjongeren met ernstige problematiek? Het antwoord op beide onderzoeksvragen wordt hieronder besproken.

6.1 Wat zijn, een jaar na instroom, de resultaten van de hulpverlening aan zwerfjongeren met ernstige problematiek?

We zijn op verschillende leefgebieden nagegaan wat de situatie was bij instroom in het onderzoek en hoe de situatie was na ongeveer één jaar. Hierover kunnen we op groepsniveau uitspraken doen.

Over het algemeen lijkt het erop dat het de jongeren na één jaar follow-up beter gaat. Wanneer we door de jongeren gerapporteerde bevindingen leggen naast het oordeel van de hulpverlener, wordt de voorzichtige indruk dat het beter gaat met deze groep dak- en thuisloze jongeren bevestigd. Dit is een globale conclusie die op onderdelen genuanceerd kan worden. Daarbij moet worden opgemerkt dat de onderzoeksopzet

het niet toelaat eventuele veranderingen met zekerheid te kunnen toeschrijven aan interventies van de hulpverlening. Verbetering zien we op gebied van (subjectieve) kwaliteit van leven, huisvesting, contact met familie en psychische gezondheid. Middelengebruik, criminele activiteiten, dagbesteding en lichamelijke gezondheid zijn leefgebieden die ongeveer gelijk zijn gebleven. De financiële situatie is verslechterd. Hieronder nemen we een aantal veranderingen kort door.

Over het algemeen verbetert de woonsituatie. Dakloosheid ten opzichte van de eerste meting is afgenomen. Een aantal jongeren gaat zelfstandig wonen, een aantal jongeren met forse problematiek komt stevig in zorg te zitten met 24/7 begeleiding. Een klein aantal is nog steeds of opnieuw dakloos. Overigens verandert het gemiddelde oordeel van de jongeren over hun woonsituatie niet.

Tussen de eerste en laatste meting is er in de totale groep jongeren sprake van een afname van de psychische klachten en van de ernst van de psychische klachten. Wanneer we de totale groep jongeren op T₁ verdelen in een groep met veel psychische klachten (n=25) en een groep met relatief weinig psychische klachten (n=29) is op T₃ de omvang van de groep met veel psychische klachten afgenomen.

Het middelengebruik van de jongeren verandert weinig. Alcohol, tabak en cannabis voeren de lijst aan, in genoemde volgorde. Er verandert ook weinig ten aanzien van problematisch alcohol- en druggebruik. Tweederde van de jongeren scoort hun alcoholgebruik binnen de bandbreedte 'normaal' en tweederde scoort druggebruik binnen de categorie 'abnormaal', dat wil zeggen dat hierover een (verslavings)-deskundige zou moeten worden geconsulteerd.

Over een jaar gemeten is de schuldenpositie van de jongeren verslechterd; het gemiddeld schuldbedrag is toegenomen en het aandeel jongeren met een hoge schuld (> 5.000 euro) is gedurende het jaar dat we de jongeren volgden gestegen. Een derde van de jongeren zegt dat hun schulden is afgenomen. De meeste jongeren krijgen hulp op dit gebied, maar dat neemt niet weg dat jongeren hun financiële situatie het meest negatief waarderen van alle leefgebieden. Dit geldt zowel voor de eerste als voor de laatste meting.

Het aantal jongeren dat zegt in de afgelopen zes maanden criminele activiteiten te hebben gepleegd is op T₃ licht gestegen. Het aantal criminele activiteiten blijft gelijk.

In vergelijking met de eerste meting is het aantal jongeren dat een opleiding volgt en/of stage loopt gelijk gebleven.

De frequentie van contacten met de familie blijven ongeveer gelijk, de waardering van de contacten neemt toe. Het aantal jongeren dat zegt goed met hun vader te kunnen opschieten is toegenomen, hoewel ook het aantal jongeren dat zegt geen contact met hun vader te hebben is toegenomen.

Tussen de eerste en laatste meting is de lichamelijke gezondheidstoestand van de totale groep jongeren niet wezenlijk veranderd. Dit blijkt uit het eigen oordeel van de jongeren over hun gezondheid.

Kijken we op groepsniveau naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod dan zien we dat de onvervulde hulpbehoefte enigszins lijkt af te nemen op het gebied van huisvesting, het aflossen van schulden en gebitszorg, terwijl ze op de gebieden van het vinden van werk of opleiding toeneemt. Het aantal jongeren dat zorg krijgt waar ze niet om heeft gevraagd, maar die ze toch krijgt, neemt toe op het gebied van psychische gezondheid. De laatste twee bevindingen laten zich verklaren door de duur van het traject waarin de jongeren zitten. De ergste (huisvesting)nood is achter de rug, nu wordt het tijd om te gaan werken, vinden de jongeren. De hulpverleners vinden echter dat het nu tijd wordt om aan de psychische problemen te werken.

We zagen op een aantal leefgebieden dat de 16 jongeren die we op T₃ niet hebben kunnen interviewen, er op T₁ iets beter leken voor te staan dan de jongeren die we op T₃ wel hebben geïnterviewd. Ze waardeerden hun situatie beter en rapporteerden minder psychische klachten dan de jongeren die we op zowel T₁ als T₃ hebben geïnterviewd. Op het gebieden middelengebruik, schulden en criminele activiteiten lijken de jongeren die we uit het oog zijn verloren niet te verschillen van de jongeren die wel in het onderzoek bleven.

Los van verbeteringen en verslechteringen op verschillende leefgebieden, is de subjectieve kwaliteit van leven een belangrijke uitkomstmaat. Deze verbetert in vergelijking met de tijd dat ze dakloos waren of nog maar kort in woonzorg. Het is niet duidelijk waar die verbetering door komt. We gaan er vanuit dat het verblijf in een woonzorg voorziening, de begeleiding en de aanvullende therapie bij elkaar voor dit effect zorgen.

6.2 In hoeverre sluit het zorgaanbod aan bij de zorgvraag van zwerfjongeren met ernstige problematiek?

Deze onderzoeksvraag is met behulp van kwalitatieve gegevens op twee manieren beantwoord: (1) door een analyse van de knelpunten die bij de 55 casussen uit het follow-up onderzoek een rol hebben gespeeld en (2) door een analyse van knelpunten die naar voren kwamen uit de interviewronde onder professionals.

6.2.1 Knelpunten die naar voren komen uit het casusonderzoek

Het gaat in dit onderzoek om jongeren met ernstige problematiek. Jongeren met LVB en/of problemen met middelengebruik of psychiatrie. Een goede aansluiting van zorgvraag op zorgaanbod is niet vanzelfsprekend. Jongeren zijn vaak weinig gemotiveerd en hulpverleners niet altijd voldoende methodisch toegerust.

Per jongere is nagegaan of deze tijdens de derde meting op de goede plek in de zorg lijkt te zitten, dat wil zeggen of de problemen van de jongere adequaat (kunnen) worden aangepakt in de huidige zorgsetting. We hebben ook gekeken naar het verloop van het hulpverleningsproces. Om deze vraag te beantwoorden is informatie gebruikt uit zowel de interviews met de jongeren als met de hulpverleners op alle drie de meetmomenten.

Op basis van deze informatie zijn 47 van de 55 casussen²⁶ waarmee we het onderzoek startten voorzien van een kleurlabel op T₃: rood, oranje of groen. Het rode kleurlabel is toegekend aan jongeren die dakloos zijn of dat dreigen te worden. De oranje labels zijn gereserveerd voor jongeren in een stabiele woonsituatie maar waarbij vooral het proces moeizaam verloopt. Groen kregen de casussen waarbij de woonsituatie stabiel is en het proces goed verloopt. Per kleur zijn subcategorieën gevormd, waarmee de jongeren nog beter getypeerd kunnen worden. Per subcategorie is kort samengevat welke factoren kenmerkend zijn voor jongeren in deze subcategorie. Het resultaat van deze indeling is samengevat in tabel 6.1.

Tabel 6.1 Indeling van de jongeren naar de mate waarin er sprake is van een match tussen zorgvraag en zorgaanbod op T₃

Label	Omschrijving	Subcategorieën	Mogelijke oorzaken
rood (n=11)	geen goede match, situatie zorgelijk, dakloos of dreigend dakloos	1. dakloosheid of dreiging daar toe (n=5) 2. zorg onvoldoende intensief, situatie verslechterd (n=4) 3. restcategorie (n=2)	- LVB problematiek - gebrekkige motivatie (actieve / passieve weerstand) - hulpverlening grijpt onvoldoende of te laat in
oranje (n=10)	huisvesting in orde, maar problematische voortgang in traject	1. moeizame trajecten (n=6) 2. meer structuur / drang nodig (n=2) 3. na doorstart toch groen? (n=2)	- doorgestroomd, maar kan minder zorg niet aan - wel doorstromen, geen voortgang - geen doorstroom, want geen geschikte plek - onderbehandelde agressieproblematiek
groen (n=26)	huisvesting in orde, voortgang of match op andere leefgebieden	1. bijna zelfstandig (n=12) 2. stevig ingebed (n=5) 3. first things First (n=2) 4. kwakkelaars (n=7)	- lichte problematiek - begeleiding slaat aan - jongere past in (zware) voorziening - wel motivatie - zelfvertrouwen - kwetsbaar maar meegaand

Wanneer we de op T₂ en T₃ toegekende kleurlabels met elkaar vergelijken, zien we dat het aantal jongeren per label (rood, oranje of groen) ongeveer gelijk blijft. Wel zijn er wat verschuivingen tussen de categorieën zichtbaar. De categorie groen verliest een aantal jongeren aan rood en oranje, maar dat zijn er relatief weinig. Toch is het niet alleen rozengeur en maneschijn in categorie groen. De subgroep “groene kwakkelaars” bestaat uit kwetsbare jongeren die nog uit de boot kunnen vallen. In de categorieën rood en oranje is meer beweging te zien. Dat geeft blijk van de instabiele situatie waarin de jongeren met dit kleur-label verkeren (zie 4.2.4).

De vraag naar aansluiting van zorgvraag op zorgaanbod is beantwoord door te rapporteren over de toestand en het verloop van de casussen. Hoewel in een aantal casussen de toestand evident problematisch (dakloos) of prima is (zelfstandig wonend), is de conclusie dat aansluiting van de vraag en aanbod vooral een kwestie is van het al dan niet hebben van een adequate hulpverlenings- of zorgrelatie. De resultaten wijzen erop dat eerst en vooral een goede werkrelatie tussen jongeren en hulpverleners noodzakelijk is. Wanneer een jongere meewerkt aan de uitvoering van het begeleidings- of behandelplan, kunnen problemen gemakkelijker worden aangepakt.

²⁶ Van de overige 8 casussen beschikten we over te weinig informatie om ze te voorzien van een kleurlabel

Een goede aansluiting zien we in de groene casussen, iets meer dan helft van het totaal, waarbij jongeren of bijna zelfstandig zijn of stevig in zorg zitten. Deze jongeren zijn meewerkend en/of boeken vooruitgang; de hulpverleners hebben de juiste ‘ingang’ gevonden en er is sprake van een goede hulpverleningsrelatie. Deels gaat het hierbij om jongeren die een aantal kenmerken hebben die gunstig zijn voor het verloop van hun hulpverleningsproces, zoals minder ernstige problematiek, een goede motivatie, zelfvertrouwen en zelfstandigheid. Deels gaat het hierbij ook om een adequate reactie van de hulpverlening op de problematiek van de jongeren. Hoewel bij een subgroep binnen deze categorie sprake is van zware problematiek, kan toch gesproken worden van een goede match, omdat de jongere op zijn/haar plek is in de hulpverlening. Een deel van deze jongeren hebben we een groen label gegeven omdat het redelijk goed met ze gaat, maar we zien tegelijkertijd dat deze jongeren erg kwetsbaar zijn, wisselende motivatie tonen en dat het niveau van zorg daarop niet vlekkeloos aansluit. Hulpverleners doen hun best om een werkbare relatie in stand te houden.

Bij iets minder dan de helft van de jongeren is er geen sprake van een goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. In een aantal gevallen is er daarbij zelfs sprake van een zorgelijke situatie (label ‘rood’). Deze zorgelijke situatie komt tot uiting in (dreigende) dakloosheid. Enkelen zijn uit beeld van de hulpverlening. Hieraan ten grondslag liggen factoren als LVB problematiek, en, daarmee samenhangend, gebrekkige motivatie. Jongeren werken niet of gebrekkig mee, ze maken tegen het advies van de hulpverlener keuzes die nadelig voor ze uitpakken, en in sommige gevallen verzetten ze zich actief. Hulpverleners slagen er niet of maar gedeeltelijk in grip op de jongeren te krijgen. Ook zien we enkele casussen waarin hulpverleners nogal reactief zijn en pas in beweging komen als er een (agressie)incident heeft plaats gevonden (label ‘oranje’). Het is moeilijk om aan te geven waar de balans doorslaat naar de jongeren die ‘ongrijpbaar’ zijn of waar het hulpverleners aan (methodisch) ‘instrumentarium’ ontbreekt.

Een gebrekkige motivatie van jongeren is het belangrijkste knelpunt dat uit de analyse van de casussen naar voren komt, in combinatie met de problemen die hulpverleners hebben om daarop een adequate respons te formuleren. Een gebrek aan motivatie blijkt het belangrijkste struikelblok dat de voortgang van de trajecten belemmert. Hulpverleners zien zich genoodzaakt meer tijd en energie in de jongere te steken, desondanks is doorverwijzing, schorsing of uitzetting soms onvermijdelijk. Gebrekkige motivatie leidt ertoe dat trajecten langer duren dan gepland en dat jongeren tegen advies van de leiding de voorziening verlaten om zich later en een illusie armer weer aan te melden. Hulpverleners voelen zich soms machteloos en zouden over meer sanctiemogelijkheden willen beschikken, gemakkelijker zorgintensiteit kunnen opschalen, of jongeren intern willen overplaatsen. Flexibel schakelen binnen instellingen en tussen instellingen is lastig vanwege onder andere beperkingen op het gebied van financiering en beschikbaarheid van behandelaanbod. Daarnaast lijkt er op het gebied van methodisch handelen en samenwerking binnen het team nog winst te boeken (intervisie, cliëntbespreking).

6.2.2 Knelpunten die door professionals naar voren zijn gebracht

Door de analyse op casusniveau hebben we een gedetailleerd beeld gekregen van de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Na afronding van de interviews met jongeren en hun hulpverleners hebben we gesproken met 23 professionals, vaak op het niveau van management. Met hen spraken we casusoverstijgend

over de zorg voor jongeren met ernstige problematiek. Deze inventarisatieronde leverde veel knelpunten op die we in vier categorieën hebben ondergebracht: (1) regie en samenwerking, (2) behandel- en begeleidingsaanbod, (3) begeleidings- en behandelmethodiek en (4) financiering van zorg. De knelpunten die er bij de analyse op casusniveau uitspringen zijn divers maar hangen allemaal min of meer samen met een gebrekkige motivatie van jongeren. Motivatieproblematiek komt ook als een van de prominente knelpunten naar voren uit de rangorde die een selectie van professionals heeft aangebracht in de groslijst van knelpunten (zie tabel 6.2, categorie begeleidings- en behandelmethodiek).

Tabel 6.2 Overzicht van de belangrijkste knelpunten volgens de experts, met suggesties voor oplossingen

	Knelpunt	Oplossingsrichting	Betrokken partijen
Regie en samenwerking			
1.	Onderschatting (ernstige) problematiek door onvoldoende screening van jongeren aan begin van traject	1. Gebruik van ZRM door COJ intake; 2. introductie van screeningsinstrumenten ten behoeve van ZVV; 3. gedegen kennis sociale kaart bij verwijzers.	COJ deelnemers + JL
2.	Instellingen hanteren te vaak en te strikt contra-indicaties voor opname jongeren	Vergroten competenties van (woon) zorgteams vergroten, waardoor minder vaak afwijzing nodig is.	Aanbieders van (woon)zorg / deelnemers TTCJ
3.	Aansluiting jeugdzorg en bijzondere huisvesting jongeren niet goed	Op casusniveau oplossingen voor soepele overdracht exploreren, monitoren en evalueren om daarmee tot structurele oplossingen te komen.	Jeugdzorg, SoZaWe, COJ
Behandel- en begeleidingsaanbod			
1.	Er zijn te weinig kleine voorzieningen / units voor intensieve begeleiding	Aanbrengen van fysiek onderscheid tussen afdelingen in grotere voorzieningen.	Aanbieders van (woon)zorg
2.	Er zijn te weinig specifieke LVB plaatsen	Creëer aparte voorziening voor jongeren met LVB en gedragsproblemen.	Ondernemende zorginstellingen
3.	Te weinig klinisch behandelaanbod GGz/ verslavingszorg	Aantrekkelijke woonzorg waarin behandeling en diagnostiek is geïntegreerd.	GGz/Verslavingszorg
Begeleidings- en behandelmethodiek			
1.	Dynamiek van grote groepen niet geschikt voor kwetsbare jongeren	Aanbrengen van fysiek onderscheid tussen afdelingen in grotere voorzieningen.	Aanbieders van (woon)zorg
2.	Onvoldoende vaardigheid om jongeren te motiveren	Lange adem en hulpverleners trainen om jongeren te motiveren.	Aanbieders van (woon)zorg
3.	Onvoldoende LVB expertise bij (woon) zorgvoorzieningen	Vergroot LVB expertise van (woon) zorgteams.	Aanbieders van (woon)zorg
Financiering van zorg			
1.	Relatie diagnostiek en financiering van zorg onvoldoende toegesneden op zorgmijdende jongeren	Aantrekkelijke woonzorg waarin behandeling en diagnostiek is geïntegreerd.	GGz/Verslavingszorg

Onderwerpen die de regie van de gemeente en de samenwerking tussen instellingen raken, gaan over de aansluiting van de MO voor jongeren met jeugdzorg. Dit is een breed onderkend maar ook hardnekkig probleem. Verder zijn er knelpunten gesignaleerd met betrekking tot screening van problematiek bij de instroom in COJ. Deze zou onvoldoende zijn. Screeningsinstrumenten kunnen behulpzaam zijn bij het maken van een goede keuze voor doorverwijzing. Echter, betere screening verandert niet de problematiek waar jongeren mee kampen en verandert ook het behandelaanbod niet. Bovendien laten de problemen met diagnostiek zien dat de verwachting van screening (diagnostiek “light”) niet te hoog gespannen zou moeten zijn. Om een goed zorgaanbod te kunnen doen is het verkrijgen van een goed beeld van de problematiek van de jongere zowel noodzakelijk als lastig. Screeningsinstrumenten kunnen behulpzaam zijn bij het maken van een goede schifting van de problematiek, maar daarnaast is het belangrijk dat verwijzers aan het begin van het COJ traject, maar ook later in het traject, uitstekend op de hoogte zijn van het woonzorgaanbod en van het behandelaanbod. De hele COJ keten zou als een hecht netwerk moeten functioneren. Een verwijzersmotto zou kunnen zijn: kennen en gekend worden.

Over het algemeen heerst er tevredenheid over de regie van de gemeente. De belangrijkste ontwikkeling die gedurende de onderzoeksperiode heeft plaats gevonden in het domein van regie en samenwerking is dat de systematiek van Centraal Onthaal Jongeren goed is gaan functioneren. Alle aanmeldingen verlopen via het Jongerenloket, instellingen voor woonzorg maken zorgvraagverduidelijkingen en die worden gezamenlijk besproken in de Traject Toewijzingscommissie voor jongeren. Er is brede steun en waardering voor deze werkwijze. Een knelpunt wordt gevormd door de contra-indicaties die (woon)zorgvoorzieningen hanteren. Die worden te strikt gehanteerd waardoor jongeren onnodig lang van goede zorg verstoken blijven. Sleutelinformanten denken dat wanneer (woon)zorgvoorzieningen meer expertise in huis hebben op het gebied van LVB, verslaving en GGz, ze meer geneigd zullen zijn ook moeilijker geachte gevallen op te nemen.

Er is extra residentiële capaciteit nodig om jongeren met gedragsproblemen in combinatie met ernstige GGz/verslavingsproblematiek en/of LVB problematiek te behandelen c.q. te begeleiden. De experts vinden extra LVB behandelcapaciteit daarin het meest belangrijk. Er leeft een sterke notie dat (extra) begeleidings- en behandelcapaciteit niet grootschalig van opzet moet zijn. Een belangrijk voordeel van het werken in kleinere units is dat begeleidings- of behandelmilieus kunnen worden gecreëerd die passen bij het profiel van de jongeren. Het gaat hierbij zowel om de bescherming van kwetsbare jongeren, als om de behandelbaarheid van meer onstuimige jongeren. We zien hier dat de behoefte aan behandelaanbod en ideeën over begeleidings- en behandelmethodiek vloeiend in elkaar overlopen.

De gebrekkige motivatie van jongeren om mee te werken aan alle onderdelen van het begeleidings- of behandelplan loopt als een rode draad door dit onderzoek. We hebben dit gezien bij de rode en oranje casussen en ook onder sleutelinformanten blijkt het een belangrijk issue. Hulpverleners hebben onvoldoende tools of vaardigheden om jongeren te motiveren. Naast het toepassen van drang en dwang vinden sleutelinformanten dat hulpverleners ook motivatievaardigheden zouden moeten ontwikkelen. Motivatieproblemen worden ook opgemerkt onder jongeren met LVB problematiek, al wordt bij deze jongeren onderkend dat het gaat om het ontbreken van vaardigheden, meer dan om het ontbreken van motivatie. De roep om meer specifieke LVB plaatsen kan enerzijds worden begrepen als een daadwerkelijk

tekort aan opvangplaatsen voor jongeren met LVB. Deze kan ook worden geïnterpreteerd als een roep om de integratie van LVB expertise in (woon)zorgteams.

Tenslotte vinden de experts dat de financieringsstructuur niet goed is toegesneden op de complexe problematiek van veel jongeren. Vooral de voorwaarde om een diagnose te produceren voordat kan worden gefinancierd wordt als een knelpunt ervaren. Het standaard indicatieprotocol biedt slechts gedeeltelijk soelaas. Voor diagnostiek is expertise, medewerking van de jongere en tijd nodig. Vooral bij zorgmijdende jongeren wordt aan de laatste twee voorwaarden niet voldaan waardoor ook (continuïteit van) financiering in gevaar komt. In de oplossings sfeer is gesuggereerd dat een aantrekkelijke woonvoorziening waarin diagnostiek en behandeling is geïntegreerd, dit probleem kan ondervangen. Deze suggestie lijkt aan te sluiten bij het geobserveerde gebrek aan opvangplaatsen voor jongeren met gedragsproblemen in combinatie met psychiatrisch problemen, verslaving en/of LVB.

De geprioriteerde knelpunten overziende, is de conclusie gerechtvaardigd dat het ontbreekt aan voldoende 24-uurszorg voor jongeren met een combinatie van LVB en gedragsproblemen en jongeren met ernstige problemen in de sfeer van psychiatrie en middelengebruik. Los van de behoefte aan extra capaciteit in deze domeinen, is vergroting van de competentie van de teams van (woon)zorginstellingen noodzakelijk om de ernstige (gedrags)problematiek - waar zij onvermijdelijk en blijvend mee te maken hebben - om te zetten in effectieve hulpverleningsrelaties. Woonvoorzieningen voor jongeren met ernstige problematiek kunnen door verder te professionaliseren nog een slag winnen. De financieringsstructuur van de zorg voor jongeren met ernstige problematiek houdt onvoldoende rekening met het ingewikkelde en trage diagnostische traject dat veel jongeren doorlopen.

6.3 Methodologische beperkingen van het onderzoek

Representativiteit van het sample moeilijk vast te stellen

Het is moeilijk vast te stellen of de groep van 55 jongeren die werd gevolgd in dit onderzoek, representatief is voor de totale groep zwerfjongeren met LVB, ernstige psychische- en verslavingsproblematiek in Rotterdam. Er is een theoretisch probleem: het is per definitie onbekend welk deel van de jongeren met deze problematiek zich meldt bij de hulpverlening. Hoewel in e-Vita veel zwerfjongeren zijn geregistreerd, weten we niet wie er niet in staan.

Bij de start van het onderzoek bleken 125 jongeren te voldoen aan de inclusiecriteria voor het onderzoek (jongeren tussen 18 en 23 jaar die zich in het voorjaar en de zomer van 2009 hadden aangemeld bij het Centraal Onthaal Jongeren en voldeden aan de criteria voor ernstige problematiek). Hiervan bleken er 47 (38%) niet bereikbaar, voornamelijk omdat zij uit zicht waren van de hulpverlening. Andere jongeren wilden niet meedoen aan het onderzoek (n=17), kwamen niet opdagen bij een afspraak voor een interview (n=6) of bleken niet bereikbaar voor een afspraak (n=15). We weten niet of deze non-respons selectief is. Zijn dit de 'zware gevallen' of juist jongeren die het met informele steun aardig redden?

Voor de tweede en derde meting is het, om verschillende redenen, niet gelukt om alle 55 jongeren van de eerste meting te interviewen. De belangrijkste redenen waren dat ze niet meer bereikbaar waren voor ons of hun hulpverleners, in detentie kwamen of geen zin meer hadden in deelname. Mogelijk was er bij de vervolgmetingen sprake van selectieve uitval uit de onderzoekspopulatie, dat wil zeggen dat de problematiek van de jongeren die we niet hebben kunnen interviewen op T₂ en/of T₃, systematisch afwijkt van de problematiek van de jongeren die we wel hebben kunnen interviewen op T₂ en/of T₃. Als we kijken naar het subjectieve oordeel van de jongeren over verschillende leefgebieden en naar de rapportage van psychische klachten vinden we voorzichtige aanwijzingen dat het met de jongeren die uit zijn gevallen na de meting op T₁, iets beter ging dan met de andere jongeren. Let wel, we kijken hier op groepsniveau. Op casusniveau weten we dat het met een aantal jongeren die we uit het oog verloren zeker niet beter gaat (gedwongen opname, verslaafd, dakloos).

Gebruikte instrumenten niet allemaal volgens de handleiding afgenomen

In de voorbereiding van dit onderzoek is veel energie gestoken in het zoeken en selecteren van geschikte meetinstrumenten voor de vragenlijst. Het aantal beschikbare gevalideerde instrumenten voor deze doelgroep is beperkt, wanneer ook rekening wordt gehouden met de tijd en energie die afname ervan vraagt van de jongeren en de onderzoekers. In het onderstaande bespreken we kort enkele beperkingen van de keuzes die we hebben gemaakt.

De HoNOS (Mulder et al., 2004) is een instrument dat in de GGZ wordt gebruikt om routinematig de toestand van de patiënt te meten. In een behandelcontext wordt de HoNOS ingevuld door de behandelaar die de patiënt regelmatig ziet. In dit onderzoek is de HoNOS opgenomen als instrument in de vragenlijst. De geïnterviewde hulpverleners zijn niet, zoals wel gebruikelijk is, getraind in de afname van de HoNOS, en kregen van de onderzoeksassistenten alleen een korte globale instructie. Een flink deel van de jongeren is, in het jaar dat we ze hebben gevolgd, veranderd van “meest betrokken hulpverlener” en dus is ook de HoNOS bij verschillende hulpverleners afgenomen. Beide aspecten kunnen de betrouwbaarheid van de scores hebben beïnvloed. Het is onvoorspelbaar in welke richting een eventuele bias zou gaan; zowel hogere als lagere scores zijn mogelijk.

Om een uitspraak te kunnen doen over de ernst van het middelengebruik hebben we gebruik gemaakt van de Spys. Dit instrument wordt wel eens gepresenteerd en gebruikt als een addendum van de SDQ (Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003) maar is dat in feite niet. We beschikken niet over scores in referentiepopulaties en interpretatie van de scores is daarom lastig. Dit komt omdat de Spys geen gevalideerd onderzoeksinstrument is maar een screeningsinstrument om problematisch middelen gebruik te signaleren onder jongeren (tot 18 jaar). Iemand die in de hoogste categorie valt (“abnormaal”) zou in contact moeten worden gebracht met een verslavingsdeskundige. De populatie in dit onderzoek bestaat uit dak- en thuisloze jongeren met ernstige problemen, waaronder verslaving. Het is daarom niet verwonderlijk dat het (drugs)gebruik van veel jongeren valt in de categorie “abnormaal”.

In het kwalitatieve deel van het onderzoek hebben de onderzoekers casussen beoordeeld aan de hand van de vraag of er sprake is van aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Onderzoekers zijn geen hulp-

verleners en daarom is het mogelijk dat wij bij het toekennen van de kleurlabels onvoldoende rekening hebben gehouden met het ‘therapeutisch handelen’ van hulpverleners. Hoewel de casussen door meerdere onderzoekers onafhankelijk van elkaar zijn beoordeeld, en we ook bij de laatste meting oordelen van hulpverleners hebben verzameld, blijft het een exercitie die is uitgevoerd vanachter het bureau en niet midden in de complexiteit van een hulpverleningsrelatie.

6.4 Discussie

Uit de conclusies komen twee onderwerpen naar voren waarop we in deze paragraaf willen reflecteren:

1. Veel jongeren hebben LVB problematiek en GGZ/verslavingsproblematiek in combinatie met gedragsproblemen.
2. Er is een gebrek aan motivatie voor begeleiding en/of behandeling bij dak- en thuisloze jongeren.

Deze onderwerpen komen zowel in de follow-up studie als in de gesprekken met professionals prominent naar voren. In deze reflecties geven we ook enkele knelpunten en oplossingsrichtingen aan die met deze onderwerpen samen hangen. We maken in deze paragraaf vooral gebruik van inzichten en ideeën die gedurende de onderzoeksperiode door jongeren, hulpverleners en (andere) professionals naar voren zijn gebracht.

1. Veel jongeren hebben LVB problematiek en GGZ/verslavingsproblematiek in combinatie met gedragsproblemen

De combinatie van gedragsproblemen met LVB en/of GGZ/verslavingsproblemen komt tamelijk veel voor. Deze jongeren zijn lastig te begeleiden, onder andere vanwege een ontbrekend behandelaanbod en onvoldoende expertise van begeleidingsteams. Een goede screening en up-to-date kennis van de sociale kaart kan helpen ernstige problematiek tijdig op te sporen en adequaat door te verwijzen. Permanente educatie en verdergaande professionalisering van het begeleidingsproces zijn strategieën die de effectiviteit van de begeleiding kan vergroten.

Hoge prevalentie van LVB, GGZ en/of verslavingsproblematiek in onderzoekspopulatie

Ruim een kwart van de jongeren die aan dit onderzoek deelnemen is zwakbegaafd of LVB. Het IQ is in dit onderzoek gemeten met de RAVEN, een non-verbale intelligentie test, waar normaal gesproken een tijdslimiet aan vast zit (Harcourt, 2004). We hebben bij de afname van deze test geen tijdslimiet gehanteerd, anders zou het aantal jongeren dat onder het gemiddelde scoort nog hoger zijn geweest. GGZ problematiek komt ook veel voor in de onderzoekspopulatie: iets minder dan een derde van de jongeren rapporteert op T₃ bovengemiddeld veel psychische klachten op de BSI (Brief Symptoms Inventory). Ruim 80% heeft in het afgelopen half jaar alcohol en/of drugs gebruikt. Bij tweederde van hen is het druggebruik zorgelijk te noemen: zichzelf of hun omgeving vindt dat ze te veel gebruiken en/of ze hebben problemen gehad door hun gebruik. Dit zijn geen verrassende bevindingen omdat de jongeren zijn geselecteerd op (het vermoeden van) deze problematiek, maar goed om nog eens te benadrukken.

Gedragsproblemen in combinatie met andere problemen maken jongeren moeilijk begeleidbaar

Terugkerend onderwerp in de gesprekken met hulpverleners is de weerbarstigheid van de problematiek van jongeren met LVB en/of GGZ en/of verslavingsproblemen, dat wil zeggen dat ze door de combinatie van problemen moeilijk begeleidbaar zijn en nauwelijks vooruitgang boeken. Telkens wordt eraan toegevoegd dat het vooral gaat om gedragsproblemen. Eigenlijk zouden we het om kunnen draaien. Gedragsproblemen in combinatie met andere problemen maken de begeleiding en behandeling van deze jongeren moeilijk. Het zijn juist deze jongeren die als eerste worden geschorst of doorverwezen naar een andere voorziening. Ze “knallen er als eerste uit” zoals hulpverleners het uitdrukken. Bij LVB is dat niet onverwacht, het zit in de definitie ingebakken dat het gaat om een combinatie van lage intelligentie en “sociale aanpassingsproblemen”.

Screenen van problematiek en kennis van de sociale kaart zijn van groot belang

De onderschatting van de ernst van de problematiek van dak- en thuisloze jongeren aan het begin van het traject is genoemd als een belangrijk knelpunt in de zorg voor deze jongeren (zie 5.2). Die onderschatting geldt ook voor gedragsproblemen. Jongeren kunnen hun beperkte sociale aanpassingsvermogen bij de intake en zorgvraagverduidelijking (ZVV) nog wel verborgen houden. Gedragsproblemen openbaren zich meestal pas na enige tijd in interactie met leeftijdgenoten en/of hulpverleners. Deze laatste spreken de jongeren aan op huisregels of het nakomen van afspraken uit het begeleidingsplan.

Het screenen op LVB, GGZ en verslavingsproblemen is mogelijk met behulp van gevalideerde instrumenten. Dit is ook mogelijk voor gedragsproblemen, maar het is de vraag of (juist deze) jongeren aan de afname van deze instrumenten willen meewerken.

Het maken van een goede inschatting van de zorgbehoefte van een jongere en de daarop volgende verwijzing naar de juiste (woon)zorgvoorziening lijken soms contextafhankelijk. Wanneer ze worden uitgevoerd door mensen die vooral met zware problematiek te maken hebben, dan kan er de neiging ontstaan om problemen te onderschatten (althans, in de ogen van de ontvangende voorziening). Een degelijke, up-to-date kennis van de zorgprofielen van verschillende (woon)zorgvoorzieningen is belangrijk om adequate trajectvoorstellen te maken. Naast de casuïstiekbespreking in de TTCJ, die een belangrijke feedbackschakel vormt, is uitwisseling op een breder niveau tussen medewerkers van (woon)zorgvoorzieningen een mogelijk instrument om een hecht en goed verwijsnetwerk te creëren.

Een voorziening als “klinisch woonzorgaanbod” (zie 5.2.2 knelpunt 3) kan een manier zijn om de problemen van zorgmijding, diagnostiek en (een begin van) behandeling het hoofd te bieden. Het succes zal voor een groot deel afhangen van het feit of de voorziening aantrekkelijk genoeg is voor jongeren die zich niet gemakkelijk tot zorg laten verleiden.

Expertise (woon)zorgteams op gebied van LVB, GGZ en verslaving onvoldoende

Uit de gesprekken met hulpverleners kwam naar voren dat in begeleidingsteams onvoldoende expertise aanwezig is op het gebied van LVB, GGZ en verslaving. Het is ook door de deelnemers aan de expert meeting genoemd als een belangrijk knelpunt in de zorg voor dak- en thuisloze jongeren. Het is daarom

belangrijk dat instellingen zich inspannen om het expertiseniveau van de begeleidings- en behandelteams aan te passen aan de problematiek van de doelgroep. Dat lijkt een open deur, maar nu steeds breder wordt erkend dat nu en in de toekomst in de MO jongeren met ernstige en complexe problematiek worden opgevangen, is het meer dan ooit tijd om hierop in te spelen. Het volstaat niet om te wachten tot er een nieuwe voorziening voor jongeren met gedragsproblemen wordt geopend, die de druk van de ketel zal halen. Behalve goede teamsamenstelling (een mix van ervaren en onervaren, hoog en minder hoog opgeleid, meerdere disciplines), is ook permanente scholing van medewerkers nodig. Dat hoeft niet (alleen) in de schoolbanken maar kan ook worden georganiseerd door uitwisselingsstages, in company trainingen, supervisie en intervisie.

Extra residentiële capaciteit voor jongeren met gedragsproblemen nodig

De druk van jongeren met gedragsproblemen op (woon)voorzieningen is zo groot, dat er naast vergroting van teamexpertise ook behoefte is aan extra residentiële begeleidings- c.q. behandelcapaciteit. Jongeren met gedragsproblemen functioneren niet goed in grote groepen. Zij veroorzaken veel onrust in de groep en de meer kwetsbare (LVB) jongeren zijn in een grote groep extra kwetsbaar en worden snel verleid tot het doen van ‘domme dingen’ om zich geaccepteerd te voelen. Elders (paragraaf 5.2.2) is al opgemerkt dat voor een effectieve begeleiding van LVB jongeren het liefst wordt gewerkt in een residentiële setting met relatief kleine units. Hetzelfde geldt voor jongeren met GGZ en/of verslavingsproblemen, in combinatie met gedragsproblemen. Kortom, extra residentiële capaciteit is nodig voor de hele groep dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek.

2. Gebrek aan motivatie voor begeleiding en/of behandeling bij jongeren

Gebrek aan motivatie voor begeleiding en/of behandeling bij jongeren is een terugkerend onderwerp op de hulpverlenersagenda. Dagelijks hebben hulpverleners te maken met actieve of passieve weerstand tegen verandering / verbetering. Als onderliggende oorzaak wordt angst genoemd, maar ook blowen wordt met lage motivatie in verband gebracht. Het is belangrijk dat hulpverleners effectieve strategieën ontwikkelen om met motivatieproblemen en achterliggende factoren om te gaan.

Angst als achterliggende verklaring voor gebrek aan motivatie

Hulpverleners noemen verschillende factoren die te maken hebben met het gebrek aan motivatie van de jongeren en de weerstand die jongeren bieden. Angst speelt een rol, bijvoorbeeld angst om controle te verliezen, een sociaal of emotioneel evenwicht te verstoren, of de angst om te falen. Het is de vraag of het in die gevallen gaat om een bewust niet-willen. Misschien gaat het ook om een niet-kunnen, ingegeven door angst. Gebrek aan motivatie komt zo in een ander perspectief te staan, in dit licht is het een symptoom van achterliggende problematiek. Vertrouwen in de hulpverlener en continuïteit in de hulpverleningsrelatie kunnen het zelfvertrouwen en dus de motivatie bij jongeren vergroten.

Blowen hangt ook samen met geringe motivatie

Cannabisgebruik (blowen) wordt door hulpverleners ook vaak in verband gebracht met geringe motivatie van jongeren. Bij jongeren die veel blowen komt weinig uit hun handen, ze stellen uit tot morgen wat ze ook vandaag zouden kunnen doen. Jongeren met verslavingsproblemen worden voor behandeling meestal

doorverwezen naar de verslavingszorg. Blomen is echter een zodanig algemeen verschijnsel onder deze jongeren, dat alle hulpverleners over een zekere deskundigheid zouden moeten beschikken op het gebied van middelengebruik. Het gaat niet alleen over kennis van middelen en hun werking, maar ook om het middelengebruik op een vruchtbare, dat wil zeggen niet moraliserende manier in de begeleidingsrelatie te betrekken. Van meerdere kanten is erop gewezen dat het model voor gedragsverandering “Stages of Change” (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) aanknopingspunten biedt om het gebruik van middelen op de begeleidingsagenda te zetten. Hoewel de Stages of Change benadering op flinke kritiek mag rekenen (West, 2005), biedt het handvatten om op een weloverwogen, procesmatige wijze middelen-gebruik bij jongeren aan te kaarten. Er zijn instrumenten in omloop die op basis van dit model motivatie ‘meten’ (Weert-Van Oene, de Jong, Schippers, & Schrijvers, 2002). De resultaten van een dergelijk instrument kunnen worden gebruikt als aanknopingspunt voor een gesprek tussen een hulpverlener en een jongere over motivatie. Voor jongeren met een LVB is door het Trimbos-instituut een gestandaardiseerd interventieprogramma ontwikkeld gericht op de preventie van problematisch alcohol- en druggebruik (Hilderink & Bransen, 2010).

Intrinsieke en extrinsieke motivatie

Er wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Bij intrinsieke motivatie staat ‘zelf willen’ centraal. Elementen van intrinsieke motivatie zijn: behoefte aan autonomie, grip/controle en het idee dat de inspanningen iets opleveren. Dit laatste element overlapt met extrinsieke motivatie, waarbij iemand tot handelen overgaat omdat er een beloning tegenover staat (wortel) of dat narigheid kan worden vermeden (stok). Als jongeren niet uit zichzelf overgaan tot het gewenste gedrag is de eerste vraag die de hulpverlener zich stelt (of: moet stellen) ‘wat is er aan de hand?’ Idealiter slaagt de hulpverlener erin de intrinsieke motivatie van de jongere vergroten, en gaat deze pas in laatste instantie over tot inzet van drang- of dwangmiddelen.

Vertrouwensband kan intrinsieke motivatie van jongeren verhogen

De dagelijkse realiteit is dat hulpverleners in hoge mate afhankelijk zijn van de vrijwillige medewerking van jongeren. Het is logisch dat hulpverleners inzetten op het vergroten van de intrinsieke motivatie van jongeren, onder andere door te proberen een vertrouwensband met de jongeren op te bouwen. Om die vertrouwensband te krijgen is echter veel tijd en inzet nodig. We hebben gezien dat, gedurende het jaar dat we de jongeren volgden, niet zelden de “meest betrokken” hulpverlener wisselde. Het gebrek aan continuïteit in de begeleidings- of behandelrelatie staat het opbouwen van een vertrouwensrelatie in de weg.

Een vertrouwensband is essentieel maar niet vanzelfsprekend

Een goede band tussen een jongere en zijn/haar begeleider is een belangrijke factor in het al dan niet succesvol verlopen van een traject (Noom & de Winter, 2001). In het werken met zwerfjongeren volgens de presentiebenadering staat het zelfs centraal (Runia & Hortulanus, 2010). Ook uit dit onderzoek blijkt dat een goede hulpverleningsrelatie van groot belang is (Albeda, 2010), waarbij een aantal zaken ons is opgevallen. In sommige voorzieningen wordt met jonge begeleiders gewerkt, stagiaires soms nog, die qua leeftijd en voorkomen niet heel veel lijken te verschillen van de jongeren die ze begeleiden. Enerzijds lijkt

dat goed omdat er minder culturele barrières zijn, anderzijds missen jonge hulpverleners vanzelfsprekend overwicht. Het lijkt wel of ze meer moeten doen om respect te krijgen. Meer dan oudere en ervaren hulpverleners lijken ze daarbij terug te vallen op de regels en sanctiemogelijkheden als tactiek die de jongeren misschien wel in het gareel krijgt, maar contra productief is voor het opbouwen van een vertrouwensband.

Elke ervaren begeleider is ooit een keer begonnen en heeft het vak door vallen en opstaan, theorie en praktijk moeten leren. Het probleem is inherent aan de positie van jonge werknemers en lost zich in de loop van iemands carrière waarschijnlijk vanzelf op. Toch is het van belang dat voorzieningen aandacht besteden aan de interne opleiding van hun jonge werknemers. Er kan voor de jongere kostbare tijd mee worden gewonnen wanneer deze zich veilig genoeg voelt om vertrouwen aan begeleiders te schenken.

Persoonlijke voorkeuren spelen ook een rol in het opbouwen van een vertrouwensband. Soms klikt het gewoon niet tussen een jongere en zijn begeleider. Het is aan de begeleider om dit te signaleren en bij zichzelf of in de organisatie te zoeken naar een oplossing, zoals het overdragen van de casus aan een collega met wie de jongere een beter contact heeft.

Het ontbreken van een goede relatie tussen jongere en hulpverlener heeft consequenties voor de begeleiding. Hoewel het voor de hand ligt te wijzen op het problematische gedrag / attitude van de jongere, is het de begeleider die slimmer of wijzer moet zijn. Niet nagekomen afspraken moeten een signaal zijn dat er iets aan de hand is dat aandacht vraagt. “Niet gemotiveerd” zijn is én een probleem én een symptoom van achterliggende problemen die aandacht behoeven.

Het opbouwen van een vertrouwensband hulpverlener-jongere kost tijd

In een aantal casus hebben we ons afgevraagd waarom de hulpverlening niet eerder aan de noodrem heeft getrokken, of anderszins heeft gereageerd wanneer de voortgang van een hulpverleningstraject stagneert. De voorlopige verklaring die we daarvoor hebben, heeft te maken met de impliciete verwachting van een lineair verloop van het hulpverleningsproces, terwijl het in de praktijk vaak niet-lineair verloopt. Het opstarten van een goede werkrelatie tussen een hulpverlener en een jongere is een kwestie van een lange adem. Elke hulpverlener houdt er rekening mee dat het opstarten van een goede werkrelatie en het winnen van vertrouwen tijd kosten.

Wanneer een jongere niet echt meewerkt, zal een hulpverlener zijn aanbod intensiveren of andere methoden inzetten om het proces op gang te brengen of gaande te houden. Dat proces wordt vertraagd als afspraken niet doorgaan. Veel jongeren hebben een korte tijdshorizon en een gemiste weekafpraak resulteert al in een behoorlijk tijdsgebrek. Hulpverleners zijn geduldig en willen de jongeren niet onnodig onder druk zetten. Het terugkerend dilemma speelt zich af tussen wachten zonder dat er iets gebeurt, en druk zetten met het risico iemand helemaal ‘kwijt’ te raken. Zo kan het zijn dat in een hulpverleningsrelatie de eerste maanden wordt geïnvesteerd in kennismaking, vertrouwen winnen en uitzoeken welke aanpak het beste werkt. Dit vanuit de verwachting dat de jongere gemotiveerd mee gaat werken aan de uitvoering van het begeleidingsplan.

Runia & Hortulanus (2010) wijzen erop dat niet alleen de jongere gemotiveerd moet zijn voor begeleiding en behandeling, maar ook de hulpverleners. Werkend vanuit de presentiebenadering moeten ook hulpverleners gemotiveerd blijven om zorg te verlenen, ondanks dat ze door de jongeren op de proef worden gesteld. De auteurs spreken van “volhouden om trouw te blijven aan de jongere”.

Het dilemma ‘druk zetten of bijstaan’ speelt in bijna alle gevallen waar jongeren zich weinig gemotiveerd tonen. Zelfs wanneer hulpverleners ‘druk zetten én bijstaan’ is de uitkomst onzeker. Enkele van de langdurig gestabiliseerde jongeren geven aan dat een vergroting van de draaglast het besef heeft geprovoceerd dat ze hun “leven willen veranderen” (Albeda, 2010). Druk zetten kan in sommige gevallen dus helpen. Dat maatwerk nodig is, dat elke jongere een persoonlijke en betrokken benadering vraagt, mogen open deuren zijn, het maakt het nog niet minder noodzakelijk. Aan hulpverleners en de teams waar ze in werken worden hoge eisen gesteld, enerzijds door de financiers van zorg, maar ook en vooral door de jongeren met wie ze werken.

Extrinsieke motivatie

Drangmiddelen, zoals schorsen of dreigen met schorsen kunnen worden gezien als instrumenten om extrinsieke motivatie te vergroten. Wanneer de motivatie helemaal afwezig is kunnen soms juridische dwangmiddelen worden ingezet. Een aantal hulpverleners vindt dat het ze aan dwang en drangmiddelen ontbreekt om jongeren (extrinsiek) te motiveren. Een van de suggesties die werd gedaan is om beter de huidige mogelijkheden van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) te benutten. Wanneer iemand met complexe, onderling samenhangende problemen zichzelf verwaarloost, is het in principe mogelijk een rechtelijke machtiging voor gedwongen opname / behandeling te vragen. Voorwaarde is wel dat er een adequate behandelvorm aanwezig is. Aan die voorwaarde, lijkt echter voor jongeren in de Rotterdamse regio nog onvoldoende voldaan (zie eerste discussiepunt). Er kan ook worden gesteld dat de werkingsfeer van BOPZ te beperkt is. Zo wordt er door professionals gepleit voor een derde dwangvariant, naast Onder Toezicht Stelling (OTS) en RM, speciaal voor jongeren. Het criterium “gevaar” zou daartoe kunnen worden uitgebreid met “schade”. Het gaat onder andere om jongeren die zeggen op straat te willen blijven ondanks dat zij zichzelf daarmee schade berokkenen. Jongeren die door ernstige gedragsproblemen uit de MO gezet dreigen te worden, zouden met deze nieuwe dwangmaatregel tijdelijk in de GGZ kunnen worden opgenomen. Voor deze tussenvariant “gedwongen opname” komen jongeren in aanmerking die zowel door de MO als de GGZ daarvoor worden aangedragen. Deze variant zou kunnen heten: ‘Maatregel MO gedwongen behandeling in de GGZ’. Na behandeling en nadat het gevaar (op schade) is geweken kunnen deze jongeren wel naar de MO.

Andere hulpverleners zien meer in een betere benutting van de WIJ (Wet Investerings Jongeren). De WIJ biedt de mogelijkheid om de uitkering als drangmiddel in te zetten, in het bijzonder voor leerwerktrajecten. De indruk bestaat dat nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de WIJ biedt om jongeren te committeren aan een traject waar leren, werken en zorg zijn geïntegreerd. Het is aan te bevelen dat de klantmanagers van JL en de mentoren van zorginstellingen elkaar vaker opzoeken om de uitvoering van het zorg- en leerwerktraject af te stemmen.

Samenvattend

De problematiek van motivatie en gedragsproblemen (meestal in combinatie met LVB en/of GGZ en/of verslaving) is sterk met elkaar verweven. Het zijn vaak de jongeren met gedragsproblemen die ook weinig gemotiveerd zijn. De in dit rapport genoemde problemen met screening en diagnose impliceren ook dat het niet eenvoudig is de zorgvraag vast te stellen en (dus) ook lastig is een adequaat hulpverleningsaanbod te doen. De inzet van deskundige en betrokken hulpverleners vormt een deel van het antwoord. Daarnaast is voor de meest problematische groep jongeren extra residentieel behandelaanbod nodig.

Afkortingen

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
ACT	Assertive Community Treatment
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	(Wet) Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CGT	Cognitieve Gedrags Therapie
CIZ	Centraal Indicatieorgaan Zorg
COJ	Centraal Onthaal Jongeren
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (of Mental Disorders)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Honos	Health of the Nations Outcome Scales
IBW	Intensief Beschermd Wonen
JL	Jongerenloket
KBR	KredietBank Rotterdam

LVB	Licht verstandelijke beperking
MO	Maatschappelijke Opvang
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OM	Openbaar Ministerie
OTS	Onder Toezicht Stelling (van de raad voor de kinderbescherming)
Riagg	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RM	Rechtelijke Machtiging
SoZaWe	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
SPV	Sociaal-Psychiatrische Verpleegkunde
TTCJ	Traject ToewijzingsCommissie Jongeren
VG	Verstandelijk Gehandicapten
VZ	Verslavingszorg
WIJ	Wet Investeren in Jongeren
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZVV	ZorgVraagVerduidelijking

Literatuur

Albeda, Y. (2010). Zat van het leven zonder huis. Een kwalitatief onderzoek naar het stabilisatieproces van voormalig thuisloze jongeren. Faculteit Sociale Wetenschappen. Rotterdam, Erasmus Universiteit.

Algemene Rekenkamer (2008a). Opvang Zwerfjongeren 2007. Den Haag, Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2008b). Opvang Zwerfjongeren 2008. Den Haag, Algemene Rekenkamer.

Baan, D., & Meijsen, E. (2008). ACT jeugd. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, Movisie.

Beijersbergen, M., Jansen, C., & Wolf, J. (2008). Zwerfjongeren in Utrecht. Omvang en profiel van de zwerfjongerenpopulatie. Nijmegen, UMC St. Radboud.

Bergsma, F. (2009). Centraal Onthaal Jongeren Rotterdam Opgeplust. Rotterdam, Solidair Consultancy.

Beurs, E., de (2006). Handleiding Brief Symptom Inventory. Leiden, Pits B.V.

Bottenberg, M., Verhagen, G., Bisschops, L., (2001). Zwerfjongeren in de provincie Gelderland: omvang van het zwerfjongerencircuit, toekomstige trends en discrepanties tussen hulpverleningsaanbod en hulpverleningsvraag. Arnhem, Advies- en Onderzoeksgroep Beke.

Brummelhuis, K., Drouven, L., (2011). Telling Zwerfjongeren. Aantallen op basis van definitie 2010. Enschede, Bureau HHM.

Buntinx, W. H. E., Curfs L.M.G. (2010). Wat is een verstandelijke handicap en wat zijn de gevolgen ervan? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM.

Couwenbergh, C., Gaag, R.J. van der, Koeter, M., Ruiter, C. de, Brink, W., van den (2009). "Screening voor substance abuse among adolescents. Validity of the CAGE-AID in youth mental health care." Substance Use & Misuse 44(6): 823-834.

Fransen, N., van den Handel, C., Wolswinkel. L., (2009). Zwerfjongeren (z)onder dak. Casus onderzoek naar de overstap van Jeugdzorg naar Maatschappelijke Opvang Amsterdam, DSP-groep bv.

Gemeente Rotterdam (2007). Convenant Centraal Onthaal Jongeren. Rotterdam, Gemeente Rotterdam.

Gemeente Rotterdam (z.j.). Plan van aanpak Zwerfjongeren 2008-2010. Rotterdam, Gemeente Rotterdam.

Harcourt (2004). RAVEN Standard Progresseve Matrices (SPM). Nederlandse Handleiding 2006, Harcourt Assessment, Inc.

Hartmans, J. E. A., Hengelveld, M.R., Vernhout, G., & IJland, C.M. (2009). Resultaten verdiepend onderzoek naar wachtlijsten voor Verpleging en Verzorgen en gehandicaptenzorg. Enschede, Hoeksma, Homans en Mentink, organisatieadviseurs.

Heineke, D. (2007). Zwerfjongeren, vraag, aanbod en beleid op een rij. Utrecht, Movisie.

Hekelaar, A. (2008). Vinden en binden. Behoefteschatting bijzondere jongerenhuisvesting Rotterdam, 2008-2010. Rotterdam, SoZaWe.

Hekelaar, A. (2009). Ruimte voor risicojongeren. Globale behoefteschatting Woonfoyers Rotterdam, 2009-2011. Rotterdam, SoZaWe.

Hilderink, I., Bransen, E. (2010). Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Utrecht, Trimbos-instituut.

Korf, D. J., Diemel, S., Riper, H., Nabben, T., (1999). Het volgende station; Zwerfjongeren in Nederland. Amsterdam, Thela Thesis.

Korf, D. J., Van Ginkel, P., & Wouters, M. (2004). Je ziet het ze niet aan. Zwerfjongeren in Flevoland. Amsterdam, Rozenberg Publishers.

Lauriks, S., Buster, M.C.A., de Wit, S., van de Weerd, S., Tigchelaar, G. (2007). (2010) Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix. Amsterdam, GGD.

Lehman, A. (1995). Toolkit on Evaluating Quality of Life for Persons with severe Mental Illness, University of Maryland School of Medicine, Department of Psychiatry.

Maaskant, J. (2005). 'Dissidenten', 'Weglopers' of 'Verschoppelingen'? Profielen van thuisloze jongeren in Rotterdam. Rotterdam, SoZaWe.

Mulder, C. L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, S., Sytema, S., Wierdsma A.I., (2004). "De health of the nation outcome scales (Honos) als instrument voor 'routine outcome assessment'." Tijdschrift voor Psychiatrie 46(5): 273-284.

Nibud (2008). Financieel gedrag van jongeren. Achtergronden & invloeden. Utrecht, Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud).

Noom, M. J., de Winter, M. (2001). Op zoek naar verbondenheid. Zwerfjongeren aan het woord over de verbetering van de hulpverlening. Utrecht, UU / NPZ.

Oort, M. v., 't Land, H. van, Ruiters, C. de (2006). Handleiding voor het gebruik van het screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) binnen Bureau Jeugdzorg. Utrecht, Trimbos-instituut.

Petit, V., & Richt, A., (2009). Aanpak zwerfjongerenproblematiek. Handreiking voor gemeenten. Den Haag, BMC onderzoek.

Planije, M., van 't Land, H., & Wolf, J. (2003). Hulpverlening aan zwerfjongeren. Utrecht, Trimbos-instituut.

Prochaska, J. O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. American Psychologist 47(9): 1102-1114.

Rouvoet, A. (2010). Definitie Zwerfjongeren. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. DMO/SSO-2995315.

Runia, K., Hortulanus, R., (2010). Zwerfwerken. Een evaluatieonderzoek naar de werking van presentie bij de opvang en begeleiding van zwerfjongeren. Utrecht, Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie.

Straaten, B. v., Barendregt, C., Wits, E. (2010). Bemoeizorg: stand van zaken. Een update van bestaande onderzoeksliteratuur en programmabeschrijvingen Rotterdam, IVO.

van Twist, E., Dudevszky, S., Lohman, S. (2011). Jonge moeders in Rotterdam. Tussenrapportage DWARS. Rotterdam, Kenniskring Opgroeien in de Stad/ Expertisecentrum Praktijkgericht Onderzoek (EPO). Instituut voor Sociale Opleidingen. Hogeschool Rotterdam

Weekers, S., Sohler, R. (2007). Meerderjarig in de jeugdzorg, en dan...? Onderzoek naar de overdracht van 18 plussers van de residentiële jeugdzorg en pleegzorg naar het lokale jeugdbeleid. 's Hertogenbosch, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg.

Weert-Van Oene, G. H. d., C.A.J., de Jong, G.M. Schippers, A.J.P. Schrijvers (2002). "Motivation for Treatment in substance dependent patients: psychometric evaluation of the TCU-Motivation for Treatment Scales." European Addiction Research 8: 2-9.

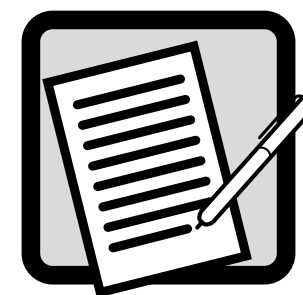
West, R. (2005). "Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest." Addiction 100(8): 1036-1039.

Widenfelt, B. M. v., Goedhart. A.W., Treffers. P.D., Goodman, R. (2003). "Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)." Eur Child Adolesc Psychiatry 12(6): 281-289.

Wijngaarden, D., Meije, D., Fortiadis, L., Wennink, H.J., & Kok, I. (2008). Kwaliteit van leven en vervulling van zorgwensen: De ontwikkeling van de quality of life and care (qolc)vragenlijst. Utrecht, Trimbos-instituut.

bijlagen

Bijlage 1 t/m 9



Bijlage 1

Samenstelling begeleidingscommissie

Astrid Altena, Onderzoekschool Maatschappelijke Zorg, UMC St. Radboud

Aad van Driel, GGD Rotterdam Rijnmond

Alex Hekelaar, Diana van Dijk, SoZaWe, afdeling SWA

Paul de Keyzer, Jongerenloket Rotterdam

Eva Mandos, GGD Rotterdam Rijnmond

Hella Masuger, Stichting Zwerfjongeren Nederland

Marc Noom, LUMC

Henk Schutte, Flexus Jeugdplein

Roesja Verhoeven, Pension Maaszicht

Bijlage 2

Overzicht deelnemende voorzieningen²⁷ COJ

Instelling	Voorziening	Bedsoort	Capaciteit	Deelnemer TTCJ
Arosa	Annie MG	crisisopvang	1	ja
Crisiscentrum	Crisiscentrum	crisisopvang	2	nee
TriviumLindenhof	De plataan	crisisopvang	12	ja
CVD	Oude Emmahuis	licht	32	ja
FlexusJeugdplein	Foyer Matrix	licht	15	ja
FlexusJeugdplein	Foyer Sandelingplein	licht	56	ja
FlexusJeugdplein	Foyer Walenburgerweg	licht	12	ja
Jong JIP	18+	licht	19	ja
Jong JIP	Jonge moeder	licht	5	ja
Maaszicht	BOL	licht	20	ja
Maaszicht	Buitenzorg	licht	10	
Arosa	Steady	middel	15	ja
CVD	Ambulant wonen	middel	86	ja
CVD	Boezemdwers	middel	45	ja
CVD	Klooster	middel	32	ja
LdH	De Vuurtoren	middel	26	ja
LdH	E Kaminda pa majan	middel	20	ja
Prokino	Prokino	middel	35	ja
Timon	Begeleid wonen Rdam	middel	45	ja
Timon	Timon Wilgenborgh	middel	15	
Arosa	Annie MG	zwaar	15	ja
Corridor	Opvanghuis	zwaar	3	nee
CVD	Foyer Henegouwerlaan	zwaar	32	ja

²⁷ Partijen die wel zorg bieden aan jongeren (waaronder zwerfjongeren) maar die niet deelnemen aan het COJ en de TTCJ zijn bijvoorbeeld Radar uitvoering, het Riagg (bijvoorbeeld project Smash it up), bureau Jeugdzorg, Reclassering Nederland, en DOSA regisseurs. Ook enkele aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg die actief zijn in de regio Rotterdam, zoals ASVZ, Humanitas, Stichting Compaan en de Zuidwester nemen geen deel aan het COJ.

Instelling	Voorziening	Bedsoort	Capaciteit	Deelnemer TTCJ
LdH	Jongleren	zwaar	20	ja
LdH	Zy aan zy	zwaar	14	ja
Maaszicht	Pension	zwaar	30	ja
Bouman GGZ	Veldwerk	traject	10	ja
Bureau Nazorg (BPN)	Ex-gedetineerde jongeren	traject overig	20	op afroep
FlexusJeugdplein	Postadres	traject	80	ja
FlexusJeugdplein	T-Team ambulant	traject	19	ja
FlexusJeugdplein	WEB	traject	63	ja
Lucertis	ACT-jeugd	traject overig	25	ja
MEE Rdam Rijnmond	MEE Jeugd	traject overig	10	ja
Mozaik	Mozaik	traject overig	10	op afroep
TriviumLindenhof	Postadres	traject	wordt samen gevoegd met FlexusJeugdplein	nee
Overige deelnemers: Pameijer; Jongerenloket, GGD-Trajectregie				

Bijlage 3

Samenvatting masterscriptie Ympkje Albeda: “Zat van een leven zonder huis”

Onderzoeksvraag

Welke factoren droegen volgens voormalig dak- en thuisloze jongeren met een ernstige problematiek bij aan het bereiken van stabiliteit?

Onderzoekspopulatie

Er wordt teruggekeken op het stabilisatieproces van een groep jongeren die zich nu in een stabiele woon-situatie bevindt (retrospectief onderzoek).

Selectiecriteria; het gaat om jongeren die:

- tussen 18 en 28 jaar zijn
- minimaal één jaar meer of minder mate zelfstandig wonen
- dak- en/of thuisloos zijn geweest
- ernstige problematiek hebben (gehad)

Er zijn diepte-interviews gehouden met 15 voormalig dak- en thuisloze jongeren. Deze interviews duurden gemiddeld 1,5 uur. Naast de jongeren zijn de (voormalig) hulpverleners van de jongeren geïnterviewd. Deze interviews duurden gemiddeld 30 minuten. De informatie die de hulpverleners gaven, diende als aanvulling op de informatie die de jongeren gaven.

Resultaten

Uit het onderzoek blijkt dat er niet één omslagpunt is, maar dat er een scala aan factoren een rol speelt in het stabilisatieproces van de jongeren:

Paragraaf 5.2

Het onder controle krijgen van het middelengebruik en/of van psychische problematiek draagt in gunstige zin bij aan het stabilisatieproces.

In deze paragraaf stond de eerste deelvraag centraal, namelijk: in welke mate hebben en hadden jongeren met een ernstige problematiek hun problemen met betrekking tot verslaving, licht verstandelijke handicap en/of psychische problematiek onder controle?

We hebben gezien dat voor het middelengebruik geldt dat dit over het algemeen onder controle is, doordat men gestopt is met het dagelijks gebruiken van drugs en/of alcohol. Twee jongeren gaven aan wel nog drugs te gebruiken, maar ze hebben dit wel verminderd.

De psychische problematiek is voornamelijk te vinden in agressie, somberheid en wantrouwen. De jongeren zijn nu minder agressief en minder somber. Hierdoor was het makkelijker om te stabiliseren. Somberheid kan bijvoorbeeld invloed hebben op de motivatie en agressie kan problemen opleveren in de hulpverlening. Opvallend is dat de meeste jongeren aangeven wel nog wantrouwend te zijn. Wanneer echter geïnvesteerd wordt in de relatie met de jongere kan dit wantrouwen afnemen. Een licht verstandelijke handicap blijkt een factor te zijn waar de hulpverlening rekening mee moet houden. Het verwerven van zelfinzicht en het ontwikkelen van een toekomstperspectief is lastig in deze groep. Voor andere ernstige problematiek geldt dat deze geen obstakels op hoeft te leveren in de hulpverlening, wanneer deze onderkend wordt. Iemand die zware psychische problemen heeft kan immers door middel van een behandeling prima functioneren. Deze behandeling moet dan wel plaatsvinden en blijvende hulpverlening lijkt dan ook een belangrijk element bij jongeren met een ernstige problematiek.

Paragraaf 5.3

Het verbreken van bepaalde sociale relaties is belangrijk, evenals (het herstellen van) de contacten met familie en vrienden of het aangaan van een liefdesrelatie met iemand die zijn/haar leven op orde heeft.

In deze paragraaf ben ik ingegaan op het antwoord op de tweede deelvraag. Deze luidde als volgt: Wat is de rol (geweest) van sociale relaties in het proces van stabilisatie?

We zien dat het verbreken van bepaalde sociale relaties belangrijk is. De meeste jongeren moeten weerstand bieden aan negatieve invloeden van vrienden van de straat. Daarnaast blijken jongeren vaak eenzaam te zijn geweest. Veel jongeren hadden het thuis niet goed en hadden niemand om op terug te vallen. Dit probleem bleef bestaan, wanneer de jongeren hun onderdak verloren. Respondenten die ingebed waren in het straatleven, lijken meer geïsoleerd te zijn van het leven buiten de straat dan dat ze veel steun ontvingen van jongeren op straat. Ook zij ervaren eenzaamheid. Een nieuwe leefomgeving deed deze jongeren goed. De meeste jongeren raakten echter niet geïsoleerd doordat ze afscheid namen van de straat. Zij werden opgevangen door familie en vrienden. Toch ontbreekt voldoende morele steun bij de gehele groep en ‘weak ties’ lijken te overheersen. Liefdesrelaties (‘strong ties’) kunnen een positieve en negatieve invloed hebben. Positief wanneer de persoon waar de jongere een relatie mee heeft, zijn of haar leven op orde heeft. Formele netwerken zijn hier niet aan de orde gekomen. Deze zullen bij de hulpverleningscontacten besproken worden.

Paragraaf 5.4

Wanneer de draaglast van de jongeren de draagkracht overstijgt, kunnen ze tot het besef komen dat ze hun leven willen veranderen.

In deze paragraaf is antwoord gegeven op deelvraag drie namelijk: hoe sterk waren de draaglast en draagkracht tijdens het dak- en/of thuisloze bestaan? De draagkracht en de draaglast van de jongeren lijken hoog. Het leven op straat is zwaar, maar de jongeren kunnen veel verdragen. Veel jongeren komen echter op een punt dat de draaglast boven de draagkracht uitstijgt. Op dit moment komt vaak het besef dat ze

iets anders willen met hun leven waardoor het uiteindelijk beter met ze kan gaan, soms omdat ze hierdoor in contact komen met hulpverleners.

Paragraaf 5.5

Jongeren kunnen ook verandering willen, doordat ze zich niet willen verenigen met het stigma ‘zwerfjongere’. Een te negatief zelfbeeld kan er juist toe leiden dat jongeren niet (meer) willen werken aan het verbeteren van hun situatie, maar zich erbij neerleggen.

In deze paragraaf stond deelvraag 4 centraal: welke rol heeft het (veranderend) zelfbeeld gespeeld? Verschillende jongeren blijken een stigma te ervaren in de tijd dat ze thuisloos zijn en schamen zich voor het feit dat ze geen vast onderdak hebben. Dit stigma kan een motivatie teweeg brengen, omdat de jongeren op deze manier weten wat ze niet willen worden. Soms is dit een aanleiding om hulp te zoeken. Een erg negatief zelfbeeld kan echter tot gevolg hebben dat iemand niet meer voor zichzelf wil vechten en in dat geval belemmert dit de jongeren. Wanneer de jongeren zich verenigen met dit stigma kan een negatief zelfbeeld ontstaan en heeft een stigma dus een negatief effect. Een positief effect van het stigma kan ontstaan wanneer de jongeren zich hier tegen afzetten. Een slecht zelfbeeld is moeilijk te verbeteren zonder positieve feedback van anderen, zoals vrienden of hulpverleners.

Paragraaf 5.6

Een op vertrouwen gebaseerde relatie met een hulpverlener draagt in gunstige zin bij aan het stabilisatieproces: vanuit een dergelijke relatie kan worden gewerkt aan het oplossen van problemen waarmee de jongere kampt, zoals financiële problemen of meer persoonlijke problemen.

Deze paragraaf richt zich op de hulpverlening en daarmee op deelvraag 5, namelijk: hoe ziet het hulpverleningstraject van de ex-zwerfjongeren eruit en welke rol heeft dit gespeeld in het stabilisatieproces? We hebben gezien dat jongeren vooral praktische hulp krijgen en dit waarderen. Daarnaast hebben jongeren behoefte aan een luisterend oor en vinden ze het belangrijk dat ze de hulpverlener kunnen vertrouwen. Dit vertrouwen is echter niet altijd aanwezig. In deze vertrouwenband moet veel tijd gestoken worden, helemaal omdat veel jongeren in eerste instantie wantrouwend zijn. De jongeren geven ook aan dat volgens hen niet alles goed gaat in de hulpverlening. Zo vinden ze hulpverleners niet altijd geschikt, sluit het hulpaanbod niet goed aan op de hulpvraag of is hulp zelfs afwezig als de jongeren hier behoefte aan hebben. Hulpverlening is daarmee niet altijd adequaat. Wanneer de hulpverlening wel goed verloopt, kan dit een uitwaaiend effect hebben. Jongeren adviseren bijvoorbeeld andere jongeren om ook hulp te zoeken. Naast de hulpinstanties voor zwerfjongeren kunnen jongeren met hun problemen soms ook hulp vragen op school, bij hun jobcoach, huisarts of bij een geestelijke. Bijna alle jongeren hebben nu nog contact met de hulpverlening en vinden het moeilijk om dit af te sluiten. De oorzaak hiervoor kan gezocht worden in het feit dat de jongeren zelf een beperkt sociaal vangnet hebben en nog niet heel lang op zichzelf wonen, maar ook in het feit dat de jongeren die ik gesproken heb zijn geworven via hulpverleningsinstanties. Een precieze verklaring is op basis van dit onderzoek niet te geven.

Paragraaf 5.7 en 5.8

Wanneer jongeren een doel of houvast in hun leven hebben, zoals een zinvolle dagbesteding of (de zorg voor) een kind, heeft dit een gunstige invloed op het stabilisatieproces.

De dagbesteding is één van de overige factoren die een belangrijke rol speelt in het stabilisatieproces. Dagbesteding is niet alleen belangrijk om praktische redenen, namelijk het hebben van inkomsten. Ook voelen jongeren zich beter met dagbesteding. Dagbesteding kan daarmee een positief effect hebben op het zelfbeeld en op de sociale relaties.

Het blijkt voor jongeren belangrijk om een houvast in hun leven te hebben om stabiliteit te kunnen vinden. Vooral het hebben van een voldoening gevende dagbesteding en het hebben of krijgen van een kind speelt hierin een belangrijke rol. De jongeren moeten wel geloven dat hun leven er anders uit kan zien.

Paragraaf 5.9

Ook in deze paragraaf ben ik ingegaan op deelvraag 6 namelijk welke andere factoren een rol spelen in het stabilisatieproces. Vooral de slechte financiële situatie van de jongeren blijkt een aandachtsgebied te zijn. Jongeren kunnen niet goed met geld omgaan en maken gemakkelijk schulden. Ook het aanleren van praktische vaardigheden blijkt in eerste instantie niet vlekkeloos te verlopen. De jongeren hebben immers nooit geleerd om bijvoorbeeld de administratie bij te houden. Dit niet goed bijhouden van de administratie is vaak een belangrijke oorzaak van financiële problemen. De jongeren ervaren over het algemeen geen lichamelijke problemen.

Bijlage 4

Korte beschrijving vragenlijsten

BSI

Om een indicatie te krijgen van de psychische klachten is de Brief Symptom Inventory afgenomen. De BSI vragenlijst bevat 53 items, waarmee de volgende negen typen klachten worden geïnventariseerd: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Daarnaast zijn er drie algemene indicatoren van de ernst van de psychopathologie: algemene psychische gezondheid (de BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De antwoorden worden op een vijfpuntsschaal gegeven.

De betrouwbaarheid van deze verkorte klachtenlijst doet nauwelijks onder voor de bijna twee maal zo lange SCL-90-R: de coëfficiënt alpha voor de totale lijst is 0,96. Op schaalniveau is de waarde van de betrouwbaarheidscoëfficiënten 0,80 of hoger, voor twee schalen iets lager: 0,79 (paranoïde gedachten) en 0,71 (psychoticisme). De normen zijn gebaseerd op gegevens van twee groepen: een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking (N=200) en een groep ambulante patiënten met psychiatrische klachten (N=245). Op dit moment wordt de BSI afgenomen bij verschillende patiëntengroepen (bijvoorbeeld psychiatrische patiënten met angst- en stemmingsstoornissen, en patiënten met werkgerelateerde problematiek) en bij deelpopulaties uit de normale bevolking (De Beurs, 2009).

Raven

De Raven (Standard progressive matrices) is een intelligentietest die een indicatie van algemene cognitieve capaciteiten weergeeft, waarbij geen gebruik gemaakt wordt van taal en waarbij wordt gekeken naar aanlegfactoren, maar ook naar aangeleerde vaardigheden. De Raven is een figurale test, met meerkeuzevragen en een gelijk aantal antwoordalternatieven. De afnameduur bedraagt ongeveer 40 minuten (richttijd). De test is geschikt om te onderzoeken of iemands redeneervermogen intact is en om een indicatie te geven van iemands intellectuele begaafdheid. De Raven is geschikt voor alle leeftijden en onafhankelijk van opleiding of nationaliteit.

Voor de interpretatie van de testcores is gebruikgemaakt van de normering voor volwassenen en jongeren uit de Verenigde Staten (1993) zoals opgenomen in de handleiding (Harcourt, 2004). Bij deze normering worden de testcores omgezet in percentielscores, rekening houdend met de leeftijd. Een percentielscore van 95 betekent dat 5% van de algemene bevolking hoger zal scoren dan deze uitkomst. Deze percentielscores kunnen worden opgedeeld naar een vijftal graden.

Verdeling van graden naar percentielscores op de Raven SPM

	Omschrijving	Percentiel
Graad I	Intellectueel superieur	≥ 95
Graad II	Duidelijk bovengemiddeld intellect	75 - 94
Graad III	Gemiddeld intellect	26 - 74
Graad IV	Duidelijk beneden gemiddeld intellect	6 - 25
Graad V	Intellectueel beperkt	≤ 5

Lehman subjectieve kwaliteit van leven (deels)

De subjectieve kwaliteit van leven vragen zijn gebaseerd op Lehman (1982). Lehman operationaliseerde het begrip kwaliteit van leven naar subjectieve en objectieve indicatoren op de verschillende levensgebieden van een mens. Omdat niet alle leefgebieden even relevant zijn voor de doelgroep zwerfjongeren is ervoor gekozen om de vragenlijst aan te passen. De leefgebieden die in de huidige vragenlijst zijn opgenomen zijn gebaseerd op onderzoek van het UMC st. Radboud (Beijersbergen et al., 2008).

Quality of life and care

De vragen over de zorgbehoefte van de jongeren is gebaseerd op de Quality of life and care vragenlijst van Wijngaarden et al. (2008). Deze vragenlijst is ontwikkeld om de zorgwensen van mensen die gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg te achterhalen. Op 10 leefgebieden wordt gevraagd of de cliënt hulp wil, hulp krijgt en zo ja of de cliënt dan ook de juiste hulp krijgt. Omdat niet alle leefgebieden even relevant zijn voor de doelgroep zwerfjongeren is ervoor gekozen om de vragenlijst aan te passen. De leefgebieden die in de huidige vragenlijst zijn opgenomen zijn gebaseerd op onderzoek van het UMC st. Radboud (Beijersbergen et al., 2008).

HoNOS

De HoNOS kent 12 items en bestaat uit vier subschalen, te weten: gedragsproblemen (item 1-3), beperkingen (item 4-5), symptomatologie (item 6-8) en sociale problemen (item 9-12). De schaal kan worden ingevuld door een beoordelaar (arts, verpleegkundige of andere GGZ medewerker). In ons geval is de HoNOS afgenomen door de interviewer op basis van de informatie van het interview met de meest betrokken hulpverlener. De interviewers hebben een training in het afnemen van de HoNOS gevolgd; dat wordt aangeraden omdat de betrouwbaarheid van het instrument dan wordt vergroot. Alle items worden op een vijfpunts Likertschaal ingevuld: van 0 (geen probleem), 1 (licht), 2 (matig), 3 (vrij ernstig) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). Het invullen duurt ongeveer 5 tot 15 minuten, afhankelijk van hoe goed de beoordelaar de patiënt kent.

Bijlage 5

Topiclijsten casusonderzoek

Topiclijst hulpverlener T₃

Leefgebieden: huisvesting, huishouden, dagbesteding, financiën, lichamelijke en psychische gezondheid, middelengebruik, sociale contacten.

Intro:

Nu we de vragenlijst hebben afgewerkt wil ik graag nog even met u door praten over de aansluiting zorgbehoefte en zorgvraag.

- Hoe lang bent u de begeleider/mentor van deze jongere?
- Wat is er in het afgelopen half jaar in de situatie van de jongere veranderd? (Zowel positief als negatief)
 - Hoe komt dit?
- Wat is de rol van de hulpverlening in die verandering (zowel positief als negatief)?
- Welke (belangrijke) wijzigingen zijn er in de afgelopen 6 maanden in het begeleidingsplan opgetreden?
 - Waarom?
- Wat is er niet veranderd, dat wel veranderd had moeten zijn?
 - Hoe komt dat?
- Welke knelpunten zijn er in het huidige hulpaanbod voor deze jongere?
 - In de huidige opvang/ behandeling passend voor deze jongere?
 - Welke opvang /behandeling zou beter passend zijn?
- Welke methode, aanpak of tools gebruikt u om de match tussen zorgvraag en zorgaanbod tot stand te brengen?
 - Het gaat zowel om persoonlijk / methodisch handelen als om wat de instelling te bieden heeft
- Wat doet u als blijkt dat de jongeren zich actief of passief verzet tegen de uitvoering van het begeleidingsplan, nakomen van afspraken of wanneer hij/zij adviezen negeert?
 - Anders geformuleerd: hoe beweegt u de jongere tot gedragverandering / goed gedrag?
- Hoe zit het met de motivatie en acceptatie van hulp van de jongere?
 - Wat zijn de oorzaken van een eventueel gebrek aan motivatie bij deze jongere?
 - Voor welke zaken laat de jongeren wel en juist geen motivatie zien?
 - Indien weinig motivatie: in hoeverre is dit puberachtig gedrag?
 - Welke invloed heeft de problematiek (GGZ, LVB, verslaving, of anders) op de motivatie?
- Wat verstaat u onder hulp?
 - Niet altijd ervaren jongeren de hulp die ze krijgen ook als hulp. Wat verstaat u onder hulp?
- Is de voorziening waar de jongere nu verblijft voldoende toegerust om adequaat te begeleiden of te behandelen?
 - Wat zou u voor deze jongere anders / beter willen zien?

- Steeds vaker is hulpverlening ook samenwerken met andere professionals die zich ook met de jongere bemoeien. Bij welke andere hulpverleners is de jongere in behandeling of begeleiding?
 - En hoe verloopt de samenwerking? (overleg, afstemming, taakverdeling)
 - Denk ook aan doorverwijzing, toelatingscriteria, wachttijden etc.

Topiclijst jongeren T₃

Leefgebieden: huisvesting, huishouden, dagbesteding, financiën, lichamelijke en psychische gezondheid, middelengebruik, sociale contacten.

Intro:

Dit is het laatste gesprek dat wij hebben over jou en de hulpverlening waar je mee te maken hebt. Wij willen graag weten hoe het komt dat de ene jongere het gevoel heeft goed op zijn plaats te zitten en de andere jongere dat gevoel niet heeft. Daarom willen we met jou nog wat verder praten over het contact dat je hebt met de hulpverlening. Het gaat enerzijds over de relatie met je belangrijkste hulpverleners, maar ook over wat de zorginstelling je te bieden heeft.

Openingsvraag: Kun je iets vertellen over de plek waar je nu zit. Wat heeft het je te bieden?

- Wat mis je op deze plek?

Vervolgvrage: Als je kijkt naar het afgelopen half jaar, wat is er dan in jouw situatie veranderd?

- Interviewer: denk terug aan eerder gegeven antwoorden op verschillende **leefgebieden**.
 - Wat was daarin de rol van de hulpverlening (persoon / instelling)?
- Indien vertrokken van woonplaats T₁, reden vertrek?
- Indien conflict graag iets meer over vertellen.
- Indien in goed overleg, graag iets meer over vertellen.
 - Welke dingen hadden moeten veranderen, maar zijn niet veranderd?
 - Hoe komt dat? (eigen rol, rol hulpverlener etc.)

Vervolgvrage: Wie is voor jou de belangrijkste hulpverlener? (naam en organisatie)

- Kun je vertellen waarom deze persoon voor jou zo belangrijk is?
 - Wat zijn de belangrijkste eigenschappen die een hulpverlener moet hebben.
 - Wat versta je eigenlijk onder hulp. Wanneer helpt een hulpverlener jou? Wanneer voel je je geholpen?
- Wat vind je van de organisatie waar deze persoon voor werkt?

Vervolgvrage: met welke hulpverleners heb je nog meer te maken?

- Wat doen zij met jou / jouw situatie?
- Waarom vind je deze voor jou minder belangrijk? (bemoeien ze zich met onderwerpen die je vervelend vindt?)

Vervolgvrage: Als je het moeilijk hebt met bepaalde dingen, hoe steunt jouw hulpverlener je dan?

- Bepaalde dingen: denk weer aan de **leefgebieden**
- (Ik los het alleen op) wat maakt het dat je niet naar je hulpverlener gaat? of
- Wat zijn de dingen die jij moeilijk vindt en waarbij je wel steun of hulp krijgt van

- Op welke manier wordt jij door je hulpverlener gesteund?
 - Wat doet (of laat) de hulpverlener om jou te steunen?

Nieuwe vraag: Wij horen hulpverleners vaak spreken over motivatie. Ze zeggen dan bijvoorbeeld “hij is zeer gemotiveerd”. Hoe zit het met jou motivatie? (= meest open vraag)

- Waarvoor ben jij het meest voor gemotiveerd om je in te zetten?
- Waarvoor ben jij niet gemotiveerd je in te zetten (maar wordt het toch van je verwacht?)
- Wat zijn dingen die hulpverleners aan jou vragen of van jou verwachten die je niet ziet zitten?
- Hoe komt dat?
- Wat verwachten hulpverleners van jou? (wat moet je doen of juist niet doen van de hulpverleners)?
 - Woonbegeleiders
 - Behandelaren
 - Anderen (bijvoorbeeld van arbeidsintegratie)

Bijlage 6

Hulpverlenersoordeel vergeleken met onderzoekersoordeel

Rood, oranje, groen: Hulpverlenersoordeel vergeleken met onderzoekersoordeel

	Aantal	
Consensus hulpverleners / onderzoekers	21	
Hulpverleners oordelen zwaarder (rood i.p.v. oranje of oranje i.p.v. groen)	-	
Hulpverleners oordelen lichter (groen i.p.v. oranje, oranje i.p.v. rood	4*	
Geen hulpverleners oordeel**	22	
Geen informatie, geen oordeel	8	
Totaal	55	

*16147 Hulpverlener geeft oranje en licht toe “hulpvraag sluit wel aan bij zorgaanbod, maar onderliggende problematiek krijgt te weinig aandacht omdat hij daar niet open voor staat.” De jongere woont in bij een nicht, heeft grote, groeiende schulden. Aan onderliggende problematiek wordt niets gedaan. In het inter- view geeft de hulpverlener aan dat zij hem niet meer kunnen bieden en dat er eigenlijk een andere hulp- verlener (of organisatie) het stokje zou moeten overnemen. Een voorziening met 24-uurs begeleiding zou het beste zijn. Wij labelden deze jongeren als rood.

*16178 Hulpverlener labelt groen en licht toe: “Is aangemeld bij DOK voor training agressie en diagnostisch onderzoek bewindvoering is gestart.” Onderzoekers labelden deze jongere als oranje, maar bij nader inzien als groene kwakkelaar.

*16191 Hulpverlener labelt groen (geen toelichting). Wij labelden oranje omdat deze jongere ‘in transit’ bij een IBW verblijft en nog onduidelijk is naar welke voorziening hij (verplicht) zou doorstromen. Ondertussen kreeg hij geen behandeling voor zijn psychische klachten.

*18012 De hulpverlener labelt groen (geen toelichting). Wij gaven oranje label. Deze jongere zou door- stromen naar een lichtere 18+ voorziening zonder dat zijn problemen waren verminderd.

** een aantal hulpverleners is niet om een oordeel gevraagd omdat we ze niet hebben geïnterviewd. Ook is een aantal hulpverleners niet met het standaard instrumentarium bevraagd. Dat is o.a. gebeurd bij jongeren die in detentie zaten of in een kliniek. Het grootste deel, echter, heeft niet de ZRM ingevuld en teruggestuurd.

Bijlage 7

Topiclijst sleutelinformanten

Knelpunten en Ontwikkelingen in de zorg voor dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek

Behandelaanbod

- Voor welke jongeren ontbreekt adequaat (woon)zorgaanbod?
 - Dagbesteding(sprojecten)
 - Gebrek aan crisisopvangplaatsen
 - Moeilijk plaatsbare jongeren (agressie, acute GGZ, zware LVG)
- Welke ontwikkelingen vinden plaats op het gebied van (woon)zorgaanbod?

Methodiek

- Welke ontwikkelingen of knelpunten ziet u op het gebied van methodiek voor dak- en thuisloze jongeren met ernstige problematiek?
 - Begeleiding en behandeling van jongeren met LVG, GGZ en verslaving
 - Zorgmijdend gedrag (o.a. bij LVG)
 - Het gaat hier o.a. om adequate scholing van personeel.

e-Vita (let op: niet alle instelling doen mee met e-Vita)

- Wat zijn uw ervaringen met e-Vita?
 - Sterke punten, zwakke punten, wat kan verbeteren?
 - Hoe functioneert e-Vita als communicatiemiddel? (bij elkaar 'kijken')
 - Wat vindt u van de Zelfredzaamheidsmatrix?

Regie

- Wat vindt u van de gemeentelijke regie op de instroom en doorstroom van jongeren?
 - Sterke punten, zwakke punten, wat kan verbeteren?
 - COJ TTCJ passende (woon)zorg
 - Hoe verloopt de samenwerking met COJ
 - Afspraken met zorgkantoor (quota voor LVG /GGZ bij instellingen)
 - Jolo

Samenwerking

- Kunt u iets vertellen over de samenwerking met andere zorgleveranciers met wie u cliënten / patiënten deelt (en naar wie u cliënten doorverwijst of van wie u cliënten ‘krijgt’?)
 - Verhouding woonzorg / behandeling
 - Diagnostisch traject (zie ook financiering van de zorg)
 - Taakafstemming, informatie-uitwisseling
 - Eventueel casuïstiek inbrengen
 - Overdracht

Financiering van de zorg

- Op welke wijze wordt de zorg voor uw cliënten / patiënten gefinancierd?
 - Sterke punten, zwakke punten, wat kan verbeteren?
- Diagnostisch traject (t.b.v. CIZ indicatie)

Jeugdzorg

- Welke ontwikkelingen en knelpunten doen zich voor wat betreft de aansluiting / overdracht van jeugd-zorg (tot 18 jaar) naar (woon) zorg voor jongeren (van 18-23 jaar)?
 - Overdracht dossiers, diagnostiek, plaatsgebrek

Volwassenen zorg

- Welke ontwikkelingen en knelpunten doen zich voor wat betreft de aansluiting / overdracht van (woon) zorg voor jongeren (van 18-23 jaar) naar (woon)zorg voor volwassenen?

Overige knelpunten (2009)

- Starheid uitvoeringsorganisaties
 - Genoemd werd: informatie beheergroep
 - Eventueel: KBR
- Toegang reguliere woningmarkt
- Hoe verloopt het verwerven van inkomsten voor jongeren

Bijlage 8

Sleutelinformanten knelpunteninventarisatie en deelnemers expert meeting

Naam	Organisatie	Deelnemer expert meeting
Patricia Schell	ACT Lucertis	Afgemeld
André Mangel	ACT Noord	-
Richard Slinger	ASVZ	-
Sheena Jansen	CVD Foyer	-
Remco Haneveld	CVD	Ja
Erik Nagtegaal	Flexus Jeugdplein	Afgemeld
Alekos Kaisis	SoZaWe, Veiligheidshuis	-
Leo Donker	Jongleren	Tjalling Vonk, Irene Den Hollander
Roesja Verhoeven	Maaszicht	Ja
George Janssen, Angelique Duindam	Maaszicht	-
Ciska den Otter	MEE	Ja
Wilga Rietveld	Pameijer	Ja
Stef van de Weerd	GGD, voorzitter TTCJ	Ja
Paul de Keyzer	Jolo	Ja
Ram Saktoe, Anneke Zwaan	Jolo	-
Jennifer Wiessenhaan	T-Plataan	-
Sandra Sturris, Joan-Pieter Kraaijeveld	Timon	Sandra Sturris, Deborah Rijkaart
Lies Wenselaar	BoumanGGZ, jeugdpoli	Job Catshoek, Lakhaddar Echammachi
Jolanda Kuyper	GGD, trajectregie	-
Johan Stam	GGD, Veiligheidshuis	Ja

Bijlage 9

Overzicht van casussen gesorteerd op kleurlabel en subgroep

Label ROOD										
(dreigend) dakloos	Woonsituatie (categorie)				€	IQ*	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver- slaving
	T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	16-14207	woonvoor- ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor- ziening jongeren (zwaar)	dakloos	Vrijwillig (of verplicht?) uit voorziening vertrokken	300	III	0,60	1,13	1,19
b.	31-18002	woonvoor- ziening jongeren (zwaar)	bij ouders	dakloos	Woont bij vrienden. Lastige jongen, moeilijke doorstroming	20.000	IV	0,58 (T ₁)	1,88	?
c.	22-16147	Dakloos, bij moeder thuis/deels in portieken slapend	Dakloos, bij moeder thuis/deels in portieken slapend	Dakloos, verblijft nu bij nicht	Zorgmijndend, niet aan problematiek veranderd	7.000	IV	0,62	1,36	1,43 ja
d.	40-18079	voorziening voor Tiener- moeders (zwaar)	voorziening voor Tiener- moeders (zwaar)	Dakloos (?)	Verblijft bij oma. Zorgmijndend, onbegeleidbaar geacht	7.000 (T ₁)	?	0,26 (T ₁)	1,00	? nee
e.	41-18097	woonvoor- ziening (zwaar)	Afkick kli- niek buiten Rotterdam	Woon- situatie onduidelijk	Zorgmijndend, verslaafd. Moest Vertrekken uit voorziening (licht)	1.800 (T ₁)	?	1,85 (T ₁)	2,97	? Ja

Onvoldoende zorg		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	23-16148	Zelfstandig begeleid wonen (licht)	Zelfstandig begeleid wonen (licht)	Zelfstandig begeleid wonen (licht)	Zorgmijndend, LVB (?). Geen uitkering, dreigend dakloos	4.000	IV	0,04	2	2	nee
b.	46-18165	Crisis (zwaar) + thuis	Dakloos	Kamer, zelfstandig	LVB, hulp nodig, heeft het niet. Woont wel, situatie instabiel	3.000	V	0,38	1,67	1,25	Nee
c.	20-16136	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	lage motivatie, spelen weinig in op vermoeden LVB	4.000	IV	0,51	1,5	2,7	Dage-lijks blowen
d.	30-16197	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	zelfredzaamheid overschat	6.000	IV	2,43 (ptss)	2,8	2,58	Blowen gemin-derd
Twee aparte gevallen		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Versla-ving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	12 -14077	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	onbekend	Waarschijn-lijk dakloos	e-Vita: hij meldde zich bij Plataan voor nachtopvang	11.000 (T ₁)	IV	0,66 (T ₁)	?	?	
b.	15- 14135	Woonvoor-ziening jongeren (midden)	Woonvoor-ziening jongeren (midden)	detentie	In detentie na geweldsdelict	1.000 (T ₁)	IV	0,64 (T ₁)	1,06	?	

* Presentatie IQ in graden III = gemiddeld intellect, IV = duidelijk beneden gemiddeld, V = intellectueel beperkt

Label ORANJE											
Moeizaam verlopende trajecten		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	26-16161	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	zelfstandig	Verhuisd naar vriendin, slechte overdracht, niet naadloos, ontglipt	4.000	IV	0,53	1,33	1,08	Ja, ooit aange-meld bij Bouman
b.	33-18012	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	geen voortgang, gaat toch spoedig doorstromen	4.000	IV	0,42	1,57	1,47	nee
c.	27-16173	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	te zelfstandig, geen dagbesteding, lamrendig	1.000	IV	0,55	1,32	1,16	ja
d.	43-18111	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (? , elders)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	herstart in 'oude' woonvoorziening, moeizaam	6.000	IV	0,96	1,64	1,54	Nee
e.	18-16104	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	te trage doorstroom, wacht op geschikte plek	6.000 (T ₁)	IV	0,04 (T ₁)	1	?	Veel blowen
f.	29-16191	Crisis (nachtop-vang vol-wassenen)	detentie	in transit	Tijdelijk in IBW; moeizame overdracht	1.000	IV	1,42	3,08	1,67	Ja
Meer struc-tuur / drang nodig						€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	19- 16121	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Bij moeder in afwach-ting van nieuw tra-ject	lage motivatie, continuïteit verblijf onzeker	4.000	IV	0,17	1,61	1	
b.	21- 16143	Zelfstandig, ambulante begeleiding	Zelfstandig, ambulante begeleiding	Zelfstandig, ambulante begeleiding	geen structurele verbetering, 'jojo',	15.000	V	0,62	1,96	1,83	Ja, cocaïne-episo-des

Oranje kwakkelaars						€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
b.	28-16178	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	Na incident is zorg geïntensiveerd	9.000	IV	0,49	1,47	1,37	Nee (soms alc. Mis-bruik)
c.	32- 18011	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	detentie	andere) Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Na incident is zorg geïntensiveerd	9.000	III	0,83 (ptss)	3,15	1,29	

Label GROEN											
Bijna zelfstandig		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	2- 10030	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Bijna zelfstandig, geen schulden, goede structuur.	0	III	1,09	2,72	1,57	
b.	35-18026	zelfstandig	zelfstandig	zelfstandig	moeder met kind en vriend + steun schoonouders + GGD voorzorg + KBR	11.000 (samen met vriend)	IV	0,09	1	1	nee
c.	4-10045	Woonvoor-ziening (zwaar)	Zelfstandig (met bege-leiding)	Zelfstandig	zelfstandig, nauwelijks nog begeleiding nog wel schulden, reïntegratie traject	18.000	III	0,17	1,45	1	
d.	11-14067	Dakloos	Zelfstandig	Zelfstandig (verhuisd)	Begeleiding of afroep, intelligent, opleiding, kinderen OTS	10.000	III	0,26	1,55	1	Dage-lijks blowen
e.	44- 18128	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	bijna helemaal zelf-standig, volgt opleiding	0	IV	2,53	3,6	3,05	
f.	14- 14118	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	nog in woonbegeleiding, maar gaat zelfstandig, vaste baan	0	V	0,13	1	1	
g.	6-10095	Crisis (dak-loos)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	zelfstandig met WBG, dagbesteding is oké	4.000	V	0,40	1,83	1,4	Nee

h.	34-18022	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (middel)	Woonvoor-ziening jongeren (middel)	Coöperatief behalve met dagbesteding, uitstroom gepland	3.000	IV	0,08	1	1	
i.	38-18072		Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Dagbesteding, coöpera-tief, schulden nog niet aan 't afflossen.	25.000	III	0,25	2,08	?	
j.	42-18100	Crisis (dakloos)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	stabiel in voorziening gaat naar 'licht', werken in Horeca, nieuwe vriend	500	IV	0,28	2,29	1,07	Nee
k.	7-12011	Crisis (dak-loos)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	zelfstandig	helemaal zelfstanding, baan, contact met ouders weer	0	IV	?	1,37	?	Nee
l.	47-18172	Crisis (dak-loos)	zelfstandig	zelfstandig	woont zelfstandig gaat naar school	4.000	III	0,34	1,32	1,06	
Stevig ingebed		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	3-10042	MO volwass-senen	MO vol-wasssenen (andere afdeling)	MO volwass-senen (idem)	Zwakbegaafd, getraumatiseerd. Intensieve zorg, oppassen voor hospitalisering. Eventueel opleiding	25.000	V	0,38	2,75	2,25	Ja, blowen
b.	51-18190	Crisis (dak-loos)	Woonvoor-ziening jongeren (?, zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (?, zwaar)	Zwakbegaafd en getraumatiseerd. Veel gesprekken en intensief dagprogramma doen hem goed. Eventueel opleiding	3.000	IV	1,25	2,28	1,69	
c.	37-18072		(andere) Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Kliniek buiten Rot-terdam	kliniek tg, gestopt met blowen, gaat nu goed	700 (T ₁)	?	1,95 (T ₁)	2,08	?	Blowen (T _{1,2}), in kliniek op T ₃
d.	45-18164	Crisis (dak-loos)	BW volwas-senen (?, zwaar)	BW volwas-senen (?, zwaar)	Zwakbegaafd, stevig in zorg, weigert schuld-hulp, is toch aangemeld bij KBR	2.500 (T ₁)	IV	0,25 (T ₁)	1,18	?	
e.	8-12045	Verslavings-kliniek	Verslavings-kliniek	IBW, versla-vingszorg	moeizaam traject	20.000	IV	1,36	?	2,32	Ja, niet actief

First-things first		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	10-14044	Woonvoor-ziening jongeren (middel)	dakloos	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	op haar plaats in Zij aan Zij	6.000	V	0,21	1,45	1,1	nee
b.	49-18188	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (licht)	belangrijkste is nu geslachtsverandering, werk en opleiding secundair (tertiair)	0	IV	1,28	1,43	1,8	
Kwakkelaars		Woonsituatie (categorie)				€	IQ	BSI TOT (T ₃)	BSI EAS (T ₁)	BSI EAS (T ₃)	Ver-slaving
		T ₁	T ₂	T ₃	Situatie T ₃						
a.	17-14208	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Gaat naar 'licht', gestopt met blowen, stijgende lijn, begonnen met opleiding	700	III	0,17	1,88	1,8	Nee?
b.	54-18231	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Langzame cliënt, Kwetsbaar in de groep, wel doorstromen maar voortzetting begeleiding nodig	14.000	IV	0,51	1,82	1,35	
c.	39-18075	Dakloos (kamertje in onderhuur)	Bij familie	Bij familie	woont bij schoon-ouders, autorijlessen, EMDR(?)	10.000	IV	0,66	2,14	1,94	Nee
d.	25-16154	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	(andere) Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	(idem) Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	na 'verwaarlozing' door hv, nu de juiste persoon	900	IV	1,34	2,18	2,09	
e.	55-18237	Crisis (dakloos)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Woonvoor-ziening jongeren (zwaar)	Nieuwe begeleider oké. Motivatie voor school matig. Naar Bouman voor blowen	5.000	V	1,62	1,72	2,15	ja
f.	24-16152	Woonvoor-ziening jongeren (?, licht)	Woonvoor-ziening jongeren (?, licht)	Woonvoor-ziening jongeren (?, licht)	Bijna zelfstandig, weinig begeleiding, maar psychisch kwetsbaar	19.000	IV	1,40	1	2,05	Nee