

## **Sport als aangrijpingspunt voor gedrags- verandering**

Tweede tussenrapportage: de resultaten van twee jaar sport-  
zorgtrajecten

Wendy Buysse  
Paul Duijvestijn  
Maartje Delnoij

# **Sport als aangrijpingspunt voor gedragsverandering**

Tweede tussenrapportage: de resultaten van twee jaar sport-zorgtrajecten

Amsterdam, 9 maart 2010

Wendy Buysse  
Paul Duijvestijn  
Maartje Delnoij

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Aanleiding	6
1.2 Het kader van de sport-zorgtrajecten	6
1.3 Onderzoeksvragen	7
1.4 Methodische opzet	8
1.5 Leeswijzer	10
<b>2 Beschrijving van de sport-zorgtrajecten</b>	<b>12</b>
2.1 Overzicht: aantal lopende sport-zorgtrajecten	12
2.2 Doelgroep	13
2.3 Doelen	15
2.4 Interventie	16
2.5 De typologie 'sport-zorg'	17
<b>3 De eerste resultaten en effecten van sport-zorg</b>	<b>20</b>
3.1 Aantal deelnemers	20
3.2 Doorstroming naar reguliere sport	21
3.3 Doelrealisatie	22
3.4 Gedragsverandering	23
<b>4 Kritische succesfactoren en knelpunten</b>	<b>25</b>
4.1 Doelgroep	25
4.2 Doelen en doelrealisatie	25
4.3 Interventie	27
4.4 Organisatie	28
<b>5 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>31</b>
5.1 Sport-zorg als rotondemodel	31
5.2 De meerwaarde van sport-zorg voor jongeren in de jeugdzorg	32
5.3 Kritische succesfactoren	33
5.4 Aanbevelingen	33
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1 De negen verdiepingspilots in beeld	37
Bijlage 2 Deelnemende sportbonden	38
Bijlage 3 Beschrijving van vier typen sport-zorgtrajecten	39

## Samenvatting

Elf gemeenten, vijftien zorgaanbieders en negen sportbonden zijn betrokken bij de uitvoering van vijftig zogeheten sport-zorgtrajecten. Doel van deze trajecten is door middel van sportdeelname een positieve bijdrage te leveren aan de hulpverlening van jongeren met een jeugdzorgindicatie. Sport-zorg heeft een experimenteel karakter: tijdens de looptijd – van 2007 tot en met 2010 – wordt gevolgd hoe de trajecten zich ontwikkelen en wat het oplevert, opdat gaandeweg duidelijk wordt wat de meest kansrijke aanpakken zijn. In deze samenvatting beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen en resultaten van het tweede onderzoeksjaar 2009.

### *Drie kwart heeft baat bij sport-zorg*

Betrokkenen in zowel sport als jeugdzorg zijn zonder uitzondering enthousiast over sport-zorg. En niet zonder reden, zo blijkt. Want niet alleen hebben sinds 2007 ten minste 900 jongeren met een jeugdzorgindicatie doorgaans met veel plezier deelgenomen aan een van de sport-zorgtrajecten, ook de eerste resultaten zijn positief. Ruim drie kwart van de deelnemende jongeren, waarvan gegevens beschikbaar zijn (n=178), heeft baat bij sport-zorg. Sporttrainers en hulpverleners zien vooral verbetering op het vlak van zelfdiscipline en doorzettingsvermogen, op de voet gevolgd door samenwerking, zelfbeeld en zelfvertrouwen, zichzelf durven presenteren, zelfbeheersing en agressieregulatie, omgaan met feedback en omgaan met regels en nakomen van afspraken. Om gegronde uitspraken te kunnen doen moet de respons in het laatste onderzoeksjaar echter nadrukkelijk omhoog, zeker als we ook iets willen kunnen zeggen over verschillen in effect tussen type trajecten en soorten doelgroepen.

Effecten op het gedrag van jongeren moeten overigens in perspectief tot de duur en intensiteit van de trajecten worden gezien. Eén training per week gedurende enkele weken of maanden biedt aanknopingspunten om in het verdere hulpverleningstraject op voort te bouwen, maar er is meer nodig om een duurzame verandering te bewerkstelligen. Diverse betrokkenen pleiten daarom voor een permanent sportaanbod voor jongeren in de jeugdzorg. In dat licht bezien is het positief dat naar schatting een kwart van de deelnemers van sport-zorgtrajecten doorstroomt naar de reguliere sport. In trajecten waar dat een specifiek doel is blijft zelfs meer dan de helft van de deelnemers na het sport-zorgtraject lid van de sportvereniging.

### *Meedoen<sup>plus</sup>, Uitwedstrijd, Thuiswedstrijd en Privéles*

In aansluiting op het experimentele karakter van sport-zorg hebben de vijftig trajecten, binnen redelijk globale kaders, veel vrijheid om een eigen invulling te geven aan sport-zorg. Het gevolg hiervan is dat sport-zorg vele verschijningsvormen kent en dat er feitelijk sprake is van 50 casussen. Maar er zijn ook overeenkomsten. De gemeenschappelijke deler is de waarde van sport als vertrekpunt (aansluitingsprincipe) en als energiebron (krachten) voor de hulpverlening van jongeren in de jeugdzorg. Door nu eens niet te focussen op de problemen van de jongeren, maar hun mogelijkheden en krachten als uitgangspunt te nemen, kan sport een belangrijke bijdrage leveren aan het zelfvertrouwen en de zelfwaardering van jongeren in de jeugdzorg en daarmee aan een positieve lichamelijke, mentale en sociale ontwikkeling. De 50 sport-zorgtrajecten zijn in te delen in vier typen met elk hun eigen aanpak, doelen, doelgroepen, knelpunten en succesfactoren:

- 1 Meedoen<sup>plus</sup>: een of enkele jeugdzorgjongeren draaien zo gewoon mogelijk mee in een reguliere sportvereniging om op die manier aansluiting te houden of te (her)vinden met de 'normale' maatschappij.
- 2 Uitwedstrijd: een groepje jeugdzorgjongeren gaat naar een sportaanbieder toe om daar in een echte sportcontext, maar in de veiligheid van de eigen groep, te sporten en vaak gericht te werken aan een of enkele specifieke gedragsdoelen.
- 3 Thuiswedstrijd: Als uitwedstrijd, maar de sport vindt hier plaats op het terrein van de zorgaanbieder. Soms noodgedwongen omdat de jongeren het terrein niet af mogen (justitiële jeugdinstelling), soms vanuit praktische overwegingen (financieel voordeel, tijdsbesparing).
- 4 Privés: individuele training (één op één). Duur, maar maatwerk maakt doelgericht werken aan individuele doelen (meestal: sociale weerbaarheid dan wel agressieregulatie) mogelijk.

De meeste trajecten vallen in type 1, maar de meeste deelnemers zijn te vinden in type 2, gevolgd door 3. Type 4 komt relatief weinig voor. De uitdaging bestaat er uit om in de toekomst jongeren uit de jeugdzorg op basis van hun problematiek c.q. indicatiestelling gericht toe te leiden naar het meest passende type sport-zorgtraject.

#### *Kritische succesfactoren*

Op basis van negen zogeheten verdiepingspilots is een aantal factoren aan te wijzen die het effect van de sport-zorgtrajecten maximaliseren. Een deskundige, capabele trainer, die met zijn of haar aanpak de jongeren weet te bereiken en te motiveren, blijkt cruciaal. Daarbij gaat het om affiniteit met de doelgroep en een juiste 'tone of voice'; een subtiele combinatie van een stoere en een zachte kant. Daarnaast is draagvlak binnen alle geledingen van de jeugdzorginstelling een belangrijke succesfactor. Alle betrokkenen – van directie tot hulpverleners – moeten sport-zorg zien zitten en overtuigd zijn van de meerwaarde ervan. Dat betekent dat er ook coördinatie- en begeleidingsuren beschikbaar moeten zijn. Binnen de meeste pilots is het draagvlak binnen de jeugdzorgaanbieders het afgelopen jaar vergroot. De sport-zorgtrajecten hebben meer interne bekendheid gekregen en de aanvankelijke scepsis is voor een belangrijk deel weggenomen. De kartrekkers binnen de zorginstellingen hebben hier een belangrijke rol in gespeeld. Om de kloof, die vaak bestaat tussen sport en zorg, te overbruggen, blijkt het verder van cruciaal belang dat heldere afspraken worden gemaakt tussen de sportcoördinator en trainers enerzijds en de zorgcoördinator en hulpverleners anderzijds. Regelmatig contact om de voortgang van jongeren te bespreken is essentieel.

#### *Aandachtspunten*

Ondanks deze positieve geluiden zijn er ook een paar aandachtspunten. Het aandeel meisjes dat deelneemt aan de trajecten is nog steeds erg laag. Het sportaanbod zou uitgebreid kunnen worden met sporten die vooral onder meisjes populair zijn. Verder kan de participatie van ouders vaak beter. Hoe meer zij betrokken worden hoe groter de kans dat kinderen ook na afloop van het sport-zorgtraject blijven sporten. Ook het overleg tussen sporttrainers en hulpverleners is veelal te beperkt. Regelmatig contact over individuele deelnemers is nodig om gericht aan gedragsverandering te werken. Bovendien komt het relatief vaak voor dat deelnemers tussentijds of na afloop van het sport-zorgtraject uit beeld verdwijnen van de sportaanbieder, bijvoorbeeld omdat hun zorgtraject stopt dan wel verandert. Ook in dergelijke gevallen dient gezorgd te worden voor een goede overdracht en passend vervolg.

### *Verankering en uitrol*

Eind 2010 lopen de sport-zorgtrajecten formeel ten einde. In de loop van dit jaar moeten derhalve stappen worden gezet om sport-zorg een vervolg te geven. Want dat sport-zorg potentie heeft lijkt geen twijfel. Belangrijke uitdaging voor 2010 is om via de sportcoördinatoren meer onderzoeksgegevens over de deelnemende jongeren boven tafel te krijgen, opdat hardere conclusies kunnen worden getrokken over de meerwaarde van sport-zorg en een uitsplitsing mogelijk is van effecten naar type traject, doel en doelgroep. Hoe harder de 'bewijzen', hoe meer grond er immers is voor verankering en verdere uitrol van de sport-zorgtrajecten. Dat laatste, verankering en uitrol, vormt de tweede uitdaging in 2010. In de eerste helft van het jaar moet een (draagvlak)onderzoek inzicht geven in de markt voor sport-zorg in relatie tot de benodigde inhoudelijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden, wensen en mogelijkheden. In welke omvang willen en kunnen betrokkenen de sport-zorgtrajecten voortzetten en wat hebben zij daarvoor nodig? Zien zij mogelijkheden om de aanpakken breder uit te rollen? En welke stappen moeten worden gezet opdat sport-zorg als vanzelfsprekend onderdeel van de zorg wordt opgenomen? In de tweede helft van 2010 zullen vervolgens de concrete stappen worden gezet om ervoor te zorgen dat sport-zorg ook na 2010 een passend vervolg krijgt, opdat nog meer kinderen en jongeren in de jeugdzorg ervan kunnen profiteren.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het vijfjarig programma Meedoen Alle Jeugd door Sport is erop gericht de specifieke kenmerken van sport te benutten voor opvoedings- en integratiedoelen van alle jeugd. Een van de onderdelen van het programma bestaat uit de ontwikkeling en uitvoering van vijftig zogeheten sport-zorgtrajecten. Doel van deze trajecten is door middel van sportdeelname een positieve bijdrage te leveren aan de hulpverlening van jongeren met een jeugdzorgindicatie. Bij de opzet van de sport-zorgtrajecten ligt het accent op gedragsverandering. Het uiteindelijke doel is reïntegratie of het voorkomen van terugval. Het kan gaan om jeugdigen met uiteenlopende opgroei- en opvoedingsproblemen: van kinderen met een negatief zelfbeeld tot jeugd waarvoor agressieregulering noodzakelijk is of kinderen van wie de ouders opvoedingsproblemen hebben. Omdat het om een betrekkelijk nieuwe, experimentele aanpak gaat, is het belangrijk om zicht te krijgen op de effectiviteit en kritische succesfactoren van de sport-zorgtrajecten. Op die manier kunnen succesvolle trajecten een bredere toepassing krijgen. In opdracht van MOgroep Jeugdzorg – de projectleider van sport-zorg – doet DSP-groep daarom onderzoek naar sport-zorg. De sport-zorgtrajecten worden van 2008 tot en met 2010 uitgevoerd. In 2007 is begonnen met de voorbereidingen. De evaluatie vindt plaats van 2008 tot en met 2010. Deze tweede tussenrapportage blikst terug op het uitvoeringsjaar 2009 en geeft een beknopte tussenstand, waarin de bevindingen uit de eerste tussenrapportage worden aangescherpt en aangevuld. Ten behoeve van de leesbaarheid wordt informatie uit de eerste tussenrapportage soms kort herhaald.

## 1.2 Het kader van de sport-zorgtrajecten

Bij de start van de sport-zorgtrajecten heeft MOgroep Jeugdzorg een algemeen kader opgesteld, waarbinnen de sport- en zorgaanbieders de vrijheid hebben hun eigen specifieke traject te ontwikkelen. Hieronder volgt een beknopte weergave van dit kader.

- Het streven is het sport-zorgtraject zoveel mogelijk te integreren in het hulpverlenings- of behandelplan dat door de hulpverlener voor een jongere is opgesteld. Dit houdt niet in dat er aan een sport-zorgtraject zware methodieken worden gehangen of dat sportdeelname zelf als methodiek wordt beschouwd. Het moet worden gezien vanuit de gedachte dat sport een positieve bijdrage kan leveren aan gedragsverandering. Immers, sport wordt daartoe ook al regelmatig ingezet. Daarbij kan het gaan om één of meer van de volgende aspecten: omgaan met regels; aanleren van regelmaat en zelfdiscipline; bevorderen van zelfbeheersing en agressieregulering; bevorderen van weerbaarheid (waaronder angstvermindering en verbetering zelfbeeld); bevorderen van doorzettingsvermogen; bevorderen van aanpassingsbereidheid en tolerantie.
- Bijkomende doelen kunnen zijn: het bieden van een zinvolle vrijetijdsbesteding (naschoolse opvang, uit isolement halen, sporten een vaste plek geven als gedragsalternatief, structureren van een dagindeling, ontwikkelen van een sociaal netwerk) en het bieden van werkperspectief

(opleiding tot trainer/begeleider, groundsman, kantinebeheerder, materiaalbeheerder, enz.).

- De doelgroep van de sport-zorgtrajecten zijn jongeren met opgroei- en/of opvoedingsproblemen, waarvoor een indicatie voor jeugdzorg door Bureau Jeugdzorg is afgegeven.<sup>1</sup> In praktijk gaat het om jongeren met zware of minder zware problemen van geestelijke, sociale of pedagogische aard (gedragsproblemen dus), die binnen het kader van hun behandeling baat kunnen hebben bij deelname aan sport.
- Deelname aan een sport-zorgtraject kan niet worden afgedwongen, maar vindt plaats op vrijwillige basis. Werving en selectie van jongeren voor een sport-zorgtraject vindt plaats door de zorgaanbieder. Plaatsing geschiedt in overleg tussen de zorgaanbieder en de sportaanbieder (in casu sportvereniging of sportschool).
- Per sport-zorgtraject moeten op jaarbasis minimaal vier jongeren deelnemen. Deze jongeren sporten voorafgaand aan het traject nog niet bij de sportaanbieder.
- Voor ieder sport-zorgtraject wordt een projectplan opgesteld. In dit plan, dat in samenspraak tussen sportaanbieder, sportbond, zorgaanbieder, projectleider en eventueel gemeente tot stand komt, zijn in ieder geval de volgende punten opgenomen: tak van sport, doelgroep, doel, startdatum, opzet, middelen en contactgegevens.
- Binnen (het bestuur van) de sportaanbieder is een portefeuillehouder of contactpersoon – de zogeheten sportcoördinator - benoemd die actief betrokken is bij de uitvoering van het sport-zorgtraject. Deze persoon zorgt ook voor de implementatie binnen de organisatie en acceptatie ervan bij de leden. In veel gevallen is dit de trainer.
- Zorgaanbieder De Combinatie Jeugdzorg heeft in opdracht van MOgroep Jeugdzorg een training ontwikkeld om het sportkader, dat de sport-zorgtrajecten begeleidt, te scholen op het gebied van interculturalisatie, diversiteit en integratie- en opvoedingsdoelen.

### 1.3 Onderzoeksvragen

Kernvraag van dit evaluatieonderzoek is: *werken de sport-zorgtrajecten?* Het onderzoek moet inzicht geven in de resultaten en effecten van de sport-zorgtrajecten, de kritische succesfactoren en knelpunten. Het evaluatieonderzoek kent een looptijd van 2008-2010.

De volgende onderzoeksvragen worden in dit evaluatieonderzoek beantwoord:

- 1 Welke methoden en programma's zijn ontwikkeld? Welke methoden worden ingezet, wat is de werkwijze, wat kost het en hoe is invulling gegeven aan de samenwerking tussen sport en jeugdzorg?
- 2 Heeft deelname aan een sport-zorgtraject een meerwaarde voor wat betreft de vermindering van gedragsproblematiek van jongeren die in het kader van jeugdzorg hulp ontvangen? Zijn er verschillen in effect tussen takken van sport, type sportaanbieders, type aanpakken en soorten begeleiding en dergelijke?

Noot 1 Jeugdzorg kan bestaan uit jeugdhulp (alle vormen van ambulante hulpverlening, zoals opvoedingscursussen, vaardigheidstrainingen, orthopedagogische begeleiding, speltherapie enz.) en/of verblijf (24-uursverblijf, dagverblijf, verblijf bij een pleegouder). Jeugdhulp en verblijf worden altijd aangeboden en uitgevoerd door een zorgaanbieder en kunnen zowel in een vrijwillig kader plaatsvinden als in een gedwongen kader (ondertoezichtstelling).



- 3 Op welke wijze en onder welke randvoorwaarden kunnen sport-zorgtrajecten het beste worden vormgegeven? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren?

#### 1.4 Methodische opzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zet DSP-groep drie onderzoeksmethoden in, te weten: beschrijvend onderzoek, effectevaluatie en procesevaluatie. In de eerste twee jaren van het onderzoek (2008 en 2009) ligt de nadruk op het beschrijvend onderzoek en de procesevaluatie. In het laatste onderzoeksjaar (2010) ligt de nadruk op de effectevaluatie. Dat heeft te maken met de ontwikkeling die de sport-zorgtrajecten doormaken: het eerste (en soms ook tweede) jaar stond vooral in het teken van de opbouw van de sport-zorgtrajecten (afstemming, invulling aanbod, werving deelnemers enz.), het tweede jaar op uitbouw en consolidering en vooral in het laatste jaar dienen alle voorbereidingen en inspanningen zich uit te betalen in effecten. De verschillende onderzoeksinstrumenten zijn primair verspreid via de sportcoördinatoren van de sport-zorgtrajecten. Zij vormen het centrale aanspreekpunt van DSP-groep in het evaluatieonderzoek, aangezien zij doorgaans een spilfunctie hebben in de sport-zorgtrajecten.<sup>2</sup> Omdat de medewerking van de sportcoördinatoren cruciaal is worden zij jaarlijks meerdere malen telefonisch en per e-mail benaderd om het verloop van het onderzoek te bewaken c.q. te bevorderen. Daarnaast zijn en worden de zorgcoördinatoren en sportbonden geïnformeerd en geïnstrueerd.

##### 1.4.1 Beschrijvend onderzoek

Zoals gezegd hebben de sport-zorgtrajecten, binnen de genoemde kaders (zie 1.2), een grote mate van vrijheid. De trajecten hebben een pilotgericht en vernieuwend karakter en verschillen dan ook sterk voor wat betreft doel, doelgroep (leeftijd, geslacht, aard/zwaarte problematiek), interventie (intensiteit, tak van sport, kenmerkende ingrediënten van aanpak) en organisatie (personeel, samenwerking, plaats binnen sport- en zorgaanbieder, financiën). Feitelijk is er sprake van 50 casussen. Op basis van beschikbare gegevens (analyse van projectplannen, aangevuld met interviews) is in de eerste tussenrapportage begin 2009 een voorlopige typologie beschreven. Vanaf 1 januari 2009 monitoren we een aantal basisgegevens van de in- en uitstromende jongeren. Hiervoor is een digitaal registratieformat ontwikkeld, dat de sportcoördinator in samenspraak met de begeleider jeugdzorg invult. Eind 2009 hebben we registratiegegevens voorhanden van 695 jeugdigen van 38 sport-zorgtrajecten. Niet altijd is het registratieformat compleet ingevuld.<sup>3</sup> Van vijf trajecten hebben we vooralsnog geen gegevens ontvangen en vier trajecten hebben nog geen deelnemers. Twee trajecten zijn tussentijds gestopt; een traject is nooit van de grond gekomen. In deze rapportage wordt aan de hand van de basisgegevens de typologie uit de eerste tussenrapportage verder aangescherpt.

Noot 2 Bovendien ontvangen de sportaanbieders via de bonden de middelen voor de uitvoering van de sport-zorgtrajecten, inclusief onderzoek.

Noot 3 Zo is met één traject afgesproken om alleen het aantal deelnemers en het aantal keer dat ze deelnemen te registreren. Dit traject is iets anders van aard (een onderdeel van het vrijetijdsaanbod binnen de justitiële inrichting) en het verloop is groot.

## 1.4.2 Effectevaluatie

Bij de effectevaluatie gaat het om het vaststellen van de effecten van deelname aan sport-zorgtrajecten op de gedragsproblematiek van de jongeren. De hoofdvraag is of er sprake is van een verbetering van de situatie van de jongeren ten gevolge van deelname aan een sport-zorgtraject. Effecten kunnen liggen op het vlak van gedrag (acceptatie van regels, omvang van sociaal netwerk, pro- en antisociaal gedrag, enz.) en/of houding/attitude (sportiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld, enz.).

Om de effecten in kaart te brengen meten we op drie niveaus: op het niveau van de sporttrainer (buitenstaanderperspectief 1), op het niveau van de hulpverlener of mentor van de jongeren (buitenstaanderperspectief 2) en op het niveau van de jongeren zelf. Hiervoor zetten we de volgende instrumenten in:

- 1 Op het niveau van de sporttrainer en hulpverlener wordt gewerkt met een digitaal registratieformat. In gezamenlijk overleg geven zij in dit instrument per jongere aan in welke mate de twee belangrijkste doelen van desbetreffende jongere zijn bereikt (zie 1.4.1). Eind 2009 is deze informatie beschikbaar van 130 jongeren die hun sport-zorgtraject hebben afgerond.
- 2 Op het niveau van de hulpverleners (mentoren) van deelnemende jongeren wordt gewerkt met een evaluatieformulier. Hen wordt gevraagd om na afloop van ieder traject per jongere een evaluatieformulier in te vullen over zijn of haar eventuele vooruitgang op een aantal kernaspecten. Deze evaluatieformulieren worden in 2010 verzameld en geanalyseerd voor de effectmeting. Eind 2009 hebben we 48 van deze vragenlijsten retour ontvangen. Redenen voor het *niet* invullen van deze vragenlijsten:
  - Er is veelal geen rechtstreeks contact tussen de sportcoördinator en de hulpverleners/mentoren van de jeugdige (hulpverlener kan niet worden aangestuurd door de sportcoördinator).
  - Ook de centrale coördinator bij de jeugdzorgaanbieder heeft veelal geen rechtstreeks contact met de hulpverleners/mentoren.
  - Er is een groot verloop onder hulpverleners.
  - Jongeren stoppen tussentijds met het sport-zorgtraject, omdat jeugdzorg voor hen stopt of zij worden overgeplaatst.
  - Er is nog niet gestart met het uitzetten van vragenlijsten; onderzoek heeft geen prioriteit.
- 3 Op het niveau van de jongeren zelf wordt gewerkt met de SDQ. Jongeren, die meedraaien in een sport-zorgtraject, vragen we vooraf en na afloop van het traject de SDQ in te vullen. SDQ staat voor 'Strengths and Difficulties Questionnaire'; een gevalideerde vragenlijst die inzicht biedt in gedragsaspecten en psychosociale problemen. Het is een instrument dat goed aansluit bij de jeugdhulpverlening en geschikt is voor bredere leeftijdsgroepen. Aan de SDQ is een aantal items toegevoegd over sporten en sportdeelname. De SDQ's worden eind 2010 verzameld en geanalyseerd voor de effectmeting. Eind 2009 hebben we van 13 jongeren een voor- en nameting ontvangen.  
Het (laten) afnemen van de SDQ bij de deelnemers is in 2009 moeizaam op gang gekomen. Er zijn verschillende redenen voor:
  - Het werken met instrumenten is nieuw voor sporttrainers (het heeft veelal niet hun prioriteit) en niet in alle trajecten is er direct contact tussen sporttrainer en directe hulpverlener van de jeugdige;
  - Ruim 300 jongeren zijn al in 2008 gestart met hun sport-zorgtraject. Een voormeting was bij deze jongeren niet meer mogelijk.

- Veel deelnemende jongeren, die in 2009 met een sport-zorgtraject zijn gestart, gaan er nog mee door in 2010; de nameting dient hier nog plaats te vinden.
- Tot slot is bij een aantal specifieke doelgroepen in onderling overleg afgesproken dat geen afname van de SDQ plaatsvindt: kinderen jonger dan 12 jaar omdat de SDQ te moeilijk voor hen is, jongeren in de justitiële inrichting vanwege het grote verloop en de onderzoeksmoeheid bij de jongeren.

Zoals gezegd staat de effectevaluatie centraal in de eindrapportage, die begin 2011 verschijnt. Dan ook zullen gevonden effecten worden afgezet tegen verschillende variabelen van de pilots, die in het beschrijvend onderzoek (zie 1.4.1) in kaart worden gebracht. Dit om te achterhalen welke variabelen vooral van invloed zijn op uiteindelijke effecten en dus bepalend zijn voor succes. In deze tussenrapportage lopen we alvast vooruit op de resultaten van de effectevaluatie, maar in beperkte mate. De respons is immers vooralsnog te beperkt om nu al vergaande conclusies te kunnen trekken. Wel geven de eerste resultaten een goede indicatie van de kracht van sport-zorg.

### 1.4.3 Procesevaluatie

De kwantitatieve evaluatie richt zich op alle vijftig sport-zorgtrajecten. Daarnaast wordt een selectie van negen trajecten intensiever gevolgd.<sup>4</sup> Doel hiervan is om lessen te trekken uit hun ervaringen (goede en slechte), om zo zicht te krijgen op kritische succesfactoren en knelpunten. Zie bijlage 1 voor het overzicht van de negen verdiepingspilots.

De verdiepingspilots worden gedurende de looptijd van het onderzoek (2008 tot en met 2010) jaarlijks bezocht om een training bij te wonen (observatie) en interviews te houden met de belangrijkste betrokkenen, zoals de sport- en zorgcoördinator, trainer(s), zorgbegeleider(s) en waar mogelijk/relevant ook gemeente, ouders en/of jongeren<sup>5</sup>. Tevens zijn en worden de kernbetrokkenen in 2009 en 2010 tussentijds nog een keer telefonisch benaderd om de laatste stand van zaken te peilen. Op die manier wordt zicht verkregen op wat goed en wat minder goed gaat, welke knelpunten op welke wijze worden opgelost en wat dit samen aan leerervaringen oplevert.

## 1.5 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk volgt in hoofdstuk 2 een beschrijving van de sport-zorgpilots: op welke doelen en doelgroepen richten de trajecten zich, wie zijn erbij betrokken, hoe zijn ze opgezet en welke typen vallen te onderscheiden? Hoofdstuk 3 zet de eerste resultaten en effecten op een rij. De vraag die hier centraal staat is in hoeverre jongeren in de jeugdzorg baat hebben bij deelname aan de sport-zorgtrajecten.

Noot 4 De verdiepingspilots zijn primair geselecteerd op basis van diversiteit in type, aantal deelnemers en looptijd: er zijn trajecten geselecteerd met uiteenlopende aanpakken (opdat we die kunnen vergelijken) en bovendien moesten de projecten al enige tijd draaien (een zekere mate van organisatie is vereist) en een substantieel aantal deelnemers per jaar hebben (kritische massa). Aanvullend is tevens ingezet op spreiding wat betreft takken van sport.

Noot 5 Dit aan de hand van een half-gestructureerde vragenlijst met zowel open als gesloten vragen, die tevens ruimte biedt om door te vragen om zo ook verdiepende informatie boven tafel te krijgen.

Hoofdstuk 4 gaat vervolgens in op de kritische succesfactoren en knelpunten, zoals gevonden bij de negen verdiepingspilots. Tot slot bevat hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

## 2 Beschrijving van de sport-zorgtrajecten

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de sport-zorgtrajecten. De gegevens zijn gebaseerd op de projectplannen en de registratiegegevens die van 38 sport-zorgtrajecten beschikbaar waren.

Achtereenvolgens gaan we in op de volgende vragen:

§2.1 Om hoeveel trajecten per gemeente, zorgaanbieder en bond gaat het?

§2.2 Op wie c.q. welke doelgroepen richten de trajecten zich en hoeveel jongeren bereiken zij?

§2.3 Welke doelen streven de sport-zorgtrajecten na?

§2.4 Hoe zijn de sport-zorgtrajecten opgezet: welke interventies en aanpakken komen we tegen?

§2.5 Welke typen sport-zorgtrajecten vallen hieruit af te leiden?

### 2.1 Overzicht: aantal lopende sport-zorgtrajecten

Eind 2009 lopen 47 van de vooraf beoogde vijftig sport-zorgtrajecten. Drie trajecten (van de JBN, KNGU en KNBSB) zijn stopgezet vanwege problemen in de samenwerking tussen sportvereniging en jeugdzorgaanbieder.<sup>6</sup> Vier trajecten hebben eind 2009 nog geen deelnemers; de eerste deelnemers starten hier in 2010.

Intussen is een aantal sportbonden (vooral de KNVB en de JBN) begonnen met de uitrol van nieuwe trajecten, deels ook in andere gemeenten en in samenwerking met andere jeugdzorgaanbieders. Deze nieuw opgestarte trajecten worden niet meegenomen in het evaluatieonderzoek. Het betrof eind 2009 circa 20 trajecten.

De gevolgde sport-zorgtrajecten vinden plaats in elf gemeenten. Er zijn vijftien zorgaanbieders en acht sportbonden bij betrokken.<sup>7</sup> De sporten die worden aangeboden zijn: atletiek (Atletiekunie), judo (JBN), gymnastiek en dans (KNGU), korfbal (KNKV), kracht- en vechtsport<sup>8</sup> en fitness (KNKF), futsal en voetbal (KNVB), waterpolo en zwemmen (KNZB) en basketball (NBB). De KNVB (15), KNKF (11) en de JBN (9) nemen samen ruim tweederde van de sport-zorgtrajecten voor hun rekening. De verhouding tussen trajecten met individuele sporten (KNKF, JBN, Atletiekunie, KNGU) versus teamsporten (KNVB, KNZB, NBB, KNKV) is vrijwel gelijk.

In de meeste gevallen is bij een sport-zorgtraject één zorgaanbieder, één sportvereniging of sportschool en één gemeente betrokken. Daar zijn echter uitzonderingen op. Zo werken in sommige trajecten een of meerdere sportverenigingen samen met een of meerdere zorgaanbieders. Hierdoor is het aantal samenwerkingsverbanden hoger dan het aantal sport-zorgtrajecten.

Noot 6 Twee van deze trajecten (een van de JBN en een van de KNGU) zijn wel gestart met een aantal jongeren, maar zijn in de loop van 2009 stopgezet. Een traject van de KNBSB sloot aan op een preventietraject waarin ook jongeren uit de jeugdzorg participeerden. Na verkennende gesprekken tussen sport en jeugdzorg is aan de samenwerking geen verdere invulling gegeven. In een ander beoogd traject van de KNSBB is het om vergelijkbare redenen niet tot het opstarten van een sport-zorgtraject gekomen.

Noot 7 De KNBSB heeft geen trajecten meer: zie vorige voetnoot.

Noot 8 Hierbij gaat het om jiu-jitsu, boksen, thaiboksen, kickboksen en/of taekwando.

Schema 2.1 biedt een overzicht van de 47 lopende sport-zorgtrajecten, uitgesplitst naar gemeente, zorgaanbieder en sportbond.

Schema 2.1 Overzicht sport-zorgtrajecten eind 2009

Gemeente	Zorgaanbieder	Sportbonden (aantal sport-zorgtrajecten indien meer dan één)	Aantal lopende sport-zorgtrajecten
Amsterdam	Spirit/Altra	JBN, KNBSB (gestopt), KNGU, KNKF, NBB, KNVB (3)	7
Arnhem	Pactum/Lindenhout	KNKF, KNGU (gestopt), JBN (gestopt)	1
Den Haag	Jeugdformaat/Het Palmhuis	KNKF, KNVB (2), NBB, JBN	5
Dordrecht	Trivium	KNKF, KNKV, KNVB	3
Eindhoven	De Combinatie	JBN, KNKF, KNVB, KNZB, NBB, KNGU	6
Enschede	Jarabee	JBN (2), KNKF, KNKV, KNVB (2), NBB	7
Nijmegen	Entréa/Hunnerberg	JBN, Atletiekunie, KNKF, KNVB, NBB	5
Rotterdam	Flexus/Horizon/Stek	JBN, KNKF, KNVB (2), KNZB, NBB	6
Tilburg	Kompaan	KNKF	1
Utrecht	Lijn 5 OPL	KNKF, KNVB, JBN	3
Zaanstad	Spirit/Altra	JBN, KNKF, KNVB	3
Totaal			47

## 2.2 Doelgroep

### *Aantal deelnemers per traject*

Het aantal deelnemers per sport-zorgtraject loopt sterk uiteen. Het varieerde in 2009 van 1 tot 96 deelnemers. Zoals gezegd hadden vier trajecten in 2009 geen deelnemers. De grote verschillen in aantallen deelnemers hebben deels te maken met de looptijd van de verschillende type trajecten. In de trajecten, waarbij jeugdzorgjongeren deel gaan uitmaken van reguliere teams of groepen, wordt in de projectplannen vaak gesproken van minimaal vier jongeren per seizoen c.q. jaar. Dit is conform de vooraf gestelde norm. Nog niet alle trajecten halen die norm. Daar tegenover staan trajecten waarbij een aantal keer per jaar een nieuwe groep van 10 tot 15 jongeren deelnemen aan een cursus van zes tot acht weken (zie ook 2.4).

De JBN (204 deelnemers), KNKF (182) en KNVB (78) zijn de bonden met het grootste aantal deelnemers in 2009.<sup>9</sup> Zie tabel 1 voor het aantal deelnemers per bond.

Voorts zijn de doelgroepen, waar de sport-zorgtrajecten zich op richten, divers naar sekse, leeftijd en aard/zwaarte van de problematiek.

### *Sekse*

Uit de registratiegegevens blijkt dat ongeveer 70 procent van de deelnemers jongens zijn. De percentages verschillen sterk per sportbond. De KNGU (72%), Atletiekunie (50%) en de KNKV (50%) zijn de bonden met het hoogste aandeel meisjes. Zie ook tabel 1.

Aan de meeste trajecten (25) doen zowel jongens als meisjes mee. In elf trajecten participeren alleen jongens. Twee trajecten richten zich specifiek op meisjes. Dat geldt voor de sociale weerbaarheidstrainingen van de JBN en

Noot 9 Gebaseerd op de opgave van de sportcoördinatoren in het digitale registratieformat. Zie ook 1.4.1.

jazzdans van de KNGU. De KNVB trajecten staan in principe ook open voor meisjes maar dan vooral in gemengde teams. Bij enkele deelnemers is aangegeven dat ze gestopt zijn met het sport-zorgtraject omdat ze graag in een meidenteam wilden voetballen en dit binnen de vereniging niet aanwezig is. Waar binnen een aantal sport-zorgtrajecten van de KNKF oorspronkelijk gedacht werd aan aparte groepstrajecten voor jongens en meisjes zijn meisjes in de loop van 2009 samen met jongens gaan participeren. De ervaringen in die trajecten zijn positief.

Tabel 2.1 Aantal deelnemers en verhouding jongens en meisjes per bond

Bond	Aantal deelnemers	jongens	Meisjes
Atletiekunie	96	50%	50%
JBN	204	84%	16%
KNGU	39	28%	72%
KNVB	78	88%	12%
KNKF <sup>10</sup>	182	60%	40%
KNKV	4	50%	50%
KNZB	32	66%	31%
NBB	53	72%	28%
totaal	688 <sup>11</sup>	68%	32%

### *Leeftijd*

Het gros van de sport-zorgtrajecten is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar. Van de 541 deelnemers van wie de leeftijd bekend is, is 90% ouder dan 12 jaar.<sup>12</sup>

Aan 21 trajecten nemen zowel kinderen boven als onder de 12 jaar deel en aan 17 trajecten alleen jeugdigen van 12 jaar en ouder. Enkele trajecten hebben onderdelen die zich specifiek op jongere kinderen richten. Bij sommige trajecten is de leeftijd niet nader gespecificeerd: de hele groep van 6- tot 18-jarigen kan deelnemen. Het gaat hier om trajecten waarbij deelnemers worden opgenomen in reguliere trainingsgroepen of teams. Voorts hanteren enkele trajecten een hogere maximum leeftijd: zij staan open voor deelnemers tot 23 jaar. Tenslotte zijn er trajecten waaraan bestaande groepen van de jeugdzorgaanbieder deelnemen. Deze groepen hanteren de bij de jeugdzorgaanbieder gehanteerde leeftijdsindeling.

### *Specifieke gedragsproblematiek*

Sommige van de sport-zorgtrajecten richten zich op specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld jeugdigen met een licht verstandelijke handicap (LVG). Twee trajecten richten zich op jongeren die in een justitiële inrichting zijn geplaatst. In eerste instantie waren dit zowel jongeren met een civielrechtelijke als met een justitiële maatregel. Vanaf 2010 gaat het alleen om jongeren met een justitiële maatregel. Eén traject is een samenwerking met een aanbieder van jeugd-ggz.

Bij bijna de helft van de jongeren, waarover we informatie hebben ontvangen, is melding gemaakt van specifieke gedragsproblematiek, te weten:

- 146x agressieproblematiek
- 57x licht verstandelijke handicap.
- 48x ADHD
- 23x Autisme spectrumstoornis (ASS)

Noot 10 Van 7 deelnemers van KNKF-trajecten is het geslacht niet aangegeven in het registratiebestand.

Noot 11 Van 7 jeugdigen is de sekse niet ingevuld.

Noot 12 Van 58 jongeren is de geboortedatum of leeftijd niet weergegeven in het registratiebestand.

Binnen een aantal trajecten wordt de sporttrainer echter niet geïnformeerd over eventuele specifieke problematiek van deelnemers. Veelal is dat een bewuste keuze: juist in de sport is iedereen gelijk en moeten de trainers de deelnemers zo onbevooroordeeld mogelijk tegemoet treden om een *'self-fulfilling prophecy'* te voorkomen. Soms wordt de trainers wel verteld op *'welke knopjes ze wel of niet mogen drukken'*. Dit zijn vaak ook trajecten waar een hulpverlener van jeugdzorg als co-trainer of als observant aanwezig is tijdens het sporten.

In een aantal sport-zorgtrajecten, waarbij jeugdzorgjongeren in reguliere teams worden opgenomen, worden jongeren met te zware gedragsproblematiek uitgesloten, omdat zij een te intensieve begeleiding nodig hebben.

### 2.3 Doelen

Afgaande op de projectplannen hebben alle sport-zorgtrajecten als primair doel om gedragsverandering bij de jeugdigen te bewerkstelligen. Circa tweederde wil deelnemers tevens een zinvolle vrijetijdsbesteding bieden; veelal wordt in dat kader specifiek ingezet op doorstroming van (tenminste een deel van de) jongeren naar reguliere sportdeelname. In de projectplannen worden ook doelen op het gebied van sociale contacten genoemd. Een kwart van de sport-zorgtrajecten richt zich, afgaande op de projectplannen, expliciet op het vergroten van de sociaal-economische zelfstandigheid van deelnemers. Deze trajecten bieden de jongeren de mogelijkheid om een opleiding tot bijvoorbeeld (assistent-)trainer of scheidsrechter te volgen of laten ze kennismaken met vrijwilligersfuncties binnen de sportvereniging.

Op het niveau van de deelnemers worden ook doelen geformuleerd. In sommige trajecten zijn die doelen voor alle jongeren van een traject gelijk, in andere trajecten worden doelen toegesneden op (de specifieke problematiek van) individuele jongeren. Bij de meeste deelnemers worden meerdere doelen beoogd met deelname aan het sport-zorgtraject, soms tot wel zes. Daar staat tegenover dat voor 94 deelnemers individuele doelen ontbreken.

De meeste door de sportcoördinatoren en hulpverleners genoemde individuele doelen zijn het leren omgaan met regels en afspraken en het aanbieden van een zinvolle vrijetijdsbesteding<sup>13</sup>, op enige afstand gevolgd door het bevorderen van sociale vaardigheden: zie tabel 2. Het bevorderen van zelfbeeld en zelfvertrouwen en het bevorderen van zelfbeheersing en agressieregulering worden ook relatief vaak als doel benoemd. Op individueel niveau blijkt kennismaking met de rol van trainer of begeleider nauwelijks een doel.

Noot 13 Achterliggend doel hier is dat jongeren via sport in een sociaal netwerk functioneren aansluiting (her)vinden met de 'gewone' maatschappij.



Tabel 2.2 Overzicht van individuele doelen van de sport-zorg trajecten<sup>14</sup> (n=601)

Doel	Aantal x percentage genoemd	
Omgaan met regels en afspraken	240	40
Aanbieden van zinvolle vrijetijdsbesteding/aansluiting (her)vinden met de 'gewone' maatschappij	239	40
Bevorderen van sociale vaardigheden, zoals samenwerking	197	33
Bevorderen van zelfbeeld en zelfvertrouwen	156	26
Bevorderen van zelfbeheersing en agressieregulering	144	24
Bevorderen van weerbaarheid en verminderen van angst	97	16
Onbekend	94	16
Aanleren van zelfdiscipline en doorzettingsvermogen	86	14
Verbeteren motoriek	58	9
Ontwikkelen van het sociaal netwerk	41	7
Overige	24	4
Opleiding tot of kennismaking met rol van trainer, begeleider etc..	1	0.2

## 2.4 Interventie

Zoals gezegd hebben de sport-zorgtrajecten een experimentele opzet en is hen om die reden ruimte geboden om – binnen globale kaders (zie paragraaf 1.2) – op eigen wijze en naar eigen inzicht invulling te geven aan het concept 'sport-zorg'. Dat heeft geleid tot zeer uiteenlopende interventies die op een aantal punten van elkaar verschillen. De belangrijkste verschillen liggen op vier vlakken, zo constateerden we ook al in de eerste tussenrapportage:

### 1 *Geïntegreerd versus niet-geïntegreerd*

Sporten de deelnemers vanuit jeugdzorg met elkaar (niet-geïntegreerd) of ook samen met niet-jeugdzorgjongeren (geïntegreerd)?

Circa de helft van de trajecten (18) valt in de categorie 'geïntegreerd': de jeugdzorgjongeren worden hier geplaatst in reguliere teams of trainingsgroepen bij de sportaanbieder. Zij doen gewoon mee aan het reguliere programma, maar krijgen doorgaans wel extra aandacht en ondersteuning. In zeventien trajecten sporten de deelnemers niet-geïntegreerd. Dit heeft als voordeel dat het sportaanbod specifiek kan worden toegesneden op de doelgroep. In twee trajecten is er sprake van een gefaseerde opbouw: jongeren starten hier in een apart traject met alleen jeugdzorgjongeren en gaan vervolgens over op geïntegreerd sporten. Van één traject is niet bekend of de jongeren al dan niet geïntegreerd sporten.

### 2 *Individuele versus groepstraining*

Het gros van de deelnemers van de sport-zorgtrajecten traint in groepsverband. Groepstraining biedt de mogelijkheid om te werken aan gedragsverbetering op sociaal vlak en bovendien kan groepsdynamica het leerproces bevorderen. In vijf trajecten, allen van de KNKF en specifiek gericht op agressieregulatie of het verhogen van weerbaarheid, is er sprake van individuele training of de mogelijkheid tot individuele training.<sup>15</sup> De sporttrainer werkt dan één op één met een jongere. Hierdoor kunnen de trainingen individueel op maat worden gesneden.

Noot 14 De 96 jongeren die in 2009 hebben deelgenomen aan het sport-zorgtraject van de Atletiekunie in JJI De Hunnerberg zijn hierin meegenomen. Bij deze deelnemers is het doel: kennismaking met sport als onderdeel van vrijetijdsaanbod. De jongeren waarvoor geen individuele doelen bekend zijn, zijn niet meegenomen in de rapportage.

Noot 15 Tot eind 2009 was bij een traject enkel individuele training mogelijk. Vanaf 2010 biedt dit traject ook een groepstraining. Dit betekent dat bij deze vijf trajecten individuele training een mogelijkheid is en daarnaast groepstraining al dan niet geïntegreerd tot de mogelijkheden behoort.

### 3 De locatie: bij de sportaanbieder of bij de jeugdzorgaanbieder

Veruit de meeste sport-zorgtrajecten (32) vinden plaats bij de sportaanbieder. Dat ligt ook voor de hand, omdat daar de faciliteiten (zwembad, sportveld, materialen) aanwezig zijn, wat een goede en waarachtige introductie in de betreffende tak van sport bevordert. In vier trajecten sporten de deelnemers echter op de locatie van de jeugdzorginstelling. In één traject wordt zowel op de locatie van de sport- als van de jeugdzorgaanbieder gesport. Het sporten op de locatie van de jeugdzorgaanbieder heeft drie redenen:

- Deze omgeving is vertrouwd voor deelnemers c.q. de stap naar een sportaanbieder is volgens betrokkenen uit de jeugdzorg (vooralsnog) te groot.
- Het sport-zorgtraject maakt verplicht onderdeel uit van de dagbehandeling en binnen de locatie van de dagbehandeling zijn sportfaciliteiten aanwezig; dat scheelt tijd (efficiëntie).
- De deelnemers zitten in een justitiële jeugdinrichting (jji) en mogen het terrein niet af.

### 4 Duur en intensiteit van het aanbod

De duur en intensiteit van de sport-zorgtrajecten varieert sterk: van een cursus van in totaal 4 trainingen van een uur tot een jaar lang driemaal per week anderhalf uur sporten.

Bij de teamsporten (veelal geïntegreerde trajecten) wordt doorgaans het reguliere sportseizoen aangehouden. Voor deelnemers aan de sport-zorgtrajecten van de KNVB betekent dat bijvoorbeeld dat zij van september tot en met mei deel uitmaken van een regulier team en met dat team doordeweeks één of twee keer meetrainen, in het weekend een competitiewedstrijd spelen en in april/mei soms nog meedoen aan toernooien. Bij dergelijke geïntegreerde trajecten blijven jongeren veelal gewoon lid van de sportvereniging met als gevolg dat er geen duidelijk gemarkeerd einde van het sport-zorgtraject is.

Bij de individuele sporten hangt de looptijd vooral af van de vraag of het traject een vooropgezette werkvorm heeft met een aantal vaste modules en/of zich richt op individuele doelen van de jeugdigen. De looptijd van deze trajecten varieert van zes weken tot acht maanden. Bij deze trajecten is er doorgaans wel sprake van een duidelijk begin- en eindpunt (bijvoorbeeld een vast aanbod van 12 lessen), hoewel er ook jongeren zijn die tussentijds uitstromen vanwege een overplaatsing of uitstroom uit jeugdzorg.

## 2.5 De typologie 'sport-zorg'

In de eerste tussenrapportage presenteerden we een typologie van sport-zorgtrajecten, gebaseerd op een aantal van kenmerkende verschillen (hiervoor genoemd) tussen de trajecten. Zie schema 2.2.

Schema 2.2 Typen sport-zorgtrajecten

	<i>geïntegreerd of niet-geïntegreerd</i>	<i>individuele - of groepstraining</i>	<i>Locatie</i>
'Meedoen' <sup>plus</sup>	geïntegreerd	groepstraining	bij sport
'Uitwedstrijd'	niet-geïntegreerd	groepstraining	bij sport
'Thuiswedstrijd'	niet-geïntegreerd	groepstraining	bij zorg
'Privés'	niet-geïntegreerd	individuele training	bij sport

Zie bijlage 3 voor de – in vergelijking met de vorige tussenrapportage aangescherpte – beschrijving van de vier typen sport-zorgtrajecten. De typologie maakt grofweg duidelijk op welke manieren sport kan worden ingezet voor jongeren in de jeugdzorg. Dat is van belang voor de verdere uitrol van sport-zorg. In het kader van de effectevaluatie is het voorts van belang om na te gaan of het ene type meer effect bij jongeren sorteert dan het andere. Pas in de eindrapportage begin 2011 kunnen daarover conclusies worden getrokken.

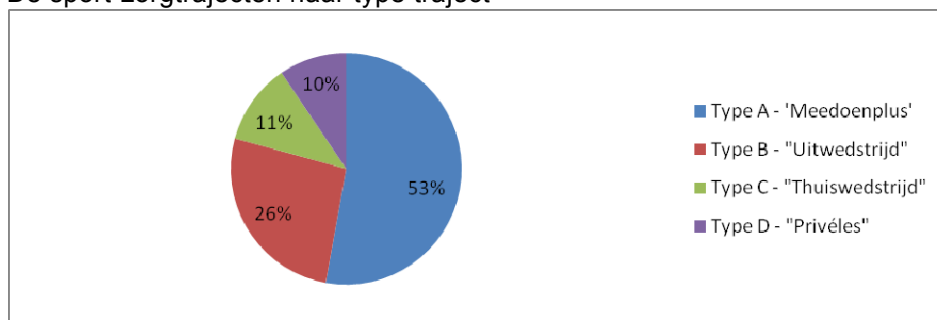
#### *De vier typen in de praktijk*

Hoe laten de vijftig sport-zorgtrajecten zich verdelen over de vier onderscheiden typen? Tabel 3 en figuur 1 laten zien dat 'Meedoen<sup>plus</sup>' verreweg het meeste wordt toegepast, vooral door de teamsporten. Meer dan de helft van de trajecten valt in dit type. Ruim een kwart van de trajecten is te typeren als 'Uitwedstrijd'. Het gaat hierbij vooral om groepstrainingen van de individuele sporten judo (JBN) en vechtsporten (KNKF). De typen 'Thuiswedstrijd' en 'Privés' komen minder vaak voor.

Tabel 2.3 Aantal sport-zorgtrajecten naar type traject en sportbond<sup>16</sup>

Sportbond	Meedoen <sup>plus</sup>	Uitwedstrijd	Thuiswedstrijd	Privés	Onbekend
Atletiekunie	0	0	1	0	0
JBN	1	5	3	0	0
KNGU	1	0	0	0	1
KNVB	15	0	0	0	0
KNKF	1	9	1	5	0
KNKV	2	0	0	0	0
KNZB	1	1	0	0	0
NBB	6	0	1	0	0
Totaal	27	15	6	5	1

Figuur 2.1 De sport-zorgtrajecten naar type traject



#### *Doelen per type traject*

In hoeverre hangt het type traject samen met de doelen die worden nagestreefd? Met andere woorden: leent het ene type traject zich meer voor doel A en het andere type traject meer voor doel B? Om die vraag te beantwoorden is in tabel 4 per type traject bepaald bij hoeveel procent van de deelnemers de zeven meeste voorkomende doelen worden nagestreefd.

Noot 16 Sommige sport-zorgtrajecten bieden twee typen trajecten, bijvoorbeeld "Meedoen<sup>plus</sup>" en 'Thuiswedstrijd'. Deze trajecten zijn in dit overzicht twee maal meegeteld.

Tabel 2.4 Doelen per type traject in percentage deelnemers

Doel	Meedoen <sup>plus</sup>	Uitwedstrijd	Thuiswedstrijd	Privés
Omgaan met regels en afspraken	34%	46%	58%	2%
Aanleren van zelfdiscipline en doorzettingsvermogen	20%	11%	22%	5%
Bevorderen van zelfbeheersing en agressieregulering	14%	22%	29%	71%
Bevorderen van zelfbeeld en zelfvertrouwen	17%	32%	29%	20%
Bevorderen van weerbaarheid en verminderen van angst	9%	12%	22%	63%
Bevorderen van sociale vaardigheden, zoals samenwerking	29%	41%	33%	5%
Aanbieden van zinvolle vrijetijdsbesteding / aansluiting (her)vinden met de 'gewone' maatschappij	41%	11%	42%	2%

Hoewel alle doelen bij alle type trajecten voorkomen, stellen we een aantal verschillen vast:

- Bij deelnemers van *Meedoen<sup>plus</sup>* wordt vooral het aanbieden van zinvolle vrijetijdsbesteding, omgaan met regels en afspraken en bevorderen van sociale vaardigheden beoogd.
- Bij deelnemers aan een *Thuiswedstrijd* wordt aan dezelfde doelen gewerkt als bij *Meedoen<sup>plus</sup>*. Echter bij bijna een derde van deze jeugdigen is bevorderen van zelfbeheersing en agressieregulering en/of bevorderen van zelfbeeld en zelfvertrouwen ook een doel.
- Met een *Uitwedstrijd* wil men vooral werken aan het omgaan met regels en afspraken, het bevorderen van sociale vaardigheden en het bevorderen van zelfbeeld en zelfvertrouwen.
- In *Privés* gaat het vooral om het bevorderen van zelfbeheersing en agressieregulatie en/of het bevorderen van weerbaarheid en verminderen van angst

### 3 De eerste resultaten en effecten van sport-zorg

Hoewel het nog te vroeg is om vergaande conclusies te trekken, zetten we in dit hoofdstuk de eerste resultaten en effecten van de sport-zorgtrajecten op een rij. Het gaat daarbij om resultaten en effecten die liggen op het niveau van de jongeren in de jeugdzorg, oftewel de deelnemers. Zij zouden immers, volgens de doelstellingen van het project, profijt moeten hebben van sport-zorg. De vraag is in hoeverre dat ook het geval is, voor zover we daar nu al wat over kunnen zeggen.

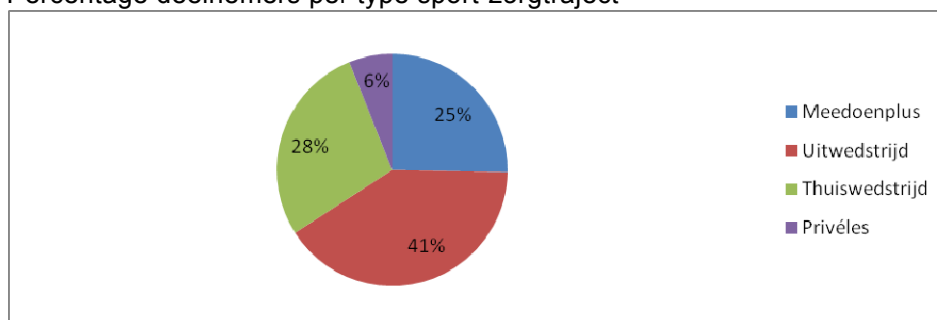
#### 3.1 Aantal deelnemers

Sinds de start van de eerste sport-zorgtrajecten najaar 2007 hebben *ten minste*<sup>17</sup> 900 jeugdigen in de jeugdzorg deelgenomen aan een sport-zorgtraject. Dat aantal kunnen we vaststellen op basis van de aangeleverde registratiegegevens in 2008 en 2009 in combinatie met de verkregen informatie uit telefonische belrondes met de sportcoördinatoren. Hoewel dit cijfer nog niks zegt over de mate van succes van de trajecten in de zin van gedragseffecten (zie verder in dit hoofdstuk), geeft het wel aan dat een groot aantal jongeren, die gemiddeld genomen niet of nauwelijks sportief actief zijn, in de gelegenheid zijn gesteld om kennis te maken met een sport (sport als doel).

##### *Deelnemers per type sport-zorgtraject*

Omdat we waar mogelijk ook uitspraken willen doen over eventuele verschillen in effect tussen de vier typen sport-zorgtrajecten geven we in figuur 3.1 weer hoe de deelnemers zijn verdeeld over de vier typen.

Figuur 3.1 Percentage deelnemers per type sport-zorgtraject



Voor alle duidelijkheid: in figuur 1 is gepercenteerd op project- en in figuur 2 op individueel (jongeren)niveau. Verschillen tussen beide figuren hebben te maken met het feit dat niet elk type traject evenveel jongeren bereikt. Zo gaat het bij 'Meedoen<sup>plus</sup>'-trajecten vaak maar om een beperkt aantal jongeren. In een regulier team kunnen immers slechts enkele jongeren met gedragsproblemen meedraaien om de groepsdynamiek niet te verstoren. Het gevolg hiervan is dat niet meer dan een kwart van alle sport-zorgdeelnemers aan een 'Meedoen<sup>plus</sup>'-traject heeft meegedaan, terwijl meer dan de helft van alle sport-zorgtrajecten dit type valt.

Noot 17 Van een aantal trajecten zijn geen (recente) deelnamecijfers beschikbaar.

De meeste sport-zorgdeelnemers (41%) hebben geparticipeerd in een Uitwedstrijd. Aan dit type trajecten kunnen per keer relatief veel jongeren deelnemen. Ruim een kwart van de deelnemers (28%) hebben een zogeheten Thuiswedstrijd gespeeld.<sup>18</sup> Privés tenslotte was voor slechts 6 procent van alle sport-zorgdeelnemers weggelegd. Het gaat hierbij in alle gevallen om agressieregulatie of weerbaarheidstraining binnen trajecten van de KNKF.

#### *Afronding en uitstroom*

Van 292 deelnemers is bekend dat zij hun hele sport-zorgtraject hebben doorlopen en afgerond<sup>19</sup>. Verder weten we dat ten minste 106 jongeren nog in traject zijn en van 56 is niet bekend of dit het geval is. Van nog eens 145 deelnemers is bekend dat zij voortijdig<sup>20</sup> zijn gestopt met hun sport-zorgtraject. In de meeste gevallen (circa drie kwart) heeft deze uitstroom echter een externe oorzaak: doordat de jongere wordt overgeplaatst naar een andere instelling of helemaal stopt met jeugdzorg stopt automatisch ook zijn of haar deelname aan het sport-zorgtraject. Trainers geven aan dat zij hierover vaak niet of niet tijdig worden geïnformeerd, met als gevolg dat het bij deze jongeren niet mogelijk is om een nameting uit te voeren.

Bij een relatief beperkt aantal jongeren is het traject afgebroken omdat zij zelf niet meer wilden meedoen of niet te motiveren waren. Een hele kleine minderheid moest gedwongen stoppen omdat zij niet te hanteren waren in de groep. Andere genoemde redenen voor uitval zijn: verhuizing, overstap naar een andere sport of andere vrijetijdsactiviteit, problemen met combinatie met andere bezigheden, blessures en te zware problematiek. Zie tabel 3.1 voor een overzicht van de redenen voor het voortijdig afbreken van trajecten en het aantal keer dat ze zijn genoemd.

Tabel 3.1 Redenen voor het 'voortijdig' afronden van trajecten

Reden	Aantal keer genoemd
Met jeugdzorg gestopt	38
Overgeplaatst naar een andere instelling	81
Niet te hanteren binnen sport-zorgtraject	8
De begeleiding krijgt de jongere niet gemotiveerd	9
De jongere wil niet meer	34
Overige redenen	38

### 3.2 Doorstroming naar reguliere sport

Van 91 jongeren is bekend dat zij zijn doorgestroomd naar reguliere sportdeelname: 72 binnen de vereniging van het sport-zorgtraject en 19 naar een andere vereniging. Van 98 jongeren is bekend dat ze *niet* zijn doorgestroomd naar reguliere sportdeelname. Van de overige jongeren, die hun sport-zorgtraject hebben afgerond, is dit niet bekend. Kijken we alleen naar de jongeren die hun sport-zorgtraject regulier hebben afgerond (n=292), dan stellen we vast dat van 25 procent van deze jongeren bekend is dat ze zijn doorge-

Noot 18 Dit is inclusief de 96 jeugdigen in het sport-zorgtraject van de Atletiekunie. Dit traject is van een iets ander type. Atletiek is daar ingebed in het aanbod aan vrijetijdsactiviteiten.

Noot 19 Van de 96 jongeren die hebben deelgenomen aan het traject van de Atletiekunie kan niet worden gezegd dat ze het traject hebben afgerond of doorlopen aangezien er geen sprake is van een traject. Atletiek is een van de vormen van vrijetijdsaanbod en de jongeren tekenen per korte cursus van een paar weken in.

Noot 20 'Voortijdig' gestopt is echter niet binnen alle trajecten op dezelfde manier te definiëren. Het hangt af van de vraag of bij aanvang van het traject een einddatum is vastgesteld en van het type traject.

stroomd naar reguliere sport, dat 10 procent *niet* is doorgestroomd en dat de doorstroming van de overige jongeren niet bekend is.

Vergelijking van de doorstroming binnen de vier verschillende type trajecten laat zien dat van de regulier afgeronde 'Meedoen<sup>plus</sup>' en 'Privés'-trajecten van 64 procent van de jongeren bekend is dat zij doorstromen naar reguliere sportdeelname. Bij Uitwedstrijd en Thuiswedstrijd is dit 10 respectievelijk 14 procent. Hierbij merken we op dat bij de Meedoen<sup>plus</sup> trajecten nog relatief veel jongeren in het traject zitten en dat het aantal jongeren dat deelneemt aan Privés laag is. Bovendien is het bij de jongeren die deelnemen aan Uitwedstrijd of Thuiswedstrijd vaker niet bekend bij de trainer of de jongere is doorgestroomd naar reguliere sport.

Bovenaanstaande leidt tot de voorzichtige conclusie dat, afgezet tegen reguliere sportstimuleringsprogramma's, een relatief hoog percentage deelnemers van sport-zorgtrajecten doorstroomt naar de georganiseerde sport in de vorm van lidmaatschap van een sportvereniging. Zeker als daarbij in ogenschouw wordt genomen dat dit geen specifiek doel is van het gros van de trajecten. Waar dat wel het geval is, namelijk in de meeste Meedoen<sup>plus</sup> trajecten, is het percentage jongeren dat doorstroomt zelfs opvallend hoog.

### 3.3 Doelrealisatie

Vooraf geven de sportcoördinatoren en hulpverleners per deelnemer aan welke individuele (gedrags)doelen zij nastreven met het sport-zorgtraject: zie 2.3. Zodra jongeren het sport-zorgtraject hebben afgerond geven zij aan of en zo ja in welke mate volgens hen de twee belangrijkste doelen zijn bereikt. Eind 2009 is dat van 130 deelnemers bekend. Bij deze deelnemers zijn de belangrijkste twee individuele doelen:

- Behaald (29 procent).
- Enigszins behaald (60 procent).
- Niet behaald (11 procent).

In de eindevaluatie zal in de analyses van de SDQ vragenlijsten gekeken worden of er een samenhang is tussen het behalen van de doelen, de type trajecten, de problematiek van de jeugdigen en de duur van de trajecten. De aantallen zijn op dit moment te gering om daar gegronde uitspraken over te doen.

De meeste trainers geven ook een kwalitatieve geschreven toelichting op de al dan niet waargenomen gedragsverandering. Enkele voorbeelden als illustratie voor het totaalbeeld:

- A is volwaardig lid van de sportclub en heeft haar talenten ontdekt. Ze neemt nu ook deel aan wedstrijden.
- B is zeer enthousiast en trots dat hij voetbalt en vertelt dat thuis ook.
- De regels worden nageleefd (wisselvallig), zelfvertrouwen is toegenomen.
- E heeft naast zijn gedragsverandering ook een enorm leuke tijd gehad op de vereniging en is nog altijd met heel veel plezier actief in de club.
- F heeft enorm veel resultaten geboekt, is tijdens het traject al doorgestroomd naar de reguliere lessen. Heeft voorbeeldfunctie en doet aan wedstrijdsport.
- G is nu beter aanspreekbaar en stopt i.p.v. dat het escaleert.
- Heeft geen extra aandacht meer nodig van de trainer.
- Heeft zich goed weten te beheersen, kan goed met woede omgaan.
- Heeft de weg naar de sportschool gevonden en doet erg leuk mee, sociale netwerk is vergroot.

- Heeft duidelijk meer zelfreflectie en reageert minder impulsief.
- Daadwerkelijke gedragsveranderingen zijn niet goed meetbaar binnen een periode van 6 weken, wel bewustwording van problematiek en positievere houding. Een aanzet die in de groep een vervolg moet krijgen.

Maar ook:

- C had het naar zijn zin maar de familie zag niets in voetbal en werkte tegen.
- D blijft zich misdragen op school. In de sportles is hij erg stil en vertoont stoer gedrag.
- Heeft erg laag niveau en moeder werkt als demotiverende factor.
- Voor de jongere is op tijd komen en afbellen een aandachtspunt.
- Zelfvertrouwen is toegenomen, maar nog niet weerbaar voor de buitenwereld.

### 3.4 Gedragsverandering

Zoals eerder aangegeven worden hulpverleners gevraagd om na afloop van ieder traject per jongere een evaluatieformulier in te vullen over zijn of haar eventuele vooruitgang op een aantal kernaspecten. Op basis van de 48 geretourneerde vragenlijsten eind 2009 kan een indicatief beeld worden geschetst (zie tabel 6).<sup>21</sup>

De eerste resultaten geven aan dat de hulpverleners over het algemeen positief zijn over de sport-zorgtrajecten (zie ook tabel 6). Bij deze deelnemers is het gedrag volgens de hulpverleners:

- Sterk verbeterd (35 procent).
- Licht verbeterd (48 procent).
- Niet verbeterd (9 procent).
- Bij 9 procent kunnen de hulpverleners hier geen inschatting van maken.

Bovenstaande bevindingen komen overeen met de bevindingen van de sportcoördinatoren en hulpverleners ten aanzien van het behalen van de individuele doelen (zie 3.3).

Ook de sociale vaardigheden van de jongeren zijn, naar inschatting van de hulpverleners, verbeterd door deelname aan het sport-zorgtraject. 17 Procent spreekt van een sterke en 54 procent van een lichte verbetering. Bij 9 procent wordt geen verbetering vastgesteld. Een vijfde van de hulpverleners kan hier geen inschatting van maken.

Meer specifiek zien de hulpverleners de meeste verbetering op zelfdiscipline en doorzettingsvermogen (81% van de jongeren heeft zich op dit punt verbeterd volgens de hulpverleners), op de voet gevolgd door samenwerking (79%), zelfbeeld en zelfvertrouwen (75%), zichzelf durven presenteren (73%), zelfbeheersing en agressieregulatie (70%), omgaan met feedback (68%) en omgaan met regels en nakomen van afspraken (67%). Opvallend is verder dat een derde van de hulpverleners niet kan inschatten of de jeugdigen door deelname aan de sport-zorgtrajecten hun vrije tijd beter en zinvoller kunnen inrichten en het sociaal netwerk van de jeugdigen beter of groter is geworden.

Noot 21 Ook hier voert uitsplitsing naar doel en problematiek van jongeren en type traject vooralsnog te ver. Dit is iets dat in de eindanalyse begin 2011 wordt meegenomen.



Tabel 3.2 Effecten van sport-zorgtrajecten naar inschatting van hulpverleners in %  
(n=48)

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar	Weet Niet
Het gedrag van het kind is – naar uw inschatting – door deelname aan het 'sport-zorg'-traject verbeterd	9	48	35	9
De sociale vaardigheden van het kind zijn – naar uw inschatting – door deelname aan het 'sport-zorg'-traject verbeterd	9	54	17	20
Het kind gaat beter om met regels en komt afspraken beter na	20	37	30	13
Het kind heeft meer zelfdiscipline en doorzettingsvermogen	15	46	35	4
Het kind weet zich beter te beheersen en agressie meer te reguleren	9	50	20	22
Het kind heeft een positiever zelfbeeld en meer zelfvertrouwen	8	52	23	11
Het kind is weerbaarder en minder angstig	23	36	23	18
Het kind weet zijn of haar vrije tijd beter en zinvoller in te richten	17	33	20	31
Het kind werkt beter samen	11	46	33	11
Het kind weet en durft zich beter te presenteren	11	49	24	16
Het kind kan beter omgaan met het geven en ontvangen van feedback	20	44	24	13
Het kind heeft nu een beter en/of groter sociaal netwerk	28	33	7	33

#### *Duurzame gedragsverandering*

Het (te verwachten) effect van sport-zorgtrajecten op het gedrag van jongeren moet uiteraard in perspectief tot de duur en intensiteit van de trajecten worden gezien. Eén training per week gedurende enkele weken of maanden biedt aanknopingspunten om in het verdere hulpverleningstraject op voort te bouwen, maar is op zichzelf onvoldoende om een duurzame gedragsverandering te bewerkstelligen. Diverse betrokkenen pleiten daarom voor een permanent sportaanbod voor jongeren in de jeugdzorg.

## 4 Kritische succesfactoren en knelpunten

De verdiepingspilots zijn eind 2009 / begin 2010 voor de tweede keer bezocht ten behoeve van de evaluatiestudie. Er zijn trainingen geobserveerd en interviews gehouden met tal van betrokkenen. Op basis hiervan is per pilot een analyse gemaakt. Ook is er in 2009 weer telefonisch contact geweest met de sportcoördinatoren van de sport-zorgtrajecten.

In dit hoofdstuk volgt de overall-analyse van deze kwalitatieve verdieping. Kritische succesfactoren en knelpunten met betrekking tot doelgroep, doel, interventie en organisatie zetten we op een rij. We focussen hierbij vooral op veranderingen ten aanzien van en aanvullingen op de kritische succesfactoren en knelpunten die in de eerste tussenrapportage zijn genoemd. Waar mogelijk worden factoren gerelateerd aan het type sport-zorgtraject. Tot slot merken we op deze plaats op dat succesfactoren en knelpunten doorgaans elkaars spiegel zijn. Waar dit aan de orde is bespreken we die factor maar één keer.

### 4.1 Doelgroep

#### *Sport-zorg voor allochtone én autochtone jongeren*

Het brede landelijke programma 'Meedoen alle jeugd door sport', waar de sport-zorgtrajecten deel van uitmaken, richt zich vanaf 2010 op *alle jeugd*, waar eerder nog gesproken werd over 'Meedoen allochtone jeugd door sport'. In de sport-zorgtrajecten speelde etniciteit van begin af aan nauwelijks een rol. Uitgangspunt en aanleiding zijn immers dat veel jeugdzorgjongeren, van allochtone maar ook van autochtone afkomst, de weg naar de reguliere sport moeilijk weten te vinden en daar ook lang niet altijd welkom zijn. Beide groepen zijn dan ook gebaat bij deelname aan de sport-zorgtrajecten.

#### *Onvoldoende aanbod voor meisjes*

In 2008 gaven meerdere zorgcoördinatoren aan dat het specifieke aanbod voor meisjes in de sport-zorgtrajecten (te) beperkt is. Het aandeel meisjes dat deelneemt aan de trajecten is nog steeds laag en nog altijd gaan er daarom stemmen op om binnen sport-zorg ook sporten aan te bieden die populair zijn onder meisjes, zoals (street)dance en fitness.

Toch zit er wel beweging in. Binnen een aantal trajecten, die oorspronkelijk alleen bedoeld waren voor jongens (bijvoorbeeld de vechtsporttrajecten), participeren nu ook meisjes. Waar men in eerste instantie dacht dat gemengde groepen niet zouden werken, blijkt dit in de praktijk wel te lukken en zijn de ervaringen positief. Binnen de teamsporten ligt dat gecompliceerder. Hier is gemengd sporten niet altijd mogelijk en wenselijk. Zo zijn er geluiden van meisjes die er de voorkeur aan geven in een meidenteam te voetballen; dit blijkt echter niet bij elke vereniging mogelijk, met als gevolg dat de meisjes buiten spel staan.

### 4.2 Doelen en doelrealisatie

Onderstaand citaat illustreert dat betrokkenen de meerwaarde van sport steeds beter onder woorden kunnen brengen:

*"Sporttrajecten wijken af van reguliere hulpverlening door het ongedwongen karakter van de sportles en doordat er toch vaste regels zijn. Kinderen kunnen zichzelf zijn tijdens het sporten. Het is heel anders dan gesprekken die ze moeten voeren met hulpverleners. Tijdens de sport is de sfeer heel ontspannen. Vanuit die ontspannen, positieve sfeer kan er haast ongemerkt worden gewerkt aan het gedrag. Sport, en de regels binnen de sport, vormen een prachtig aangrijpingspunt", aldus een zorgcoördinator.*

In het eerste meetjaar waren veel betrokkenen, vooral in de jeugdzorg, nog wat huiverig om sport te zien als middel voor het bereiken van gedragsdoelen bij de jongeren. De teneur van de reacties was toen: sport is vooral een zinvolle vrijetijdsbesteding. En: sporttrainers zijn geen hulpverleners. Dat is nog steeds de heersende opinie, maar steeds meer wordt ook benadrukt dat sport wel degelijk ook kan bijdragen aan de hulpverlening van de jongeren: het draagt bij aan een positief zelfbeeld, vormt een uitlaatklep, je leert er sociale vaardigheden (derde opvoedingsmilieu) en het is een manier om de aansluiting met de gewone maatschappij te (her)vinden.

#### *Doorstroming naar reguliere sport*

In de meeste van de 'Meedoen<sup>plus</sup>'-trajecten is dat laatste – het weer in contact brengen van jongeren met de gewone maatschappij – een belangrijk doel. In het verlengde daarvan zijn deze trajecten er sterk op gericht om een duurzaam sociaal netwerk tot stand te brengen door deelnemers door te laten stromen naar regulier lidmaatschap. In de andere typen trajecten komt doorstroming naar reguliere sport minder nadrukkelijk als doel naar voren. Hoewel relatief veel jongeren van 'Meedoen<sup>plus</sup>'-trajecten doorstromen, blijkt dat niet altijd gemakkelijk. Als knelpunten worden genoemd:

- verhuizing of overplaatsing van de jongere;
- na afronding jeugdzorg is er onvoldoende motivatie vanuit de ouders voor sportdeelname;
- sport niet populair/cool in 'oud sociaal netwerk', waar jongere vaak in terugkeert;
- jongere heeft onvoldoende structuur/zelfdiscipline om te blijven sporten;
- problematiek van de jongere nog te groot om in reguliere sport te kunnen instromen.

#### *Vaststellen van individuele doelen*

In verschillende sport-zorgtrajecten worden tijdens een (intake)gesprek tussen jongere en sportcoördinator en soms ook hulpverlener en ouder(s) individuele doelen bepaald en vastgelegd. Door uit te spreken aan welke doelen gewerkt zal moeten worden, neemt de intrinsieke motivatie toe en wordt het mogelijk gericht aan gedragsverandering te werken. Vertegenwoordigers van zowel sport als jeugdzorg benoemen dit als succesfactor.

Het blijkt echter dat veelal geen vervolg wordt gegeven aan deze intakegesprekken: verschillende betrokkenen geven aan dat er enkele reflectiemomenten ingebouwd zouden moeten worden om doelen systematisch te evalueren, maar dit schiet er vaak bij in. Dat geldt zeker voor trajecten die langer duren.

#### *Sport-zorgtraject staat niet op zichzelf*

In alle verdiepingspilots zien betrokkenen vooruitgang bij de individuele deelnemers op een of meerdere van de volgende punten:

- De jongeren laten meer discipline zien.
- Het zelfvertrouwen van de jongeren neemt toe door succeservaringen.
- De jongeren zijn rustiger op de groep; sport is een uitlaatklep.

- De jongeren communiceren beter.
- De jongeren beheersen zich beter, gaan beter om met hun agressie.
- De jongeren hebben nieuwe sociale contacten.
- De jongeren staan sterker in hun schoenen.
- Ouders zijn trots op de jongeren omdat ze sporten, iets presteren.

Tegelijkertijd geven de hulpverleners en sporttrainers nog steeds aan dat niet goed valt te bepalen en te meten wat de bijdrage van het sport-zorgtraject aan deze resultaten is geweest. Immers de jeugdigen krijgen hulpverlening op verschillende gebieden. Het sport-zorgtraject staat niet op zichzelf. Dit kan ertoe leiden dat voor trainers, hulpverleners en ook deelnemers onduidelijk blijft of en waardoor de doelen zijn behaald.

### 4.3 Interventie

#### *Plezier voorop*

Plezier wordt nog steeds als belangrijkste voorwaarde gezien voor blijvende deelname. Een leuke en aansprekende activiteit, die op een inspirerende manier wordt aangeboden, vormt de basis. De kracht van sport-zorg is dat nu eens niet de problemen van deze jongeren centraal staan, maar hun mogelijkheden in relatie tot een activiteit die hen aanspreekt. Dat geeft energie in plaats van dat het energie kost.

#### *Werving*

In het eerste meetjaar bleek nog dat sommige trajecten worstelden met het vinden van voldoende deelnemers. In de meeste verdiepingspilots is de animo het afgelopen jaar toegenomen. Positieve mond-tot-mondreclame blijkt hierbij doorslaggevend. De enthousiaste geluiden van en over deelnemers hebben andere jongeren enthousiast gemaakt en hebben er ook voor gezorgd dat de scepsis, die bij sommige hulpverleners heerste, voor een deel is weggenomen. Bij een aantal trajecten heeft dit ertoe geleid dat niet langer actief wordt geworven om een wachtlijst of stop te voorkomen.

Dat neemt niet weg dat de werving in het ene sport-zorgtraject nog altijd makkelijker verloopt dan in het andere. Voetbal en vechtsporten zijn bijvoorbeeld populairder dan basketbal en korfbal. Toch kunnen de trajecten hier zelf ook een rol in spelen. Zo heeft het atletiektraject in de justitiële inrichting De Hunnerberg in 2009 beduidend meer deelnemers dan in 2008. Door positieve geluiden van deelnemers en een aantrekkelijk programma geven meer jongeren zich op.

Voorts blijkt het van belang om de activiteiten aantrekkelijk te maken en te houden door ook aandacht te schenken aan het sociale aspect om het sporten heen (wat drinken met elkaar na afloop bijvoorbeeld), en te zorgen voor externe motivatoren, zoals leuke gadgets (een T-shirt na 5 lessen). Een aantal trajecten heeft een 'certificaat' ingevoerd voor jongeren die (een deel van) het traject hebben afgelegd of volgehouden. Dit werkt erg motiverend. De jongeren hebben een bewijs dat ze iets gepresteerd hebben. Dit verhoogt hun zelfwaardering maar ook hun 'aanzien' naar groepsgenoten. Vooral jongeren, die niet zo intrinsiek gemotiveerd zijn voor sport, zijn gevoelig voor dergelijke externe motivatoren.

#### *Gewoon waar kan en bijzonder waar nodig*

Zoals eerder aangegeven wordt er in veel trajecten (vooral Meedoen<sup>plus</sup>) voor gekozen om sporttrainers vooraf zo min mogelijk informatie over de problematiek van de jongeren mee te geven, opdat zij hen zo onbevooroordeeld moge-

lijk kunnen benaderen. Dat wordt als belangrijke kracht gezien:  
*"Je moet ze geen stempel geven. Als ik weet op welk knopje ik wel en niet mag drukken is dat voldoende."*

Wel krijgen de jeugdzorgdeelnemers waar nodig wat extra aandacht en ondersteuning. En: *"Ze krijgen meer kansen als er iets misgaat dan een gewoon lid."* Bij niet-geïntegreerde trajecten en in mindere mate ook bij de geïntegreerde trajecten houden de trainers zoveel mogelijk rekening met de specifieke kenmerken van de doelgroep. Zo hebben jongeren uit de jeugdzorg veelal een kortere concentratieboog. De trainingen worden hierop aangepast, bijvoorbeeld door meteen te beginnen met fysieke oefeningen, en niet met theorie en uitleg. Ook veel afwisseling en een grotere nadruk op spel houden de aandacht van de doelgroep beter vast. Daarnaast zetten verschillende trainers nadrukkelijker en bewuster in op zaken als doorzettingsvermogen, mentale sterkte, discipline, respect en sociale vaardigheden. *"Je past voor deze doelgroep de training aan, minder theorie en meer actie."*

#### *Balans tussen uitdaging en veiligheid*

Deelnemende jongeren uit de jeugdzorg moeten enerzijds door de activiteiten worden uitgedaagd om er plezier in te houden, anderzijds is het belangrijk dat zij zich voldoende veilig voelen. Het blijkt soms lastig daar een goede balans in te vinden, zeker in het begin. *"In de veilige omgeving van de budo kunnen allerlei situatie geoefend worden. Dit komt dan weer van pas in het dagelijkse leven"*, aldus een sportcoördinator.

## **4.4 Organisatie**

Sport-zorg moet een heldere plek hebben binnen zowel de sportorganisatie als de jeugdzorginstelling. Daarnaast is goede samenwerking tussen beide partijen van belang, evenals communicatie en promotie.

#### *De plek van sport-zorg binnen de sportorganisatie*

De volgende aspecten blijken van belang om sport-zorg goed te laten landen in de sportorganisatie en er een succes van te maken:

- De man of vrouw voor de groep: daar staat of valt het mee. Dit is in het tweede jaar bij de pilots nog duidelijker geworden. Veel jeugdzorgaanbieders noemen de trainer 'de succesfactor' van het traject. De trainer moet deskundig zijn, affiniteit hebben met de doelgroep, een klik hebben met de doelgroep en een zekere rust uitstralen. Het gaat om een subtiele combinatie van een stoere en zachte kant. Hier zit ook een afbreukrisico in, want wanneer de huidige trainers om wat voor reden dan ook wegvallen is dat desastreus voor de trajecten, zo benadrukken betrokkenen vanuit zowel sport als zorg.
- Een goede selectie van trainers 'aan de poort' in combinatie met deskundigheidsbevordering is dan ook essentieel. De meeste trainers hebben een achtergrond in de jeugdzorg of de hulpverlening of op een andere manier ervaring met de doelgroep. De speciale trainingen voor de sporttrainers, georganiseerd door zorginstelling De Combinatie in samenwerking met de bonden, en de training van de KNVB, reiken belangrijke handvatten aan voor het omgaan met jongeren met gedragsproblemen. Die kennis komt van pas in de sport-zorgtrajecten, maar ook daarbuiten.

- Een centrale coördinator sport-zorg in de vereniging; bij voorkeur een beroepskracht, die de lijnen uitzet, het (vrijwillig) kader ondersteunt, intern draagvlak bevordert en contacten onderhoudt met de jeugdzorginstelling en andere betrokkenen. Een pedagogische achtergrond is een pré; als de sportcoördinator geen pedagogisch achtergrond heeft is het wenselijk de jeugdzorgbegeleider nadrukkelijk(er) in de uitvoering te betrekken. Ook hier blijkt continuïteit een belangrijke factor. Valt de coördinator weg en is er geen goede overdracht dan moet men weer van voren af aan beginnen. De continuïteit onder de trainers c.q. sportcoördinatoren is overigens gemiddeld.

#### *De plek van sport-zorg binnen de jeugdzorginstelling*

Draagvlak binnen alle geledingen van de jeugdzorginstelling is een belangrijke succesfactor. Alle betrokkenen moeten sport-zorg zien zitten en overtuigd zijn van de meerwaarde ervan. Binnen de meeste pilots is het duidelijk dat het draagvlak binnen de jeugdzorgaanbieders het afgelopen jaar groter is geworden. De bekendheid is vergroot en de aanvankelijke scepsis is voor een belangrijk deel weggenomen. De kartrekkers binnen de zorginstellingen hebben hier een belangrijke rol in gespeeld. Zij moesten de sport-zorgpilots intern zichtbaar maken en de meerwaarde voor het voetlicht brengen. Complicerende factor was dat de meeste zorgcoördinatoren hier weinig tijd voor beschikbaar hadden, ook al omdat de financiering van sport-zorg via de sport verliep. In een paar verdiepingpilots heeft de zorgcoördinator structureel meer tijd gekregen voor de uitvoering van sport-zorg en/of is er ruimte gecreëerd voor het inzetten van een cotrainer vanuit de zorg. Hierdoor kan de afstemming tussen sport en zorg meer structureel plaatsvinden.

Jeugdzorgaanbieders die aan meerdere trajecten deelnemen, vinden de opzet nog steeds bureaucratisch. Zij moeten met verschillende sportverenigingen contact onderhouden en met elke club specifieke afspraken maken. Dit is tijdrovend en het is lastig om hier overzicht op te houden, zeker als er geen coördinatie-uren voor de zorgcoördinator tegenover staan. Een aantal pilots heeft dit opgelost door per vereniging een andere uitvoerende coördinator aan te wijzen. De lasten worden hierdoor verdeeld.

Succesfactoren voor een goede rol van de jeugdzorginstelling in sport-zorgtrajecten:

- Een volwaardige functie van sport-zorgcoördinator binnen de jeugdzorginstelling: hij of zij moet voldoende tijd hebben om contact te onderhouden met de sportaanbieder(s) en hulpverleners/mentoren.
- Aanwezigheid van hulpverleners/mentoren bij de trainingen. Dit geeft hun extra input voor de hulpverlening. De mentoren die dit doen geven aan dat het observeren van de jongeren in deze andere setting het beeld over de jongeren vaak in sterke mate verheldert en aanscherpt. Dit kost echter tijd die niet aan andere activiteiten en jongeren kan worden besteedt.
- Betalen van cotrainers uit de jeugdzorg. In enkele trajecten, zoals het traject Be Cool in Utrecht, het traject van Nijmegen Atletiek en het traject van de Judobond in Amsterdam (op sommige locaties), krijgen de medewerkers van jeugdzorg een vergoeding voor hun aanwezigheid bij de training. Zij vervullen een actieve rol als cotrainer en voelen zich daardoor ook meer betrokken bij het traject.
- Rechtstreeks contact tussen trainers en hulpverleners van de jongeren. Dit is echter niet goed mogelijk bij jongeren die ambulante hulp krijgen en zelfstandig naar de sportclub of vereniging reizen.
- Ouderbetrokkenheid. Het actief stimuleren van ouders om contact te hebben met de sportaanbieder zorgt ervoor dat jongeren het langer volhouden

omdat ze dan ook vanuit huis worden gestimuleerd. Bovendien spelen ouders een belangrijke rol in het al dan niet doorstromen naar de reguliere sport. "*Ondersteuning van ouders en mentoren is heel belangrijk voor kinderen anders haken ze af*", aldus een sportcoördinator.

#### *Samenwerking en afstemming tussen sport en zorg*

In de meeste verdiepingspilots heeft de samenwerking tussen sport en zorg in 2009 duidelijker vorm gekregen. Sport en jeugdzorg zijn dichter tot elkaar gekomen. De samenwerking verloopt vlotter – men spreekt elkaars taal. Ook wordt minder melding gemaakt van praktische knelpunten, zoals vervoer van en naar de sportlocatie. In de meeste gevallen hebben zorg en/of sport zelf oplossingen gevonden.

Succesfactoren voor een goede samenwerking tussen sport en zorg zijn:

- Een heldere rolverdeling en duidelijke afspraken. Dit voorkomt wrevel en ongenoegen.
- Spreek verwachtingen naar elkaar uit en las regelmatig reflectie- c.q. evaluatiemomenten in. In veel gevallen blijkt de zorg meer informatie terug te willen ontvangen over hoe een en ander verloopt in de sportcontext. Andersom blijkt de sport vaak hogere verwachtingen te hebben van de betrokkenheid en interesse van de jeugdzorg dan wordt waargemaakt.
- Korte en duidelijke communicatielijnen. Regelmatig contact tussen de sport en jeugdzorg bevordert de afstemming, wat de kwaliteit van de zorg voor de jongeren ten goede komt. Het gaat hierbij om zowel korte en duidelijke communicatielijnen op het niveau van de 'uitvoerende' werkers (trainers en mentoren) als op het niveau van de 'coördinerende' werkers.
- Continuïteit in de personen rondom. In sport-zorgtrajecten, waar de jeugdige wisselingen in hulpverleners, trainers en/of coördinatoren plaatsvinden, zijn de geluiden over de samenwerking minder positief. Het lijkt alsof iedereen dan steeds opnieuw moet beginnen. Dit heeft ook gevolgen voor de praktijk van het traject en de deelnemende kind.

#### *De toekomst*

Betrokkenen in de verdiepingspilots geven zonder uitzondering aan dat zij steeds meer overtuigd zijn geraakt van de meerwaarde van sport-zorg. Zij willen er ook na 2010 graag een vervolg aan geven en de samenwerking tussen sportverenigingen/sportscholen en zorgaanbieders voortzetten. De belangrijkste vraag daarbij is echter hoe dit financieel te regelen is. Verschillende betrokkenen onderzoeken nu al de mogelijkheden, maar zien voorlopig nog geen concrete oplossing of mogelijkheden binnen het huidige budget. Sommige betrokkenen geven aan dit bij het management te hebben aangekaart maar ook vanuit bestuurlijk niveau nog geen oplossingen en mogelijkheden worden aangedragen. Bij veel trajecten is er dan ook gereede angst dat het einde van de pilotperiode ook het einde van het traject betekent.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij, trekken we conclusies en benoemen we verbeterpunten. Daartoe grijpen we terug op de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.3:

- 1 Welke methoden en programma's zijn ontwikkeld? Welke methoden worden ingezet, wat is de werkwijze, wat kost het en hoe is invulling gegeven aan de samenwerking tussen sport en jeugdzorg?
- 2 Heeft deelname aan een sport-zorgtraject een meerwaarde wat betreft de vermindering van gedragsproblematiek van jongeren die in het kader van jeugdzorg hulp ontvangen? Zijn er verschillen in effect tussen takken van sport, type sportaanbieders, type aanpakken en soorten begeleiding en dergelijke?
- 3 Op welke wijze en onder welke randvoorwaarden kunnen sport-zorgtrajecten het beste worden vormgegeven? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren?

Aan de beantwoording van elk van deze vragen wijden we hierna een paragraaf. Het hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen, zowel ten aanzien van het laatste onderzoeksjaar als het vervolg van sport-zorg.

### 5.1 Sport-zorg als rotondemodel<sup>22</sup>

*Welke methoden en programma's zijn ontwikkeld? Welke methoden worden ingezet, wat is de werkwijze, wat kost het en hoe is invulling gegeven aan de samenwerking tussen sport en jeugdzorg?*

Sport-zorg kent vele verschijningsvormen. Die verschijningsvormen hangen samen met het type sport, de problematiek van de doelgroep, de beoogde doelen en de gehanteerde interventie. De gemeenschappelijke deler is de waarde van sport als vertrekpunt (aansluitingsprincipe) en als energiebron (krachten) voor de hulpverlening van jongeren in de jeugdzorg. Vanuit een positieve, ongedwongen sfeer, die de sport zo kenmerkt, kan haast ongemerkt worden gewerkt aan het gedrag en de problemen van de deelnemers. Door nu eens niet te focussen op de problemen van de jongeren, maar hun mogelijkheden en krachten als uitgangspunt te nemen, kan sport een belangrijke bijdrage leveren aan het zelfvertrouwen en de zelfwaardering van jongeren in de jeugdzorg en daarmee aan een positieve lichamelijke, motorische en sociale ontwikkeling.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier typen sport-zorgtrajecten: Mee-doen<sup>plus</sup>, Uitwedstrijd, Thuiswedstrijd en Privés. Deze vier typen zijn op te vatten als 'afslagen' van dezelfde 'sport-zorg rotonde'. Elke 'afslag' kent een eigen aanpak en brengt specifieke doelen, knelpunten en succesfactoren met zich mee. Het accent verschilt per type traject. Zie bijlage 3 voor een beschrijving van de vier typen sport-zorgtrajecten. De uitdaging bestaat er uit om in de toekomst jongeren uit de jeugdzorg op basis van hun problematiek c.q. indicatiestelling toe te leiden naar de bijpassende sport-zorg 'afslag'.

Noot 22 Het 'rotondemodel' is geïntroduceerd door De Combinatie – Jeugdzorg.



Want sport-zorg kan bijdragen aan zeer uiteenlopende doelen. De meest voorkomende doelen zijn: omgaan met regels en afspraken, bevorderen sociale vaardigheden, bevorderen zelfbeeld en zelfvertrouwen, bevorderen zelfbeheersing en agressieregulering, (her)vinden van aansluiting bij de 'gewone' maatschappij, het bevorderen van weerbaarheid en verminderen van angst.

## 5.2 De meerwaarde van sport-zorg voor jongeren in de jeugdzorg

*Heeft deelname aan een sport-zorgtraject een meerwaarde wat betreft de vermindering van gedragsproblematiek van jongeren die in het kader van jeugdzorg hulp ontvangen? Zijn er verschillen in effect tussen takken van sport, type sportaanbieders, type aanpakken en soorten begeleiding en dergelijke?*

Sinds 2007 hebben ten minste 900 jeugdigen deelgenomen aan een van de sport-zorgtrajecten. Ongeveer 70 procent van de deelnemers zijn jongens. Van 145 deelnemers is bekend dat zij voortijdig zijn gestopt met hun traject. Dit heeft in drie kwart van de gevallen een externe oorzaak: doordat de jongere wordt overgeplaatst naar een andere instelling of helemaal stopt met jeugdzorg stopt automatisch ook zijn of haar deelname aan het sport-zorgtraject.

Om vergaande conclusies te kunnen trekken over de meerwaarde van sport-zorg voor jongeren in de jeugdzorg zijn meer onderzoeksgegevens van deelnemers nodig, maar dat sport-zorg potentie heeft is wel duidelijk geworden. De eerste resultaten wijzen uit dat sporttrainers en hulpverleners bij ruim drie kwart van de deelnemende jongeren verbetering zien van gedrag en sociale vaardigheden. De meeste verbetering zien zij op het vlak van zelfdiscipline en doorzettingsvermogen, op de voet gevolgd door samenwerking, zelfbeeld en zelfvertrouwen, zichzelf durven presenteren, zelfbeheersing en agressieregulatie, omgaan met feedback en omgaan met regels en nakomen van afspraken. Benadrukt wordt overigens dat het (te verwachten) effect van sport-zorgtrajecten op het gedrag van jongeren in perspectief tot de duur en intensiteit van de trajecten moet worden gezien. Eén training per week gedurende enkele weken of maanden biedt aanknopingspunten om in het verdere hulpverleningstraject op voort te bouwen, maar is op zichzelf onvoldoende om een duurzame gedragsverandering te bewerkstelligen. Diverse betrokkenen pleiten daarom voor een permanent sportaanbod voor jongeren in de jeugdzorg. In dat licht bezien is het positief dat naar schatting niet minder dan een kwart van de deelnemers doorstroomt naar de reguliere sport. In trajecten waar dat een specifiek doel is, te weten Meedoen<sup>plus</sup> (jeugdzorgjongeren draaien mee in een regulier sportteam), blijft zelfs meer dan de helft van de deelnemers na het sport-zorgtraject lid van de sportvereniging.

Samenvattend kunnen we stellen dat betrokkenen in zowel sport als jeugdzorg zonder uitzondering enthousiast zijn over sport-zorg en een sterk geloof hebben in de meerwaarde ervan. De eerste onderzoeksresultaten bieden ook ondersteuning voor dit optimisme. Om gegronde uitspraken te kunnen doen moet de respons in het laatste onderzoeksjaar echter nadrukkelijk omhoog. Alleen dan kunnen we verschillen in effect tussen type trajecten en soorten doelgroepen vaststellen.

### 5.3 Kritische succesfactoren

*Op welke wijze en onder welke randvoorwaarden kunnen sport-zorgtrajecten het beste worden vormgegeven? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren?*

Analyse van de negen verdiepingspilots heeft een aantal kritische succesfactoren opgeleverd. De belangrijkste factoren op een rij:

#### *Aan de kant van de sport*

- Een gemotiveerde en capabele sportcoördinator, die zorgt voor inbedding van en draagvlak voor sport-zorg in de verschillende geledingen van de sportorganisatie en interne en externe contacten legt en onderhoudt.
- Inzet van enthousiaste, deskundige en capabele trainers, met affiniteit met de doelgroep en de juiste 'tone of voice'; een subtiele combinatie van een stoere en zachte kant.
- Continuïteit in trainers en coördinatoren.
- Een tak van sport en aanbod, dat de jongere(n) waar het om gaat aanspreekt; gewoon waar kan en bijzonder waar nodig. Tevens aandacht voor het sociale aspect en een positieve sfeer om het sportveld heen.

#### *Aan de kant van de jeugdzorg*

- Een gemotiveerde en capabele zorgcoördinator, die – samen met bestuur of directie – zorgt voor inbedding van en draagvlak voor sport-zorg in alle geledingen van de jeugdzorginstelling: alle betrokkenen moeten sport-zorg zien zitten en overtuigd zijn van de meerwaarde ervan.
- Niet alleen draagvlak in woord, maar ook in gebaar: erkenning van sport-zorg door het beschikbaar stellen van coördinatie- en begeleidingsuren.
- Enthousiasme en betrokkenheid bij de directe hulpverleners van de jongeren; bij voorkeur zijn zij ook (regelmatig) aanwezig bij de trainingen, in het beste geval als co-trainer.
- Continuïteit in de directe hulpverleners van jeugdigen en coördinatoren.

#### *Samenwerking tussen sport en jeugdzorg*

- Heldere afspraken, goede rolverdeling, intensieve terugkoppeling en regelmatig contact tussen sport en zorg op verschillende niveaus; op die manier kan de kloof, die vaak bestaat tussen sport en zorg, worden overbrugd.
- Regelmatig één op één overleg tussen trainer en begeleider(s) om de voortgang van individuele jongeren te bespreken.
- Betrokkenheid van ouders ter voorbereiding van de afronding van jeugdzorg en om de continuïteit van sportdeelname te bevorderen.

### 5.4 Aanbevelingen

2010 is een belangrijk jaar voor sport-zorg. Aan het eind van dat jaar eindigt immers de pilotperiode en houdt de financiering op. In de loop van 2010 moeten dus stappen worden gezet om sport-zorg een vervolg te geven. Want dat er een vervolg moet komen staat voor de betrokkenen vast, maar dat gaat niet vanzelf. In deze afsluitende paragraaf geven we enkele aanbevelingen om dat vervolg verder in te kleuren. Het evaluatieonderzoek, dat zicht moet geven op de meerwaarde van sport-zorg, biedt daar uiteraard belangrijke input voor. We starten daarom met aanbevelingen ten aanzien van het laatste onderzoeksjaar.

### Onderzoek

In het laatste onderzoeksjaar gaat het er vooral om aan te sturen op een hogere respons. De sportcoördinatoren, die verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van de gegevens, moeten worden doordrongen van het belang van hun medewerking. Hiertoe benaderen we hen rechtstreeks en via de bonden. Dit moet er toe leiden dat we eind 2010 / begin 2011 hardere conclusies kunnen trekken, waarbij we ook uitspraken kunnen doen over verschillen in effecten tussen type trajecten (welke invloed hebben Meedoen<sup>plus</sup>, Uitwedstrijd, Thuiswedstrijd en Privés op deelnemers?) en tussen gedragsproblematieken (welke jongere heeft baat bij welke 'afslag van de rotonde'?).

Om de onderzoeksresultaten meer zeggingskracht te geven en meer tot de verbeelding te laten spreken, adviseren wij voorts om per type traject (Meedoen<sup>plus</sup>, Uitwedstrijd, Thuiswedstrijd en Privés) een aantal jongeren aan het woord te laten. Hoe hebben zij de deelname aan het sport-zorgtraject ervaren? Wat heeft sport-zorg voor hen betekend en wat hebben zij er aan gehad? Dergelijke persoonlijke verhalen vanuit het perspectief van de jongeren zelf kunnen een belangrijke aanvulling vormen op de kwantitatieve onderzoeksgegevens, mede ook met het oog op de verbreding en verankering van sport-zorg. Mogelijk kan deze aanvulling als stageopdracht worden ingevuld.

### Vervolg

Wat is nodig om de sport-zorgtrajecten ook na 2010, als de pilotperiode afloopt, te verankeren en zo mogelijk breder uit te rollen, opdat nog meer kinderen en jongeren in de jeugdzorg gaan profiteren van sport-zorg?

Op drie vlakken is inzet nodig, zoveel is duidelijk:

- 1 Er moet een heldere, uitgewerkte en overdraagbare methodiekbeschrijving komen, die het 'rotondemodel' van sport-zorg duidelijk maakt en onderbouwt en beschrijft voor welke doelgroep(en) de verschillende typen trajecten al dan niet geschikt zijn, aan welke specifieke doelen zij bijdragen, hoe de methode er van A (selectie, intake en toeleiding jongeren) tot en met Z (uitstroom deelnemers) uit ziet en wat daarin precies van de verschillende betrokkenen wordt verwacht.
- 2 De sport moet ervoor zorgen dat er voldoende sportmogelijkheden zijn voor jongeren in de jeugdzorg en dat het sportaanbod structureel en kwalitatief goed is.
- 3 In de zorg moet sport-zorg meer en meer worden geaccepteerd als vanzelfsprekend onderdeel van de hulpverlening aan jongeren in de jeugdzorg.

Het tweede en derde onderdeel zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De kracht van sport-zorg is immers juist gelegen in het feit dat sport en zorg elkaar letterlijk en figuurlijk ontmoeten en samen oplopen. Beide 'werelden' moeten het concept gaan omarmen en er hun bijdrage aan leveren; ieder vanuit de eigen rol en kracht.

Om de drie genoemde onderdelen nader in te vullen en te concretiseren zal in de eerste helft van 2010 een beperkt (draagvlak)onderzoek plaatsvinden, dat inzicht geeft in de markt voor en potentie van sport-zorg in relatie tot de benodigde inhoudelijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden, wensen en mogelijkheden. Via interactieve werksessies met de belangrijkste stakeholders uit sport en jeugdzorg zoeken we antwoord op vragen als: In welke omvang willen en kunnen betrokkenen sport-zorg voortzetten? Zien zij mogelijkheden om de aanpakken breder uit te rollen? Welke stappen moeten worden gezet opdat sport-zorg als vanzelfsprekend onderdeel van de zorg wordt gezien? Hoe kan de kwaliteit van het aanbod worden geborgd? Hoe moet de

te ontwikkelen methodiekbeschrijving er uit komen te zien qua inhoud, opzet en vorm? Wat kunnen stakeholders zelf doen en wat dient centraal/landelijk geregeld te worden? Waar ligt de primaire verantwoordelijkheid voor sport-zorg? Hoe kan het worden gefinancierd?

Dit (draagvlak)onderzoek resulteert in een advies voor de strategie en de stappen die in de tweede helft van 2010 zullen moeten worden gezet om sport-zorg een passend vervolg te geven.

## Bijlagen

## Bijlage 1 De negen verdiepingspilots in beeld

Sport-zorgtraject	Tak van sport	Zorgaanbieder	Type traject	Bijzonderheden
Urban Judo Budo Schuttersveld, Enschede	Judo	Jarabee	Uitwedstrijd	Deelname verplicht, in eerste instantie gericht op bestaande groepen
Urban Judo Amsterdam en Zaanstad (verschillende clubs!)	Judo en Ju jitsu	Spirit/ Altra	Meedoen <sup>plus</sup> Thuiswedstrijd	Meedoen <sup>plus</sup> bemiddeling naar verschillende judoclubs Thuiswedstrijd verplichte deelname, onderdeel van dagbehandeling, cursus van 8 weken, rouleert binnen locaties/aanbod van jeugdzorgaanbieder
Rotterdam Basketbal	Basketbal	Flexus/ Horizon/ Stek	Meedoen <sup>plus</sup> Thuiswedstrijd	Meedoen <sup>plus</sup> jongeren krijgen een buddy toegewezen Thuiswedstrijd verplichte deelname, onderdeel van dagbehandeling, een les om de vijf weken
Crossroads – La Sala, Tilburg	Taekwondo	Stichting Kompaan	Uitwedstrijd Privés	Uitwedstrijd verplichte deelname aan sport, sport-zorgtraject een van de sportopties Privés verplichte deelname, onderdeel van hulpverleningsprogramma
Be Cool, Lotus Gym, Utrecht	Thaiboksen	Lijn 5, Orthopedagogisch Centrum OPL	Uitwedstrijd	Vrijwillige deelname, Lvg-jongeren, gemeente training jongens/meisjes
VV Rigtersbleek Enschede	Voetbal	Jarabee	Meedoen <sup>plus</sup>	Pedagogisch medewerker sport coördineert ook voor KNKV
Jos/Watergrafsmeer, Amsterdam	Voetbal	Spirit/ Altra	Meedoen <sup>plus</sup>	Jongeren worden binnen de vereniging in reguliere teams geplaatst
PSV Eindhoven	Waterpolo	De Combinatie	Uitwedstrijd	Kinderen tot 12 jaar
Nijmegen Atletiek	Atletiek	JJI De Hunnerberg	Thuiswedstrijd	JJI Gesloten setting 24-uursverblijf

## Bijlage 2 Deelnemende sportbonden

JBN	Judo Bond Nederland
Atletiekunie	Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie
KNBSB	Koninklijke Nederlandse Baseball en Softball Bond
KNGU	Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie
KNKV	Koninklijk Nederlands Korfbal Verbond
KNKF	Koninklijke Nederlandse Krachtsport en Fitnessfederatie
KNVB	Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond
KNZB	Koninklijke Nederlandse Zwem Bond
NBB	Nederlandse Basketball Bond

## Bijlage 3 Beschrijving van vier typen sport-zorgtrajecten

### *'Meedoen<sup>plus</sup>'*

De jeugdzorgjongeren draaien mee in een regulier team of trainingsgroep, net als iedere andere jongere die zich bij de sportvereniging of sportschool zou aanmelden. Ze doen, met andere woorden, gewoon mee. De jeugdzorgjongeren hebben echter een 'rugzakje' en behoeven soms wat extra aandacht, begeleiding en misschien wel geduld, maar daar wordt – zeker naar de andere jongeren in het team – geen nadruk op gelegd. Want stigmatisering binnen de club moet worden voorkomen. Hoeveel extra aandacht er in dit type is voor de jeugdzorgjongeren verschilt van traject tot traject. In sommige trajecten heeft de jongere extra begeleidingsgesprekken met een pedagogisch coördinator bij de sportvereniging. Deze gesprekken vinden of periodiek plaats of naar aanleiding van incidenten. In andere trajecten krijgt de jongere een buddy toegewezen die hem of haar extra ondersteunt.

Deelname is altijd vrijwillig, want voor sommige jongeren is het een grote stap naar de reguliere sport. Ze staan er min of meer alleen voor in een voor hen onbekende omgeving. Daarom wordt de sportdeelname soms geleidelijk opgebouwd. Eerst zijn de jongeren alleen trainingslid om pas later ook mee te gaan doen in de wedstrijden.

Dit type traject staat in principe open voor alle zorgvarianten binnen de jeugdzorg (ambulant, dagbehandeling, 24-uursverblijf), met uitzondering van jongeren in een gesloten inrichting (jji). In de meeste trajecten van dit type worden jeugdigen instellingsbreed geworven. Sommige trajecten richten zich op een specifiek type aanbod bij een jeugdzorgaanbieder, bijvoorbeeld de jongeren in dagbehandeling.

### *'Uitwedstrijd'*

Een echte introductie in de wereld van de sport, maar met vertrouwde gezichten om je heen. Dat is in de kern het type 'Uitwedstrijd'. Jeugdzorgjongeren sporten met elkaar, maar wel op onbekend terrein, namelijk in een echte sportomgeving. Wat dat betreft is het een uitwedstrijd. Op die manier worden de jongeren in een veilige setting ge(her)ïntroduceerd in het normale maatschappelijke leven. Dat is vooral voor kwetsbare doelgroepen, zoals jongeren met een licht verstandelijke handicap of jongere kinderen, van belang. Voor diverse andere groepen in de jeugdzorg heeft dit type vooral als voordeel dat het sportaanbod en het programma specifiek kan worden afgestemd op hun gedragsproblematiek. Zo wordt sport bijvoorbeeld ingezet als middel om agressie beter te leren reguleren of de weerbaarheid te bevorderen. Soms maakt het sport-zorgtraject dan deel uit van het reguliere behandelprogramma van deze jongeren en is deelname verplicht.

### *'Thuiswedstrijd'*

Als de jeugdzorginstelling zelf over sportfaciliteiten beschikt kunnen de sportactiviteiten ook daar plaatsvinden. Dat is wel zo efficiënt, zo'n thuiswedstrijd. Aan de andere kant: van een echte introductie in de sport is door niet optimale faciliteiten vaak geen sprake, laat staan van een (her)introductie in het normale maatschappelijke leven. De 'Thuiswedstrijd', zoals we dit type noemen, is dan ook vaak een noodoplossing. Een oplossing die vooral gebruikt wordt voor jongeren die met een strafrechtelijke of een civielrechtelijke maatregel in een justitiële jeugdinstelling zijn geplaatst en de instelling niet mogen verlaten. Sport vormt dan een welkome afwisseling in het dagprogramma:



even een uurtje ontspannen, een uitlaatklep. Maar óók hier kan sport natuurlijk gericht worden ingezet als middel om agressie te reguleren, weerbaarheid en samenwerking te bevorderen en het zelfbeeld te verbeteren.

*Type D – 'Privéles'*

In een groep moet je je aanpassen. Dat is niet voor elke jongere uit de jeugdzorg even gemakkelijk. En bovendien: in een groep is het niet altijd goed mogelijk het maatwerk te bieden, dat sommige jongeren nodig hebben. Een deel van de jongeren heeft dan ook baat bij een individuele benadering: een trainer die één op één met een jongere werkt en heel gericht inzet op verbetering van zijn of haar zwakke punten en de sterke punten verder uitbouwt. Een privéles dus. Een dure, maar mogelijk effectieve aanpak. Dit type trajecten wordt vooral aangeboden met als hoofddoel agressieregulatie of het vergroten van sociale weerbaarheid.