

2 Jongeren met ontwikkelingsstoornissen en gedrags-/multiproblematiek

Nadia (12) zit in de zorgklas van het Educatief Centrum in Rotterdam

“Ik ben vanmorgen boos weggelopen. De meester heeft mij toen weer teruggehaald. Ik kan soms heel boos worden. Dan maak ik dingen kapot. Dat vind ik wel heel erg. Maar ik ben niet meer zo heel vaak boos. Ik mopper wel veel en als ik echt mijn zin niet krijg dan word ik nog heel boos.

Ik kom uit Roemenië. Mijn moeder heeft mij daar naar een kindertehuis gebracht. Ze kon mij niet verzorgen. Ik was toen 3,5. Ik weet daar niets meer van. O ja, ik had zo'n ziekenhuispak aan. Mijn ouders hebben me toen naar Nederland gebracht. Ik kan me nog herinneren dat er allemaal vlaggen hingen. Ik heb een hechtingsstoornis. Ik heb moeite met mensen te vertrouwen. Aan mijn juf op mijn vorige school moest ik wel zes weken wennen. Maar ze was hartstikke lief. Hier op school hebben we allemaal heel moeilijke vakken. Talen vind ik wel leuk. ‘What’s your name?’ Goed he. Ik vind het praten van een andere taal echt stoer. Eerst ga ik Engels leren, maar later ook nog Roemeens en Hongaars, want volgens mij is mijn echte moeder Hongaars.

Ik weet precies wat ik wil gaan doen. Eerst wilde ik met mijn paard rond de wereld, maar dat kan niet. Nu wil ik kinderwerker en kraamverzorgster worden. Op mijn 22e ga ik uit huis, op mijn 25e trouwen en dan wil ik vier kinderen. Ik vind kinderen heel leuk. Ik heb sinds kort een neefje. Eerst vond ik het heel moeilijk dat mijn moeder hem zoveel aandacht gaf, maar nu vind ik het ook heel leuk om voor hem te zorgen.”

Sylvia Barbier, afdelingscoördinator Educatief Centrum, een locatie van De Horizon, instituut voor jeugdzorg en onderwijs, dat cluster 4-onderwijs geeft, een vorm van speciaal onderwijs voor kinderen met gedragsproblemen of langdurig (psychiatrisch) zieke kinderen zonder een lichamelijke handicap: “Ik ken Nadia nog uit de zorgklas in het basisonderwijs. Ze heeft een hechtingsstoornis en ODD, heeft een IQ van 60 en vertoont af en toe onaangepast gedrag. Door haar oncontroleerbare woedeaanvallen is ze uit huis geplaatst naar een leefgroep, maar dat ging niet goed. Nu is ze weer thuis en in combinatie met de zorgklas gaat het redelijk. Vorig jaar kwam ze al éénmaal in de week naar het Educatief Centrum en nu zit ze sinds augustus in onze zorgklas.

Nadia heeft door haar lage IQ moeite met leren. Haar taalvermogen is laag. Ik denk dat ze tot haar vijftiende in onze zorgklas zal blijven en daarna naar een leertraject zal doorstromen. Binnen het Educatief Centrum hebben we verschillende kleine ondernemingen waar de jongeren dan echt een vak leren. Nadia zal altijd moeten worden begeleid en ik denk dat ze uiteindelijk op een

zorgboerderij of een sociale werkplaats terechtkomt. Heel mooi zou zijn als ze op een kinderdagverblijf zou kunnen helpen om bijvoorbeeld de kinderen te helpen met eten. Dan kan ze toch haar droom verwezenlijken en heeft ze het idee dat het gelukt is om kinderverzorgster te worden.”

- Nadia is een gefingeerde naam.

2.1 Reikwijdte en afbakening

Het advies richt zich niet alleen op jongeren met een officiële diagnose van de oorzaak van hun psychische, sociale, cognitieve of gedragsproblemen, of met een officiële indicatie voor zorg, hulp en ondersteuning, maar ook op jongeren met een overeenkomstige psychische, sociale en/of maatschappelijke problematiek.

Het advies richt zich op jongeren tussen 0 en 27 jaar. Dit sluit enerzijds aan op het belang van vroegsignalering en preventie en anderzijds op de werkelijkheid dat jongeren met psychische, ontwikkelings- en gedragsproblemen vaak een lange aanloop nodig hebben om op de arbeidsmarkt een duurzame plaats te veroveren.

In het onderstaande wordt deze keuze nader toegelicht.

Indicatiestelling en diagnostiek

Wil een jongere met ontwikkelingsstoornissen, psychische of gedragsproblemen in aanmerking komen voor een collectief gefinancierde voorziening (bijvoorbeeld een plaats in het speciaal onderwijs of een rugzakje), ondersteuning (bijvoorbeeld een jobcoach) of behandeling (bijvoorbeeld bij een instelling voor jeugd-ggz), dan heeft hij of zij daarvoor een indicatie nodig. Er zijn voor de verschillende domeinen zorg, arbeid en onderwijs verschillende instanties die zich over de indicatiestelling buigen. Het gevolg daarvan is dat cliënten herhaaldelijk lange procedures moeten doorlopen (zie ook hoofdstuk 4).

Een diagnose is tegelijkertijd meer en minder dan een indicatie. Een diagnose gaat een stap verder dan een indicatie en geeft aan wat de (medische) oorzaak is van de concrete problemen waarmee de jongere zich geconfronteerd ziet. Hij of zij heeft bijvoorbeeld een autistische spectrumstoornis, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of schizofrenie waarvan de sociale, gedrags- of cognitieve problemen een uitvloeisel zijn. Een diagnose zegt op zich nog niets over de hulp en zorg die geïndiceerd is, maar zal als het goed is wel tot indicaties daarvoor en tot een behandelplan leiden.

Stoornis en problematiek

Of zij nu wel of niet een officiële diagnose van de oorzaken van hun problemen hebben gekregen, wel of niet een officiële indicatie voor hulp, ondersteuning of zorg op zak hebben: jongeren met ontwikkelings- en gedragsstoornissen lopen het risico de arbeidsmarkt niet of slechts met veel moeite en omwegen te bereiken. Zelfs al zijn ze niet officieel gediagnosticeerd als jongere met een ontwikkelings- of gedragsstoornis of met een

verstandelijke beperking, toch zijn ze, gelet op hun sociale, psychische of cognitieve problematiek, wel degelijk tot die groep te rekenen.

In de praktijk blijkt dat een stoornis of verstandelijke beperking ook samen kan gaan met andere, sociale of maatschappelijke problematiek zoals schulden, zwerven, verslaving of ernstige gezinsproblemen. In sommige gevallen belemmert, naast de stoornis, ook deze bijkomende problematiek de jongere in het participeren. Lang niet altijd is overigens vast te stellen of de ‘bijkomende problematiek’ oorzaak of gevolg is van een stoornis. Het feit dat de jongeren kampen met complexe problematiek kan op zich leiden tot sterk afwijkend gedrag, maar soms verhuult dit een onderliggende stoornis.

Met de term *stoornis* verwijst dit advies naar psychische aandoeningen die al vroeg in de kindjaren optreden, de normale ontwikkeling van een kind verstoren en het functioneren van het kind (en veelal ook de latere volwassene) op meerdere terreinen belemmeren. Het gaat daarbij om specifieke aandoeningen die opgenomen zijn in de DSM-IV – het *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* of wel het internationaal gebruikte diagnostisch handboek voor psychische stoornissen. ‘Stoornis’ heeft daarmee een smalle en specifieke betekenis.

Daarnaast staat het advies stil bij jongeren met psychische en/of *gedragsproblemen* al dan niet in combinatie met andere problemen (zoals schulden, drug- en alcoholgebruik, werkloosheid en schooluitval, geweld, dakloos zijn). In geval van de laatstgenoemde groep spreekt het advies van jongeren met *multiproblematiek*. De multiproblematiek zorgt voor of versterkt (eventueel eerder aanwezige) psychische en gedragsproblemen en kan er – net als voor de jongeren met een ontwikkelingsstoornis – toe leiden dat het dagelijks functioneren, waaronder het volgen van onderwijs, ernstig belemmerd raakt en het toetreden tot de arbeidsmarkt moeilijkheden ondervindt. Daarom vallen in de visie van de raad ook deze jongeren onder de doelgroep van dit advies.

Leeftijd

Uit de praktijk komt naar voren dat de problematiek van jongeren met gedrags- en ontwikkelingsstoornissen vaak al op (zeer) jonge leeftijd begint. Problemen vinden vaak hun oorsprong in of worden versterkt door de vroege gezinssituatie. Ook is er vanuit het perspectief van preventie veel voor te zeggen om al op zeer jonge leeftijd problemen te signaleren en dan al eventueel te interveniëren. Een vroege signalering kan veel schade achteraf voorkomen. Dit pleit ervoor de ondergrens voor de doelgroep van dit advies bij nul jaar te leggen.

Wat de bovengrens betreft, staat voor de raad voorop dat alle jongeren een perspectief moeten hebben op deelname aan de samenleving en aan (een vorm van) werk dat bij hen past. De leeftijd waarop jonge mensen hun weg naar de samenleving en de arbeidsmarkt zoeken, verschilt van individu tot individu. Een deel van de jongeren met ontwikkelings- of gedragsstoornissen zal nog heel jong zijn als ze de arbeidsmarkt op gaan, bijvoorbeeld als ze direct na het praktijkonderwijs aan het werk gaan. Andere jongeren zullen door

hun stoornissen en psychische of gedragsproblemen een lange aanloop naar de arbeidsmarkt nodig hebben. Of hun weg daarnaar toe wordt lang doordat de psychische of psychiatrische problemen zich juist pas in hun adolescentie manifesteren. De raad wil daarom een ruime leeftijdsgroep in beeld houden. Gelet op de leeftijdsgrens zoals gekozen voor recente wetgeving met betrekking tot jongeren en hun toegang tot de arbeidsmarkt – de Wet investeren in jongeren (WIJ) en het voorstel voor wijziging van de Wajong – neemt hij 27 jaar als bovengrens voor de leeftijd van de doelgroep. De onderstaande paragrafen gaan afzonderlijk in op jongeren met stoornissen en jongeren met gedrags-/multiproblematiek.

2.2 Jongeren met ASS, ADHD en LVG

Klaas (30) is hoogbegaafd en heeft de diagnose PDD-NOS met hyperactiviteit en motorische stoornissen

“Mijn stoornis dringt door tot alles in mijn dagelijks leven. Ik heb bijvoorbeeld moeite om op de juiste wijze met anderen contact te maken. Voor structuur heb ik helemaal geen gevoel. Ik moet echt uit bed worden gehaald. Een wekker helpt niet. Ieder ander zou als de wekker gaat nog even blijven liggen en er dan uitkomen. Dat kan ik niet. Ik blijf dan gewoon tot drie uur op mijn bed liggen. Dat gebrek aan structuur is een neurologische aandoening.

Ik ben nu vrijwillig klassenassistent op de speciale school in het voortgezet onderwijs waar ik vroeger zelf op zat. Ik kan wel les geven, maar zelf een lesplan opstellen, dat lukt niet. Ik moet precies weten welke onderwerpen ik moet behandelen, anders gaat het niet. Bij ons in de klas hangt een klok met drie kleuren waardoor je precies weet in welke fase van de les je je bevindt. Voor de leerlingen – het overgrote deel heeft autisme – en dus ook voor mij een perfect hulpmiddel.

Op de universiteit heb ik geschiedenis gestudeerd. Ik heb daar alles zelf uit moeten vogelen. Nu heb je allemaal prachtige programma’s, maar die waren er toen nog niet. Nadien heb ik ook meegewerkt aan de reader ‘autisme en studie’. Na mijn studie ben ik vrijwilligerswerk gaan doen. Eerst bij een streekarchief en nu op de school. Het liefst zou ik een gewone baan hebben. De werkafdeling van het Centrum Autisme heeft mij daarvoor begeleid. Toen moest ik advertenties met leuke banen uitknippen. Kwam ik aanzetten met advertenties voor directeuren van basisscholen, dat zijn in mijn ogen leuke banen. Maar dat bedoelden ze dan weer niet.

Mijn zoektocht naar een reguliere baan staat nu op een laag pitje. Voor mij werden de spanningen veel te hoog. Maar ondertussen werk ik nog wel op mijn oude school. Een van de leerkrachten is mijn jobcoach. Zij kent mij en kan mij goed helpen. Maar eigenlijk heeft de school daar helemaal geen geld voor.

Het UWV en het Centrum Autisme zouden meer moeten samenwerken. De regelingen zijn nu veel te ingewikkeld waardoor veel mensen nooit uit de Wajong komen.

Op school krijg ik veel erkenning voor mijn werk. Maar ik zou graag in vaste dienst willen komen en ook op die manier erkenning krijgen. Autisten zoals ik hebben heel veel kwaliteiten, maar daar is geen aandacht voor. Er gaat heel veel geld zitten in scholing en begeleiding, maar daarna houdt het op. Dat is toch zonde van al die talenten.”

- Klaas is een gefingeerde naam.

Deze paragraaf biedt beknopte informatie over jongeren met ontwikkelingsstoornissen, in casu jongeren met een autismespectrumstoornis (ASS), met een aandachts- en/of hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en met een licht verstandelijke beperking (LVG).

2.2.1 *Analyse van kenmerken, voorzieningengebruik en participatiemogelijkheden*

Diagnose

Een analyse van onderzoek en informatie over de jongeren met een autismespectrumstoornis, met ADHD en LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapt) maakt duidelijk dat voor geen van deze drie stoornissen een volstrekt objectieve diagnose kan worden gesteld. Er zijn geen lichamelijke ‘markers’ die onomstotelijk aangeven dat er sprake is van een stoornis. Zelfs als het gaat om het vaststellen van een licht verstandelijke beperking spelen gedragskenmerken een rol. Tegelijkertijd is het nodig het beeld te nuanceren dat deze diagnoses ‘uit de losse pols’ worden gesteld. Er komen namelijk hoogopgeleide professionals (zoals psychiaters, klinisch psychologen, kinderartsen) aan te pas die gebruikmaken van diagnostische richtlijnen die door de beroepsgroep zijn ontwikkeld.

Kenmerken

Dat neemt niet weg dat de jongeren die de stoornis ervaren, met een reeks van beperkingen kampen die het dagelijks functioneren ernstig kunnen belemmeren. Wie een ASS heeft, kan bijvoorbeeld problemen hebben met sociale contacten, met veranderingen, met het leren van vaardigheden, het reguleren van emoties en het verwerken van prikkels. Iemand met ADHD heeft moeite met aandacht vasthouden en concentratie, met organiseren en plannen; hij of zij heeft last van impulsiviteit en onrust of hyperactiviteit. Jongeren met een verstandelijke beperking missen inzicht in hun situatie en in de gevolgen van hun handelen, terwijl ook het houden van sociale contacten moeilijk is.

Moeder Annette over zoon Sander (23) met diagnose ADHD

Sander heeft een disharmonisch intelligentieprofiel, is wat zwakbegaafd, waardoor hij naast de onrust en slechte concentratie ook problemen heeft met leren.

“Mijn zoon Sander kan niet zelf zijn verhaal vertellen. Hij ontkent namelijk in alle toonaarden dat er iets mis met hem is. Als schoolmaatschappelijk werkster wist ik al snel dat er iets niet klopte. Vanaf zijn derde zijn we op zoek gegaan en op zijn zevende is de diagnose ADHD gesteld.

Sander is tot zijn zeventiende helemaal niet lastig geweest. Dat maakt het ook allemaal zo verwarrend. Hij is een aardige jongen met goede manieren en hij kan heel innemend zijn. Maar hij kan bijvoorbeeld niet op tijd komen. Dat kan hij echt niet leren. Hij weet ook van geen ophouden als hij ergens mee bezig is en hij kan heel moeilijk omschakelen van de ene naar de andere situatie.

Tien jaar lang heeft hij Ritalin geslikt en toen ging het redelijk. Op zijn zeventiende is hij daarmee gestopt en toen ging het snel bergafwaarts. Zelf vindt hij dat hij zichzelf niet is als hij medicijnen slikt. Maar zonder medicijnen functioneert hij niet. Inmiddels is het zover dat hij ontkent dat er iets mis met hem is: rondom hem is een samenzwering gaande waarvan ik de aanstichter zou zijn. Als dat zou stoppen dan zou alles zijn opgelost, denkt Sander.

Vanaf het laatste jaar van het vmbo is het misgegaan en die situatie duurt nu al ruim zes jaar. In het examenjaar wordt de druk op de leerlingen opgevoerd. Gewone kinderen hebben daar niet zo'n last van. Sander raakte gigantisch in de stress. Ondanks dat het psychisch heel slecht met hem ging, is hij toch geslaagd, zelfs met de hoogste cijfers uit zijn klas.

Daarna ging hij verder met werkend leren. Omdat hij geobsedeerd is door eten, leek kok volgens de opleiding een goede keuze. Maar werken in de horeca is zeer stressvol, er heerst een machocultuur en je werkt op rare tijden. Ik zag hem dat nog niet doen. Ik heb wel geholpen om werkplekken te regelen. Maar hij hield het nergens langer dan hooguit twee maanden vol. Jongeren met deze aandoening zijn ook heel zwaar voor hun directe collega's. Ze zijn in staat een heel team te ontwrichten.

Door de ervaringen op de werkvloer is hij bijna psychotisch geworden en kan hij nu helemaal niets meer. Hij blowt veel als een vorm van zelfmedicatie om zijn onrustige hoofd rustig te krijgen. Verder is hij verschrikkelijk angstig en een arts heeft onlangs PTSS [posttraumatisch stressyndroom] vastgesteld. Ik denk dat hij nog jaren nodig heeft om alleen al gewoon te leren leven. Hij heeft al zijn energie nodig om overeind te blijven. En dat werk, misschien kan hij dat ooit heel langzaam opbouwen, maar dat is een latere zorg.”

- Annette en Sander zijn gefingeerde namen.

Prevalentie en groei

Voor geen van de drie groepen – ASS, ADHD en LVG – lijkt de mate waarin de stoornis voorkomt (de prevalentie) de afgelopen jaren gestegen¹. Weliswaar steeg het aantal jongeren gediagnosticeerd met een ASS van 2 tot 5 per 1000 kinderen in de jaren zeventig naar 6 tot 10 per 1000 kinderen in de laatste jaren, maar de achtergrond van deze stijging is veeleer aan allerlei andere factoren toe te schrijven dan aan het vaker voorkomen van een ASS. Het gaat dan bijvoorbeeld om betere herkenning van de problematiek, toevoeging van nieuwe subcategorieën en (meer) prikkels om deze diagnose te stellen. Voor ADHD wordt uitgegaan van een prevalentie van 3 tot 5 procent van de kinderen: een percentage dat de afgelopen twintig jaar volgens deskundigen niet gestegen is. Daar staat tegenover dat wel een sterk groeiend aantal kinderen van de huisarts ADHD-medicatie en daarmee de ‘diagnose’ ADHD krijgt. Het aantal jongeren met LVG wordt geschat op 8 tot 9 per 100 jongeren. Daarbij gaat het om jongeren met een IQ tussen 50 en 80/85 en een beperkte sociale redzaamheid. Ook voor deze groep zijn er geen aanwijzingen dat hun aantal is gestegen.

Groei in voorzieningengebruik?

Is er – ondanks het feit dat bovengenoemde stoornissen niet vaker voorkomen – toch sprake van een groei in het voorzieningengebruik door de jongeren met deze stoornissen? Hoofdstuk 3 gaat voor alle relevante voorzieningen voor de doelgroep in de domeinen zorg, onderwijs en arbeid/inkomen na of het gebruik van deze voorzieningen gestegen is. Op deze plaats wordt bezien wat bekend is over het gebruik van voorzieningen door de specifieke groep van jongeren met stoornissen.

Daarover zijn maar beperkt gegevens beschikbaar. Cijfers voor jongeren met LVG laten wel zien dat voor hen het aantal AWBZ-indicaties, verpleegdagen en dagactiviteiten de laatste paar jaar sterk is gestegen. Daarnaast is zichtbaar dat het aantal indicaties voor speciaal onderwijs dan wel leerlinggebonden financiering (het ‘rugzakje’) de laatste jaren sterk toeneemt en dat voor deze stijging zowel jongeren met een ASS als jongeren met een gedragsstoornis en in mindere mate LVG-jongeren verantwoordelijk zijn. Deze laatste groep gebruikt vaker het rugzakje en omdat ze daarmee gebruikmaken van het regulier onderwijs zijn de voor hen bestemde cluster 3-scholen in het speciaal onderwijs nauwelijks gegroeid. Daarentegen zijn de cluster 4-scholen waarop jongeren met een ASS en/of gedragsstoornis terecht kunnen, sterk gegroeid.

De laatste jaren werd verondersteld dat met name jongeren met een ASS en met ADHD verantwoordelijk zouden zijn voor de sterke groei van de instroom in de Wajong (de jonggehandicaptenuitkering). De groei van de instroom in de Wajong blijkt echter slechts voor een beperkt percentage uit deze groep jongeren te bestaan. Een groeiende groep in de Wajong zijn vooral de LVG-jongeren, met een aandeel van 40 procent in de groei van

1 Voor een uitgebreidere analyse en verwijzingen naar geraadpleegde literatuur: zie bijlage 5.

de Wajong tussen 2002 en 2006. Jongeren met een ASS zorgden voor 14 procent van de groei in deze periode, jongeren met ADHD voor 5 procent.

Hoe groot precies het gebruik is van AWBZ-gefinancierde voorzieningen door de jongeren met stoornissen en gedragsproblematiek is onduidelijk; dat geldt ook voor een eventuele groei van het gebruik.

Participatierisico's en -kansen

Wat betekent het bovenstaande voor de participatiekansen van de betreffende jongeren? Allereerst is voor de toegang tot en de mogelijkheden tot arbeidsmarktparticipatie het opleidingsniveau van groot belang. De jongeren met ASS, ADHD die terechtkomen in het speciaal onderwijs (en dat geldt voor velen van hen) en de jongeren met LVG bereiken niet het niveau van een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt (minimaal havo of mbo-2). Daarmee zijn hun kansen op duurzaam betaald werk al zeer beperkt. Hoe verschillend de jongeren met een ASS, ADHD en een licht verstandelijke handicap ook zijn, voor hen lijkt in het algemeen te gelden dat ze het best zullen gedijen in werk dat goed gestructureerd en georganiseerd is, met rust, orde en regelmaat. Belangrijk is ook dat collega's de beperkingen accepteren en bereid zijn de betrokken jongere te ondersteunen bij het leggen en onderhouden van de sociale contacten op de werkvloer. Verder zullen met name LVG-jongeren in het algemeen goed kunnen functioneren in lichamelijke, eenvoudig werk of in het assisteren van collega's, terwijl voor een jongere met een ASS solistisch, routinematig werk meer aangewezen lijkt en jongeren met ADHD in hun werk gelegenheid zouden moeten krijgen om te bewegen en van taak te wisselen. Daarbij dient in het oog gehouden te worden dat de diversiteit binnen deze groep groot is en er daarom voor elke jongere maatwerk nodig is.

2.3 Jongeren met gedrags-/multiproblematiek

Daniëlle (24) – ADHD, drugsproblematiek en schulden

“Ik kwam op straat te staan toen ik 18 jaar was. Na de scheiding van mijn ouders ben ik bij mijn vader gaan wonen, maar mijn vader is een alcoholist. Vanaf mijn 13e ben ik verslaafd aan softdrugs en toen ik op straat ben gaan leven, werden dat al snel harddrugs.

Ik sliep overal en nergens. Vooral bij vrienden. Maar als je op straat leeft, dan kun je snel op het verkeerde pad raken. Ik had wel geld nodig om te eten en ik kon niet werken omdat ik nergens stond ingeschreven. Ik kwam toen in aanraking met de politie. Soms moest ik één nachtje blijven, soms twee of drie. Het langst dat ik heb vastgezet, was één maand.

Allerlei instanties hebben zich met mij bemoeid. Eerst jeugdzorg en op mijn 15e heeft het Riagg een gedragsstoornistest gedaan. Toen bleek al dat ik ADHD had.

Pas toen ik anderhalf jaar geleden in Pension Singelzicht terechtkwam, heb ik echt hulp gekregen. Sinds negen maanden slik ik Ritalin en antidepressiva en daardoor gaat het een stuk beter met me. Ik was erg onrustig, kon mij niet concentreren en had slaapproblemen. School heb ik door die stoornis en de problemen thuis niet afgemaakt. Het leren ging wel goed, maar ik kon niet overweg met de leraren.

Ik ben nu een stuk rustiger in mijn hoofd en gebruik ook geen drugs meer. Dat is nog steeds wel heel moeilijk. Zeker op die momenten als ik heel moe ben. Sinds een maand woon ik in een begeleidwonencomplex. Door het op straat leven zit ik wel met een enorme schuld. Je mobiele telefoon, de zorgverzekering en boetes, dan loopt het heel snel op. Daar kom je daarna pas achter. Vanaf september ga ik voor drie jaar in de schuldhulpverlening.

Via een re-integratietraject ben ik met hulp van een jobcoach aan werk gekomen. Ik werk nu bij een bouwmarkt, maar mijn contract wordt niet verlengd. Ik heb moeite om een baan vast te houden. Ik heb gewoon vaak te veel aan mijn hoofd. Het is ook moeilijk om met mijn verleden een baan te vinden. Je krijgt vaak van te voren al een stempel. Toch ga ik opnieuw weer op zoek. Ik zou graag iets technisch willen doen.

Heel veel jongeren hebben dit soort problemen, maar de mensen willen het gewoon niet weten. Juist jongeren die op straat leven, hebben hulp nodig. Vaak wordt gezegd: ‘o, dat is maar een junk’, maar er zijn dan vaak veel meer dingen aan de hand. Dat willen de mensen niet zien, maar daar zouden ze wel eens naar moeten kijken.”

- Daniëlle is een gefingeerde naam.

2.3.1 *Analyse van kenmerken, voorzieningengebruik en participatiemogelijkheden*

Zoals in paragraaf 2.1. is aangegeven, richt dit advies zich niet alleen op jongeren met een als zodanig gediagnosticeerde ontwikkelingsstoornis of jongeren die een indicatie hebben gekregen voor een speciale voorziening, hulp of ondersteuning, maar ook op jongeren met overeenkomstige problematiek: niet-gediagnosticeerde en niet-geïndiceerde jongeren met psychische en/of gedragsproblemen en met multiproblematiek op sociaal-maatschappelijk vlak (zoals schulden, drug- en alcoholgebruik, werkloosheid en schooluitval, geweld, dakloos zijn).

Kenmerken

Onderzoek naar jongeren met gedragsproblematiek en/of multiproblematiek laat zien dat jongeren met gedragsproblemen in hun dagelijks functioneren worden gehinderd doordat ze tegendraads, opstandig en lichtgeraakt zijn of soms zelfs antisociaal en agressief.

Jongeren met multiproblematiek worstelen met problemen op allerlei domeinen tegelijkertijd. Tot deze groep worden bijvoorbeeld de door de WRR zo genoemde ‘overbelaste’ jongeren gerekend: schooluitvallers uit het (v)mbo die het hoofd boven water moeten zien te houden in een chaotische context. Dit betekent bijvoorbeeld: éénondergezinnen zonder structuur en met constante verhuizingen, armoede, schulden, geweld thuis en ‘foute’ vrienden in onveilige achterstandsbuurten. Ook zwerfjongeren horen tot de groep met multiproblematiek. Een belangrijk probleem voor hen is het dak- of thuisloos zijn. Die situatie is vaak een gevolg van criminaliteit of geweld in het gezin (waardoor de jongeren het huis worden uitgezet of uitvluchten), een lange geschiedenis in internaten en/of psychiatrische problematiek. Van deze laatste vormen de jongeren met een psychose of schizofrenie een duidelijk voorbeeld.

Groei van de groep en voorzieningengebruik?

Ook ten aanzien van deze jongeren is de vraag gesteld of hun aantal groeit. Of er steeds meer ‘overbelaste’ jongeren en jongeren met een psychose komen, is onbekend. Het aantal zwerfjongeren lijkt toe te nemen, maar hun grotere aantal kan ook een gevolg zijn van een betere registratie of door de tijd ruimer gehanteerde definities. De pedagoog Hermanns² stelt vast dat er weliswaar door jongeren (en hun ouders) meer gebruik gemaakt wordt van specialistische zorg en behandeling (vooral speciaal onderwijs cluster 4), maar dat grootschalige onderzoeken onder de bevolking geen groei van psychische of gedragsproblemen van jongeren laten zien.

Participatierisico's en -kansen

Of de groep met gedrags- of multiproblematiek groeit of niet, de jongeren die het betreft lopen het risico de arbeidsmarkt niet te bereiken of een eenmaal verworven baan weer snel te verliezen. Ze behalen zelden een diploma op startkwalificatieniveau; al was het maar omdat het omgaan met hun (vele) problemen ten koste gaat van hun concentratie- en leervermogen en hun aanwezigheid op school. Verder missen ze voor werknemers belangrijke ‘soft skills’. Als ze zwerven, missen ze bovendien de essentiële bestaansvoorwaarde van een stabiele woonsituatie.

Tegelijkertijd blijkt het – zo stellen verschillende bij hen betrokken professionals – ook voor deze jongeren mogelijk om op de arbeidsmarkt mee te doen. Als er maar rekening wordt gehouden met hun individuele mogelijkheden en beperkingen. En vooral: als er maar iemand is die hun vertrouwen weet te winnen en ‘echte’ belangstelling en betrokkenheid toont.

2 Hermanns, J. (2009) *Het opvoeden verleerd*.

2.4 Samenvattend

Dit hoofdstuk schetst op basis van een uitgebreide analyse die is opgenomen als bijlage (zie bijlage 5) in het kort de verschillende groepen jongeren op wie dit advies zich richt: jongeren met ontwikkelingsstoornissen (ASS, ADHD en LVG) en jongeren met gedrags-/multiproblematiek. Onderstaande tabel geeft – heel schematisch – hun belangrijkste kenmerken en hun voorkomen in de bevolking. De in de tabel opgenomen cijfers zijn geput van meerdere bronnen. Uitgebreide verwijzingen daarnaar zijn te vinden in bijlage 4.

Bij dit overzicht geldt een aantal belangrijke *kanttekeningen*.

De percentages in het overzicht zijn vaak gebaseerd op schattingen of buitenlands onderzoek: ze geven veeleer een orde van grootte weer dan de exacte omvang van een groep. Verder kunnen de percentages niet bij elkaar worden opgeteld: de onderscheiden groepen overlappen elkaar. Een deel van de jongeren met een ASS heeft bijvoorbeeld ook een verstandelijke beperking. Daarnaast gelden de percentages voor jongeren in steeds verschillende leeftijdsgroepen en zijn deze niet steeds op dezelfde bronnen gebaseerd. Voor jongeren met een diagnose ASS, ADHD, LVG geldt dat in een vaak langdurig proces door hoogopgeleide professionals op basis van richtlijnen en tal van criteria een diagnose is vastgesteld. De voor deze groepen genoemde percentages hebben daarmee een relatieve ‘hardheid’. De cijfers voor overbelaste jongeren, zwerfjongeren en jongeren met gedragsproblematiek zijn relatief ‘zacht’: ze zijn gebaseerd op de beleving of perceptie van de betrokken jongeren of op grove inschattingen.

Desalniettemin geven de cijfers over prevalentie in Nederland een beeld van de kenmerken en de orde van grootte van de doelgroep.

Of het aantal jongeren met ontwikkelings- en gedragsstoornissen, dan wel gedrags- of multiproblematiek groeit, is over het algemeen gesproken onduidelijk. Gegevens die heldere conclusies daarover mogelijk maken, ontbreken.

Er zijn wel aanwijzingen dat het aantal jongeren met een ASS toeneemt en het aantal jongeren dat ADHD-medicatie krijgt voorgeschreven, stijgt ook. Er zijn geen aanwijzingen dat de groep met LVG groter wordt en gegevens over gedrags-/multiproblematiek onder jongeren laten – voor zover beschikbaar – evenmin een eenduidige conclusie over groei toe.

Als wordt gezien of het gebruik door deze groepen van jeugdzorg, AWBZ en PGB, speciaal onderwijs en het rugzakje of leerlinggebonden financiering (LGF) en van de Wajong toeneemt, wordt het beeld nog waziger en meer divers. Waziger, omdat voor een aantal voorzieningen vaststaat dat het beroep daarop de laatste jaren (sterk) is toegenomen, maar tegelijkertijd zelden in de gegevens is terug te vinden of de gebruiksaandelen van de groepen waarover dit advies gaat, groeien. Verder is het voor de onderscheiden voorzieningen heel verschillend of en zo ja, in welke mate zich recentelijk groei heeft voorgedaan.

Wat het aandeel van de doelgroep in de groei van de Wajong betreft, valt te constateren dat daarvoor vooral de LVG-jongeren verantwoordelijk zijn, terwijl de groei van het speciaal onderwijs zich bij uitstek voordoet in cluster 4, waarin jongeren met een ASS, ADHD en gedragsproblematiek worden opgevangen.

De mogelijkheden van de in dit hoofdstuk onderscheiden groepen jongeren om de arbeidsmarkt te bereiken en daar blijvend een plaatsje te vinden, verschillen.

Voor hun arbeidsmarktkansen is allereerst een relevant gegeven dat verreweg de meesten van de jongeren die in dit advies centraal staan geen startkwalificatie bereiken. Als ze al onderwijs volgen (veel overbelaste jongeren en zwerfjongeren hebben hun opleiding gestaakt) dan is dat vaak in het speciaal onderwijs of op praktijkscholen. Met deze onderwijsvormen kunnen wel onderwijscertificaten worden gehaald, maar geen startkwalificatie (minimaal havo of mbo-2). Dit betekent dat de doelgroep van dit advies over het algemeen ontoereikende (cognitieve, sociale en communicatieve) kwalificaties heeft om zonder meer mee te doen op de moderne arbeidsmarkt (zie ook hoofdstuk 4).

Voor duurzame participatie van deze jongeren moet een baan aan een aantal voorwaarden voldoen, wil die voor de (meeste) jongeren in deze doelgroep geschikt zijn. Voor de jongeren met een ontwikkelingsstoornis is de belangrijkste voorwaarde dat voor hen gestructureerd werk wordt gevonden op een stabiele werkplek met blijvende ondersteuning van de werkgever en van collega's op de werkvloer. Voor de jongeren met gedrags- en multiproblematiek is een allereerste vereiste dat hun leefsituatie op orde wordt gebracht.

Dat betekent in elk geval vaste en veilige huisvesting, vrij zijn van verslavingen, een inkomen en schuldsanering. Belangrijk voor hen is ook dat iemand met belangstelling en betrokkenheid voor langere tijd wil fungeren als mentor en als schakel tussen de hulpverlenende instanties op al deze verschillende probleemgebieden.

tabel 2.1 Doelgroepen van het advies naar kenmerken en prevalentie in Nederland

Problematiek	Kenmerken	Prevalentie in Nederland
<i>Ontwikkelingsstoornissen</i>		
ASS	<ul style="list-style-type: none"> - beperkingen in sociale interactie en communicatie - stereotiepe gedragingen - stoornis in verbeelding 	0.6 tot 1 procent van de jongeren van 0 tot 20 jr. (recent onderzoek)
ADHD	<ul style="list-style-type: none"> - aandachtstekortstoornis - hyperactiviteit - impulsiviteit 	3 tot 5 procent van de jongeren tot 16 jaar; 1 tot 3 procent van de jongvolwassenen;
LVG-j	<ul style="list-style-type: none"> - een IQ tussen 50 en 80/85 en beperkt sociaal aanpassingsvermogen - bijkomende problematiek - ernstige gedragsproblemen - behoefte aan chronische ondersteuning 	8,7 procent van de jongeren van 0 tot 23 jaar
<i>Gedrag- en multiproblematiek</i>		
'Overbelaste' jongeren	<ul style="list-style-type: none"> - schooluitvallers met multiproblematiek - meestal afkomstig uit armoede-cumulatiegebieden 	een kwart tot driekwart (grote steden) van de schooluitvallers in het middelbaar onderwijs.
Zwerfjongeren	- dakloze en in opvang verblijvende jongeren met multiproblematiek	6000 in 2007
Jongeren met psychose/schizofrenie	- lijden aan hallucinaties en wanen	0,8 procent van de jongeren