

Jongvolwassenen vertellen

Zorgbehoefte van jongvolwassenen in residentiële settingen in Utrecht

Stephanie Pease

Jongvolwassenen vertellen

Zorgbehoefte van jongvolwassenen in residentiële settings in Utrecht

Stephanie Pease

Universiteit Utrecht

Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Eerste beoordelaar: Marije Kesselring

Tweede beoordelaar: Stijn Sieckelinck

Gemeente Utrecht

Stagebegeleider: Floris Fonville

26 juni 2016

Samenvatting

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat er knelpunten bestaan bij het organiseren van passende zorg voor jongvolwassenen tussen de 18 en 23 jaar die uit residentiële settings stromen. Om tot een passend aanbod te komen, is in dit onderzoek in opdracht van gemeente Utrecht onderzocht wat de zorgbehoefte van deze groep jongvolwassenen is. In semigestructureerde face-to-face interviews zijn negen jongvolwassenen en drie professionals gevraagd naar de zorgbehoefte van jongvolwassenen op de elf domeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix. Uit de resultaten blijkt dat jongvolwassenen zichzelf meer zelfredzaam vinden dan professionals, waarvan het domein activiteiten dagelijks leven het grootste verschil vertoonde. Met name op de domeinen financiën, dagbesteding en huisvesting geven jongvolwassenen aan een zorgbehoefte te hebben. Verder is gebleken dat jongvolwassenen veel waarde hechten aan een vertrouwensband met hun begeleider en de voorkeur geven aan begeleiding van een ervaringsdeskundige. Het huidige zorgaanbod sluit hierin niet aan op de behoeften van jongvolwassenen, aangezien jongvolwassenen onnodig lang in zorg verblijven vanwege een gebrek aan nazorg en back-up. Een passend alternatief zou een team van ervaringsdeskundigen kunnen zijn die vanaf 15 jaar aan jongvolwassenen worden gekoppeld en hen ambulant begeleiden naar zelfredzaamheid. Daarnaast geeft het merendeel van de jongvolwassenen aan dat zij ook onnodig lang in residentiële zorg verblijven vanwege een gebrek aan financiële middelen en betaalbare huisvesting. Het creëren van meer werkgelegenheid, meer betaalbare huisvesting en een toegankelijker systeem ten aanzien van de wetten en procedures wordt hierin aanbevolen.

Keywords: zorgbehoefte, jongvolwassenen, residentiële zorg, nazorg, zelfredzaamheid

Abstract

Various studies have shown that problems exist in the organization of appropriate care for young adults between 18 and 23 years old who leave residential care. In order to achieve an appropriate offer, this research, commissioned by Utrecht municipality, studied the care needs of this group young adults. In semi-structured face-to-face interviews, nine young adults and three professionals were asked about the care needs of young adults in eleven domains of the Zelfredzaamheid-Matrix. The results show that young adults find themselves more self-reliant than professionals, whereof the domain daily life activities showed the biggest difference. According to young adults, they have a care need particularly in the domains of finance, day care and housing. Furthermore, research also shows that young adults highly value a trusting

relationship with their mentor and prefer guidance from someone with similar experiences. The current care does not meet the needs of young adults, since they stay longer in residential care than necessary because of a lack of follow-up and back-up. An appropriate alternative would be to connect a team of experts with adolescents from 15 years of age, to guide them outpatient to independence. In addition, the majority of young adults indicated that they also stay longer in residential care than necessary because of a lack of funding and affordable housing. Creating more jobs, more affordable housing and a more accessible system in respect of the laws and procedures are recommended.

Keywords: care needs, young adults, residential care, aftercare, self-reliance

Inleiding

In het periodieke rapport van 8 juni 2015, uit het VN-Kinderrechtencomité haar zorgen omtrent het gebrek aan structurele nazorg aan jongeren in Nederland die residentiële instellingen (zorg met verblijf) en pleegzorg verlaten (CRC, 8 juni 2015). Ook vragen diverse jeugdhulporganisaties in een brief aan wethouders aandacht voor de continuïteit, zichtbaarheid en beschikbaarheid van de zorg voor jongeren die na hun 18^e jaar jeugdzorg verlaten en aanvullende ondersteuning nodig hebben (Jeugdwelzijnsberaad, LOC zeggenschap in zorg, het Landelijk Platform GGz & Ieder(in), 9 september 2015). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat professionals van mening zijn dat een aantal levensbehoeften onvoldoende geregeld zijn voor deze doelgroep, zoals huisvesting, inkomen en dagbesteding (Broeders, Schaafsma & Franssen, 2011). Deze zorgen worden bevestigd in verschillende onderzoeken. Zo blijkt dat jongvolwassenen die residentiële jeugdzorg verlaten een jaar later minder tevreden zijn dan voor de opname ten aanzien van hun financiële situatie, vrije tijd, sociale participatie en leefsituatie (Boendemaker, Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2013) en dat zij vaak problemen hebben op het gebied van school, werk of vrije tijd (Bullis & Yovanoff, 2006; Bullock, Little & Milham, 1998; Van der Ploeg & Scholte, 2003).

Verschiedende knelpunten spelen volgens onderzoek een rol bij de organisatie van adequate hulpverlening aan jongvolwassenen tussen 18 en 23 jaar, namelijk een tekort aan een passend hulpverleningsaanbod, het ontbreken van de juiste expertise over deze groep, het vrijwillige karakter van de hulpverlening na 18 jaar, een slechte aansluiting tussen jeugd- en volwassenenzorg en onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van de zorg voor deze doelgroep. Hiervan is het grootste knelpunt het tekort aan een passend hulpverleningsaanbod. Door dit tekort kunnen hulpverleners jeugdigen niet verwijzen en komen er nauwelijks aanvragen voor deze zorg waardoor er geen aanbod wordt ontwikkeld (Steketee, Vandenbroucke & Rijkschroeff, 2009). Recentelijk onderzoek van de Kinderombudsman bevestigt dat deze knelpunten actueel zijn, met uitzondering van de onduidelijkheid van de verantwoordelijkheid van deze zorg (Dullaert, 2015). Deze verantwoordelijkheid ligt door de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet op 1 januari 2015 bij de gemeenten (Rijksoverheid, 2015). Doordat alle jeugdhulp overgeheveld is naar de gemeenten, biedt dit kansen voor de gemeenten om de zorg voor 18 tot 23-jarigen die zorg met verblijf ontvangen beter te organiseren (Pehlivan & Brummelman, 2015).

Gemeente Utrecht herkent deze kansen en formuleert in het Utrechtse model voor de Zorg voor Jeugd specifiek voor het onderdeel jeugdzorg met verblijf dat zij ernaar streven om zorgvormen aan te bieden die beter aansluiten op het (gewone) leven (Gemeente Utrecht,

2015). Het Utrechtse model is gebaseerd op de vijf transformatiedoelen van de nieuwe Jeugdwet, namelijk (1) meer preventie, meer eigen verantwoordelijkheid, meer benutten van ‘eigen kracht’ en het sociale netwerk; (2) normaliseren, ontzorgen en niet onnodig medicaliseren; (3) sneller jeugdhulp op maat en dicht bij huis; (4) betere samenwerking en (5) meer ruimte voor professionals (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Veiligheid en Justitie & Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2014). Hoewel gemeente Utrecht alle transformatiedoelen onderstreept, wordt bij jongvolwassenen die zorg met verblijf ontvangen de nadruk gelegd op normaliseren.

De noodzaak van het bieden van een passend aanbod blijkt uit het aantal jongvolwassenen dat zorg met verblijf ontvangt in Utrecht. Uit cijfers van gemeente Utrecht blijkt dat er op 31 december 2015 401 jongeren jeugdzorg met verblijf ontvangen, waarvan 80 jongvolwassenen op 31 december 2015 tussen de 18 en 23 jaar zijn (persoonlijke communicatie, 2016). Hoewel er verschillende typen van zorg met verblijf te onderscheiden zijn, namelijk gesloten, besloten en open, waarbij verblijf in deeltijd, dagbehandeling en 24-uurszorg mogelijk is binnen leefgroepen, kamertrainingscentra, pleegzorg en gezinshuizen (Boendermaker et al., 2013), is het huidige onderzoek gericht op jongvolwassenen die verblijven op open residentiele groepen met een 24-uurs behandeling en die het perspectief (begeleid) zelfstandig wonen hebben. Hieronder vallen leefgroepen, woongroepen en kamertrainingscentra. In deze zorgvormen verblijven naar schatting 49 jongvolwassenen -de cijfers zijn gebaseerd op alle 24-uurs zorgvormen, met uitzondering van gezinshuizen, pleegzorg en gesloten opvang, aangezien cijfers op basis van specifieke zorgvormen niet beschikbaar zijn- (persoonlijke communicatie, 2016). Deze focus is gekozen omdat de andere verblijfsvormen mogelijk andere doelgroepen bedienen met mogelijk andere zorgbehoeften. Zo zullen jongeren die het perspectief beschermd wonen hebben waarschijnlijk minder zorgbehoefte hebben op het gebied van huisvesting.

Vanwege het gebrek aan continuïteit, zichtbaarheid en beschikbaarheid van de zorg voor 18 tot 23-jarigen die jeugdzorg verlaten en de ambitie van gemeente Utrecht om een passend zorgaanbod te bieden voor deze jongvolwassenen die zoveel mogelijk past bij het gewone leven, is de volgende hoofdvraag geformuleerd: *Op welke wijze kan de gemeente Utrecht passende zorg bieden, gericht op zelfredzaamheid en normaliseren, aan kwetsbare jongvolwassenen tussen de 18 en 23 jaar die als perspectief (begeleid) zelfstandig wonen hebben en op dit moment binnen de gemeente Utrecht zorg met verblijf ontvangen?*

Theoretisch kader

Alvorens te bepalen hoe gemeente Utrecht tot een passend zorgaanbod kan komen, wordt achtereenvolgens beschreven wat de kenmerken van de doelgroep zijn, welke zorg gemeente Utrecht beoogt voor deze doelgroep en wat de voornaamste succes- en risicofactoren zijn ten aanzien van de ontwikkeling naar zelfredzaamheid. Verder worden mogelijke alternatieve zorgvormen beschreven. Tot slot volgt er een beschrijving van het huidige onderzoek.

Jongvolwassenen die zorg met verblijf ontvangen, vormen een heterogene groep met uiteenlopende problemen zoals psychiatrische problemen, een licht verstandelijke beperking en justitiële problemen. In de literatuur worden deze jongvolwassenen veelal aangeduid met de term ‘kwetsbare jongeren’. Definities van deze term verschillen, afhankelijk van de context. In dit onderzoek wordt met ‘kwetsbare jongeren’ verwezen naar jongvolwassenen tussen de 18 en 23 jaar die niet in staat zijn om zelfstandig te kunnen functioneren en het risico lopen op het ontwikkelen van problemen. Bij deze jongvolwassenen is er al dan niet sprake van een ontwikkelingsachterstand, gedragsproblemen of problemen in het gezin van herkomst (Steketee et al., 2009).

Voor deze kwetsbare jongeren beoogt gemeente Utrecht zorg te bieden dat gericht is op normaliseren (Utrecht, 2015), wat inhoudt dat de zorg met verblijf rondom kwetsbare jongvolwassenen zoveel als mogelijk moet lijken op de leefsituatie van jongvolwassenen die geen zorg met verblijf ontvangen. In de praktijk houdt dit in dat de zorg gericht dient te zijn op het bevorderen van de zelfredzaamheid van jongvolwassenen zodat de zij hierna op eigen kracht kunnen functioneren. De definitie van zelfredzaamheid sluit aan op het normaliserende kader van gemeente Utrecht. Deze luidt namelijk: *‘het vermogen om te leven zonder professionele hulpverlening’* (“Zelfredzaamheid”, 2016).

Ten aanzien van de aanvang en duur van de overgang naar zelfredzaamheid, lijkt er in de zorg met verblijf momenteel geen sprake te zijn van normaliseren. Uit een review blijkt namelijk dat jongeren die zorg met verblijf hebben ontvangen eerder zelfstandig gaan wonen, namelijk tussen 16 en 18 jaar. Dit in tegenstelling tot hun leeftijdsgenoten die thuis blijven wonen tot na hun 20^e levensjaar (Stein, 2006). Niet alleen worden jongeren die zorg met verblijf hebben ontvangen eerder (gedwongen) volwassen, ook hebben zij minder tijd om de juiste vaardigheden hiervoor te leren. Leeftijdsgenoten die geen zorg met verblijf ontvangen hebben meer tijd om volwassen te worden, terwijl zij de mogelijkheid hebben om terug te vallen op hun ouders voor financiële, praktische en emotionele steun. Van jongeren die uit zorg met verblijf komen, wordt door de huidige vormgeving van de zorg verwacht dat zij direct volwassenen zijn, zonder dat zij een terugvalmogelijkheid hebben wanneer zij

moeilijkheden ondervinden. Er wordt dan ook aanbevolen om deze transitie meer ‘normaal’ te laten verlopen door mogelijkheden te bieden waardoor jongvolwassenen meer geleidelijk volwassen kunnen worden, bijvoorbeeld door het bieden van nazorg (Stein, 2006).

Echter, volgens een ander onderzoek is de overgang naar volwassenheid voor ieder individu verschillend en leidt een vroege overgang niet per definitie naar onsuccesvolle volwassenheid. Omgekeerd leidt een late overgang niet per definitie naar succesvolle volwassenheid (Schoon, 2015). Uit het onderzoek blijkt dan ook dat het tijdstip waarop verschillende mijlpalen naar de volwassenheid bereikt worden, varieert per jongvolwassene en afhankelijk is van bronnen die beschikbaar zijn, zoals emotionele en materiele ondersteuning, en persoonlijke omstandigheden. Tot slot blijkt uit het onderzoek dat meerdere internationale studies bewijzen hebben gevonden dat er geen standaard proces is voor een succesvolle overgang naar volwassenheid en de conclusie is dan ook dat een meer flexibele en dynamische benadering nodig is om jongvolwassenen te ondersteunen bij een succesvolle overgang naar de volwassenheid (Schoon, 2015).

In het kader van het normaliseren van de zorg, betekenen bovengenoemde bevindingen dat het niet vanzelfsprekend is dat jongvolwassenen tussen hun 18^e en 23^e levensjaar zelfredzaam zijn of worden maar dat dit een dynamisch proces is. Dit suggereert dat de zorg voor deze doelgroep tot na het 18^e jaar gecontinueerd zou moeten worden, afhankelijk van het individuele ontwikkelingstempo.

In de ontwikkeling naar zelfredzaamheid, zijn verschillende succesfactoren te onderscheiden. Zo is de steun van familie een belangrijke factor (Furstenberg & Hughes, 1995; Mortimer & Larson, 2002). Echter, voor jongvolwassenen die zorg met verblijf verlaten, is de kans groot dat zij niet op deze steun kunnen rekenen (Courtney & Dworsky, 2006). Ook dienen interventies geleidelijk te veranderen van zorgen naar steunen (Stein, 2006). Dat het continueren van de zorg na het 18^e levensjaar wenselijk is, blijkt ook uit het feit dat succesvollere opleidingsuitkomsten hieraan gerelateerd worden (Stein, 2006).

Vershillende risico's en knelpunten spelen een rol bij de ontwikkeling naar zelfredzaamheid. Zo lopen jongvolwassenen die zorg met verblijf verlaten volgens een review een verhoogd risico op sociale exclusie, minder onderwijskwalificaties, minder vaak volgen van vervolgonderwijs, op jongere leeftijd ouders worden, dakloos zijn, werkloosheid, overtredend gedrag en psychische problemen, in vergelijking met jongeren die geen zorg met verblijf hebben ontvangen. Ook blijkt dat jongeren die in zorg zijn opgegroeid meer psychosociale problemen hebben dan de algemene populatie. Zij lopen tevens een verhoogd risico op mentale en fysieke problemen op het moment dat zij de leeftijd bereiken om

de zorg met verblijf te verlaten (Stein, 2006). Ook de complexiteit van wetten en procedures waarmee jongvolwassenen vanaf hun 18^e jaar geconfronteerd worden vormen een knelpunt. Deze wetten hebben betrekking op de financiering van de zorg (Woonplaatsbeginsel, Jeugdwet, Wet maatschappelijke opvang, Wet langdurige zorg, Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), onderwijs (kwalificatieplicht en DUO) en uitkeringen (Participatiewet en Wajong) (Rijksoverheid, 2014). Door de veelheid aan verschillende wetten, is het onduidelijk waar de overgangen tussen deze wetten precies zijn (Nji, 2015) en de continuering van de zorg dreigt hierdoor in het geding te komen (Transitie Autoriteit Jeugd, 1 april 2015). Verder is het beschikken over, en adequaat omgaan met financiële middelen van belang bij een succesvolle ontwikkeling naar zelfredzaamheid. Echter, uit onderzoek blijkt dat de schuldenproblematiek onder jongvolwassenen toeneemt. Ongeveer 49% van de jongvolwassenen geeft volgens onderzoek aan schulden te hebben. Voor kwetsbare jongvolwassenen ligt dit percentage hoger (Noorda, Pehlivan, Clement, Ezzeroili, Neijboer & Jurrius, 2009). Tot slot blijkt uit onderzoek naar dakloze jongeren in Utrecht dat 22% van de ondervraagden dakloos werd na verblijf in een instelling. Dakloze jongvolwassenen hebben gemiddeld op vijf domeinen problemen, dit zijn voornamelijk huisvesting, financiën, geestelijke gezondheid, sociaal netwerk en dagbesteding. Verder komt uit het onderzoek naar voren dat er tekort is aan betaalbare woonplekken (Gemeente Utrecht, 2013).

Hoewel de bovenstaande beschrijving van problemen bij de ontwikkeling van zelfredzaamheid van jongvolwassenen die zorg met verblijf verlaten niet volledig is, kan uit de resultaten van de verschillende onderzoeken worden afgeleid dat zij een verhoogd risico lopen op problemen op verschillende gebieden. Bovendien toont onderzoek aan dat problemen op verschillende gebieden elkaar versterken (Courtney & Dworsky, 2006). Zo kan het hebben van geen startkwalificatie leiden tot werkloosheid, wat vervolgens kan leiden tot een gebrek aan inkomen met mogelijke schulden en uithuiszetting tot gevolg. Deze problemen kunnen vervolgens weer leiden tot een verslechtering van de geestelijke gezondheid, verslavingsproblematiek en delinquent gedrag.

Overeenkomstig met de aanbevelingen voor continuerende zorg na het verblijven in een instelling (Stein, 2006; Schoon, 2016), hebben jongvolwassenen behoefte aan structurele nazorg, zo blijkt uit het project *I'm ready!*. Hierbij zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd: tijdigheid (van het starten met het vergroten van zelfredzaamheid), toekomstplan, contactpersoon na de jeugdhulp, afbouw van de hulp, warme overdracht, relatie met de hulpverlener, actief inzetten (familie)netwerk, hulp bij dagbesteding, huisvesting, hulp

bij financiële zaken, informatie en samenwerking (Pehlivan & Brummelman, 2015). Echter, blijkt er een gebrek te zijn aan structurele nazorg (CRC, 8 juni 2015; Jeugdwelzijnsberaad et al., 9 september 2015).

Alternatieven

Op basis van de genoemde aanbevelingen, succes- en risicofactoren, knelpunten, het normaliserende kader van gemeente Utrecht en de behoefte van jongvolwassenen aan nazorg, is er in de literatuur gezocht naar zorgvormen die mogelijk een passend alternatief vormen op de huidige zorgvormen en die gericht zijn op zelfredzaamheid. Een selectie van de drie best passende alternatieven wordt hieronder beschreven, namelijk *Stand By Me*, *Careleaver as Helper* en *Permanent Parents for Teens*.

Alternatief 1: *Stand By Me*. Dit programma uit Australië heeft als doel om jongvolwassenen die zorg met verblijf verlaten te ondersteunen bij de ontwikkeling naar zelfredzaamheid. Een fundamenteel element in het programma is dat het gebaseerd is op de relatie tussen de jongvolwassene en de generalistische hulpverlener (Meade & Mendes, 2014). Het programma start wanneer een jongere 15 jaar is en doorloopt vervolgens drie fasen, namelijk de voorbereidingsfase, de transitiefase en de nazorgfase (Department of Human Services, 2012). Dit programma loopt naast de zorg met verblijf waarbij afstemming tussen de verschillende hulpverleners plaatsvindt. Uit de evaluatie is gebleken dat het programma heeft bijgedragen aan verbeteringen op de domeinen *geestelijke gezondheid*, *financiën*, *dagbesteding*, *sociaal netwerk* en *huisvesting*. Daarnaast heeft het programma de potentie om de plaatsing in zorg met verblijf te stabiliseren zodat jongeren in verblijf beter in staat zijn om bijvoorbeeld onderwijs te volgen (Meade & Mendes, 2014).

Alternatief 2: *Careleaver as Helper*. In dit project uit Duitsland en Israël ondersteunen ervaringsdeskundigen -dat wil zeggen jongvolwassenen die zorg met verblijf hebben ontvangen en middelbaar onderwijs hebben gevolgd- jongvolwassenen die zorg met verblijf ontvangen of hebben verlaten. Hoewel het effect hiervan op de jongvolwassenen (nog) niet onderzocht is, heeft het project wel een positief effect op de ervaringsdeskundigen, onder andere dat zij nu een doel in hun leven hebben en beter kunnen omgaan met hun problematische verleden (Melkman, Mor-Salwo, Mangold, Zeller & Benbenishty, 2015). Dit project vertoont overeenkomsten met het Ervaringsthus van Youké -aanbieder van specialistische hulp aan jeugdigen van 0-23 jaar in regio Utrecht-, waarin een ervaringsdeskundige, namelijk een ex-zwerfjongere, wordt opgeleid tot coach en samenwoont

met 5 zwerfjongeren in Utrecht. Echter, kunnen jongvolwassenen hier slechts tijdelijk wonen, namelijk vier maanden (Pijpers, 2015).

Alternatief 3: *Permanent Parents for Teens*. Het doel van dit programma uit de Verenigde Staten is om jongeren en jongvolwassen die zorg met verblijf ontvangen permanent te koppelen aan een (fictieve) familie, waarbij er voornamelijk geïnvesteerd wordt in het opbouwen van een band. De vorm van de begeleiding varieert van incidenteel contact tot het verblijven in het huis van de ‘permanente ouder’. Het programma wordt in het onderzoek beoordeeld als veelbelovend (Avery, 2009).

Huidig onderzoek

Hoewel uit eerder onderzoek is gebleken dat Utrechtse jongvolwassenen behoefte hebben aan nazorg (Broeders et al., 2011; Pehlivan & Brummelman, 2015), zijn de bevindingen van deze onderzoeken niet zonder meer van toepassing op de huidige situatie. Zo is in de onderzoeken een klein aantal jongeren geïnterviewd en beperken de onderzoeken zich tot de behoefte aan nazorg, dat de harde knip tussen zorg met verblijf en nazorg benadrukt. Daarnaast vond het onderzoek van Broeders et al. (2011) plaats vóór de decentralisatie van de jeugdzorg, die grote veranderingen teweeg heeft gebracht in het zorglandschap. Het is dan ook van belang om opnieuw de behoeften aan zorg van jongvolwassenen die zorg met verblijf ontvangen binnen de gemeente Utrecht in kaart te brengen meer continuerende mogelijkheden verkend, zoals aanbevolen wordt door onderzoek (Stein, 2006; Schoon, 2015). Hierbij is het normaliseren van de zorg uitgangspunt en het doel van de zorg is het vergroten van de zelfredzaamheid van jongvolwassenen. Om tot een passend aanbod te komen ten aanzien van de zorgbehoefte van jongvolwassenen, worden de volgende deelvragen in dit onderzoek beantwoord:

1. Wat is volgens jongvolwassenen de zorgbehoefte van jongvolwassenen tussen 18 en 23 jaar die zorg met verblijf ontvangen in gemeente Utrecht en wat zijn knelpunten in de huidige zorg?
2. Wat is volgens professionals de zorgbehoefte van jongvolwassenen tussen 18 en 23 jaar die zorg met verblijf ontvangen in gemeente Utrecht en wat zijn knelpunten in de huidige zorg?
3. Wat zijn de meningen van jongvolwassenen over de drie alternatieve zorgvormen: *Stand By Me*, *Careleaver as Helper* en *Permanent Parents for Teens*?

Methode

Het huidige onderzoek is een kwalitatief exploratief onderzoek op basis van semigestructureerde interviews. Achtereenvolgens worden de participanten en procedure, meetinstrumenten en de data-analyse beschreven.

Participanten en procedure

De populatie van dit onderzoek bestond uit alle kwetsbare jongvolwassenen tussen de 18 en 23 jaar die in gemeente Utrecht zorg met verblijf ontvingen met als toekomstperspectief (begeleid) zelfstandig wonen en alle professionals die deze doelgroep begeleidden. De informanten zijn verkregen door gebruik te maken van de contacten met zorgaanbieders van gemeente Utrecht. Van alle aanbieders die zorg met verblijf bieden in de gemeente Utrecht, waren er acht geselecteerd op basis van de kenmerken van de doelgroep. Zo werden zorgaanbieders die zorg met verblijf bieden aan ernstig verstandelijk beperkten buiten beschouwing gelaten omdat zij geen perspectief hebben om (begeleid) zelfstandig te gaan wonen. De acht geselecteerde zorgaanbieders zijn via hun contactpersoon bij de gemeente benaderd met het verzoek mee te werken. Van de acht zorgaanbieders hebben er zes gereageerd en twee zorgaanbieders hebben niet gereageerd. Aan hen was een herinneringsbericht gestuurd maar een respons is uitgebleven. Eén zorgaanbieder had aangegeven dat zij geen jongvolwassenen in zorg met verblijf hadden die voldeden aan de leeftijdsgrens en het perspectief (begeleid) zelfstandig wonen. De resterende vijf zorgaanbieders hebben contactgegevens van de professionals overhandigd die met de jongvolwassenen werkten. Na uitleg over het doel en procedure van het onderzoek, hebben de professionals jongvolwassenen geworven die mee wilden werken aan het onderzoek. Om deelname aan het onderzoek van jongvolwassenen te stimuleren, werd er een kleine beloning beloofd. Daarnaast zijn de eerste drie professionals gevraagd om zelf ook mee te werken aan het onderzoek.

Hoewel 11 van de op deze manier benaderde jongvolwassenen aangaven mee te willen werken aan het onderzoek, hebben er zes daadwerkelijk geparticipeerd. Vijf jongvolwassenen kwamen niet opdagen op de afspraak of waren niet telefonisch bereikbaar om een afspraak te maken. Daarop zijn door de onderzoeker nog drie jongvolwassenen geworven op de locatie van de dataverzameling. Dit bracht het totaal aantal informanten op negen; vijf meisjes en vier jongens met een gemiddelde leeftijd van 18.6 jaar. De etniciteit was divers, namelijk zes autochtonen en twee migranten. De duur van het verblijf in de zorg verschilde, namelijk van

een half jaar tot zes jaar. Tot slot verschilde het aantal verblijfplekken per jongvolwassene, namelijk van één groep tot 14 groepen.

Van de drie professionals die benaderd waren om mee te werken aan het onderzoek hebben alle professionals meegewerkt, van wie één vrouw en twee man. Alle professionals begeleidden de jongvolwassenen in diverse verblijfszettingen, namelijk crisisopvang voor dak- en thuislozen voor 17 tot 23-jarigen, dak- en thuislozenopvang voor 17 tot 23-jarigen en een behandelgroep voor 14 tot 18-jarigen. De gemiddelde werkervaring van de professionals in de huidige functie als pedagogisch medewerker was 2.8 jaar.

De privacy van de informanten werd gewaarborgd door de interviews te anonimiseren. Zowel op de geluidsopname, als in de uitwerking van de interviews, zijn geen namen genoemd. Vanwege de soms gevoelige informatie die werd gegeven door informanten over zorginstellingen, is ervoor gekozen om de namen van de zorginstellingen niet te noemen in dit onderzoek. Tot slot hebben alle informanten toestemming gegeven voor het opnemen van de interviews met een dictafoon.

Meetinstrumenten

Voor de beantwoording van de deelvragen, zijn er in totaal 15 semigestructureerde interviews afgenomen, waarvan negen interviews met jongvolwassenen en drie interviews met professionals. De onderwerpen van het semigestructureerde interview waren vooraf vastgelegd in topiclijsten, met een versie voor jongvolwassenen en een versie voor professionals. Deze zijn opgenomen in bijlagen 1 en 2. De topiclijsten waren gebaseerd op de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). Dit meetinstrument is in opdracht van GGD Amsterdam en gemeente Rotterdam ontwikkeld met als doel de mate van zelfredzaamheid te meten. De ZRM is gebaseerd op de Self sufficiency Matrix (SSM) en bevat elf domeinen, namelijk *financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie* (Fassaert et al., 2013). Per domein worden er op basis van indicatoren scores toegekend, waarbij een score van één betekent dat er geen sprake van zelfredzaamheid is en bij een score van vijf sprake is van volledige zelfredzaamheid. Een nadere beschrijving van de domeinen van de ZRM is opgenomen in bijlage 3.

Het eerste onderwerp van de topiclijst betrof de achtergrondinformatie. Zo werd aan jongvolwassenen gevraagd hoe lang zij zorg met verblijf hebben ontvangen. Aan professionals werd onder andere gevraagd hoe lang zij werkzaam waren op de huidige locatie. Het tweede onderwerp betrof de domeinen van de ZRM, waarbij per domein verschillende

vragen werden gesteld, zoals aan jongvolwassenen: *Wat heb je nodig om dit te leren?* en aan professionals: *Wat hebben jongvolwassenen nodig om dit te leren?* Tot slot werden er algemene vragen gesteld over de zorgbehoefte, zoals: *Zou de begeleiding op alle domeinen door dezelfde of verschillende begeleider(s) gegeven moeten worden?*

De duur van de interviews was bij professionals gemiddeld een uur en bij jongvolwassenen gemiddeld 40 minuten. De interviews zijn op de woonlocatie van de jongvolwassenen afgenomen en op de werkplek van de professionals.

De ZRM wordt op een aantal belangrijke aspecten een betrouwbaar en valide instrument bevonden, namelijk het meten van één onderliggend construct, interne consistentie en goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Een kanttekening is dat er voor specifieke doelgroepen, in dit geval jongvolwassenen die zorg verlaten, volgens Fassaert et al. (2013) mogelijk andere domeinen en indicatoren ontwikkeld moeten worden. Desalniettemin biedt de ZRM richtlijnen voor domeinen die mogelijk een rol spelen bij ontwikkeling van jongvolwassenen naar zelfredzaamheid. Hoewel er in de interviews gevraagd is om een score toe te kennen aan de elf domeinen van de ZRM, was de onderzoeker hierin niet getraind dus dienen deze scores met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Door het interviewen van zowel jongvolwassenen als professionals, is de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Door het verkrijgen van verschillende perspectieven en deze met elkaar te vergelijken, werden de resultaten realistischer. De validiteit van het onderzoek is versterkt door de afname van semigestructureerd interviews waardoor informanten de ruimte kregen om voor hen relevante informatie te delen. Ten aanzien van de jongvolwassenen moet rekening gehouden worden met het feit dat zij soms over situaties spreken die al gebeurd zijn. Dit heeft als risico dat herinneringen verkleurd zijn en een vertekend beeld van de werkelijkheid schetsen. Tot slot was de onderzoeker ten tijde van de afname van de interviews tevens stagiaire bij gemeente Utrecht. Omdat de gemeente opdrachtgever is van zorginstellingen, heeft dit er mogelijk toe geleid dat professionals niet vrijuit konden vertellen. Hoewel benoemd is dat het onderzoek geen evaluatie van de geboden zorg betrof en de zorginstellingen niet bij naam genoemd werden, viel het desondanks op dat professionals de neiging hadden om hun geboden zorg te verdedigen.

Data-analyse

De interviews zijn verbatim uitgewerkt en geanalyseerd met Nvivo (versie 11), volgens de procedure van Boeije (2005). Als basis van de analyse zijn de onderwerpen van de topiclijsten genomen, om vervolgens open te coderen. Bij het axiaal coderen werden er hoofd- en

subcategorieën gecreëerd en tot slot werden er onderlinge relaties en verbanden gelegd door middel van selectief coderen. Hierdoor werden onder andere verschillen en overeenkomsten in de meningen van professionals en jongvolwassenen zichtbaar.

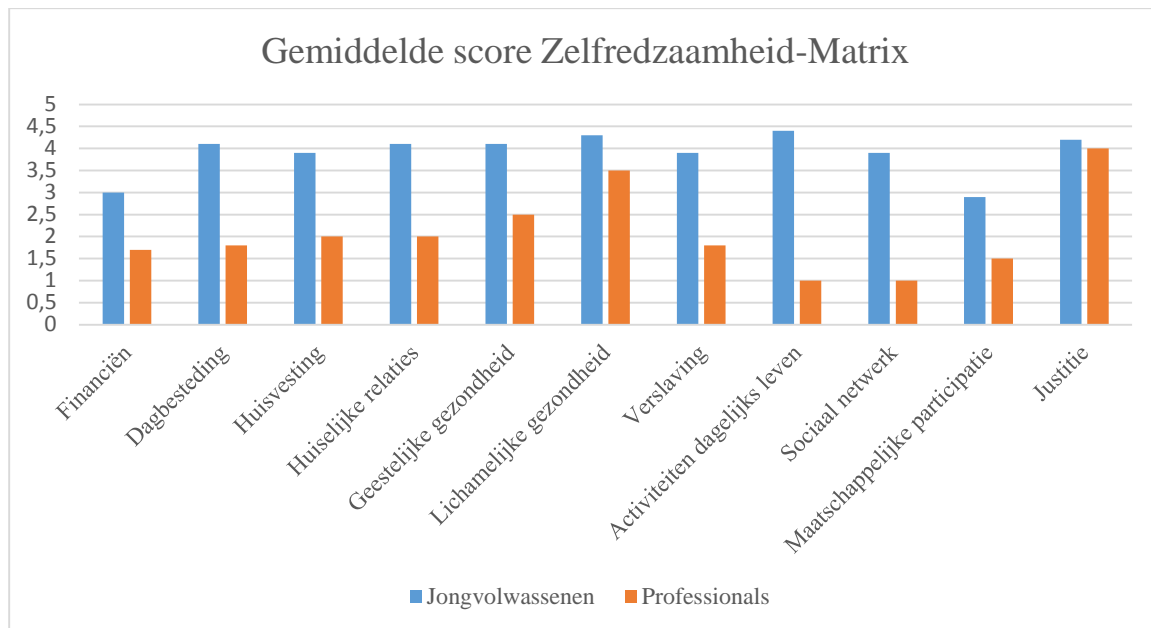
Resultaten

Na de dataverzameling worden de deelvragen met betrekking tot de zorgbehoefte van jongvolwassenen en de mening over de alternatieven beantwoord. Eerst wordt de zorgbehoefte van jongvolwassenen op de domeinen van de ZRM weergegeven, vervolgens de algemene zorgbehoefte van jongvolwassenen en tot slot de mening van jongvolwassenen over de alternatieven.

Zorgbehoefte ZRM

De resultaten op de deelvragen omtrent de zorgbehoefte van jongvolwassenen en knelpunten in de huidige zorg volgens jongvolwassenen en professionals worden gezamenlijk weergegeven. Achtereenvolgens wordt beschreven welke vaardigheden jongvolwassenen willen leren en op welke wijze zij dit willen leren. Vervolgens wordt beschreven welke begeleider, locatie en frequentie van begeleiding zij wenselijk vinden. Een beschrijving van de verschillende domeinen en niveaus van de ZRM is opgenomen in bijlage 3.

Te leren vaardigheden en de wijze van leren. Alvorens te kunnen bepalen wat jongvolwassenen willen leren op de verschillende domeinen van de ZRM, is op basis van de score van de ZRM in kaart gebracht wat hun huidige niveau van functioneren is. In Figuur 1 valt af te lezen dat jongvolwassenen zichzelf op alle domeinen hoger scoren dan professionals, namelijk gemiddeld een 3.9 tegenover een gemiddelde van 2.1 door professionals. De grootste verschillen bevinden zich op de domeinen *activiteiten dagelijks leven* en *sociaal netwerk*. Ook zijn er verschillen in scores ten aanzien van de rangorde. Zo scoren jongvolwassenen zichzelf het hoogst op de domeinen *activiteiten dagelijks leven*, *lichamelijke gezondheid* en *justitie*, terwijl professionals jongvolwassenen het laagst scoren op *activiteiten dagelijks leven*. De domeinen *justitie* en *lichamelijke gezondheid* worden eveneens door professionals hoog gescoord. De laagste score kennen jongvolwassenen toe aan de domeinen *maatschappelijke participatie* en *financiën*, terwijl professionals dit toekennen aan *activiteiten dagelijks leven*, *sociaal netwerk* en *maatschappelijke participatie*. Het domein *activiteiten dagelijks leven* verschilt het meest: jongvolwassenen scoren zichzelf hier het hoogst op, terwijl professionals dit de laagste score geven.



Figuur 1: Gemiddelde score van het huidige functioneren van jongvolwassenen op de domeinen van de ZRM volgens jongvolwassenen en professionals.

Domein 1: Financiën. Zowel jongvolwassenen als professionals geven aan dat er een grote zorgbehoefte ligt bij het regelen van schulden, rekeningen (op tijd) betalen, het vergaren van een inkomen en van overzicht over de inkomsten en uitgaven. Professionals noemen aanvullend dat jongvolwassenen moeten leren sparen. Jongvolwassenen die zichzelf een lage score geven op dit domein (N= 1), geven aan dat zij de vaardigheden willen leren door het observeren van, en samen doen met de begeleider. Jongvolwassenen die zichzelf een hogere score geven (N= 4), geven aan dat zij wensen dat de begeleider hun omgang met financiën monitort en enkel ingrijpt wanneer zij er zelf niet uitkomen of verzaken. Hoewel jongvolwassenen aangeven sterk tegen bewindvoering te zijn en zij zelf de regie over hun financiën willen houden, zijn de meningen van de professionals hierover verdeeld. Enerzijds geven professionals aan dat het beheren van de financiën van jongvolwassenen wenselijk is omdat zij hiermee jongvolwassenen stimuleren om gewenst gedrag te vertonen, door bijvoorbeeld het inhouden van geld wanneer hun kamer niet opgeruimd is. Anderzijds zijn zij van mening dat jongvolwassenen eigen regie moeten behouden over hun financiën zodat zij hierin kunnen leren. Alle jongvolwassenen vinden dat begeleiders inzicht moeten geven in de financiën van de jongvolwassenen en hierin transparant moeten zijn. Knelpunten die genoemd worden door jongvolwassenen zijn dat het vinden van een betaalde baan moeilijk is, er geen ruimte is om te sparen vanwege een gebrek aan inkomen, hoge huur en eigen bijdrage en tot slot dat begeleiders te veel afwachten en niet ingrijpen wanneer jongvolwassenen niet

expliciet bij hen komen met een hulpvraag op het gebied van financiën. Knelpunten die door professionals genoemd worden zijn dat bewind voering duur is, jongvolwassenen langer in zorg blijven dan nodig is doordat zij niet de kans krijgen om te sparen, zij afhankelijk zijn gemaakt in residentiele groepen doordat zij niet de eigen regie over hun financiën hebben gehad en dat jongvolwassenen zorg moeten dragen voor het verkrijgen van een indicatie waarvan hun zorg betaald wordt, zoals blijkt uit het volgende citaat: *'Ik vind dat jongeren die zoveel zorgen hebben dat ze zorg nodig hebben, zich niet ook nog zorgen moeten maken over dat deel van de financiën.'* (professional 3).

Domein 2: Dagbesteding. Zowel jongvolwassenen als professionals geven aan dat de te leren vaardigheden voornamelijk bestaan uit het vinden en behouden van werk. Indien jongvolwassenen reeds dagbesteding hebben, is het iedere dag op tijd aanwezig zijn volgens professionals en jongvolwassenen een leerpunt. Naast het leren van praktische vaardigheden zoals op tijd opstaan, vacatures zoeken en een CV opstellen, geven professionals aan dat jongvolwassenen ook gemotiveerd moeten worden, zoals blijkt het volgende citaat: *'Naarmate de afwijzingen stijgen, daalt de motivatie. Want dan denken ze: het heeft geen zin. Wat ... ook wel vervelend is want als er inmiddels een uitkering loopt, dan is de noodzaak minder hoog.'* (professional 2). Over de wijze van begeleiding lijken jongvolwassenen de nadruk te leggen op belonen bij goed gedrag en samendoen. Een minderheid geeft aan dat negatieve consequenties opgelegd moeten worden indien zij verzaken. Professionals lijken de nadruk te leggen op toezicht houden, ritme en structuur bieden en een goede afstemming met de dagbesteding. De moeilijkheid om passende dagbesteding - met name een betaalde baan - te vinden, wordt door de meerderheid van de informanten genoemd als belemmerende factor, waarbij jongvolwassenen aangeven hierin onvoldoende geholpen te worden door de huidige begeleider. Daarnaast noemen professionals het geringe verschil tussen de hoogte van een uitkering en salaris, de beperkte invloed van de leerplichtambtenaar, onvoldoende instroommogelijkheden bij opleidingen en gebrek aan alternatieve dagbestedingen als belemmerende factoren. Eén professional benadrukt tot slot het volgende: *'Dagbesteding is een onderbelicht aspect ... Als dat ritme eenmaal verstoord is en ze draaien het om, dan kan je bijna de donder op zeggen dat bijna alle levensgebieden erop achteruit gaan.'* (professional 3).

Domein 3: Huisvesting. De te leren vaardigheden op dit domein zijn volgens jongvolwassenen en professionals het zoeken van woningen en het inschrijven bij woningbouwcoöperaties, waarbij professionals aangeven dat de haalbaarheid van de huurprijs en het volgen van de regels van de verhuurder tevens leerpunten zijn. Dit zouden

jongvolwassenen volgens hen moeten leren door uitleg te geven en door samen te doen. De meerderheid van de informanten geeft aan dat jongvolwassenen onnodig lang zorg met verblijf ontvangen omdat zij geen zelfstandige woonruimte kunnen vinden door een gebrek aan betaalbare woonruimte. Jongvolwassenen geven aan dat zij soms dakloos worden doordat zij tijdelijk of permanent uit de instelling die hen zorg met verblijf biedt worden gezet door het aflopen van de indicatie of door ongewenst gedrag. De meerderheid van de jongvolwassenen (N=6) geeft aan dat de begeleider niet toeziet op vervangende huisvesting. Jongvolwassenen geven aan het liefst in een appartement of studio te wonen maar zouden ook genoegen nemen met een kamer, al geeft een minderheid aan dat een studentenhuis te druk voor hen is. Een aanleunwoning naast een residentiële groep wordt door één professional en jongvolwassene als wenselijk gezien. Alle jongvolwassenen geven aan in de stad te willen wonen waar hun netwerk zich bevindt, voor de meerderheid (N=6) is dat in Utrecht.

Domein 4: Huiselijke relaties. Een goede omgang met huisgenoten wordt door alle informanten genoemd als een te leren vaardigheid en kan volgens hen geleerd worden door het bieden van uitleg en het begeleiden van conflicten. Jongvolwassenen geven daarnaast aan dat zij een hechtere groep zouden willen vormen met hun huisgenoten en dat begeleiders hierop aan moeten sturen door bijvoorbeeld gezamenlijke activiteiten te organiseren. Professionals zijn van mening dat jongvolwassenen van elkaar kunnen leren en geven aan het daarom gewenst te vinden dat jongvolwassenen huisgenoten hebben die verder in hun ontwikkeling zijn. Impliciet lijkt de meerderheid (N=5) van de jongvolwassenen hetzelfde aan te geven, zoals blijkt uit het volgende citaat: *'In zo 'n instelling als dit is het snel geneigd om uit de hand te lopen omdat iedereen zijn eigen problemen heeft en ik denk dat dat in een studentenhuis minder is.'* (jongvolwassene 2).

Domein 5: Geestelijke gezondheid. Jongvolwassenen geven net als professionals aan dat het verwerken van het verleden en het onder controle houden van emoties vaardigheden zijn die zij moeten leren. Een opvallend verschil over de wijze waarop deze hulp gegeven moeten worden, is dat jongvolwassenen lijken te benadrukken dat zij gevraagd willen worden hoe het met ze gaat, zij over vroeger willen praten en gerustgesteld willen worden, terwijl professionals enkel aangeven dat jongvolwassenen gevraagd moet worden naar hoe het met ze gaat. Een eerlijk antwoord geven of ontvangen op deze vraag is volgens professionals niet vanzelfsprekend. Een professional verwoordt dit als volgt: *'Je ziet zo vaak dat jongeren een standaard riedeltje opnoemen en dat de specialisten dat als zoete koek opschrijven.'* (professional 1). De meerderheid (N=7) van de jongvolwassenen bevestigen dit.

Domein 6: Lichamelijke gezondheid. Eén jongvolwassene met een chronische ziekte geeft aan te willen leren omgaan met zijn ziekte, op het gebied van therapietrouw en ziekteinzicht. De overige jongvolwassenen geven aan geen zorgbehoefte op dit domein te hebben. De jongvolwassene noemt het begeleiden van afspraken, het samen doornemen van de week ten aanzien van de symptomen en medicatiegebruik en een stok achter de deur als wenselijke begeleiding. Eén professional noemt aanvullend dat structuur aanbrenge bij het innemen van medicatie belangrijk is. Deze professional noemt het daarnaast onwenselijk dat begeleiders onvoldoende medisch opgeleid zijn om met sommige ziektes om te gaan, zoals diabetes, en geeft aan dit een gevaarlijke situatie te vinden.

Domein 7: Verslaving. De minderheid van de jongvolwassenen (N=3) geeft aan overmatig te blowen en begeleiding te willen op dit domein, in de vorm van duidelijke regels omtrent middelengebruik, motiveren en gesprekken voeren. Professionals geven ook aan dat motiveren wenselijk is. Daarnaast worden een dagritme bieden en overige domeinen verbeteren zodat middelengebruik minder noodzakelijk wordt, genoemd door professionals. De jongvolwassenen en professionals lijken verschillende wijzen van motiveren te wensen. Jongvolwassenen noemen namelijk dat serieuze gesprekken en goed luisteren naar de wensen van de jongvolwassene hen motiveert, terwijl professionals kennis verstrekken noemen als motivator.

Domein 8: Activiteiten dagelijks leven. Alle jongvolwassenen en professionals geven aan dat zij hulp nodig hebben bij het opruimen en schoonmaken van hun leefomgeving en professionals voegen het verbeteren van de persoonlijke hygiëne hieraan toe. Over de wijze waarop deze hulp geboden moet worden, zijn de meningen verdeeld. Zo is de meerderheid van de jongvolwassenen (N=7) en de minderheid van de professionals (N=1) van mening dat stimuleren, plannen, structuur aanbrenge en samendoen wenselijk is. De minderheid van de jongvolwassenen (N=2) en de meerderheid van de professionals (N=2), is van mening dat er negatieve consequenties gegeven moeten worden wanneer jongvolwassenen hun woonruimte niet schoonhouden, zoals het inhouden van geld.

Domein 9: Sociaal netwerk. Een kwart van de jongvolwassenen geeft aan een zorgbehoefte te hebben op dit domein, specifiek in het contact leggen en onderhouden met familieleden. Professionals geven daarnaast aan dat dit ook wenselijk is met betrekking tot hun vrienden. De reden hiervoor wordt door een professional als volgt geformuleerd: *‘Dat je andere vrienden nodig hebt zodat je uit die wereld kan stappen zodat je het los kan laten. Niet iedereen blowt, drinkt of hangt in het park.’* (professional 1). De inhoud van de begeleiding op dit domein lijken professionals dan ook intensiever vorm te willen geven dan

jongvolwassenen. De meerderheid van de professionals (N=2) geeft aan dat het in contact brengen met andere mensen, meegaan naar ontmoetingsplekken, patronen doorbreken, en sociale vaardigheden leren wenselijke begeleiding is, in tegenstelling tot jongvolwassenen, die motiveren en begeleiden van contacten met familie als wenselijk aangeven. Een opvallend verschil is dan ook dat professionals de focus niet lijken te leggen op het begeleiden van contacten tussen de jongvolwassene en de familie, terwijl dit voor jongvolwassenen het belangrijkste lijkt te zijn. Professionals lijken deze ambitie wel te hebben, aangezien zij aangeven dat zij meer tijd zouden willen hebben om met de jongvolwassene het netwerk te bezoeken. Een belemmerende factor die door zowel jongvolwassenen als door professionals genoemd wordt, is het gebrek aan geld voor contributie waardoor jongvolwassenen niet naar een sportschool of vereniging kunnen gaan.

Domein 10: Maatschappelijke participatie. Jongvolwassenen geven aan dat dit domein een lage prioriteit heeft en hier ligt dan ook geen zorgbehoefte. Een professional bevestigt de geringe maatschappelijke participatie van jongvolwassenen en verklaart dit als volgt: *‘Eenmaal op een kamer denk ik dat je van start kan met maatschappelijk participeren of meedoen in de maatschappij. Als je van een residentiele setting komt, dit is natuurlijk niet participeren en meedoen met de rest. Want de rest waar je hier mee zit is allemaal anders, net als jij.’* (professional 2).

Domein 11: Justitie. Eén jongvolwassene geeft aan hulp te willen hebben bij het naleven van de wet. Hoe deze hulp eruit zou moeten zien, kan de jongvolwassene niet aangeven. Wel geeft de jongvolwassene aan dat gesprekken met de reclassering en gevangen zitten niet helpt, maar de voorwaardelijke straf wel. Professionals geven aan het als wenselijk te zien dat begeleiding op het domein justitie gescheiden wordt van de begeleiding op andere domeinen, al wordt niet toegelicht wat de reden hiervoor is.

Voorkeur begeleider per domein ZRM. Jongvolwassenen noemen bij de meeste domeinen als gewenste begeleider *‘iemand die er verstand van heeft’* en die zij kennen. De minderheid (N=3) noemt bij de domeinen *financiën*, *dagbesteding* en *activiteiten dagelijks leven* dat hun moeder dit ook zou kunnen doen, terwijl zij aangeven dit op het gebied van *verslaving* juist niet wenselijk vinden. Tot slot lijken jongvolwassenen er de voorkeur aan te geven dat de begeleider van de domeinen *geestelijke gezondheid* en *verslaving* een ervaringsdeskundige is. In tegenstelling tot jongvolwassenen, geven professionals aan het op meer domeinen wenselijk te vinden dat er specialistische hulp wordt geboden, namelijk op de domeinen *dagbesteding* (door een jobcoach), *geestelijke gezondheid* (psycholoog/psychiater),

lichamelijke gezondheid (sociaalpsychiatrische verpleegkundige), *verslaving* en *justitie* (politie en reclassering). De meningen zijn verdeeld over wie begeleiding op het gebied van *financiën* moet geven. Twee professionals geven aan dat dit een vaste en vertrouwde begeleider moet zijn omdat er dan leermomenten ingebouwd kunnen worden. Eén professional geeft aan dat deze begeleiding juist zakelijk moet zijn omdat dit veel conflicten kan veroorzaken. Alle professionals geven aan van mening te zijn dat een bewindvoerder geschikt is om schulden te beheren en rekeningen te betalen maar dat deze geen leermomenten in kan bouwen. Dit in tegenstelling tot jongvolwassenen; zij geven allen aan tegen bewindvoering te zijn.

Locatie zorg. Alle jongvolwassenen geven aan de begeleiding bij voorkeur in hun eigen leefomgeving te ontvangen omdat dit vertrouwd voelt. Echter, geven zij aan bereid te zijn om naar een andere locatie te gaan, op voorwaarde dat de afstand niet te groot is. Professionals geven aan ook de voorkeur te geven aan begeleiding in de leefomgeving van de jongvolwassene omdat de leefomgeving van de jongvolwassene informatie geeft over hoe het met een jongvolwassene gaat, wat aanknopingspunten kan bieden voor de begeleider, zoals een professional als volgt toelicht: *‘Je komt daar langs en overal zie je van die wietsnippers en zakken en die tipjes, dan weet je hoe het gesteld is en heb je ook denk ik aanknopingspunten of aanleiding om te zeggen: kijk als jij op deze kamer wil blijven...’* (professional 2).

Frequentie begeleiding. Over het algemeen geven jongvolwassenen aan dat zij eens per week begeleiding wensen te ontvangen, terwijl professionals aangeven dagelijkse begeleiding wenselijk te vinden op de domeinen *dagbesteding*, *huisvesting*, *lichamelijke gezondheid* en *activiteiten dagelijks leven*. Enkel op het gebied van *verslaving* geven jongvolwassenen aan vaker begeleiding te wensen, namelijk twee tot drie keer per week, tegenover eens per week dat door professionals wordt genoemd. Jongvolwassenen geven daarnaast aan de mogelijkheid te willen hebben om bij dringende vragen telefonisch contact te leggen met de begeleider.

Algemene zorgbehoefte

Hoewel het huidige onderzoek zich vooral richt op de zorgbehoefte van jongvolwassenen en in welke vorm zij deze zorgbehoefte bij voorkeur ingevuld zien, werden gewenste kenmerken van de begeleider en de gewenste bejegening frequent genoemd. Zowel jongvolwassenen als

professionals gaven aan dat de relatie tussen de jongvolwassene en de begeleider het belangrijkste element is voor een succesvolle begeleiding. Vanwege het belang dat hieraan gehecht lijkt te worden door zowel jongvolwassenen als professionals, worden deze bevindingen hieronder kort besproken.

Totaal aantal begeleiders. Alle jongvolwassenen geven aan de voorkeur te hebben voor één begeleider op alle domeinen met wie zij goed op kunnen schieten. De volgende uitspraak van een jongvolwassene die vier verschillende begeleiders heeft (exclusief de acht groepsleiders), illustreert waarom dit voor hen wenselijk is: *‘Af en toe zit ik tegenover iemand, dan heb ik diegene net ontmoet en ik weet bij wijze van spreken zijn naam niet eens en hij staat met een boekje of mapje tegenover mij waar gewoon mijn hele leven in staat en ik ken die hele persoon niet eens.’* (jongvolwassene 6). Daarentegen lijken professionals, zoals uit de subparagraaf ‘Voorkeur begeleider per domein ZRM’ blijkt, meer onderscheid te maken tussen generalistische en specialistische zorg en geven zij aan dat verschillende begeleiders op de domeinen *justitie*, *geestelijke gezondheid* en *financiën* zelfs wenselijk is vanwege het voorkomen van conflicten of problemen in de hechting.

Er is een duidelijk verschil waarneembaar tussen jongvolwassenen en professionals ten aanzien van het wenselijke aantal begeleiders. Daarnaast zijn er verschillen te zien in de argumentatie hiervan. Zo noemen jongvolwassenen een argument dat betrekking heeft op de relatie met de begeleider, namelijk dat zij begeleiders niet (goed) kennen. Hierbij lijken zij geen onderscheid te maken tussen verschillende domeinen terwijl professionals dit onderscheid wel maken en inhoudelijke argumenten aandragen, zoals het regelmatig voorkomen van conflicten op specifieke domeinen.

Bejegening. De meest genoemde factor in de bejegening door professionals en jongvolwassenen is vertrouwen. Met name jongvolwassenen die langdurig zorg met verblijf ontvangen, geven aan dat zij op dit moment begeleiders niet vertrouwen. Het volgende citaat illustreert dit wantrouwen: *‘Wat ik wel heel erg vind, als ik dat gevoel wel heb en dan wordt alsnog het tegendeel bewezen. Omdat dat een paar keer is gebeurd binnen [huidige instelling], vertrouw ik gewoon geen enkele begeleider. Dat belemmert mij ook gewoon in mijn behandeling hier. Het liefst vertel ik ze niets.’* (jongvolwassene 6). Aandacht en luisteren worden tevens frequent genoemd. Het belang hiervan wordt door een jongvolwassene als volgt geformuleerd: *‘Dat er gewoon meer aandacht moet zijn. Puur dat. Want als ze veel aandacht aan mij hadden besteed en de problemen die ik heb, en er ook met mij over in*

gesprek zijn gegaan, dan denk ik dat ik misschien betere hulp had kunnen krijgen.'

(jongvolwassene 6). Professionals geven aan dat meer aandacht wenselijk is maar dat zij hiervoor te weinig tijd te hebben. Ook oprechte betrokkenheid en openheid worden door professionals en jongvolwassenen genoemd. De volgende uitspraak van een jongvolwassene illustreert dit: *'Ze gaan gewoon na 17 uur weg en naar huis. En jij zit hier. Jij hebt je verhaaltje kwijt en dat wordt opgeschreven en de volgende dag komt er een andere begeleider en die leest dat.'* (jongvolwassene 5). Dat warmte belangrijk gevonden lijkt te worden door jongvolwassenen blijkt uit de volgende uitspraak: *'Ja, dat soort dingen mis ik wel. Dat ik gewoon 's ochtends wakker gemaakt wordt door iemand die om mij geeft. Iemand die met mij begaan is.'* (jongvolwassene 6). Tot slot worden durven confronteren en niet weggaan wanneer het moeilijk wordt frequent genoemd.

Hoewel jongvolwassenen aangeven het prettig te vinden om de eigen regie te houden, geven zij aan dat er een disbalans is tussen eigen verantwoordelijkheid en vrijheid enerzijds, en bemoeizorg en beperkingen anderzijds. Jongvolwassenen verwoorden dit als volgt: *'Soms word ik behandeld als een klein kind en soms als een volwassene. Dat klopt niet.'* (jongvolwassene 6) en *'Ik word niet gerustgesteld over de toekomst, ik krijg alleen maar vragen: hoe ga je dit oplossen?'* (jongvolwassene 5).

Kenmerken begeleider. De jongvolwassenen geven aan dat zij het belangrijk vinden dat een begeleider niet alleen kennis uit boeken heeft, maar ook ervaringsdeskundig is omdat jongvolwassenen zich dan beter begrepen voelen en hier hoop uit putten. Hieraan verwant is de leeftijd van de begeleider. Indien de begeleider te jong (onder 25 jaar) of te oud is (ouder dan 60), geven jongvolwassenen aan zich minder begrepen te voelen.

Nazorg/back-up. Met uitzondering van één jongvolwassene, geven alle jongvolwassenen aan behoefte aan nazorg te hebben, in de vorm van een back-up. Ook professionals geven aan dit wenselijk te vinden omdat zij denken dat de drempel voor jongvolwassenen te hoog is om zelf hulp te zoeken en dat de professionals niet zelfstandig contact met het Buurteam kunnen zoeken vanwege de privacywet. Deze back-up zou volgens jongvolwassenen zowel telefonisch moeten zijn (waarbij jongvolwassenen contact kunnen zoeken bij problemen, maar ook dat zij actief door een begeleider benaderd worden met de vraag hoe het gaat), als opvang met verblijf. Afhankelijk van de ervaringen met de huidige groep, geven zij aan dit ofwel op de oude vertrouwde groep, of juist op een andere te willen. De minderheid van de jongvolwassenen (N=3) zou deze back-up zoeken binnen het eigen netwerk. Sommigen (N=2)

geven aan dat hoewel zij contact hebben met hun ouders, de voorkeur geven aan back-up door een professional. Een jongvolwassene geeft hiervoor een verklaring: *'Ik denk dat begeleiding juist wat afstand houdt en dat dat juist goed is waardoor je breuken in de relaties voorkomt.'* (jongvolwassene 3). Daarentegen geven professionals aan de voorkeur te geven aan een back-up binnen het netwerk van de jongvolwassene. Tot slot blijkt uit de interviews dat de jongvolwassenen die eerst een tussenstap gaan maken (bijvoorbeeld zelfstandigheidstraining) voordat ze op kamers gaan, deze tussenstap onnodig vinden indien er een back-up is.

Alternatieven

Om te toetsen of de drie mogelijke alternatieven aansluiten op de zorgbehoefte van jongvolwassenen, zijn de jongvolwassenen gevraagd naar hun mening hierover. De resultaten hiervan worden in deze paragraaf beschreven.

Alternatief 1: Stand By Me. Alle jongvolwassenen reageren positief op dit alternatief. Het belang dat gehecht wordt aan een vertrouwensband met de begeleider, lijkt hiermee samen te hangen, zoals blijkt uit het volgende citaat: *'Dat vind ik wel een hele goede. Voor kinderen zoals mij die overal naar toe gaan en telkens een nieuwe begeleider krijgen. Dat er iemand echt bij je is. Dat is een stukje vertrouwen weer. Ik denk dat het wel een hele goede is. Het zou ook een stuk makkelijker zijn voor heel veel jongeren denk ik.'* (jongvolwassene 9). Dat deze begeleider parallel loopt naast de huidige groepsleiding, lijken zij niet als een probleem te zien omdat het een vaste begeleider is en omdat er vanaf de leeftijd van 15 jaar aan de vertrouwensband wordt gewerkt. Een jongvolwassene verwoordt dit als volgt: *'Heel goed. Vooral als dat vooral altijd dezelfde persoon is. Dat is belangrijk want dan bouw je een band met diegene op.'* (jongvolwassene 6).

Alternatief 2: Careleaver as Helper. Ook over dit alternatief zijn alle jongvolwassenen positief. Jongvolwassenen lijken van mening te zijn dat ervaringsdeskundigen hen beter begrijpen dan professionals zonder deze ervaring, zoals geïllustreerd wordt in het volgende citaat: *'Ja dat is wel beter want die heeft er ook verstand van. Dat is niet van: ik heb een boekje gelezen en ik weet hoe het moet.'* (jongvolwassene 4). Daarnaast beschrijft een jongvolwassene dat ervaringsdeskundigen jongvolwassenen zouden kunnen motiveren als volgt: *'Ik ben er echt helemaal voor want diegene snapt ook heel erg je situatie ... Hoe graag de begeleiders mij ook willen begrijpen, ze zouden mij nooit helemaal kunnen begrijpen. En die mensen begrijpen jou gelijk 100% omdat ze in dezelfde situatie hebben gezeten. En zij zijn*

eruit gekomen en ze kunnen jou ook hoop geven. En dat zou mij heel veel motivatie kunnen geven. ' (jongvolwassene 8).

Alternatief 3: Permanent Parents for Teens. Ten aanzien van dit alternatief zijn de meningen verdeeld. Jongvolwassenen die langdurig zorg met verblijf hebben ontvangen, en een verstoorde of geen relatie met hun ouders hebben, geven aan dat dit onmogelijk is. Een jongvolwassene beargumenteert dit als volgt: *'Je kan dat niet krijgen dat je het gevoel gaat hebben ... Dat moet echt vanaf jong, dat moet echt wel vanaf 4 jaar. Je kan geen 18 zijn want je hebt je ouders al meegemaakt.'* (jongvolwassene 5). Daarentegen geven jongvolwassenen die minder dan een jaar zorg met verblijf hebben ontvangen en goed contact hebben met hun ouders, aan dat zij dit alternatief voor anderen wel geschikt vinden, zoals blijkt uit het volgende citaat: *'Ik denk dat het voor jongeren die geen contact met hun ouders hebben wel een hele goede is. Want jongeren van een jaar of 14 hebben wel een vader- of moederfiguur nodig in hun leven. Voor een stukje liefde en aandacht.'* (jongvolwassene 9).

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de zorgbehoefte in kaart te brengen van jongvolwassenen tussen de 18 en 23 jaar die zorg met verblijf ontvangen in Utrecht, zodat gemeente Utrecht een passend zorgaanbod kan bieden aan deze jongvolwassenen. Dit is onderzocht door middel van kwalitatief onderzoek waarbij er semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij negen jongvolwassenen en drie professionals. Meerdere bevindingen wijzen erop dat het huidige zorgaanbod van gemeente Utrecht voor jongvolwassenen tussen 18 en 23 jaar niet aansluit op hun zorgbehoefte. Zo ontvangt het merendeel van de geïnterviewde jongvolwassenen onnodig zorg met verblijf doordat er geen geschikte vervolgplek en nazorg voor hen is. Oorzaken hiervoor zijn onder andere het gebrek aan inkomen, betaalbare huisvesting en passende begeleiding (met back-up).

Uit de resultaten blijkt dat jongvolwassenen zichzelf op alle domeinen van de ZRM een hogere score toekenden dan professionals, waarbij het domein *activiteiten dagelijks leven* het grootste verschil vertoonde. Mogelijke verklaringen voor het verschil in scores is dat jongvolwassenen minder inzicht hebben in hun eigen vaardigheden en zichzelf overschatten en dat professionals de jongvolwassenen onderschatten.

Jongvolwassenen gaven aan het meest te willen leren op het de domeinen *financiën*, *dagbesteding* en *huisvesting* en het minst op *lichamelijke gezondheid*, *verslaving*, *maatschappelijke participatie* en *justitie*. Dit is vooral opvallend ten aanzien van het domein *maatschappelijke participatie*, aangezien jongvolwassenen zichzelf hier het laagst op scoren. Prioritering kan hier een rol in spelen. Het is denkbaar dat jongvolwassenen die ‘aan het overleven’ zijn, zich niet bezighouden met *maatschappelijke participatie*. De theorie van Maslow (1943) bevestigt dat lichamelijke behoeften en de behoefte aan veiligheid en zekerheid eerst bevredigd dienen te worden, alvorens er voldaan kan worden aan de behoefte aan sociaal contact en waardering en tot slot zelfontplooiing.

Specifiek ten aanzien van *financiën*, werd het beeld bevestigd dat een gebrek aan inkomen en schuldenproblematiek een grote rol speelt (Noorda et al., 2009). Dit heeft tevens gevolgen voor het domein *huisvesting*, aangezien veel jongvolwassenen langer in zorg met verblijf verblijven vanwege onvoldoende financiële middelen om zelfstandig huisvesting te huren. Daarnaast lijkt het gebrek aan betaalbare woningen, zoals uit eerder onderzoek naar voren kwam (Gemeente Utrecht, 2013), nog steeds een actueel probleem te zijn. Tot slot bleek uit onderzoek dat 22% van de jongvolwassenen die dakloos zijn, zorg met verblijf hebben ontvangen (Gemeente Utrecht, 2013). Hoewel er geen percentages genoemd kunnen worden, bevestigden jongvolwassenen dit probleem doordat zij zelf, of hebben geobserveerd

bij andere jongvolwassenen, dat jongvolwassenen om diverse redenen soms een instelling moeten verlaten waarbij er geen zorg wordt gedragen voor een vervolgplek.

Hoewel de focus van dit onderzoek niet lag op de relatie tussen de jongvolwassene en de begeleider, brachten jongvolwassenen dit bij de meerderheid van de vragen ter sprake. Hieruit valt op te maken dat jongvolwassenen een zeer groot belang hechten aan goede relatie met de begeleider. Jongvolwassenen geven dan ook de voorkeur aan één begeleider voor alle domeinen, terwijl professionals op meerdere domeinen specialistische hulpverlening wenselijk achten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongvolwassenen meer belang hechten aan het hebben van een vertrouwensband met de begeleider, terwijl professionals meer waarde hechten aan de verschillende expertises van de hulpverleners. Professionals vinden dagelijkse begeleiding op meerdere gebieden wenselijk, tegenover eens per week per week door jongvolwassenen. Wat betreft de wijze van leren, gaven jongvolwassenen de voorkeur aan het krijgen van uitleg, inzicht en door samen te doen. Professionals legden meer nadruk op motiveren en structuur bieden. Ook hier kan het onder- of overschatten van de vaardigheden van jongvolwassenen een rol spelen.

Hoewel in de literatuur wordt aanbevolen om de begeleiding zoveel mogelijk door het eigen netwerk van de jongvolwassene te laten uitvoeren (Furstenberg & Hughes, 1995; Mortimer & Larson, 2002), gaf slechts een minderheid van de jongvolwassenen aan (N=3) dit wenselijk te vinden. Dit lijkt samen te hangen met de kwaliteit van de band tussen de jongvolwassene en de ouder(s) en de duur van hun verblijf in de zorg. Het is denkbaar dat jongvolwassenen die langer zorg met verblijf ontvangen, grotere problematiek hebben in de relatie met hun ouder(s) en hierdoor niet het vertrouwen hebben dat hun ouder(s) hen kunnen ondersteunen. Dit komt overeen met de theorie dat jongvolwassenen die zorg met verblijf ontvangen een verhoogd risico hebben op weinig steun uit hun sociaal netwerk (Courtney & Dworsky, 2006).

Overeenkomstig met de bevindingen uit de literatuur, lijken jongvolwassenen meer geleidelijk volwassen te willen worden (Stein, 2006), wat blijkt uit de behoefte aan back-up. Deze behoefte aan back-up bleek tevens uit hun mening over de alternatieven. De alternatieven *Stand By Me* en *Careleaver as Helper* lijken aan te sluiten op de behoeften van jongvolwassenen, namelijk een vertrouwensband opbouwen, begeleid worden door een ervaringsdeskundige, een begeleider die langdurig zorg verleend en een back-up is na het verlaten van zorg met verblijf. Hierbij lijkt het van belang te zijn dat deze begeleider geen ouderrol inneemt, aangezien dit element bij alternatief *Permanent Parents for Teens*

weerstand opwekte bij het merendeel van de jongvolwassenen. Een loyaliteitsconflict (een schuldgevoel naar de biologische ouders) zou deze weerstand kunnen verklaren.

Zoals uit de literatuur bleek, neemt gemeente Utrecht het normaliseren van jeugdzorg als uitgangspunt (Gemeente Utrecht, 2015). Meerdere bevindingen uit dit onderzoek lijken niet in dit kader te passen. In vergelijking met jongvolwassenen die geen zorg met verblijf ontvangen, lijkt de overgang naar zelfredzaamheid abrupt te verlopen, zoals blijkt uit het aflopen van indicaties, leeftijdsgrenzen van instellingen, het gebrek aan nazorg en het soms zelfs dakloos worden na zorg met verblijf. Tot slot benadert de vele wisselingen van groepen en begeleiders geen thuissituatie.

De resultaten van dit onderzoek hebben om verschillende redenen een lokale generaliseerbaarheid en kunnen niet zonder meer vertaald worden naar andere situaties. Zo zijn er enkel Utrechtse jongvolwassenen en professionals geïnterviewd en enkel in open residentiële settingen, al hebben een aantal jongvolwassenen in het verleden ook in gesloten settingen gezeten. Het is denkbaar dat de geïnventariseerde zorgbehoefte ten aanzien van de domeinen afwijkt van andere steden of van andere verblijfsvormen (zoals pleeggezinnen en driemilieuvoorzieningen). Zo verschilt de beschikbare huisvesting per regio en bieden pleeggezinnen mogelijk vaker nazorg aan jongvolwassenen.

Ten aanzien van de ZRM, dienen de scores met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Voor het afnemen van ZRM heeft de onderzoeker namelijk geen training gevolgd, terwijl dit wel aangeraden wordt. Verder is er bij de beoordeling van de mate van zelfredzaamheid ruimte voor interpretatie. Wat wordt er bijvoorbeeld precies verstaan onder hygiënisch en hoe groot hoort een sociaal netwerk te zijn? Verder dient opgemerkt te worden dat het verschil in meningen tussen jongvolwassenen en professionals met voorzichtigheid geïnterpreteerd dient te worden, aangezien er negen jongvolwassen tegenover drie professionals zijn geïnterviewd. Daarentegen heeft de onderzoeker ruime werkervaring met de doelgroep waardoor de vragen goed afgestemd werden op de jongvolwassenen en de antwoorden goed geïnterpreteerd konden worden.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten zijn er verschillende mogelijkheden om het zorgaanbod beter aan te laten sluiten op de zorgbehoefte van jongvolwassenen. Ten aanzien van *huisvesting* wordt aanbevolen om meer betaalbare woonruimte (kamers) beschikbaar te stellen zodat jongvolwassenen niet onnodig lang in zorg met verblijf blijven. Ten aanzien van *dagbesteding* wordt aanbevolen om meer mogelijkheden te creëren, bijvoorbeeld door het

actief werven van vacatures voor (betaald) werk door *goodwill* te creëren bij werkgevers. Deze *goodwill* kan vergroot worden door werkgevers te stimuleren om deze doelgroep in dienst te nemen en om werkgevers te informeren hoe zij om kunnen gaan met deze (complexe) jongvolwassenen. Verdere verbetering op het gebied van *financiën* kan bereikt worden door regels en procedures te vereenvoudigen door meer overzicht te creëren door bijvoorbeeld een wegwijzer te ontwikkelen. Ten aanzien van de begeleiding is het aanbevolen om te investeren in de vertrouwensband tussen jongvolwassenen en de begeleiders door zorg te dragen voor minder wisselingen van groepen en begeleiders. Dit kan bereikt worden door de zorg aan te passen aan de jongere, in plaats van het verschuiven van de jongere naar verschillende zorgvormen gedurende zijn of haar ontwikkeling.

Op basis van de bevindingen ten aanzien van de alternatieven, lijkt een combinatie van de alternatieven *Stand By Me* en *Careleaver as Helper* aan te sluiten bij de behoeften van jongvolwassenen, namelijk een ervaringsdeskundige die vanaf het 15^e levensjaar aan een jongvolwassene wordt gekoppeld en mee blijft bewegen met de jongvolwassene, ook nadat de jongvolwassene zelfredzaam is geworden. Hierbij valt te denken aan een specialistisch team binnen de Buurteams -die een spilfunctie hebben in het Utrechtse zorglandschap- en die bestaat uit ervaringsdeskundigen en professionals die de ervaringsdeskundigen coachen. Anders dan nu het geval is bij de Buurteams, zou dit team niet aan een wijk gekoppeld moeten worden maar aan een jongvolwassene, zodat continuering van de zorg gewaarborgd wordt. Met dit alternatief wordt er niet alleen aangesloten op de zorgbehoefte van de jongvolwassenen, ook kan dit positieve effecten op de ervaringsdeskundigen hebben, zoals uit eerder onderzoek is gebleken (Melkman et al., 2015). Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de mogelijkheden van dit alternatief.

Concluderend kan gezegd worden dat het huidige zorgaanbod met verblijf in Utrecht onvoldoende aansluit op de behoeften van jongvolwassenen en op het normaliserende kader dat gemeente Utrecht heeft gesteld. De resultaten uit dit onderzoek bieden aanknopingspunten voor het ontwikkelen van passende zorg. Boven alles, wensen jongvolwassenen een thuis en iemand in hun leven die écht om hen geeft en die hen onvoorwaardelijk steunt.

Referenties

- Avery, R. J. (2009). An examination of theory and promising practice for achieving permanent parents for teens before they age out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 32, 399-408. doi:10.1016/j.childyouth.2009.10.011
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boendermaker, L., Van Rooijen, K., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiële jeugdzorg: Wat werkt?* Verkregen van http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_ResidentieleJeugdzorg.pdf
- Broeders, A., Schaafsma, K., & Fransen, N. (2001). *Zelfstandig maar niet alleen. Onderzoek naar de behoefte aan nazorg van Utrechtse 16+ jongeren uit de provinciale jeugdzorg*. Verkregen van http://www.dsp-groep.nl/getFile.cfm?file=15ksnazorg_Onderzoek_Nazorg_gemeente_Utrecht_DSP-groep.pdf&dir=rapport
- Bullis, M., & Yovanoff, P. (2006). Idle Hands: Community employment experiences of formerly incarcerated youth. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2), 71-85. doi:10.1177/10634266060140020401
- Bullock, R., Little, M., & Milham, S. (1998). *Secure treatment outcomes: The care careers of very difficult adolescents*. Aldershot, UK: Ashgate.
- Convention on the Rights of the Child (8 juni 2015). Concluding observations on the fourth periodic report of the Netherlands. Verkregen van http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/NLD/INT_CRC_COC_NLD_20805_E.pdf
- Courtney, M. E., & Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA. *Child and Family Social Work*, 11, 209-219. doi:10.1111/j.1365-2206.2006.00433.x
- Department of Human Services (2012). *Care and transition planning for leaving care: Victorian Practice Framework*. Melbourne: Victorian Government.
- Dullaert, M. [Kinderombudsman] (2015). *"Ik kan het (niet) zelf"*. Verkregen van <http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2015.KOM010Ikkanhetnietzelf.pdf>
- Fassaert, T., Lauriks, S., Weerd, van de, S., Wit, de, M., & Buster, M. (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de zelfredzaamheid-matrix. *Tsg jaargang 91(3)*, 177. doi:10.1007/s12508-013-0059-7
- Furstenberg, F. F., & Hughes, M. E. (1995). Social capital and successful development among at-risk youth. *Journal of Marriage and Family*, 57, 580-592. doi:10.2307/353914

- Gemeente Utrecht (2013). *Routes naar dakloosheid. Een onderzoek naar het leven en risico's bij Utrechtse (dreigend) dakloze jongeren*. Utrecht: auteur.
- Gemeente Utrecht (2015). *Inkoopstrategie jeugdhulp 2016: Stapsgewijs ontwikkelen en verzilveren*. Verkregen van http://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/5.sociaal-maatschappelijk/Ontwikkeling/PDF/Inkoopstrategie_Jeugdhulp_2016.pdf
- Jeugdwelzijnsberaad, LOC zeggenschap in zorg, het Landelijk Platform GGz en Ieder(in) (9 september 2015). Aansluiting hulp 18-/+ in het gemeentelijk beleid (brief aan wethouders Jeugd, WMO en Participatiewet van de Nederlandse gemeenten). Utrecht: auteurs.
- Maslow, A. H. (1943) A theory of human motivation. *Psychological Review* (50)4, 370-396.
- Meade, S., & Mendes, P. (2014). *Interim evaluation report for the Berry Street pilot program – Stand By Me*. Caulfield East, Australia: Monash University
- Melkman, E., Mor-Salwo, Y., Mangold, K., Zeller, M., & Benbenishty, R. (2015). Care leavers as helpers: Motivations for and benefits of helping others. *Children and Youth Services Review*, 54, 41-48. doi:10.1016/j.childyouth.2015.05.004
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Veiligheid en Justitie, & Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2014). *Stelselwijziging Jeugd. Factsheet Jeugdwet: Naar goede jeugdhulp die bij ons past*. Verkregen van https://www.voordejeugd.nl/images/pdf/factsheet/Factsheet_Jeugdwet.pdf
- Mortimer, J. T., & Larson, R. W. (2002). Macrostructural trends and the reshaping of adolescence. In J. W. Mortimer, & R. W. Larson (Eds.), *Changing Adolescent Experience Societal Trends and the Transition to Adulthood*, pp. 1-7. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nederlands Jeugdinstuut (16 november 2016). *Welke knelpunten ervaart jouw gemeente bij het regelen van doorgaande zorg van 18-plussers en vragen om een landelijke aanpak?* Verkregen van <https://kennisnetjeugd.nl/vraag-en-antwoord/vraag/240-welke-knelpunten-ervaart-jouw-gemeente-bij-het-regelen-van-doorgaande-zorg-van-18-plussers>
- Noorda, J., Pehlivan, T., Clement, D., Ezzeroili, L., Neijboer, D., & Jurrius, K. (2009). *Risicjongeren, schulden en huisvestingsnood: Verkennend onderzoek naar omvang, aard en aanpak van schulden en huisvestingsproblemen onder risicjongeren*. Amsterdam: Stichting Alexander/Noorda en Co.

- Pehlivan, T., & Brummelman, J. (2015). *I'm Ready: Perspectieven van jongeren op zelfredzaamheid na jeugdhulp*. Bronnenonderzoek. Verkregen van <http://imready.nl/wp-content/uploads/2015/06/Im-Ready-Bronnenonderzoek.pdf>
- Pijpers, E. (2015). *Ervaringsthus. Een (t)huis van Ervaringen voor en door Zwerfjongeren*. Utrecht: Youké.
- Ploeg, van der, J. D., & Scholte, E. M. (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings*. Amsterdam: NIPPO (Nederlands Instituut voor Pedagogisch en Psychologisch Onderzoek)
- Rijksoverheid (2015). *Jeugdhulp bij gemeenten*. Verkregen van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/inhoud/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Schoon, I. (2015). Diverse pathways: Rethinking the transition to adulthood. In P.R. Amato et al. (eds.), *Families in an Era of Increasing Inequality*, National Symposium of Family Issues 5. doi:10.1007/978-3-319-08308-7_9
- Stein, M. (2006). Research review: young people leaving care. *Child and Family Social Work*, 11, 273-279. doi:10.1111/j.1365-2206.2006.00439.x
- Steketee, M., Vandenbroucke, M., & Rijkschroeff, R. (2009). *(Jeugd)zorg houdt niet op bij 18 jaar*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Transitie Autoriteit Jeugd (2015). *Eerste jaarrapportage*. Den Haag: auteur.
- Zelfredzaamheid. (2016). In *Dikke Van Dale*. Verkregen van <https://www.vandale.nl/zoeken/zoeken.do>

Bijlage 1

Topiclist jongvolwassenen versie 1: 1 maart 2016

Achtergrondinformatie

- a. Leeftijd
- b. Geslacht
- c. Huidige zorg en duur
- d. Eerder ontvangen zorg
- e. Reden zorg
- f. Toekomstperspectief

Vragen per domein

Financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie (*gebaseerd op ZRM*).

1. Welk cijfer (1 t/m 5, zie ZRM) geef je jezelf op het gebied van [domein]?
2. Wat wil je nog leren op het gebied van [domein]?
3. Had je dit al eerder willen (en kunnen) leren?
4. Wat heb je nodig om dit te leren?
 - a. Wie moet de begeleiding geven?
Bv. Bekende of nieuwe begeleider, van instelling of buurtteam, maatje
 - b. Wat moet de inhoud van de begeleiding zijn?
Specifieke taken, zoals schuldhulpverlening, contact onderhouden met externen (docent, therapeut, netwerk, post doornemen)
 - c. Waar moet de begeleiding gegeven worden?
thuis, bij instelling
 - d. Wanneer moet de begeleiding gegeven worden?
Start, duur, frequentie
 - e. Welke vorm van begeleiding?
Met huisvesting, budgetbeheer, intra-extramuraal, in de wijk

Algemene vragen

- a. Wat verwacht je van de begeleider?
Beschikbaarheid, benadering, coachend, volgend, steunend, sturend
- b. Zou de begeleiding op alle domeinen door dezelfde begeleider gegeven moeten worden of juist niet? Waarom?
- c. Als je zelfstandig bent, zou je nog een contactpersoon willen hebben (nazorg)? Waarom wel (en hoe) of niet?
Achterwacht, stok achter de deur, alleen hulp op verzoek of periodiek afspreken
- d. Waar zou je willen wonen?
Woonplaats, wijk, met familie/vrienden
- e. Zou je in de volgende woonvormen kunnen wonen? Waarom wel/niet?
 1. Kamer (in studentenhuis of hospice)
 2. Studio
 3. appartement
- f. Welke adviezen en/of meningen wil je nog kwijt?

Bijlage 2

Topiclist professionals versie 1: 1 maart 2016

Achtergrondinformatie

- a. Functie
- b. Tijd werkzaam in huidige functie
- c. Werkervaring

Vragen per domein

Financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie (*gebaseerd op ZRM*).

1. Welk cijfer (1 t/m 5, zie ZRM) geef je cliënten over het algemeen op het gebied van [domein]?
2. Wat hebben zij nog leren op het gebied van [domein]?
3. Wat hebben zij daarvoor nodig?
 - a. **Wie** moet de begeleiding geven?
Bv. Bekende of nieuwe begeleider, van instelling of buurtteam, maatje
 - b. **Wat** moet de inhoud van de begeleiding zijn?
Specifieke taken, zoals schuldhulpverlening, contact onderhouden met externen (docent, therapeut, netwerk)
 - c. **Waar** moet de begeleiding gegeven worden?
thuis, bij instelling
 - d. **Wanneer** moet de begeleiding gegeven worden?
Start, duur, frequentie
 - e. **Welke** vorm van begeleiding?
Met huisvesting, budgetbeheer, intra-extramuraal, in de wijk

Algemene vragen

- a. Zou de begeleiding op alle domeinen door dezelfde begeleider gegeven moeten worden of juist niet? Waarom?
- b. Zou er een begeleider beschikbaar moeten blijven, ook al is de cliënt zelfstandig, zodat zij bij problemen hier een beroep op kunnen doen (nazorg)?
Achterwacht, op verzoek, periodiek, volgend
- c. Welke vorm van huisvesting?
appartement, studio, kamer
- d. Welke adviezen of meningen wil je meegeven ten aanzien van de hulpverlening aan deze doelgroep?

Bijlage 3

Zelfredzaamheid-Matrix 2013

S.Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, G. Tigchelaar, en T. Fassaert.



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten <i>en/of</i> spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet <i>en/of</i> gepast uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel <i>en/of</i> bewindvoering/inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf <i>en</i> deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomen mogelijkheid om te sparen.
Dagbesteding	Geen dagbesteding <i>en</i> veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding <i>of</i> arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding <i>of</i> arbeidstoeleiding <i>of</i> tijdelijk werk <i>en/ of</i> volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).	Vast werk <i>en/of</i> volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).
Huisvesting	Dakloos <i>en/of</i> in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting <i>en/of</i> huur/hypotheek is niet betaalbaar <i>en/of</i> dreigende huisuitzetting.	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend <i>en/of</i> in onderhuur <i>of</i> niet autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting <i>en</i> (huur)contract met bepalingen <i>en/of</i> gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting <i>en</i> regulier (huur)contract <i>en/of</i> autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om <i>en/of</i> potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig <i>en/of</i> woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen <i>en/of</i> terugkerende suïcide-ideatie. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen <i>en/of</i> geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn <i>en/of</i> enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen <i>en/of</i> behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven <i>en/of</i> marginale beperking van functioneren <i>en/of</i> goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zeldzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse besommeringen of zorgen.
Lichamelijke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/ kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatige behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamenlijk gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamenlijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Verslaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/ verslaving. Resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk is.	Voldoet aan criteria voor verslaving. Preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen. Onthoudingsverschijnselen of afkickontwijkend gedrag zichtbaar. Gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 30 dagen. Aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen. Gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven <i>en/of</i> behandeltrouw is minimaal.	Cliënt heeft gedurende de laatste 30 dagen gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar. Geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik <i>en/of</i> goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/ misbruik in de laatste 30 dagen.
Activiteiten Dagelijks Leven	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg <i>en</i> complexe activiteiten.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) <i>en</i> meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven <i>en</i> de zelfzorg is op peil, maar één of meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven <i>en</i> alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).	Geen problemen van deze aard <i>en</i> functioneert goed op alle gebieden.
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/ vrienden <i>en</i> geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring <i>of</i> ernstig sociaal isolement.	Familie/vrienden hebben niet de vaardigheden/ mogelijkheden om te helpen <i>en</i> nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/vrienden <i>en</i> enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/ vrienden <i>en</i> weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk <i>en</i> geen foute vrienden.
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie <i>en/of</i> in 'overlevingsmodus'.	Maatschappelijk geïsoleerd <i>en/of</i> geen sociale vaardigheden <i>en/of</i> gebrek aan motivatie om deel te nemen.	Nauwelijks participierend in maatschappij <i>en/of</i> gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken.	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang.	Actief participierend in de maatschappij.
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie <i>en/of</i> openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie <i>en/of</i> lopende zaken bij justitie.	Incidenteel (eens per jaar) contact met politie <i>en/of</i> voorwaardelijke straf of - invrijheidstelling	Zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie <i>en/of</i> strafblad.	Geen contact met politie. Geen strafblad