

De gezondheidstoestand van dakloze jongeren

Informatie uit onderzoek

Astrid Altena, Sandra Boersma & Judith Wolf

Inleiding

De gezondheid van dakloze jongeren is over het algemeen slechter dan die van gehuisveste jongeren. In opdracht van de Stichting Zwerfjongeren Nederland (SZN) ontwikkelt Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg daarom samen met dakloze jongeren bouwstenen voor een gezondheidsbevorderend programma.¹ De basis van dit programma bestaat uit wat uit onderzoek bekend is over de gezondheidstoestand van dakloze jongeren. Impuls beschrijft die kennis in dit informatieblad.

Dakloze jongeren

Dakloze jongeren, ook wel zwerfjongeren genoemd, zijn feitelijk of residentieel daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen (VWS, 2011). Feitelijk dakloze jongeren zijn jongeren die voor hun overnachting vooral aangewezen zijn op straat, op een kortdurend verblijf in laagdrempelige opvangvoorzieningen of een tijdelijk onderkomen bij familie, vrienden of kennissen. Residentieel dakloze jongeren zijn jongeren zonder eigen woonruimte, die zelfstandig (dus niet met een ouder) ingeschreven staan bij een instelling voor maatschappelijke opvang, zoals zwerfjongerenpensions en nacht-opvang (VWS). Bij de aanduiding van 'dakloze jongeren' in de tekst hierna worden zowel feitelijke als residentieel dakloze jongeren bedoeld.

Wat is gezondheid

De World Health Organization (WHO) omschreef in 1948 gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet slechts als de afwezigheid van ziekte of gebrek. In de afgelopen jaren is men anders over gezondheid gaan denken. Meer rekening wordt gehouden met het multidimensionale en dynamische karakter van gezondheid. Vanuit die nieuwe kijk op gezondheid kunnen mensen zelf hun gezondheid beïnvloeden door het versterken of bevorderen van gezonde (beschermende) factoren en het verlagen van risicofactoren, zoals stress. Bij een chronische ziekte kunnen mensen leren hoe zij het beste met hun ziekte

kunnen omgaan. Gezondheid wordt daarbij veel meer gezien als een proces waarin het functioneren, de veerkracht en de zelfregie centraal staan. Dit nieuwe concept van gezondheid wordt aangeduid als 'positieve gezondheid' (Huber et al., 2011).

Verzameling van informatie

De verschillende dimensies van positieve gezondheid zijn als uitgangspunt genomen bij de zoektocht naar de gezondheid van dakloze jongeren. Informatie is verzameld over de periode 2003-2013. Er is een search gedaan naar publicaties over dakloze jongeren in Nederland en gebruik gemaakt van de door Impuls uitgevoerde onderzoeken naar dakloze jongeren in Nederland. De jongeren waarover wordt gerapporteerd in dit informatieblad kunnen in een aantal gevallen iets ouder zijn dan de vanaf 2011 gehanteerde leeftijdsgrens van 23 jaar. Daarnaast is over specifieke thema's, waarover weinig tot geen informatie in Nederlandse publicaties beschikbaar was, in de internationale literatuur gezocht. Om goed inzicht te krijgen in de gezondheid van dakloze jongeren is waar mogelijk een vergelijking gemaakt met jongeren in de algemene bevolking.

In 2011 presenteerde Machteld Huber in het British Medical Journal een nieuw concept van gezondheid: 'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges'. Anders dan de oude WHO-definitie beschrijft dit concept van 'positieve gezondheid' gezondheid niet als een statische situatie maar als het dynamische vermogen van mensen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. Vermogens als veerkracht en het kunnen voeren van een eigen regie, ontbreken in het huidige concept van gezondheid terwijl die ook door patiënten als heel relevant worden ervaren', stelt Huber. Door de focus te verschuiven en 'gezondheid' meer aandacht te geven, leren beleidsmakers en politici anders te denken over invulling en preventie van de zorg.

Lichamelijke gezondheid

Een meerderheid (52 tot 87%) van de dakloze jongeren zegt in de maand voorafgaand aan een interview last te hebben gehad van lichamelijke klachten² (Barendregt, Schrijvers, Baars, & van de Mheen, 2011; Beijersbergen, Jansen & Wolf, 2008; Jansen, Mensink & Wolf, 2007; Van Straaten et al., 2012; Wolf, Altena, Christians & Beijersbergen, 2010). De meest voorkomende klachten zijn gerelateerd aan: spieren/skelet & bindweefsel, zenuwstelsel en zintuigen, ademhalingsorganen en maagdarm stelsel (Altena, Oliemeulen & Wolf, 2010; Beijersbergen et al.; Jansen et al.; Van Straaten et al.; Wolf et al.). Een vijfde van de jongeren had in die maand gebitsklachten (Van Straaten et al.). Uit onderzoek onder residentieel dakloze meiden in Nederland blijken lichamelijke klachten (in de maand voorafgaand het interview) ook vaak voor te komen, namelijk bij 86%. Genoemd worden vooral: klachten aan zenuwstelsel en zintuigen, spieren/skelet & bindweefsel, maagdarm stelsel en luchtwegen (Altena, Jonker & Wolf, 2009).

Dakloze jongeren scoren met 76% bovengemiddeld op somatische klachten³ (bijvoorbeeld door stress veroorzaakt) (Van Straaten et al., 2012; Krabbenborg, Boersma & Wolf, 2013). Vergeleken met mannen en vrouwen van 18- 29 jaar in de algemene bevolking is dit percentage hoog.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat dakloze jongeren vaker in een vergevorderd stadium ziek zijn dan gehuisveste jongeren. Zij lopen tevens een groter risico op infectieziekten, waaronder griep, hepatitis, seksueel overdraagbare aandoeningen (incl. HIV) en tuberculose (Doroshenko, Hachette, Halperin, MacDonald, & Graham, 2012; Edidin, Ganim, Hunter, & Karnik, 2012). Ook worden diabetes, gebitsproblemen, ademhalingsproblemen en huidproblemen vaak gerapporteerd (Edidin et al.).

Ervaren lichamelijke gezondheid

Dakloze jongeren ervaren hun lichamelijke gezondheid (op een schaal oplopend van 1= vreselijk tot 7= prima) in verschillende onderzoeken als 'niet slecht/niet goed' (gemiddelde score van 4) tot 'goed' (gemiddelde score van 6) (Barendregt et al., 2011; Beijersbergen et al., 2008; Krabbenborg et al., 2013; Van Straaten et al., 2012; Wolf et al., 2010). Residentieel dakloze meiden beoordelen hun gezondheid als gemiddeld 'redelijk' (5) (Altena et al., 2009). Ongeveer de helft van de dakloze jongeren waardeert de algemene gezondheid als minder dan 'goed' (Krabbenborg et al.) ten opzichte van 10% van de 16-20 jarigen in de algemene bevolking (CBS Statline, 2012).

Psychische gezondheid

Ongeveer een derde van de dakloze jongeren heeft ernstige en/of langdurige psychische problemen (Planije, Land & Wolf, 2003). Ook bestaan vermoedens dat een groot deel van de groep dakloze jongeren een psychiatrische diagnose, zoals ADHD, manisch depressiviteit, borderline of schizofrenie heeft (Jeeninga, 2010).

Depressieve symptomen

De helft tot twee derde van de dakloze jongeren (52-65%) heeft symptomen die wijzen op de aanwezigheid van een depressie (Beijersbergen et al., 2008; Jansen et al., 2007; Wolf et al., 2010). Ook de meerderheid (56%) van residentieel dakloze meiden ervaart depressieve symptomen (Altena et al., 2009). Bijna driekwart (72%) van de dakloze jongeren scoort bovengemiddeld op een depressieve stemming³ vergeleken met mannen en vrouwen van 18-29 jaar in de algemene bevolking (Krabbenborg et al., 2013). Ook in vergelijking met het NEMESIS onderzoek onder jongeren in de algemene bevolking zijn bovengenoemde cijfers hoog: bij jongeren van 18-24 jaar is de 12-maandsprevalentie van een stemmingsstoornis 9% (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010). Uit cijfers van het CBS van het jaar 2009 (CBS Statline, 2009) blijkt dat 11% van de jongeren tussen de 15-25 jaar het afgelopen jaar depressieve klachten had.⁴

Angst

Ruim twee derde (69%) van de dakloze jongeren scoort in vergelijking met mannen en vrouwen van 18-29 jaar in de algemene bevolking bovengemiddeld op symptomen van angst³ (Krabbenborg et al., 2013). Hiertoe horen algemene angstsymptomen (o.a. zenuwachtigheid, gespannenheid, rusteloosheid) en paniekaanvallen. Meiden scoren in vergelijking met vrouwen van 18-29 jaar in de algemene bevolking gemiddeld zelfs hoog op symptomen van angst (Van Straaten et al., 2012). Meer dan de helft (57%) van de dakloze jongeren heeft bovengemiddelde scores op fobische angst? (Krabbenborg et al.) en meiden scoren hier in vergelijking met vrouwen 18-29 jaar in de algemene bevolking gemiddeld hoog op (Van Straaten et al.). Het gaat hier om gevoelens en gedragingen door angst voor een bepaalde situatie. Ter vergelijking: de 12-maands prevalentie van een angststoornis bij 18-24 jarigen in de algemene bevolking is 12% (De Graaf et al., 2010).

Hostiliteit

Op hostiliteit³ (symptomen van boosheid of vijandigheid) scoort ruim twee derde (68%) van de dakloze jongeren bovengemiddeld in vergelijking met mannen en vrouwen 18-29 jaar in de algemene bevolking (Krabbenborg et al., 2013).

Paranoïde gedachten/psychoticisme

Paranoïde gedachten, zoals achterdocht en vijandigheid, en psychoticisme (waanvoorstellingen)³, ervaren ruim drie kwart van de dakloze jongeren (76%) bovengemiddeld in vergelijking met mannen en vrouwen 18-29 jaar in de algemene bevolking (Krabbenborg et al., 2013). Meiden scoren in vergelijking hiermee gemiddeld hoog (Van Straaten et al., 2012).

Inter-persoonlijke gevoeligheid

In vergelijking met mannen en vrouwen (18-29 jaar) in de algemene bevolking komt interpersoonlijke gevoeligheid (o.a. verlegenheid, minderwaardigheidsgevoelens en bewustzijn van eigen functioneren en falen)³, onder 49% van dakloze jongeren bovengemiddeld voor (Krabbenborg et al., 2013).

Poging tot zelfmoord

Een kwart tot twee vijfde (42%) van de dakloze jongeren heeft naar eigen zeggen ooit een zelfmoordpoging gedaan (Altena et al., 2010; Beijersbergen et al., 2008; Wolf et al., 2010). Van de residentieel dakloze meiden zegt 37% dit ooit gedaan te hebben (Altena et al., 2009).

Cognitieve problemen

Cognitieve problemen, zoals vergeetachtigheid en concentratieverlies³, komen bovengemiddeld voor bij dakloze meiden en jongens vergeleken met mannen en vrouwen van 18-29 jaar in de algemene bevolking (Van Straaten et al., 2012). Op het moment van instroom in een voorziening voor dakloze jongeren geeft 71% van de jongeren aan dit soort cognitieve problemen te hebben (Krabbenborg et al., 2013).

Verstandelijke beperking

Een vijfde tot een kwart van de jongeren is zwakbegaafd of heeft vermoedelijk een licht verstandelijke beperking (Barendregt et al., 2011; Planije et al., 2003). Op basis van de meest recente gegevens blijkt zelfs 29% van de dakloze jongeren vermoedelijk een licht verstandelijke beperking heeft (Krabbenborg et al., 2013).⁵

Ervaren psychische gezondheid

Dakloze jongeren vinden hun eigen psychische gezondheid gemiddeld 'niet slecht/niet goed' tot 'redelijk' (Altena et al., 2009; Barendregt et al., 2011; Beijersbergen et al., 2008; Jansen et al., 2007; Krabbenborg et al., 2013; Van Straaten et al., 2012; Wolf et al., 2010). En 59 tot 69% van de dakloze jongeren ervaart de psychische gezondheid als minder dan goed (Altena et al.; Beijersbergen et al.; Jansen et al.; Krabbenborg et al.; Wolf et al.).

Seksuele gezondheid

Misbruik

Ongeveer een vijfde tot ruim een kwart van de dakloze jongeren geeft aan ooit een gebeurtenis te hebben meegemaakt die als seksueel misbruik is te beschouwen (Beijersbergen et al., 2008; Wolf et al., 2010). Bij residentieel dakloze meiden ligt dit percentage hoger, namelijk 35% (Altena et al., 2009). Seksueel misbruik is voor 4 tot 12% van de jongeren een reden geweest om het ouderlijk huis te verlaten (Altena et al.; Beijersbergen et al.; Krabbenborg et al., 2013; Wolf et al.).

Zwangerschap

Twee vijfde (41%) van de residentieel dakloze meiden in Nederland (met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar) is op jonge leeftijd moeder geworden of is zwanger. Dakloze jonge moeders hebben vaak weinig of onjuiste kennis over voorbehoedsmiddelen en seksualiteit, krijgen weinig sociale steun uit hun netwerk, hebben vaak een niet westelijke achtergrond en een onduidelijke verblijfstatus. Daarnaast wordt bij deze meiden vaak een laag IQ geconstateerd (Deth, 2010; Roberts, van Dijk & van der Vlugt, 2013).

Leefgewoonten

Dakloze jongeren lopen vaak veel gezondheidsrisico's. Een ongezonde leefstijl, waaronder onregelmatige of te weinig slaap, slechte voeding, slechte hygiëne, het gebruik van middelen en risicovol (seksueel) gedrag, dragen hieraan bij. Ongeveer een vijfde tot ruim een kwart van de jongeren wenst hulp op het gebied van voeding en voor 12 tot 19% van de jongeren is deze behoefte (nog) onvold (Altena et al., 2009; Wolf et al., 2010; Beijersbergen et al., 2008; Krabbenborg et al., 2013; Van Straaten et al., 2012).

Roken

Een kleinschalig onderzoek onder dakloze jongeren in Almere toont dat vrijwel alle jongeren wel eens tabak hebben gerookt en de meeste jongeren ook in de afgelopen maand rookten. Gemiddeld beginnen dakloze jongeren op hun twaalfde jaar met roken (Korf, Ginkel van, & Wouters, 2004). Internationaal onderzoek laat zien dat 70 tot 86% van dakloze jongeren tabak rookt (Keeshin & Campbell, 2011; Tucker, 2013). Ter vergelijking: 26 à 30% van de jongeren (meiden respectievelijk jongens) in de algemene bevolking rookt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012). En dagelijks rookte in de periode 2007-2009 één op de vijf jongeren (15-25 jaar) (Dirven & van der Mooren, 2012; Ewalds & van der Mooren, 2011).

Alcoholgebruik

Het alcoholgebruik van dakloze jongeren varieert in de verschillende onderzoeken en is moeilijk vergelijkbaar door de variëteit aan meetmethoden. Zo blijkt 17% van de dakloze jongeren minimaal vier dagen per maand vijf glazen of meer alcohol te drinken (Krabbenborg et al., 2013) en in een ander onderzoek doen zij dit gemiddeld zes dagen per maand (Van Straaten et al., 2012). Uit onderzoek in Zwolle blijkt 26% van de dakloze jongeren minstens zes glazen alcohol per week te drinken (Wolf et al., 2010). In Utrecht drinkt 26% van de jongeren één of meer dagen in de week zes glazen alcohol (Beijersbergen et al., 2008). Van de residentieel dakloze meiden drinkt 16% één keer of vaker in de week vier glazen alcohol of meer en 11% drinkt één keer of vaker zes glazen alcohol in de week (Altena et al., 2009). Volgens het CBS is er sprake van zwaar alcoholgebruik wanneer je minstens eens per week zes glazen of meer drinkt (CBS, Statline, 2009). In de periode 2008 en 2009 valt respectievelijk 19 en 18% van de 15-25 jarigen in de algemene bevolking in deze categorie. Dakloze jongeren lijken in hun gemiddelde alcoholgebruik niet sterk af te wijken van dit landelijk gemiddelde.

Cannabisgebruik

Dakloze jongeren gebruiken wel vaker dan gehuisveste jongeren cannabis. Hiervoor worden verschillende redenen aangedragen. Cannabis wordt vaak gebruikt als een vorm van zelfmedicatie, waardoor symptomen van psychische problemen kunnen worden onderdrukt of als middel om het hoofd te kunnen bieden aan de dagelijkse stress en het ervaren controleverlies (Altena et al., 2010). De meerderheid (60%) van dakloze jongeren zegt in de afgelopen maand cannabis te hebben gebruikt (Krabbenborg et al., 2013; Van Straaten et al., 2012). Het (bijna) dagelijks cannabisgebruik van de jongeren varieert van 31 tot 53% (Krabbenborg et al.; Beijersbergen et al., 2008; Wolf et al., 2010). Van de dakloze meiden gebruikt 26% (bijna) dagelijks cannabis (Altena et al., 2009). In de periode 2007-2009 rookte 10% van de jongeren uit de Nederlandse bevolking in de afgelopen maand cannabis (Dirven & van der Mooren, 2012; Ewalds & van der Mooren, 2011).

Harddrugs

Het gebruik van harddrugs onder dakloze jongeren komt minder vaak voor dan het gebruik van softdrugs. Recent onderzoek toont aan dat 18% van de dakloze jongeren in de maand voorafgaand aan het interview harddrugs gebruikte (Krabbenborg et al., 2013). Bijna één op de 10 (8 á 9%) doet dit (bijna) dagelijks (Beijersbergen et al., 2008; Wolf et al., 2010). Residentieel dakloze meiden gebruiken relatief het minst vaak dagelijks harddrugs (4%) (Altena et al., 2009). Het gebruik van cocaïne en heroïne bij dakloze jongeren met ernstige problematiek komt vaker voor, namelijk bij 17% van de jongeren (Barendregt et al., 2011). De onderzoekers concluderen echter dat dit percentage in werkelijkheid nog hoger kan zijn daar sommi-

ge middelen die onder harddrugs zijn te scharen niet waren meegenomen.

Risikant seksueel gedrag en SOA's

Risikant seksueel gedrag komt regelmatig voor bij dakloze jongeren. Behoeft aan affectie, het (hierdoor) vergeten van problemen, maar ook prostitutie om goederen te kunnen kopen of een slaapplek te krijgen, kunnen redenen zijn voor (veel) wisselende contacten. Bij jongens maakt dit vaak deel uit van de zogenaamde straatcultuur. Volgens professionals komen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en ongeplande zwangerschappen regelmatig voor. Op basis van zelfrapportage blijkt 5% van de dakloze jongeren in Zwolle in het jaar voor het interview geïnfecteerd te zijn (geweest) met een SOA (Wolf et al., 2010). Dit geldt voor 8% van de residentieel dakloze meiden (Altena et al., 2009). In internationaal onderzoek variëren percentages over SOA's bij dakloze jongeren van 11% bij jongens tot 63% bij meiden (Edidin et al., 2011). Respectievelijk 7 en 1% blijkt besmet met Chlamydia en Gonorrhoe (Auerswald, Sugano, & Klausner, 2006). Uit ander onderzoek komen nog hogere cijfers naar voren: 25% heeft Gonorrhoe, 4% is besmet met Syfilis en 9% met Chlamydia (Rew, Fouladi, & Yockey, 2002). SOA's, en ook HIV, komen vaker voor bij dakloze jongeren dan bij gehuisveste jongeren (Thompson, Bender, Windsor, Cook, & Williams, 2010). Uit het onderzoek van Rew et al., (2002) blijkt 8% van de geteste dakloze jongeren met het HIV-virus te zijn geïnfecteerd.

Sociale gezondheid

Maatschappelijke participatie

Onderzoek naar (re)integratie naar werk in Nederland wijst uit dat het een probleem is voor dakloze jongeren om werk te krijgen en vervolgens ook te behouden. Als reden wordt verwezen naar achterliggende problematiek, het ontbreken van startkwalificaties en/of het gebrek aan motivatie (Fransen & Handel, van den, 2011). Het aantal dakloze jongeren vanaf 18 jaar dat aangeeft een regulier betaalde baan te hebben met een arbeidscontract is 24%; 26% van hen volgt een opleiding of studie en 14% geeft aan geen enkele vorm van dagbesteding te hebben (Van Straaten et al., 2012).

Sociaal netwerk

De omvang en kwaliteit van het sociale netwerk van dakloze jongeren is, in vergelijking met hun leeftijdsgenoten, vaak beperkt (Jeeninga, 2010). Ook uit kwalitatief onderzoek blijkt dat bij jongeren belangrijke steunstructuren vaak ontbreken. Zo staan jongeren er al vaak op jonge leeftijd alleen voor en hebben zij weinig om op terug te vallen (Altena et al., 2010). De jongeren ervaren vaak meer steun van vrienden of kennissen dan van familie (Van Straaten et al., 2012). De familierelaties worden over het geheel genomen als

'matig' tot 'redelijk' gewaardeerd terwijl sociale contacten met anderen dan familie als 'redelijk' tot 'goed' worden ervaren (Altena et al., 2009; Beijersbergen et al., 2008; Jansen et al., 2007; Krabbenborg et al., 2013; Wolf et al., 2010). Vrienden en kennissen staan bijvoorbeeld vaker dan familie klaar om naar jongeren te luisteren, of om een leuke tijd met de jongere te hebben en zij tonen vaker dat zij van de jongere houden (Altena et al.; Beijersbergen et al.; Jansen et al.). Wanneer de frequentie van sociale contacten in brede zin wordt bekeken, blijkt dat dakloze jongeren minstens eens per maand tot eens per week contact hebben met familie, vrienden of kennissen (Altena et al.; Jansen et al.; Krabbenborg et al.).

Algemene kwaliteit van leven

Dakloze jongeren beoordelen hun kwaliteit van leven (op een schaal oplopend van 1= vreselijk tot 7= prima) in verschillende onderzoeken als 'niet slecht/niet goed' tot 'redelijk' (gemiddelde score van respectievelijk 4 en 5) (Beijersbergen et al., 2008; Jansen et al., 2007; Krabbenborg et al., 2013; Wolf et al., 2010). Dakloze meiden lijken hun kwaliteit van leven niet anders te beoordelen (gemiddelde score van 4.4) (Altena et al., 2009). Wel blijken dakloze jongeren met ernstige problematiek een lagere levenskwaliteit te ervaren, met een gemiddelde score van 3.8 (Barendregt et al., 2011). Ter vergelijking: 88% van de Nederlandse jongeren in de leeftijd van 11-18 jaar geeft een ruim voldoende (rapportcijfer 7) voor hun kwaliteit van leven (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005).

Conclusie

Op basis van deze inventarisatie van onderzoek naar de gezondheidstoestand van dakloze jongeren in Nederland kan geconcludeerd worden dat deze jongeren aanzienlijke lichamelijke en psychische gezondheidsklachten hebben. Deze klachten komen in deze groep ook aanmerkelijk vaker voor dan onder gehuisveste jongeren in de algemene populatie.

Er worden veel lichamelijke klachten gerapporteerd en de hoge prevalentie van somatische klachten, die met een verhoogde spanning geassocieerd worden, onderstrepen de moeilijke omstandigheden waarin deze jongeren zich bevinden. In het oog springen het grote deel (tot een kwart) van dakloze jongeren in Nederland dat aangeeft seksueel misbruikt te zijn en de aanwezige psychische klachten. Naast angstklachten hebben veel van hen symptomen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van een klinische depressie. Zorgelijk is het relatief hoge percentage jongeren, ook in vergelijking met de jongeren in de algemene bevolking, dat ooit een zelfmoordpoging heeft gedaan. Dakloze jongeren in Nederland rappor-

teren daarnaast ook vaker ongezonde leefgewoonten waarbij vooral het dagelijks cannabisgebruik opvalt. Wat betreft hun sociale gezondheid valt de afwezigheid van een steunend netwerk op en ook de slechte toegang tot maatschappelijke participatie. Gezondheidsbevordering voor deze in vele opzichten kwetsbare groep, is hard nodig om hun kwaliteit van leven te verbeteren. Het meest in het oog springend zijn de ernstige psychische klachten die het kunnen bereiken van stabiele huisvesting, een stabiel inkomen en een steunend netwerk in de weg kunnen staan. Gezien het complexe karakter van de gezondheidsklachten is er veel gezondheidswinst te behalen door middel van effectieve gezondheidsbevorderende interventies die aansluiten op de leefwereld van dakloze jongeren.

Voetnoten

- ¹ Het project heet: 'Je gezondheid: basis voor jouw toekomst.'
 - ² Gemeten met een instrument gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD).
 - ³ Gemeten met de Brief Symptom Inventory.
 - ⁴ Cijfers zijn niet zonder meer te vergelijken i.v.m. het gebruik van verschillende meetinstrumenten.
 - ⁵ Gemeten met de Hayes Ability Screening Index (HASI).
-

Financiering en uitvoering

Deze inventarisatie is uitgevoerd in opdracht van Stichting Zwerfjongeren Nederland (SZN) met ondersteuning van het Young Health Programma van AstraZeneca. Het project is uitgevoerd door Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc. De projectleiding was in handen van dr. Sandra Boersma en uitvoerend onderzoeker was drs. Astrid Altena. Eindverantwoordelijke was prof. dr. Judith Wolf.

Voor vragen kunt u contact opnemen met Sandra Boersma:
sandra.boersma@radboudumc.nl / 024 – 361 44 20

Bronvermelding bij gebruik van dit informatieblad is:

Altena, A., Boersma, S., & Wolf, J. (2014). De gezondheidstoestand van dakloze jongeren: Informatie uit onderzoek. Nijmegen: Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc.

© 2014 Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudig en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboud universitair medisch centrum Nijmegen.

Vormgeving: Final Design

Drukwerk: Janssen Repro Nijmegen

Literatuurlijst

Altena, A., Oliemeulen, L., & Wolf, J. (2010). *Dakloosheid bij jongeren: Risico's, routes en mogelijkheden tot preventie*. Nijmegen: Omz, UMC St Radboud.

Altena, A., Jonker, I., & Wolf, J. (2009). *Profiel van meiden en moeder in de residentiële opvang*. Nijmegen: Omz, UMC St Radboud.

Auerswald C, Sugano E, Ellen J, Klausner J. (2006). Street-based STD testing and treatment of homeless youth are feasible, acceptable and effective. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 208-12.

Barendregt, C., Schrijvers, C., Baars, J., & van de Mheen, D. (2011). *Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek. Onderzoek naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam*. Rotterdam.

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

CBS Statline, 2012. *Gezondheid aandoeningen beperkingen; persoonskenmerken*. Geraadpleegd oktober 2013.

CBS Statline, 2009. *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik*. Geraadpleegd oktober 2013.

De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Deth, A. van (2010). *Van zwerfjongere tot medeonderzoeker. Combating Youth Homelessness*. Utrecht: MOVISIE.

Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 7.

Dirven, H.J., & Mooren van der, F. (2012). *Drinken, roken, bewegen en overgewicht en de onderwijsloopbaan*.
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/jongeren/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-bt-leefstijl-jongeren-art.htm>.

Doroshenko, A., Hatchette, J., Halperin, S.A., MacDonald, N.E., & Graham, J.E. (2012). Challenges to immunization: the experiences of homeless youth. *BMC Public Health*, 12.

Edidin, J.P., Ganim, Z., Hunter, S.J., & Karnik, N.S. (2012). The Mental and Physical Health of Homeless Youth: A Literature Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 354-75.

- Ewalds, D., & Mooren van der, F. (2011). *Een op de vijf jongeren heeft ongezonde leefstijl*. *Bevolkingstrends*, 59(1), 51-55.
- Fransen, N., & Handel van den, C. (2011). *Zwerfjongeren in beeld. Literatuurstudie naar kennisontwikkeling over zwerfjongeren*. Amsterdam: DSP – groep BV.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
- Jansen, C., Mensink, C., & Wolf, J. (2007). *Dakloos in Zeeland. Onderzoek naar profiel en perspectief van daklozen en zwerfjongeren*. Nijmegen: Omz, UMC St Radboud.
- Jeeninga, W. (2010). *Zwerfjongeren: omvang, kenmerken en zorgbehoeften*. Een literatuurstudie in het kader van het project 'Kennismakelaar', Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant. Universiteit van Tilburg.
- Keeshin, Brooks R., & Campbell, Kristine. (2011). Screening homeless youth for histories of abuse: Prevalence, enduring effects, and interest in treatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(6), 401-407.
- Korf, D.J., Ginkel van, P., & Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan. Zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Krabbenborg, M.A., Boersma, S.N., & Wolf, J.R.L.M. (2013). A strengths based method for homeless youth: Effectiveness and fidelity of Houvast. *BMC public health*, 13(1).
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het Peilstationonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012). Roken <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/hoeveel-mensen-roken/>.
- Planije, M.P., Land, H., & Wolf, J.R.L.M. (2003). *Hulpverlening aan zwerfjongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rew, L., Fouladi, R.T., & Yockey, R.D. (2002). Sexual Health Practices of Homeless Youth. *Journal of nursing scholarship*, 34(2), 7.
- Roberts, H., Dijk van L., & Vlugt van der I. (2013). *Ik red me wel. Zwerfjongeren, middelengebruik en seksueel gedrag*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Thompson, S. J., Bender, K., Windsor, L., Cook, M. S., & Williams, T. (2010). Homeless youth: Characteristics, contributing factors, and service options. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 193-217.
- Tucker, J. (2013). *Developing Effective Risk Reduction Programs for Homeless Youth*. RAND Corporation.
- Van Straaten, B., Laan van der, J., Schrijvers, C., Boersma, S. N., Maas, M., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden: resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4)*. Rotterdam & Nijmegen IVO & Omz, UMC St Radboud.
- VWS (2011). *Zwerfjongeren in Nederland: een heldere definitie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wolf, J., Altena, A., Christians, M., & Beijersbergen, M. (2010). *Onderzoek naar dakloze jongeren in de centrumregio Zwolle*. Nijmegen: Omz, UMC St Radboud.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Leiden: SCP/TNO.

Health status of homeless youths in the Netherlands

Astrid Altena, Sandra Boersma & Judith Wolf

Summary

The health of homeless youths is generally lower than that of their housed peers. Insight into the specific health problems of homeless youths in the Netherlands will provide targets for effective health promotion interventions. In this project on the development of a tailored health promotion intervention for homeless youth in the Netherlands, the health status of this population was determined on the basis of empirical research, published reports and articles between 2003 and 2013. We defined health as people's ability to adapt and self-manage in response to the physical, emotional and social challenges of life (Huber et al., 2011)

Homeless youths in the Netherlands experience somatic complaints (76%) more often in comparison with normal youth. Between 52% and 87% of homeless youths report to have had at least one physical complaint in the last month with complaints of the musculoskeletal system and connective tissue; nervous system; respiratory system and digestive system most often being reported. Also, one fifth of homeless youths had dental problems in the last month. With respect to mental health, 34% of homeless youths experience severe and/or long-term mental problems. Depressive symptoms or depressed mood (52-72%) and general anxiety (69%) are reported by the majority of the youths which is substantially higher than in the normal population and also suicide attempts occur more frequently. In addition, cognitive problems like forgetfulness and lack of concentration frequently occur above average (71%). Between 20% and 25% of homeless youths has a suspected mild intellectual disability. Females frequently become pregnant at an early age (41%). Also STD's occur more frequently in homeless youths than in their housed peers. Between 20-25% of homeless youths have experienced some form of sexual abuse. Because of their unhealthy lifestyle, homeless youths are at risk for severe health problems: in comparison with normal youths, they daily use cannabis (26-53%) and hard drugs (8-9%) more often. Homeless youths in general rate their overall quality of life between 'neutral' and 'moderately'. Both getting a job and maintaining a job has shown to be problematic among homeless youth in the Netherlands. In comparison with their normal peers, homeless youths also have a smaller social network and experience less social support.

It can be concluded that homeless youths in the Netherlands report health problems with respect to their physical, mental and social

functioning. In addition, the prevalence of these problems is in most cases substantially higher than in housed youths. Most prominent are their mental health problems that may hinder them in attaining stable housing, income and a supportive network. In order to increase the quality of life in this vulnerable group, health promotion interventions are very much needed.

Further information

The inventory of the health status of homeless youth in the Netherlands was conducted as part of a health promotion intervention for homeless youth that the Netherlands Center for Social Care Research developed for Stichting Zwerfjongeren Nederland (SZN).

For more information you can contact: Sandra Boersma PhD (sandra.boersma@radboudumc.nl / +31 (0)24 - 361 44 20) and Prof. Judith Wolf (judith.wolf@radboudumc.nl / +31 (0)24 - 361 43 65).

© 2014 Netherlands Center for Social Care Research. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, without prior written consent of the Netherlands Center for Social Care Research, Radboud university medical center.