

Hoe sluit het preventieve jeugd beleid Amsterdam aan bij de leefwereld van jongeren met mentale problemen?

Retrospectief onderzoek naar beschermingsfactoren tijdens de adolescentie

Tynke Hof [6888968]

Youth, Education and Society, Universiteit Utrecht

201600407 (YES07): Master thesis

Docent begeleider: Monique van Londen - Barentsen

Tweede beoordelaar: Bodine Romijn

Datum: 21-06-2021

Aantal woorden: 7985

FETC nummer: 21-0651

Samenvatting

Doel: Preventie van mentale problemen tijdens de adolescentie is belangrijk, omdat dit grote gevolgen kan hebben in de leefwereld van adolescenten en een voorspeller zijn van ernstige mentale problemen op latere leeftijd. Huidig onderzoek geeft inzicht in hoe het preventieve jeugd beleid van de gemeente Amsterdam kan aansluiten bij de leefwereld van adolescenten met mentale problemen. **Methode:** Vanuit een uniek perspectief van negen veerkrachtige jongvolwassenen (18 t/m 25 jaar) is middels semigestructureerde interviews een visuele tijdlijn opgesteld. Aan de hand van deze tijdlijn zijn het verloop van mentale gezondheid, de beschermingsfactoren in hun leefwereld en waar zij achteraf gezien behoefte aan hadden, in kaart gebracht. **Resultaten:** Jongeren ervaren rond de leeftijd van 14 jaar de eerste mentale problemen, deze worden getriggerd door problemen op school of in de sociale context. Beschermingsfactoren zijn: positieve sociale contacten, positieve schoolervaring, leuke vrijetijdsbesteding, persoonlijke ontwikkeling en laagdrempelige professionele hulp. Daarnaast komen openheid over, en meer aandacht voor, mentale problemen op scholen en meer zeggenschap in hulp naar voren als factoren die helpend hadden kunnen zijn **Discussie:** De aansluiting van het preventieve jeugd beleid kan verbeterd worden door extra focus op jongeren rond de leeftijd van 14 jaar. Daarnaast is laagdrempelig aanbod gericht op het versterken van sociale contacten aanbevolen. In de toeleiding naar preventief aanbod ligt er een taak voor scholen, door informatie te geven over mentale problemen, het bespreekbaar maken hiervan en door te zorgen dat leerlingen vertrouwde personen hebben binnen de school waar zij terecht kunnen.

Sleutelwoorden: preventie, jeugd beleid, beschermingsfactoren, mentale gezondheid

Abstract

Goal: Prevention of mental problems during adolescence is important because this can have major consequences in the lives of adolescents and are a predictor of serious mental problems later in life. Current research provides insight into how the preventive youth policy of the municipality of Amsterdam can match the living environment of adolescents with mental problems. **Method:** From a unique perspective of nine resilient young adults (18 to 25 years old), a visual timeline was drawn up

through semi-structured interviews. Based on this timeline, the development of mental health, the protective factors in their lives and what they needed in retrospect, has been portrayed. **Results:** Young people experience the first mental problems around the age of 13, which are triggered by problems at school or in the social context. Protective factors are: positive social contacts, positive school experience, pleasant leisure activities, personal development and accessible professional help. In addition, openness about, and more attention to, mental problems in schools and more say in help, emerge as factors that could have been helpful. **Discussion:** The connection with young people of the preventive youth policy can be improved by an extra focus on young people around the age of 14 years. In addition, a low-threshold offer aimed at strengthening social contacts is recommended. There is a task for schools in providing information about mental problems, making them discussable and ensuring that pupils have trusted persons within the school to whom they can go.

Keywords: prevention, youth policy, protection factors, mental health

Hoe sluit het preventieve jeugdbeleid Amsterdam aan bij de leefwereld van jongeren met mentale problemen?

Mentale gezondheidsproblemen bij jongeren zijn sinds de Covid-19 pandemie een belangrijk onderwerp van gesprek geworden. Dit is echter geen nieuw verschijnsel. Uit onderzoek over de periode van 2015 tot en met 2017 bleek namelijk dat één op de twaalf jongeren van 12 tot 25 jaar zich psychisch ongezond voelde (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2018). Daarnaast neemt het aantal jongeren in de jeugdhulp de laatste jaren toe (CBS, 2019) en zijn de wachtlijsten lang (Berg et al., 2017). Om dit tegen te gaan is de nieuwe Jeugdwet in 2015 van kracht gegaan, hierin is onder andere opgenomen dat er meer focus moet liggen op de preventie van- en vroege interventie bij psychische problemen (art. 2.1.a Jeugdwet, 2015). De verantwoordelijkheid voor de inrichting van deze preventie ligt sinds het ingaan van de nieuwe Jeugdwet bij de gemeenten.

Zo is ook de gemeente Amsterdam bezig met de ontwikkeling van preventieve hulp voor jeugdigen. Sinds 2020 bieden zij preventieve jeugdhulp aan via het programma: Flexibel Preventief Aanbod Jeugd (FPAJ) (Gemeente Amsterdam, z.d.). Het gaat hierbij om selectieve en geïndiceerde preventie, dat wil zeggen dat het bedoeld is voor jeugdigen die een vergroot risico hebben op problematiek of waarbij al beginnende problematiek is gesignaleerd. Het FPAJ bestaat uit een lijst met aanbod van programma's en trajecten vanuit verschillende aanbieders, van jongerenwerkorganisaties tot GGZ-instellingen, gericht op risicojongeren, kinderen in kwetsbare situaties en jeugdigen met beginnende problematiek op het gebied van emotie en gedrag. Het aanbod is in principe vrij toegankelijk maar vaak verloopt een aanmelding via een verwijzer zoals een zorgcoördinator op school of het Ouder- en Kindteam. Op de website www.jeugdpreventieamsterdam.nl staat een groot deel van het preventieve aanbod.

Het is echter onduidelijk hoe dit aanbod kan aansluiten bij de behoefte van jongeren met beginnende mentale problemen. Uit gesprekken met de gemeentelijke afdeling preventief jeugdbeleid bleken de volgende vragen te spelen: *‘Wat zijn de drempels die deze jongeren met een verhoogd risico ervaren om deel te nemen aan preventief aanbod? Op welke momenten kan er het beste preventief aanbod ingezet worden? En wat zijn de werkzame elementen uit het preventieve aanbod?’* Deze studie is een kwalitatief retrospectief onderzoek naar antwoorden op deze vragen vanuit het perspectief van jongvolwassenen die toen zij tussen de 12 en 18 jaar waren, mentale problemen hebben ervaren. Het doel van dit onderzoek is het verzamelen van kennis over wat voor hen heeft geholpen en/of had kunnen helpen om mentaal sterker te worden. Vanuit deze kennis over de leefwereld van jongeren met beginnende mentale klachten, wordt de koppeling gemaakt naar hoe de gemeente Amsterdam de preventieve jeugdhulp hier het best op kan laten aansluiten.

Theoretisch Kader

Mentale Problemen tijdens de Adolescentie

Tijdens de adolescentie ervaart een jongere fysieke, cognitieve en sociale ontwikkelingen die het fundament zijn voor gezondheid en welzijn in hun latere leven (Patton et al., 2016). Mogelijk zorgen deze veranderingen in combinatie met stress vanuit de omgeving voor meer gevoeligheid voor mentale gezondheidsproblemen (Andersen & Teicher, 2008; Lee et al., 2020; Romeo, 2017). Problemen met de mentale gezondheid kunnen grote gevolgen hebben voor het leven van een jongere. Ze lopen een grotere kans op: een slechte fysieke gezondheid, uitval op school, problemen in sociale relaties, middelengebruik en werkloosheid (Burnett-Zeigler et al., 2012; Jaycox et al., 2009; Quiroga et al., 2013). Daarnaast wijzen onderzoeken uit dat jongeren die op vroege leeftijd last hebben gehad van mentale klachten, een grotere kans hebben op ernstige psychische problemen op latere leeftijd (Lynam et al., 2007). Driekwart van de psychische stoornissen in de volwassenheid zijn

ontstaan tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid (Kessler et al., 2007; Sawyer et al., 2012). Vroege interventie en preventie bieden de kans om mentale problemen op latere leeftijd tegen te gaan (Kieling et al., 2011). Ondanks deze belangrijke redenen om mentale klachten bij jongeren te voorkomen, nemen veel jongeren niet de stap om hulp in te schakelen. Het hulpzoekgedrag onder adolescenten is zeer laag (Nearchou et al., 2018; Zwaanswijk et al., 2003). De onderzoeken over hulpzoekgedrag bij adolescenten gaan vooral over het zoeken van curatieve hulp (Brown et al., 2016; Jorm, 2012). Hulpzoekgedrag van adolescenten als het gaat om preventieve hulp is schaars.

Mentale Gezondheid

Lange tijd werd mentale gezondheid gezien als de afwezigheid van psychische problemen, zoals ADHD, psychose of depressie. Vanaf ongeveer 1950 kwam meer aandacht voor een zienswijze die meer gericht is op het positief en optimaal functioneren van een individu (Chakhssi & Bohlmeijer, 2018). De definitie die de World Health Organization (WHO) hanteert voor mentale gezondheid past goed binnen deze zienswijze: *“een toestand van welzijn waarin het individu zijn of haar eigen capaciteiten realiseert, de normale spanningen van het leven aankan, productief en vruchtbaar kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap”* (WHO, 2004). Huidig onderzoek gaat ook uit van deze definitie. Dit betekent dat wanneer het gaat over jongeren met problemen in hun mentale gezondheid, hier niet per definitie de aanwezigheid van een psychische stoornis mee wordt bedoeld.

Positive Youth Development

Een benadering die goed past bij deze positieve definitie van mentale gezondheid is een benadering vanuit Positive Youth Development (PYD). PYD is een overkoepelende term voor verschillende modellen en theorieën die in hun benadering van de ontwikkeling van

jeugdigen, uitgaan van de kracht van het individu en het streven naar optimale ontwikkeling, in plaats van de focus te leggen op het voorkomen van problemen (Sesma et al., 2013). Eén van deze theorieën is het *Developmental Assets framework* (Benson, 1997) dit is een set van factoren waarvan bekend is dat ze de ontwikkelingsuitkomsten van jongeren versterken. Voorbeelden van assets zijn: support vanuit de omgeving, constructief tijdgebruik en sociale competenties (Search Institute, 2001). Verschillende onderzoeken laten veelbelovende resultaten zien van interventies die zijn ontwikkeld vanuit de PYD-benadering. Een meta-analyse van Ciocanel et al. (2017) laat zien dat de interventies effectief zijn voor schoolsucces en psychologisch aanpassingsvermogen van jongeren. Een meta-analyse van Taylor et al. (2017) liet zien dat het promoten van positieve ontwikkeling interventies op scholen, bij high school studenten zorgde voor betere sociaal emotionele vaardigheden en een beter gevoel van welzijn.

Risico- en Beschermingsfactoren

Binnen de PYD zijn ook beschermingsfactoren belangrijk voor de ontwikkeling van jeugdigen. Beschermingsfactoren worden gedefinieerd als waarborgen in het individu of de omgeving die het vermogen van de persoon om stressvolle levensgebeurtenissen, risico's of gevaren te weerstaan (Rutter, 1987). Het verschil tussen beschermingsfactoren en *Developmental Assets* is dat er bij beschermingsfactoren sprake is van risicofactoren waartegen beschermd moet worden, bij *Developmental Assets* is dit niet het geval (Sesma et al., 2013). Beschermingsfactoren kunnen bijvoorbeeld beschermen tegen het ontwikkelen van mentale problemen bij adolescenten met een cumulatie aan risicofactoren, dit wordt ook wel een buffer effect genoemd. Risicofactoren voor het ontwikkelen van mentale problemen tijdens de adolescentie zijn bijvoorbeeld: het hebben van autoritaire ouders, ernstig zieke ouder(s), een alleenstaande moeder, negatieve schoolervaringen en een lage sociaaleconomische status (Barkmann et al., 2007; Bradley & Corwyn, 2002; Lu, 2019). Beschermingsfactoren zijn: een

goed zelfbeeld, acceptatie van ouders en vrienden, een groot sociaal netwerk en een actieve copingstijl (McPherson et al., 2014; Steinhauzen & Metzke, 2001). Als er een goede balans is, of de beschermingsfactoren zijn sterker dan de risicofactoren is er sprake van veerkracht. Veerkracht is de capaciteit van om je succesvol aan te passen ondanks bedreigende of uitdagende omstandigheden (Masten et al., 1990).

Recent onderzoek onder Amsterdamse jongeren, over vroeg signalering om intensieve jeugdhulp te voorkomen, richtte zich enkel op risicofactoren (Van der Put et al., 2020). Zij concludeerden dat een cumulatie van risicofactoren een sterke voorspeller is van gebruik van intensieve jeugdhulp. Huidig onderzoek gericht op de beschermingsfactoren bij Amsterdamse jongeren is hier een mooi aanvulling op, omdat het naar voren brengt hoe de jongeren beschermd kunnen worden tegen cumulatieve risicofactoren. Verschillende onderzoeken laten zien dat preventie gericht op zowel risicofactoren en beschermingsfactoren succesvol is in het tegen gaan van mentale problemen (Crouch et al., 2019; Durlak, 1998).

Huidig onderzoek

De onderzoeksvraag voor huidig onderzoek is:

“Wat waren a) beschermingsfactoren in de leefwereld van jongeren met mentale problemen, b) wat had hen kunnen helpen en c) hoe kan het preventieve jeugdbeleid in Amsterdam hierop aansluiten?”

Om bovenstaande vragen vanuit het perspectief en de leefwereld van de jongeren te beantwoorden zijn retrospectief ervaringen en ideeën van jongvolwassenen verzameld over de periode dat zij als adolescent mentale problemen ervaarden. Als duidelijk wordt welke beschermingsfactoren er belangrijk zijn in de leefwereld van jongeren, kan gekeken worden hoe het preventieve jeugdbeleid van de gemeente Amsterdam beter aan kan sluiten bij jongeren. Huidig onderzoek is uniek omdat er een stem wordt gegeven aan kwetsbare

doelgroep over preventieve hulp die voor hen van belang is. Daarnaast biedt het op exploratieve wijze een aanvulling op het onderzoek naar hulpzoekgedrag van jongeren, doordat huidig onderzoek is gericht op het zoekgedrag en de toeleiding van jongeren naar preventief aanbod.

Methode

Design en Procedure

Huidig kwalitatief retrospectief onderzoek richt zich op de leefwereld van Amsterdamse jongeren (12 tot 18 jaar) met beginnende mentale problemen. Om op een ethisch verantwoorde manier informatie te verzamelen over deze kwetsbare doelgroep is de keuze gemaakt om jongvolwassenen (18 tot en met 25) die mentale klachten hebben ervaren tijdens de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar, te interviewen.

Om recht te doen aan de brede definitie van mentale gezondheid, is gekozen om tijdens de werving aan jongvolwassenen zelf over te laten of zij psychische klachten hebben ervaren tijdens hun adolescentie. Op de wervingsflyer (Bijlage 1) is de volgende omschrijving geplaatst: *“Dat kan zijn dat je je een tijdje somber, angstig of in de war hebt gevoeld, maar ook dat je echt last hebt gehad van een depressie.”*

Voor de werving is gebruik gemaakt van een selecte beschikbaarheidssteekproef. De wervingsflyer is verspreid via contacten binnen projecten van Stichting Alexander, zoals het Jeugdplatform Amsterdam en via organisaties uit FPAJ van de gemeente Amsterdam. Daarnaast is ook een sneeuwbalsteekproef ingezet, door aan de jongvolwassenen te vragen of zij nog andere jongvolwassenen kennen die ook mee willen doen aan het onderzoek. Voorafgaand aan het onderzoek hebben de jongvolwassenen een informatiebrief ontvangen en hebben zij actieve toestemming gegeven op een informed consent. Door de maatregelen voor

de Covid-19 pandemie zijn de interviews afgenomen middels videobellen via Microsoft Teams.

Participanten

In totaal namen negen jongvolwassenen deel aan het onderzoek. Op wervingsflyer hadden 12 jongvolwassenen gereageerd. Drie jongvolwassenen hebben na het lezen van de informatiebrief besloten om niet deel te nemen, omdat zij het interview mogelijk als een te zware mentale belasting zouden ervaren.

Vier aanmeldingen kwamen binnen via organisaties uit het FPAJ, vier via projecten van Stichting Alexander en één via een deelnemende jongvolwassene. De leeftijden variëren tussen de 18 en 25 jaar. Er deden drie mannen, vijf vrouwen en één non-binair persoon mee. Het opleidingsniveau (afgerond of nog bezig) is ongeveer gelijk verdeeld tussen MBO en HBO/HAVO. Het overgrote deel (7) heeft een bi-culturele achtergrond.

Meetinstrument

Tijdlijn

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde individuele interviews aan de hand van een door de onderzoeker bedachte visuele tijdlijn. De tijdlijn over de periode van 12 tot en met 18 jaar is in het begin van het interview opgesteld, zodat de jongvolwassenen houvast hadden om terug te blikken op deze periode. De jongvolwassenen vertelden het verloop van hun mentale gezondheid terwijl de interviewer dit uitwerkte op een tijdlijn in het online brainstorm programma MIRO. De jongvolwassenen keken mee via een online gedeeld scherm en konden eventueel suggesties voor verbetering geven. Een groene pijl werd verbonden aan periodes die de jongvolwassene ervaarde als een periode waarin het mentaal goed ging en een rode pijl aan periodes waarin het slecht ging. De pijlen konden variëren in grootte om de intensiteit van het (positieve of negatieve) gevoel aan te geven.

Semigestructureerd interview

Na het opstellen van de tijdlijn, is aan de hand van een topiclijst gevraagd naar de leefwereld van de jongvolwassenen toen zij last hadden van mentale problemen, wat waren de *risico- en beschermingsfactoren* en *wat had hen kunnen helpen?* Bij risicofactoren werd gevraagd om uitleg bij de rode pijlen in de tijdlijn, bij de beschermingsfactoren naar de groene pijlen. De focus lag tijdens het interview vooral op de beschermingsfactoren.

Voorbeelden van vragen die hier bij zijn gesteld zijn: “*Wat zorgde er voor een groene pijl op dat moment?*” en “*Wie of wat speelde een belangrijke rol in jouw leven op dat moment?*”

Ook is gevraagd naar *de veerkracht* van de jongvolwassenen, door te vragen of zij het idee hebben dat ze nu beter om kunnen gaan met problemen.

Om de jongvolwassenen te vragen naar *hun ideeën over het jeugdpreventiebeleid* is de website <https://www.jeugdpreventieamsterdam.nl/> getoond en is gevraagd of deze website *hen destijds had kunnen helpen*. Vervolgens is met de jongvolwassenen verder gesproken over *wat volgens hen had kunnen helpen destijds* of helpend kan zijn voor jongeren die nu mentale problemen ervaren.

Analyse

De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd in Nvivo. De visuele tijdlijnen van alle respondenten zijn naast elkaar geplakt in één bestand voor een volledig overzicht. Omdat hier opviel dat de tijdlijnen van de jongvolwassenen waren opgebouwd in fases die samenvallen met schooltransities, zijn alle transcripten gecodeerd naar deze fases. Van hieruit zijn de resultaten over het verloop van de mentale problematiek van de jongvolwassenen beschreven.

Om de risico- en beschermingsfactoren in de leefwereld van jongeren goed in beeld te krijgen, zijn alle transcripten deductief gecodeerd naar de categorieën rode pijl (negatieve

factor/gebeurtenis) en groene pijl (positieve factor/gebeurtenis). Binnen deze twee categorieën is inductief gecodeerd, om zo dicht mogelijk bij de verhalen van de jongvolwassenen te blijven. Bij het inductief coderen is gewerkt met open codes, axiale en selectieve codes.

Tot slot is ook deductief gecodeerd in de transcripten naar de categorieën: ‘wat had jou kunnen helpen’ en ‘ideeën over preventie’. Deze laatste categorie omvat de ideeën van de jongvolwassenen over: de website JeugdpreventieAmsterdam, toeleiding naar (preventieve) hulp en overige ideeën over wat jongeren van nu zou kunnen helpen om mentale problemen te voorkomen.

Resultaten

Verloop mentale gezondheid

Een groot voordeel van het gebruik van een visuele tijdlijn voor dit onderzoek, is dat in één oogopslag het algemene verloop van de mentale gezondheid van de jongvolwassenen in beeld is gebracht. Bij het vergelijken van de tijdlijnen van alle jongvolwassenen viel het op dat de fasen die zij noemen in hun jeugd, samenvallen met schooltransities. Zo beschrijven jongvolwassenen vaak eerst hun periode op de basisschool, vervolgens de stap die ze maakten naar de middelbare school en daarna de stap naar een vervolgstudie. Het verloop van mentale gezondheid is daarom hieronder beschreven op basis schoolperiodes.

Basisschool (12/13 jaar)

De meeste jongvolwassenen (7) benoemden tijdens het interview dat het rond hun 12^e levensjaar, toen ze op de basisschool zaten, mentaal nog goed ging. Bij vier jongvolwassenen speelde er rond de leeftijd van 12 op de achtergrond al wel risicofactoren, maar dit ervoeren zij niet als mentale klachten.

Middelbare School (13 jaar t/m 17 jaar)

De eerste dip in hun mentale gezondheid werd door meeste jongvolwassenen (6) ervaren op de leeftijd van 13 en 14 jaar. Zij noemden hierbij vaak de rol die de overstap naar de middelbare school hierin speelde.

Vervolgstudie (17 jaar – 18 jaar +)

Rond de leeftijd van 17 en 18 ervaaarden de meeste jongvolwassenen (7) weer een positieve mentale gezondheid. Voor veel jongeren hangt dit samen met het verlaten van de middelbare school en het vinden van een passende vervolgstudie.

Huidige situatie

Alle jongeren geven aan dat het op het moment van het interview goed met ze gaat. Sommige jongvolwassenen ontvangen nog wel hulp van een psycholoog of zijn betrokken bij een jongerenwerkorganisatie. De meeste jongvolwassenen hebben het idee dat ze nu beter bestand zijn tegen mentale problemen.

Problematiek en risicofactoren

Huidig onderzoek richt zich vooral op de beschermingsfactoren in de leefwereld van de jongeren, toch is het belangrijk om eerst kort in te gaan op de problematiek en risicofactoren die speelden. Er is namelijk alleen sprake van beschermingsfactoren als er ook risicofactoren aanwezig zijn om tegen beschermd te worden (Rutter, 1987). De problematiek waar de jongvolwassenen mee te maken hebben gehad varieert van lichte problematiek, zoals een mentale dip, tot zware problematiek, zoals depressie en suïcidaliteit.

Een deel van de jongvolwassenen (5) heeft individuele problemen zoals ADHD, sociale angst of autisme. Daarnaast speelden bij vijf jongvolwassenen familieproblemen, zoals een echtscheiding of ruzie tussen ouders. Ruzie met ouders werd ook genoemd. Het valt op dat de jongvolwassenen zowel de individuele problemen als de familieproblemen niet zien

als directe aanleiding van hun mentale klachten, maar meer als iets wat op de achtergrond speelde.

Het ging ook niet zo goed tussen mijn ouders. Maar ik was best wel, ik was gewoon jong dus... Het was vervelend, maar ik heb het niet als heel erg ervaren.

Ik had verder niet echt last van mijn ADHD, behalve dat ik heel slecht in rekenen was.

De aanleiding die zij noemden voor hun mentale problemen had vaak te maken met momenten binnen de schoolcontext: blijven zitten, onder-advisering of geen passende opleiding kunnen vinden, of momenten in hun sociale leven: (online) gepest worden, ruzie met vrienden, geen of weinig vrienden hebben (in de klas) of ‘verkeerde’ vrienden hebben. Meestal speelde er in het leven van de jongvolwassene een cumulatie van risicofactoren, zoals individuele problemen, met daarnaast familieproblemen en daarbovenop problemen op school.

Beschermingsfactoren

Ondanks de problemen en risicofactoren die in de leefwereld van de jongvolwassenen speelden, ervoeren ook beschermende factoren waardoor het mentaal beter met hen ging. De categorieën die in de analyse naar voren kwamen als beschermende factoren zijn: positieve sociale contacten, een prettige schoolervaring, leuke vrijetijdsbesteding, laagdrempelige professionele hulp en persoonlijke ontwikkeling.

Positieve sociale contacten

De meest voorkomende factor, die bij jongeren zorgt voor een betere mentale gezondheid, is positieve sociale contacten. Uit de gesprekken met de jongvolwassenen blijken vrienden een grote rol te spelen in de leefwereld van jongeren. Het hebben van goede vrienden wordt door vijf jongvolwassenen expliciet genoemd als positieve invloed. Zelfs als er nog

problemen spelen in het leven van jongeren zorgt het hebben van vrienden ervoor dat zij hun leven positiever ervaren. In veel gevallen ging het niet om het kunnen praten met je vrienden over je problemen, sommige jongvolwassenen durfden dit destijds ook niet. Het feit dat ze ergens bij hoorden en plezier hadden met gelijkgestemde vrienden werkte al positief voor hun mentale gezondheid.

En toen ging het echt heel goed met mijn schoolleven en met mijn vrienden. Ik had echt nog nooit zoveel vrienden gehad. Dat ging heel goed, ik had het naar mijn zin op school, ik sprak heel vaak ook af met vrienden. Dus dat is wel erg goed.

Door mijn thuissituatie hecht ik heel veel waarde aan leuke dingen. Iets waar ik plezier uit kan halen. Dus ook als ik kan lachen met mijn vrienden of ik heb het leuk. Dan kan ik daar gewoon naar uitkijken als het thuis niet goed is.

Dat is een beetje in dezelfde periode van die vriendengroep want in die periode van die vriendengroep zat ik ook op het MBO en dat ging niet zo heel goed. Maar het feit dat ik die vriendengroep had was ook wel weer een groene pijl.

Prettige schoolervaring

Schoolervaring is een tweede belangrijke factor in de leefwereld van jongeren. De jongvolwassenen ervaren het vinden van een passende school of opleiding als positieve invloed op hun mentale gezondheid. Sommige jongvolwassenen zijn op de middelbare school gewisseld van school, omdat zij het gevoel hadden niet op de goede plek te zitten. Op hun nieuwe school ging het daarna beter met ze. Hoewel dit ook vaak samen ging met het krijgen van nieuwe vrienden op de nieuwe school, noemden de jongvolwassenen ook hoe fijn ze het vonden dat ze een passende studie of school hadden gevonden. Daarnaast zorgden succeservaringen op school voor een positievere mentale gezondheid. Voor drie

jongvolwassenen hielp een luisterend oor van een mentor, huiswerkbegeleider of een vertrouwenspersoon op school.

Wat mij ook heel erg heeft geholpen is gewoon naar HBO, ik voelde me eindelijk op mijn plaats. Echt student.

Dus ik was helemaal happy natuurlijk. Dat alles gewoon liep zoals het liep en mijn school liep goed.

Ik had in de derde, toen was ik doorgestroomd naar de havo en toen had ik een mentor, dat was ook mijn wiskunde docent en hij wist van de situatie af. Hij wist dat het toch wel heel erg instabiel was de hele tijd. Ja, hij was ook gewoon heel begripvol en hij luisterde altijd. En ja, het is echt een hele goede mentor geweest.

Leuke vrijetijdsbesteding.

Een derde categorie waardoor jongeren een positieve mentale gezondheid ervaren is het hebben van een leuke vrijetijdsbesteding. Voor het grootste deel van de jongvolwassenen was dit sport. Opvallend is dat veel jongeren, in hun basisschoolleeftijd nog sportten en hier mee zijn gestopt toen ze naar de middelbare school gingen. Enkele jongvolwassenen vertelden dat het op de basisschool beter met hen ging omdat ze toen hun sport nog hadden waarin ze hun ei kwijt konden. Veel jongvolwassenen hebben het sporten op een latere leeftijd (rond 17 jaar) weer opgepakt, dit zorgde voor een positieve verandering in hun mentale gezondheid.

Ik squashte drie keer per week en ik ging naar voetbal twee keer per week en dan had ik nog mijn vrienden. Toen had ik vooral veel te doen, veel leuke dingen vooral.

Ik kwam er eigenlijk best wel laat achter dat ik sporten heel leuk vond, en daarom houd ik er ook echt aan vast. Sporten is voor mij ook echt een uitweg, zoals ik net al zei, echt een uitlaatklep.

Laagdrempelige professionele hulp

Een vierde categorie die een rol speelde in de leefwereld van de jongvolwassenen is hulp van professionals. Twee jongvolwassenen hebben deelgenomen aan preventieve hulp in de vorm van jongerenwerk. Zeven jongvolwassenen hebben hulpverlening gehad van een psycholoog en enkele jongvolwassenen zijn daarbij ook binnen een jeugdhulporganisatie verbleven. Sommige jongvolwassenen vertellen dat het prettig was om duidelijkheid te krijgen over waar hun problemen vandaan komen, zodat ze leerden hoe ze hier mee om konden gaan.

Want sinds mijn diagnose is alles duidelijk en je begrijpt jezelf gewoon zoveel beter. En al die jaren in de knoop zitten en struggelen en depressies, had gewoon niet hoeven eigenlijk.

De professionele hulp die door de jongvolwassenen vooral als helpend werd ervaren is de laagdrempelige hulp die zij kregen van jongerenwerkorganisaties. Ze kregen hier een coach of maatje waarmee ze goed konden praten en waarbij ze om hulp konden vragen over allerlei dingen die er in hun leven speelden, zoals bijvoorbeeld het hebben van schulden. Daarnaast deden ze veel leuke dingen en ontmoetten ze andere jongeren. De jongvolwassenen hebben hier meer zelfvertrouwen van hebben gekregen en het heeft hen geholpen meer richting aan hun leven te geven.

Bij [jongerenwerkorganisatie] was er dan een coach, maar [naam coach] was meer een maatje voor mij. Ik kon elke week gewoon alles eruit gooien. En dan zegt zij wel weer: even relativeren. En dat is toch wel echt heel helpend geweest.

En mijn psycholoog had me naar [jongerenwerkorganisatie] gebracht, en daar zag ik wel gewoon wat ik al die tijd nodig had, wel gewoon een jonger iemand waarmee ik ook

gewoon kon praten die ook ongeveer hetzelfde heeft meegemaakt. Dat vond ik veel fijner en ze helpt me ook gewoon echt verder.

Persoonlijke ontwikkeling

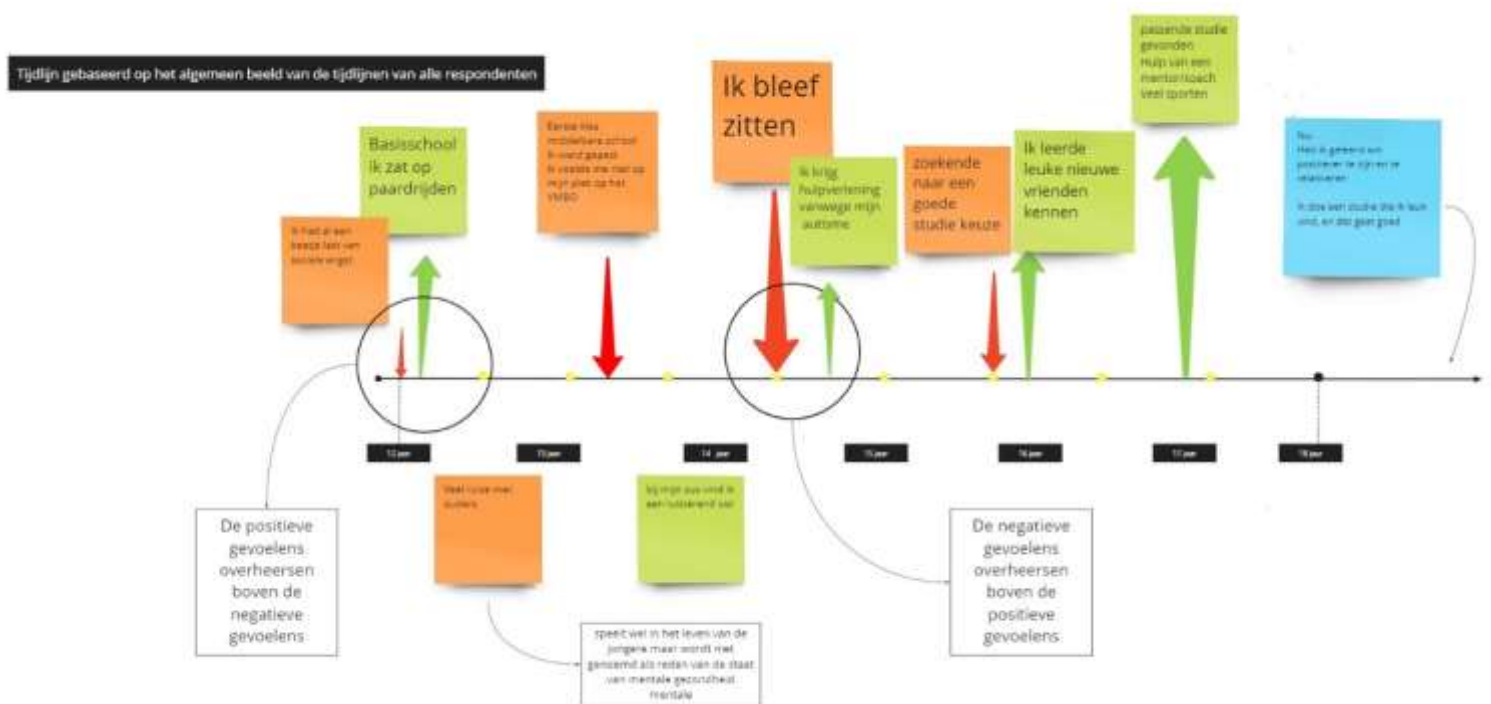
Een laatste categorie die door jongvolwassenen werd genoemd is persoonlijke ontwikkeling. Ze hebben bijvoorbeeld nieuwe inzichten en manieren geleerd om om te gaan met de problemen in hun leven. Dit heeft volgens hen vooral te maken met het feit dat je ouder wordt. Eén van de jongvolwassenen heeft veel geleerd van filmpjes over zelfontwikkeling op YouTube. Daarnaast hebben ook gesprekken met vrienden of coaches, bij de meeste jongvolwassenen geholpen bij de persoonlijke ontwikkeling.

Zoals [naam andere jongvolwassene] net al zei, we worden ouder, we gaan anders tegen bepaalde dingen aankijken. We denken oplossingsgericht en gaan de-escalerend te werk.

Gewoon allerlei tips, hoe je meer vrienden kan maken, hoe je meer zelfverzekerd kan zijn, dat had wel een positieve invloed op me.

Figuur 1 laat een voorbeeld van een tijdlijn zien zoals deze ook met de jongvolwassenen is gemaakt. De tijdlijn in figuur 1 is samengevoegd uit de tijdlijnen van alle respondenten om de anonimiteit te waarborgen. Figuur 1 geeft een goed beeld van het algemene verloop van mentale problemen en enkele risico- en beschermingsfactoren in de levens van de jongvolwassenen.

Figuur 1. Visuele tijdlijn samengevoegd



Wat had kunnen helpen?

Voordat er aan de jongvolwassenen is gevraagd wat hen had kunnen helpen, is gevraagd of zij denken dat hun problemen hadden kunnen worden voorkomen. Alle jongvolwassenen denken dat hun problemen nooit helemaal hadden kunnen worden voorkomen. Enkele jongvolwassenen geven aan dat het juist heel normaal is om tegenslagen te hebben in het leven en dat je hiervan kunt leren.

Ik denk dat het een aaneenschakeling is van gebeurtenissen, en als je één schakel weghaalt, betekent het niet dat die ketting ineens niet meer bestaat.

Ik denk eerlijk gezegd dat iedereen in het leven wel zo'n dip meemaakt. Voor de één zijn het misschien wel familieproblemen, bij de ander is het onderwijsgericht, ja ik denk dat iedereen wel zo'n klap meemaakt in het leven. En iedereen moet op zijn eigen manier daar uitkomen.

Ik geloof er wel in dat eigenlijk alles gebeurt met een reden en ja het heeft me wel verder gebracht eigenlijk.

Aandacht voor mentale problemen in scholen

Toch hebben de jongvolwassenen ideeën over wat hen misschien had kunnen helpen om hun mentale problemen te voorkomen of wat zij wensen voor jongeren die nu mentale problemen ervaren. Veel jongvolwassenen vinden dat scholen een grotere rol moeten hebben in het voorkomen van mentale problemen bij hun leerlingen. Bij veel jongvolwassenen was de hulp van school niet toereikend doordat er bijvoorbeeld te weinig kennis over problematiek was of dat er in de beleving van de jongvolwassenen te weinig aandacht aan werd besteed. Ze vinden dat problemen met mentale gezondheid bespreekbaarder moet zijn op scholen, bijvoorbeeld in de vorm van (mentor)lessen of het ophangen van posters.

Daar kun je gewoon zulke soort maatschappij lessen geven weet je wel. Laat de school zzp'ers in kopen om die lessen op te vullen, met superleuke workshops, hoe doe je dit allemaal, waar moet je zijn en waar heb je recht op?

Buiten de lessen zou er volgens de jongvolwassenen meer aangeboden moeten worden, zoals mogelijkheden om bij iemand terecht te kunnen bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon. Belangrijk hierin is wel dat dit een vertrouwd persoon is voor de leerlingen. Eén van de jongvolwassenen beschrijft hoe je dit zou kunnen creëren:

Heel vaak benoemen dat die er is, maar ook die persoon rond laten lopen op school als een soort van echt vriend van de kinderen. Iemand die tegen je praat als je in de kantine een broodje aan het eten bent ofzo, dat toch wel dat vertrouwen gecreëerd wordt. Want die vrouw liep altijd rond op school en als ik haar niet had gezien en ik wist dat ze ergens in een hokje zat, maar ik wist niet wie het was, dan was ik er waarschijnlijk niet heen gegaan.

Een maatje of coach

Enkele jongvolwassenen geven ook aan dat zij in de tijd dat het mentaal slecht met hun ging behoefte hadden aan iemand waar ze mee konden praten zoals een maatje of een coach. Eén van de jongvolwassenen noemt dat dit bijvoorbeeld een ouderejaars kan zijn, die brugklassers wegwijs maakt. Een andere jongvolwassene benoemt dat scholen de samenwerking aan kunnen gaan met jongerenwerkorganisaties.

Luisteren en zeggenschap

Tot slot valt in de verhalen van de jongvolwassenen op, dat zij als jongere het gevoel hadden dat er niet naar hen werd geluisterd en dat geen zeggenschap hadden over hun keuze voor hulpverlening. Als jongere wisten zij niet goed wat hun mogelijkheden waren en gingen ervanuit dat volwassenen weten wat voor hen het beste is, terwijl zij vaak op dat moment zelf ook ideeën hadden. Zij hebben het gevoel dat als er beter naar hen was geluisterd dit had kunnen zorgen voor een minder grote dip in hun mentale gezondheid.

[Jeugdhulporganisatie] had wel kunnen helpen met een goede coach aan mij toewijzen en meer naar me luisteren als jongere zijnde, en niet denken van zij is maar een jongere.

Tuurlijk hadden we hulp nodig, we wilden ook hulp. Maar wij waren niet echt de personen die bij de juiste mensen konden komen. Waarom? We waren natuurlijk ook heel

erg jong. Je bent minderjarig en alles gaat via via. Je kwam zo bij iemand terecht zonder dat je weet wat je hier gaat doen en wat voor nut het heeft.

Toeleiding naar (preventieve)hulp

Los van de persoonlijke verhalen van de jongvolwassenen is ook gevraagd hoe de toeleiding van jongeren naar preventieve hulp het beste ingericht zou kunnen worden. Bij het tonen van de website <https://www.jeugdpreventieamsterdam.nl/>, zijn de reacties verschillend. Ongeveer de helft van de jongvolwassenen denkt niet dat jongeren hulp gaan zoeken via een website. Ze vinden het te onpersoonlijk en denken niet dat algemene informatie van een website kan helpen voor een specifiek probleem van een jongere.

Ja dan moet je wel eerst echt een vertrouwensband hebben want ik denk niet dat je zomaar naar een website gaat en denk van oh ja zo voel ik me, nee dat is niet realistisch. Tenminste voor mij was dat in ieder geval niet realistisch.

Ik vind het zo... ik vind het iets te onpersoonlijk. Ik zou niet naar een website gaan voor advies. Ik denk dan, er zal vast algemene informatie in staan en iedereen is anders, dus ik weet niet of dit voor mijn specifieke situatie gaat helpen.

De andere helft van de jongvolwassenen denkt wel dat zichzelf wel naar de website zouden gaan en zagen thema's op de website staan die hen aanspraken. Wel geven zij aan dat het bezoeken van de website wel actief gestimuleerd of zelfs verplicht zou moeten worden gesteld, voordat ze de website zouden gaan bezoeken. Ook het aanmelden voor een training zou voor jongeren nog wel een hoge drempel zijn. Twee jongvolwassenen denken dat een live chatfunctie wel zou kunnen helpen om jongeren over de streep te trekken om mee te doen.

De manieren waarop de jongvolwassenen bij hulpverlening terecht zijn gekomen zijn erg verschillend. Enkele jongvolwassenen hebben samen met (één van) hun ouders de aanmelding gedaan bij een psycholoog. Eén van de jongvolwassenen heeft samen met een

mentor van school en vervolgens via een ouder- en kind adviseur, hulp gezocht. Enkele jongvolwassenen zijn door hun psycholoog doorverwezen naar een coaching traject in het preventieve veld. Twee jongeren zijn zelf op het jongerenwerk afgestapt doordat de organisatie zich zichtbaar maakte in de buurt en leuke activiteiten aanbood, zoals voetballen of kickboksen.

Wat ik nu zie is dat ze toch wel flyers uitdelen en ze komen op de website [van de jongerenwerkorganisatie]. Je ziet ook mensen die jongeren aan het werven zijn, dus dat ze gewoon rondjes lopen in wijk van 'vanavond hebben we dit, heb je misschien zin om langs te komen?' Dat zijn al wel goede initiatieven.

Tot slot geven veel jongvolwassenen de tip om de jongeren van tegenwoordig in aanraking te laten komen met hulp via sociale media, bijvoorbeeld door het inzetten van influencers.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de leefwereld van jongeren met mentale problemen: de risico- en beschermingsfactoren en hun behoeften in deze periode. Daarnaast is gekeken hoe het preventieve jeugdbeleid van de gemeente Amsterdam hier het beste bij kan aansluiten. Dit is onderzocht vanuit het perspectief van negen veerkrachtige Amsterdamse jongvolwassenen. Al deze jongvolwassenen hadden tussen hun 12^e en 18^e te maken met verschillende cumulatieve risicofactoren en problemen waardoor zij mentale klachten ervaarden. Nu gaat het met alle jongvolwassenen weer beter, ze voelen zich mentaal sterker en kunnen daarom als veerkrachtig worden kenmerkt.

Verloop van mentale problemen

Veel jongeren ervaren de eerste problemen met hun mentale gezondheid ervaren rond de leeftijd van 13 of 14 jaar oud. De stap van de basisschool naar de middelbare school zorgt

bij veel jongeren voor een disbalans in hun mentale gezondheid, vaak getriggerd door problemen in sociale context en/of problemen in de schoolcontext. Rond de leeftijd van 17 jaar ging het bij veel jongeren weer beter. Opvallend is dat in verschillende onderzoeken juist wordt gevonden dat het aantal jongeren met mentale problemen hoger is rond de leeftijd van 17 en 18 jaar, bijvoorbeeld als het gaat over depressieve stoornissen of emotionele problemen (Merikangas et al, 2010; Stevens et al., 2017). Dit komt mogelijk doordat het huidige onderzoek niet gaat over gediagnostiseerde stoornissen, maar over lichtere mentale problemen die mogelijke voorbodes zijn van ernstige mentale problemen. Doordat jongeren in de vroege adolescentie nog niet in contact zijn met hulpverlening en hun mentale klachten nog niet kunnen duiden (Jorm, 2012), komt dit in eerder onderzoek minder naar voren. Huidig onderzoek is een belangrijke toevoeging aan eerder onderzoek, omdat het laat zien waar de lichte mentale problemen starten. De gemeente Amsterdam zou daarom in het preventieve jeugdbeleid extra focus kunnen leggen op jongeren in deze leeftijdsfase. Extra aandacht en ondersteuning rond de overgang naar de middelbare school kan hier een belangrijk onderdeel van zijn.

Beschermingsfactoren

Op welke domeinen de gemeente Amsterdam volgens dit onderzoek het beste kan inzetten kan worden afgeleid uit de beschermingsfactoren die in de gesprekken met de jongvolwassenen naar voren kwamen. Deze beschermingsfactoren zijn: positieve sociale contacten, prettige schoolervaring, leuke vrijetijdsbesteding, laagdrempelige professionele hulp en tot slot persoonlijke ontwikkeling. Door het inzetten op beschermingsfactoren versterkt de gemeente de positieve leefwereld van de jongeren, en zijn zij beter beschermd tegen de risicofactoren en de stressoren waar ze mee te maken krijgen. Deze benadering vanuit Positive Youth Development past ook goed bij wat de jongvolwassenen aangeven als behoeften: positieve contacten, leuke vrijetijdsbesteding en zeggenschap in het hulpproces.

De meest evidente beschermingsfactor die in de verhalen van de jongvolwassenen naar voren kwam, is het hebben van positieve sociale contacten. Het belang van positieve sociale contacten komt op meerdere manieren terug in de resultaten van dit onderzoek.

Jongvolwassenen noemen dit vaak als beschermingsfactor maar ook als reden voor een slechtere mentale gezondheid wanneer positieve sociale contacten ontbreken. Dat positieve sociale contacten erg belangrijk zijn in de levens van de jongeren, komt overeen met wat al lange tijd bekend is over de periode van adolescentie. Er zijn veel onderzoeken geweest die laten zien dat de adolescentie een periode is waarin jeugdigen zeer gevoelig zijn voor hun sociale omgeving (Blakemore & Mills, 2014; Sebastian et al., 2010). Daarnaast laat onderzoek in de neuropsychologie zien dat het zogenoemde ‘sociale brein’ grote ontwikkelingen doormaakt tijdens de adolescentie die de sociale gevoeligheid versterkt (Blakemore, 2008). Blakemore & Mills (2014) concludeerden in hun overzichtsartikel over het sensitieve sociale brein van adolescenten, dat volwassenen een belangrijke rol kunnen spelen door het creëren en onderhouden van structuren voor de sociale omgeving voor adolescenten. Om van hieruit de koppeling te maken naar het preventieve jeugdbeleid van de gemeente Amsterdam zou dit betekenen dat er mogelijkheden moeten worden gecreëerd waar jongeren positieve sociale contacten aan kunnen gaan. Hierbij kan gedacht worden aan sportinitiatieven, jongerenontmoetingscentra of projecten waar jongeren aan mee kunnen doen. Dergelijke initiatieven passen ook bij de behoefte van jongeren aan laagdrempelige hulp en leuke vrijetijdsbesteding. In het huidige FPAJ van de gemeente Amsterdam is ook duidelijk aandacht voor het belang van sociale contacten, laagdrempeligheid en vrijetijdsbesteding. Vergeleken met het aanbod in 2020, heeft de gemeente in 2021 goede stappen gezet door sportcoaching en een inloopvoorziening voor meiden toe te voegen. Er wordt daarnaast ook vriendentraining aangeboden en enkele organisaties bieden maatjes/coachingtrajecten en groepsactiviteiten aan (Gemeente Amsterdam, z.d.). Een betere

toeleiding naar dit aanbod zou dit aanbod kunnen versterken. In huidig onderzoek blijkt dat de jongvolwassenen naar het maatjestrject zijn doorverwezen door een psycholoog en dus al in de hulpverlening zitten. Het inzetten van een maatjestrjecten bij jongeren voordat ze gespecialiseerde hulpverlening nodig hebben zou een goede stap kunnen zijn in de preventie van mentale klachten, door bijvoorbeeld samenwerking tussen deze jongerenorganisaties en middelbare scholen te stimuleren.

Toeleiding naar preventieve hulp

Een cruciaal onderdeel in het effectief en bijtijds inzetten van preventie, is het bereiken van de jongeren en de toeleiding naar de preventieve hulp. De school maakt een groot deel uit van de leefwereld van jongeren, daarom is dit een belangrijke plek om hen te bereiken, bijvoorbeeld via een mentor of een vertrouwenspersoon. Investeren in een vertrouwensband met de jongeren is daarvoor een belangrijke voorwaarde. Het belang van een vertrouwensrelatie voor het hulpzoekgedrag van jongeren kwam ook in eerder onderzoek naar voren (Rickwood et al., 2007).

Daarnaast hebben jongeren actieve stimulatie en begeleiding nodig om stappen te ondernemen als het gaat om het zoeken naar hulp. Jongeren hebben vaak niet de kennis en ervaring om mentale problemen te herkennen en optimaal actie te ondernemen (Jorm, 2012). Volgens Jorm (2012) kan herkenning van mentale problemen helpen bij het hulpzoekgedrag van jongeren. Het hulpzoekgedrag van jongeren in Amsterdam, en daarmee de toeleiding naar de preventieve hulp, zou verbeterd kunnen door bijvoorbeeld op middelbare scholen universele lessen te geven over mentale gezondheid met daarbij een toelichting waar zij in Amsterdam terecht kunnen voor (preventieve)hulp. Een voorbeeld van een interventie die dit doet is Youth and Teen Mental Health First Aid (MHFA);(<https://www.mentalhealthfirstaid.org>), ontwikkeld in Australië. Verschillende

onderzoeken laten positieve resultaten zien in onder andere hulpzoekgedrag en hulp die jongeren aan elkaar bieden (Ng et al., in press; Hart et al., 2016).

Tijdens het hulpzoekproces vinden jongeren het belangrijk dat er naar hen wordt geluisterd en dat zij zeggenschap hebben. Eerdere onderzoeken lieten zien dat zeggenschap in het hulpproces voor jongeren belangrijk is (Naert et al., 2017) en werkt om jongeren competent te maken in het zoeken van hulp (Mårtenson & Fägerskiöld, 2008). Daarnaast zorgt regie in het hulpzoekproces bij jeugdigen voor een gevoel van onafhankelijkheid, zelfstandigheid en veiligheid (Zijlstra, 2019).

Sterke kanten en Limitaties

Door jongvolwassenen te laten terugblikken op hun jeugd, geeft dit onderzoek een uniek perspectief op de leefwereld van jongeren en hun mentale gezondheid. De jongvolwassenen staan nog dicht bij deze leefwereld, maar kunnen ook al goed reflecteren over deze periode. Veel dichterbij de persoonlijke verhalen van jongeren over hun eigen mentale problemen is, ethisch gezien bijna niet mogelijk.

Belangrijk om te benoemen is ook de visuele tijdlijn methode die is gebruikt om de verhalen van de jongvolwassenen op te halen. Door het inzetten van deze methode als ondersteunende onderzoeksmethodiek konden de jongvolwassenen gemakkelijk terugkijken naar hun jeugd en bepaalde punten in deze periode die zij als positief of negatief hebben ervaren uitlichten. Voor zowel jongvolwassene, als voor de interviewer zorgde de visuele tijdlijn ervoor dat er gemakkelijk gerefereerd kon worden aan bepaalde punten op de tijdlijn. De tijdlijn gaf daarnaast overzicht tijdens het interviewen en bij de analyse de mogelijkheid om het verloop van de problematiek onderling te vergelijken. Daarnaast was deze methode zeer geschikt om te gebruiken tijdens een online interview doordat de jongvolwassene via een gedeeld scherm kon meekijken. De jongvolwassenen reageerden positief op de methode. Eén

van de jongvolwassenen noemde dat de methode het gesprek minder zakelijk en statisch maakte. Enkele jongvolwassenen hebben een kopie van hun eigen tijdlijn ontvangen nadat zij hier om vroegen. Een vergelijkbare methode is in eerder onderzoek met succes gebruikt om ervaringen van kwetsbare jongeren in de Jeugdzorgplus op te halen (Sondeijker et al., 2020). Een tijdlijn methode is zeer geschikt om een kwetsbare doelgroep een stem te geven en zorgt in combinatie met een focus op veerkracht voor *positive disclosure* (Kolar et al., 2015).

Een andere belangrijke kracht van dit onderzoek is dat de groep jongvolwassenen erg divers is in problematiek, risicofactoren, etnische achtergrond en opleidingsniveau, waardoor de beschermingsfactoren kunnen gelden voor een brede doelgroep.

Enkele kanttekeningen moeten ook worden geplaatst. Allereerst bevat dit onderzoek alleen het perspectief van jongeren die een vorm van hulpverlening hebben gekregen, door de manier van werven via jeugdhulporganisaties en jongerenwerk. Het perspectief van jongvolwassenen die zonder hulpinstanties hun mentale problematiek hebben overwonnen blijft daarom buiten dit onderzoek. In dit onderzoek is ook enkel gesproken met jongvolwassenen waar het nu goed mee gaat. De jongvolwassenen die ernstige problemen hebben ontwikkeld blijven buiten dit onderzoek, daardoor blijft hun perspectief over de toeleiding naar preventief aanbod onbelicht.

Een andere beperking van dit onderzoek is de focus die is gekozen voor de leeftijd vanaf 12 tot en met 18 jaar. Alles buiten deze leeftijdsrange is niet meegenomen in dit onderzoek, terwijl dit mogelijk wel veel impact heeft gehad op de mentale gezondheid van de adolescent. Toch is het goed dat er is ingezoomd op deze periode omdat, zoals in de inleiding beschreven, de meeste mentale problemen zich in deze leeftijd voor het eerst voordoen en dat het hulpzoekgedrag bij deze doelgroep erg laag is (Brown et al., 2016; Kessler et al., 2007; Sawyer et al., 2012).

Een laatste kanttekening betreft de validiteit van de ideeën van de jongvolwassenen over wat hen had kunnen helpen. Er kan natuurlijk niet één op één worden gesteld dat de ideeën die de jongvolwassenen hierover hebben, ook werkelijk zou hebben geholpen. Jongvolwassenen noemen dit zelf ook en geven daarbij ook aan dat bepaalde problemen niet voorkomen hadden kunnen worden. Toch zijn deze ideeën waardevol, omdat ze uit eigen ervaringsperspectief van de jongvolwassenen zijn opgehaald. Een recent rapport van het NJI (De Lange, 2020) over casusonderzoek onderschrijft het belang van ervaringskennis in het kunnen aanbieden van meer passende hulp.

Aanbevelingen voor de praktijk

Voor de gemeente Amsterdam komen in dit onderzoek verschillende aangrijpingspunten naar voren om het preventieve jeugdbeleid beter te laten aansluiten bij de leefwereld van jeugdigen. De gemeente kan met deze vindingen rekening houden in hun plannen voor de doorontwikkeling van het preventieve jeugdbeleid. Andere vergelijkbare gemeenten kunnen deze adviezen ook gebruiken om te kijken hoe zij de aansluiting van het jeugdpreventiebeleid kunnen verbeteren. Voor professionals die in de uitvoering van het preventieve aanbod werken kunnen de uitkomsten van dit onderzoek waardevolle aandachtspunten zijn voor het versterken van beschermingsfactoren in de leefwereld van jongeren.

De rol die scholen spelen in de mentale gezondheid van hun leerlingen is sinds de Covid-19 pandemie nog zichtbaarder geworden. Het kabinet heeft besloten 8,5 miljard euro te investeren in het onderwijs, om leerlingen gericht te kunnen helpen, ook op sociaal-emotioneel gebied (Rijksoverheid, 2021). Dit biedt kansen om op scholen te investeren in structurele preventie van mentale problemen bij hun leerlingen. De adviezen uit dit onderzoek, zoals meer informatie en bespreekbaarheid over mentale problemen en de inzet van vertrouwenspersonen, zouden hierin mee kunnen worden genomen. Daarnaast zouden

scholen zich bewuster moeten zijn van hun sociale functie en het belang hiervan voor hun leerlingen. Op scholen liggen veel mogelijkheden om positieve sociale contacten tussen leerlingen te stimuleren door bijvoorbeeld het inzetten van interventies voor het creëren van een positief schoolklimaat (Suldo et al., 2012).

Aanbevelingen voor onderzoek

Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is het uitvoeren van een vergelijkbaar onderzoek, maar dan onder jongvolwassenen die geen professionele hulp hebben gehad, om te kijken of deze jongeren dezelfde beschermingsfactoren hebben ervaren. Naar aanleiding van huidig onderzoek zou er ook meer onderzoek moeten komen naar de rol van vertrouwenspersonen of mentoren op middelbare scholen, om te kijken of zij in hun huidige rol een vertrouwensband hebben en hoe zij dit kunnen versterken. Hoewel jongeren nog liever hun hulp zoeken via een vertrouwd persoon, wordt ook het internet en EHealth steeds belangrijker voor hulp. Verder onderzoek naar hoe deze hulp het beste aan kan sluiten bij jongeren zou daarom ook een waardevolle toevoeging zijn. Tot slot is de tijdlijnmethode die voor de interviews is gebruikt uniek en zeer waardevol geweest. Voor toekomstig onderzoek naar ervaringen en ideeën van jongeren is deze methode sterk aan te raden. Ook verder onderzoek doen naar de toepassing en verbetering van deze methode is aanbevolen.

Voorkomen van mentale problemen of het stimuleren van mentale gezondheid?

Bij preventie wordt vaak gedacht aan het voorkomen van problemen door het beperken van risicofactoren. Huidig onderzoek belicht juist de beschermingsfactoren in de leefwereld van jongeren en sluit daarmee aan bij een *Positive Youth Development* benadering. Door het versterken van beschermingsfactoren kunnen jongeren veerkrachtig worden waardoor zij in de toekomst beter in staat zijn om met problemen om te gaan. Positieve mentale gezondheid als uitgangspunt nemen zou voor het preventiebeleid waardevol kunnen

zijn, net als in dit onderzoek. Door de focus te leggen op een eerder stadium van mentale klachten worden jongeren eerder geholpen zonder het risico gestigmatiseerd te worden. Huber et al. (2016) schrijft dat het gebruik van de term positieve gezondheid in beleid waardevol is als overbrugging van de kloof tussen gezondheidszorg en het sociale domein, en daardoor maatschappelijke problemen demedicaliseert. Huidig onderzoek laat zien hoe het jeugdpreventiebeleid beter aan kan sluiten bij jongeren door de focus te leggen op versterken van beschermingsfactoren, zoals het inzetten van laagdrempelig aanbod om positieve sociale contacten tussen jongeren te stimuleren. Ook ligt er belangrijke taak voor middelbare scholen om structurele preventie van mentale problemen bij hun leerlingen, in te zetten. Zij kunnen de mentale gezondheid van jongeren versterken door meer informatie te geven over mentale problemen, dit bespreekbaar te maken en voor de leerlingen vertrouwde personen in te zetten voor eventuele toeleiding naar preventief aanbod.

Referenties

Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2008). Stress, sensitive periods, and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*, *31*, 183-191.

<https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.01.004>

Barkmann, C., Romer, G., Watson, M., & Schulte-Markwort, M. (2007). Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics*, *48*, 476-481. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.6.476>

Benson, P. L. (1997). *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents*. Jossey-Bass.

Berg, G., Daamen, W., Addink, A., & Gorissen, W., & Vink, C. (2017). *Wachtmaar. Onderzoek naar wachttijden en wachtlijsten in jeugdzorg en jeugdhulp*. NJI.

Blakemore, S. J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*, 267-277. <https://doi.org/10.1038/nrn2353>

Blakemore, S. J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, *65*, 187-207. **Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig.**

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, *53*, 371-399. **Fout!**

De hyperlinkverwijzing is ongeldig.

Brown, A., Rice, S. M., Rickwood, D. J., and Parker, A. G. (2016) Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at

risk young people. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8, 3 - 22.

<https://doi.org/10.1111/appy.12199>

Burnett-Zeigler, I., Walton, M. A., Ilgen, M., Barry, K. L., Chermack, S. T., Zucker, R. A., ... & Blow, F. C. (2012). Prevalence and correlates of mental health problems and treatment among adolescents seen in primary care. *Journal of Adolescent Health*, 50, 559-564. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.10.005>

Chakhssi, F., & Bohlmeijer, E. (2018). Mentale gezondheid. De betekenis van positieve psychologie voor de klinische behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44, 5 – 16.

https://www.researchgate.net/publication/325090697_Mentale_gezondheid_De_betekenis_van_positieve_psychologie_voor_de_klinische_behandeling

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018). *1 op de 12 jongeren is psychisch ongezond*. CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/45/1-op-de-12-jongeren-is-psychisch-ongezond>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). *Jeughulp 1e halfjaar 2019*. CBS.

<https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2019/44/jeugdbescherming-en-jeugdreclassering-1e-halfjaar-2019>

Ciocanel, O., Power, K., Eriksen, A., & Gillings, K. (2017). Effectiveness of positive youth development interventions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of youth and adolescence*, 46, 483-504. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0555-6>

Crouch, E., Radcliff, E., Strompolis, M., & Srivastav, A. (2019). Safe, stable, and nurtured: Protective factors against poor physical and mental health outcomes following exposure to adverse childhood experiences (ACEs). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12, 165-173. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0217-9>

De Lange, M. (2020). *Leren van casuïstiek. Waarom, wat en hoe?* NJI.

<https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Leren-van-casuïstiek.pdf>

Durlak, J. A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 512-520.

<https://doiorg.proxy.library.uu.nl/10.1037/h0080360>

Gemeente Amsterdam (z.d.) *Het flexibel preventief aanbod jeugd in 2021*.

<https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/zorg-jeugd/artikelen/flexibel-preventief-aanbod-jeugd-2021/>

Hart, L. M., Mason, R. J., Kelly, C. M., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2016). ‘teen Mental Health First Aid’: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 1-18.

<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0034-1>

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Journals*, 6, 1-11.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N., Chandra, A., Meredith, L. S., ... & Burnam, M. A. (2009). Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics*, 124, 596-605. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3348>

Jeugdwet. (2014, 1 maart). <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-07-01#Hoofdstuk2>

- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, *67*, 231.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*, 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, *378*, 1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Kolar, K., Ahmad, F., Chan, L., & Erickson, P. G. (2015). Timeline mapping in qualitative interviews: A study of resilience with marginalized groups. *International Journal of Qualitative Methods*, *14*, 13-32. <https://doi.org/10.1177/160940691501400302>
- Lee, K. H., Yoo, J. H., Lee, J., Kim, S. H., Han, J. Y., Hong, S. B., Shin, J., Cho, S. C., Kim, J. W., & Brent, D. A. (2020). The indirect effect of peer problems on adolescent depression through nucleus accumbens volume alteration. *Scientific Reports*, *10*, 12870. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-69769-3>
- Lu, W. (2019). Adolescent depression: national trends, risk factors, and healthcare disparities. *American Journal of Health Behavior*, *43*, 181-194.
<https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.15>
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 155-165.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.155>

- Mårtenson, E. K., & Fägerskiöld, A. M. (2008). A review of children's decision-making competence in health care. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 3131–3141.
<https://doiorg.proxy.library.uu.nl/10.1111/j.1365-2702.2006.01920.x>
- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- McPherson, K. E., Kerr, S., McGee, E., Morgan, A., Cheater, F. M., McLean, J., & Egan, J. (2014). The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC Psychology, 2*, 1-16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-971>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Naert, J., Stevens, C., Roose, R., Vanderplasschen, W. (2017) Continuïteit in het hulpverleningstraject: Interpretatief onderzoek naar de beleving van jongeren in de jeugdhulp. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 56*, 55-70.
https://www.researchgate.net/publication/318961059_Continuïteit_in_het_hulpverleningstraject_Interpretatief_onderzoek_naar_de_beleving_van_jongeren_in_de_jeugdhulp
- Nearchou, F. A., Bird, N., Costello, A., Duggan, S., Gilroy, J., Long, R., ... & Hennessy, E. (2018). Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-

seeking intentions in adolescents. *Journal of adolescence*, 66, 83-90.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.003>

Ng, S. H., Tan, N. J. H., Luo, Y., Goh, W. S., Ho, R., & Ho, C. S. H. (In Press). A systematic review of youth and teen mental health first aid: improving adolescent mental health.

Journal of Adolescent Health. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.10.018>

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R.

M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The*

Lancet, 387, 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)

Quiroga, C. V., Janosz, M., Bisset, S., & Morin, A. J. S. (2013). Early adolescent depression symptoms and school dropout: Mediating processes involving self-reported academic competence and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 105, 552–560.

<https://doi.org/10.1037/a0031524>

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187, 35

-39. <https://doi-org-proxy.library.uu.nl/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>

Rijksoverheid. (2021, 21 april). 8,5 Miljard euro voor Nationaal Programma Onderwijs.

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/02/17/85-miljard-euro-voor>

[nationaal-programma-onderwijs](https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/02/17/85-miljard-euro-voor-nationaal-programma-onderwijs)

Romeo, R. D. (2017). The impact of stress on the structure of the adolescent brain:

Implications for adolescent mental health. *Brain Research*, 1654, 185-191.

<https://doi.org/10.1016/j.brainres.2016.03.021>.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of*

Orthopsychiatry, 57, 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The lancet*, 379, 1630-1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Sebastian, C., Viding, E., Williams, K. D., & Blakemore S. J. (2010). Social brain development and the affective consequences of ostracism in adolescence. *Brain and Cognition*, 72, 134–14. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.06.008>
- Search Institute. (2001). *Developmental assets: A profile of your youth*. Search Institute.
- Sesma, A., Mannes, M., & Scales, P. C. (2013). *Positive adaptation, resilience and the developmental assets framework*. In *Handbook of resilience in children* (pp. 427-442). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_25
- Sondeijker, F., Sarti, A., & Geenen, M. (2020). *Hoe gaat het nu met jongeren uit de JeugdzorgPlus?* Verwey-jonker instituut. https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/218006_Hoe-gaat-het-met-jongerenJeugdzorgPlus_WEB.pdf.
- Steinhausen, HC., Metzke, C.W. (2001). Risk, Compensatory, Vulnerability, and Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 30, 259–280. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1023/A:1010471210790>
- Stevens, G. W. J. M., van Dorsselaer, S., Boer, M., de Roos, S., Duinhof, E. L., ter Bogt, T. F. M., ... & de Looze, M. (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht. <https://hbsc-nederland.nl/wp-content/uploads/2018/09/Rapport-HBSC-2017.pdf>
- Suldo, S. M., McMahan, M. M., Chappel, A. M., & Loker, T. (2012). Relationships between perceived school climate and adolescent mental health across genders. *School Mental Health*, 4, 69-80. <https://doi.org/10.1007/s12310-012-9073-1>

Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child development, 88*, 1156-1171.

<https://doi.org/10.1111/cdev.12864>

Van der Put, C., Assink, M., Schmitz, D., Kuyvenhoven, J., de Jager, A., Stams, G. J., & van Dam, L. (2020). Vroegsignalering van het risico op intensieve jeugdhulp voor preventieve doeleinden. *Kind en adolescent, 41*, 351-368.

<https://doi.org/10.1007%2Fs12453-020-00245-5>

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>

Zijlstra, E., de Boer, A. & Sijp, A. (2019). Wat helpt leerlingen met internaliserende problemen op school? *Kind & Adolescent Praktijk, 18*, 24–30.

Fout! De

hyperlinkverwijzing is ongeldig.

Bijlage 1: Wervingsflyer



HOE BEN JIJ MENTAAL STERKER GEWORDEN?

DOE MEE MET MIJN ONDERZOEK!

Het is belangrijk dat jongeren op tijd en op een passende manier worden geholpen als het mentaal niet zo goed met ze gaat. De gemeente Amsterdam wil de hulp hiervoor graag verbeteren. Daarom willen zij van jongeren horen wat hen het beste kan helpen en waar zij behoefte aan hebben.

Ik ben Tynke (24 jaar) en doe voor mijn studie een onderzoek waarbij ik de gemeente Amsterdam inzichten wil geven in wat jongeren nodig hebben als het even niet zo goed met ze gaat.

Als je mee doet met mijn onderzoek kun je met jouw ervaringen en ideeën zorgen voor betere hulp voor jongeren in de toekomst!

- **Ik ben op zoek naar:**

Amsterdamse jongvolwassenen van 18-23 jaar die te maken hebben gehad met psychische klachten in hun jeugd (12 tot 18 jaar).

Dat kan zijn dat je je een tijdje somber, angstig of in de war hebt gevoeld, maar ook dat je echt last hebt gehad van een depressie.

- **Dit gaan we doen:**

We gaan max. 45 minuten in gesprek en dan stel ik jou vragen over jouw ervaringen. Bijvoorbeeld wie of wat jou geholpen heeft of wat jou beter had kunnen helpen.

- **Wanneer:**

In maart, april of begin mei 2021, op een moment dat we samen gaan inplannen

- **Waar:**

Het interview zal online of telefonisch plaatsvinden

- **Vergoeding: €10,-**



Wil je mee doen?

Neem contact op met mij (Tynke) via:

email: hof@st-alexander.nl

Whatsapp/bellen: 0623899975

of

Geef jouw gegevens aan de persoon van wie je deze flyer hebt gekregen, dan neem ik contact op met jou!