

Nadere analyse van jongeren met ontwikkelingsstoornissen en gedrags-/multi-problematiek

Inhoudsopgave

1.	Jongeren met ontwikkelingsstoornissen (ASS, ADHD en LVG)	200
1.1	Jongeren met een ASS	200
1.2	Jongeren met ADHD	206
1.3	Jongeren met een LVG	210
2.	Jongeren met gedrags-/multiproblematiek	215
2.1	Jongeren met gedragsproblematiek	215
2.2	Jongeren met multiproblematiek: 'overbelaste' jongeren	216
2.3	Jongeren met multiproblematiek: zwerfjongeren	220

1 Jongeren met ontwikkelingsstoornissen (ASS, ADHD en LVG)

1.1 Jongeren met een ASS

Diagnose ASS

ASS staat voor autismespectrumstoornis. Het woord 'spectrum' duidt aan dat het gaat om een stoornis op meerdere terreinen; op elk daarvan kan de stoornis in ernst verschillen. De internationaal gehanteerde DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e versie) definieert drie kernsymptomen, die al vóór het derde levensjaar zichtbaar zijn (dat maakt het een ontwikkelingsstoornis). De kenmerken zijn¹:

- kwalitatieve beperkingen in de sociale interactie, met name in de sociale wederkerigheid;
- kwalitatieve beperkingen in de verbale en non-verbale communicatie;
- beperkte, zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten met een stoornis in de verbeelding.

Binnen de autismespectrumstoornissen worden verschillende vormen onderscheiden. De belangrijkste daarvan zijn het klassieke autisme, de stoornis van Asperger en PDD-NOS. Mensen met klassiek autisme hebben alle drie bovengenoemde symptomen en vaak een lage intelligentie. Bij deze vorm leert één op de vier tot vijf kinderen nooit spreken². Degenen met de stoornis van Asperger hebben een normale of meer dan gemiddelde intelligentie en een normale spraakontwikkeling, maar net als de klassieke autisten een beperkt gedrags- en interesserepertoire en problemen met sociale interactie. PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified) is een restdiagnose en kenmerkt zich door tekortkomingen in de sociale interactie, met daarnaast communicatieve beperkingen of stereotype gedragingen.

Uitsluitend een psychiater of GZ-psycholoog mag de diagnose ASS stellen. Dat gebeurt meestal na een uitgebreid diagnostisch onderzoek waarbij ook andere deskundigen (waaronder ook orthopedagogen) worden betrokken³. Hoe zorgvuldig de diagnosestelling ook gebeurt, toch zijn er wel kanttekeningen te plaatsen, zo stelt de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid⁴. De criteria voor het vaststellen van PDD-NOS en de stoornis van Asperger zijn namelijk (nog) niet helder en mensen met dezelfde diagnose verschillen vaak sterk van elkaar wat betreft symptomen, gedrag, beloop van de stoornis en de reactie op vormen van behandeling. Verder is voor geen van de drie vormen van ASS een

1 GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, p. 10 en NVA (2008) *Een plek om te leven*, p. 61 (Bijlage 2: diverse diagnoses). De DSM wordt uitgebracht door de Amerikaanse Vereniging voor Psychiatrie.

2 Rem, T. (2008) *Ervaren kwaliteit van de zorg door personen met autisme*, p. 2.

3 Zo omvat het diagnostisch onderzoek van jongeren bij het Centrum Autisme: anamnesegeprekken, klinisch onderzoek, schoolobservatie en intelligentieonderzoek, eventueel aangevuld met onderzoek door de kinderarts, thuisobservatie, gezinsonderzoek, neuropsychologisch onderzoek en spelcontacten in de speelkamer. Zie: www.centrumautisme.nl.

4 Trimbo-instituut (2006) *Nationale monitor geestelijke gezondheid*, p. 76.

exclusieve biologische oorzaak of een consistente lichamelijke of psychologische ‘marker’ aan te wijzen. De diagnose gebeurt op basis van gedragskenmerken.

Kenmerken van jongeren met ASS

Hoe uiten deze beperkingen zich in het dagelijks leven⁵?

Bij kinderen met een ASS is al vóór het derde jaar sprake van ‘extreme autistic aloneness’: ze zijn erg in zichzelf gekeerd en maken geen oogcontact. Ze kunnen zich, als ze wat ouder zijn, ook niet inleven in de interesses, motieven en emoties van een ander. De spraakontwikkeling van deze kinderen is vaak vertraagd en het spreken abnormaal: de stem is vlak en robotachtig, soms worden hele zinnen van anderen letterlijk overgenomen (echolalie) en taal wordt niet gebruikt voor echte interactie met een ander.

De belangstelling van een kind met een ASS beperkt zich tot zeer bepaalde objecten en hij of zij heeft een grote neiging tot routine en herhaling, die zich ook uit in angst voor alles wat onverwacht en onbekend is. Verstoring van het gebruikelijke patroon leidt vaak tot drift- en paniekaanvallen, waarna het kind nog dagen is ontregeld. Dat de verbeelding tekortschiet, betekent dat het voor hen moeilijk is om te spelen, te fantaseren, te plannen en organiseren.

Verder is de motoriek van deze kinderen vaak op meerdere gebieden gestoord: ze zijn onhandig, bewegen houterig, terwijl emoties en stemmingen zich uiten in fladderen met de handen en in springen en draaien om de eigen as. Op auditieve en tactiele prikkels kunnen ze extreem heftig reageren met paniek, drift of verzet. Veel kinderen met een ASS hebben een verstandelijke beperking of hebben een zodanig disharmonische cognitieve ontwikkeling dat ze feitelijk op verstandelijk beperkt niveau functioneren.

Mensen met een ASS hebben meestal ook problemen met het reguleren van emoties: bijvoorbeeld ‘op je beurt wachten’ kan bij hen tot een woedeaanval leiden. Ze hebben verder een slecht vermogen tot het integreren van kennis en het generaliseren van aangeleerde vaardigheden. Daardoor kunnen ze kennis niet goed stapelen en meenemen naar een andere situatie. Boodschappen leren doen in de ene supermarkt betekent niet dat dit ook lukt in een andere supermarkt of in een winkel met een verkoopster. Geleerde vaardigheden blijven zeer situatiespecifiek en moeten daardoor in elke andere of nieuwe situatie opnieuw worden verworven.

Een ASS duurt een leven lang, zo stellen de deskundigen. Iemand met een ASS zal daarom zeer waarschijnlijk levenslang begeleiding nodig hebben met als doel deze persoon zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De continuïteit van de begeleiding is temeer nodig daar elke verandering op één van de levensdomeinen (zorg, werk, wonen, relaties, vrije tijd) het hele leven van iemand met een ASS totaal kan ontregelen en weer

5 NVVP (2009) *Diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*, pp. 15-18 en GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, pp. 10-12.

om aanpassing vraagt op alle fronten. Het advies van de Gezondheidsraad over mensen met een ASS heet dan ook *Autismespectrumstoornissen: Een leven lang anders*.

Prevalentie van ASS

In Nederland is geen onderzoek gedaan naar de mate waarin ASS voorkomt. Cijfers daarover zijn dan ook vooral ontleend aan buitenlandse studies. De Nationale monitor geestelijke gezondheid uit 2005 vermeldt dat, op basis van buitenlands onderzoek, wordt aangenomen dat ten minste 28 op elke tienduizend kinderen lijden aan een autismespectrumstoornis: 10 aan de klassieke autistische stoornis, 15 aan PDD-NOS en 2 tot 3 aan de stoornis van Asperger⁶. Omgerekend naar alle kinderen en jongeren tot 20 jaar in Nederland hebben minimaal 11.000 kinderen een autismespectrumstoornis, waarvan 4000 kinderen een klassieke autistische stoornis, 6000 PDD-NOS en 1000 de stoornis van Asperger. In recent onderzoek, met een bredere opzet en voldoende aandacht voor alle spectrumstoornissen, bleek vooral het aantal kinderen met PDD-NOS veel hoger. Eén en ander zou betekenen dat niet 28, maar ongeveer 60 op de tienduizend kinderen lijden aan een autismespectrumstoornis ofwel ongeveer 25.000 kinderen in Nederland, van wie het merendeel lijdt aan PDD-NOS. Een ASS komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen: de verhouding is ongeveer 4:1. Vooral onder normaal begaafde mensen met een ASS zijn mannen sterk oververtegenwoordigd (de verhouding m/v is 7:1)⁷.

Groei van de groep met ASS?

In juni 2009 presenteerde de Gezondheidsraad op verzoek van vier ministeries (J&G, VWS, SZW en OCW) een advies over autismespectrumstoornissen. Centraal daarin staat de vraag naar het vóórkomen van deze stoornissen en de achtergronden ervan.

De Gezondheidsraad constateert dat in de jaren zeventig van de vorige eeuw een prevalentie van autisme van 2 tot 5 kinderen per 10.000 werd gerapporteerd. Het betrof toen met name klassiek autisme. Pas enkele decennia later werden PDD-NOS en Asperger in de DSM-IV aan autisme toegevoegd. De stijging van de prevalentie sinds de jaren negentig heeft echter met méér te maken dan alleen de toevoeging van deze spectrumstoornissen. De meest recente cijfers gaan uit van 60 per 10.000 kinderen met ASS⁸.

Volgens de Gezondheidsraad worden er in de nationale en internationale literatuur over autisme *vijf verklaringen* voor deze toename naar voren gebracht⁹.

De *meest genoemde* verklarende factor is het feit dat PDD-NOS en Asperger aan de DSM-IV werden toegevoegd, tezamen met de verbeterde diagnostiek en gegroeide aandacht voor

6 Trimbos-instituut (2005) *Nationale monitor geestelijke gezondheid*, p. 78.

Zie ook: www.rivm.nl/nationaalkompasvolksgezondheid.

7 Trimbos (2005) *Nationale monitor geestelijke gezondheid*, p. 79 en GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, pp. 185-186.

8 GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, p. 48.

9 GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, pp. 52-55.

ASS die leiden tot snellere herkenning. Een gevolg van het laatste is ook dat mensen op latere leeftijd alsnog de (terechte) diagnose autisme kregen.

Een *tweede* verklaring is, zo stelt de Gezondheidsraad, ‘diagnostische substitutie’. Wat voorheen werd aangezien voor een andere stoornis (bijvoorbeeld een taalverwervings- of spraakstoornis) kan met de verbeterde diagnostiek uiteindelijk de correcte diagnose (autisme) krijgen.

Een *derde* factor die de stijging van de prevalentie kan verklaren – en die zeker voor Nederland relevant is – is de verandering in de afgelopen decennia van een industriële naar een dienstverlenende maatschappij en de daaruit voortvloeiende ‘functioneringseisen’. Competente volwassenen moeten kunnen samenwerken, initiatief nemen, sociaal vaardig zijn, kunnen plannen, overleggen en vergaderen en kunnen functioneren in een vaak veranderende, prikkelrijke omgeving. Autisten kunnen vanwege hun beperkingen op het gebied van communicatie, interactie en flexibiliteit, per definitie moeilijk aan deze eisen voldoen.

Daarnaast is een mogelijke verklaring – de *vierde* – dat het bij autismestoornissen gaat om een aanleg of predispositie die onder bepaalde erfelijke én omgevingsfactoren manifest wordt. Mogelijk zijn de omgevingsfactoren de laatste decennia zo veranderd dat latent autisme veel vaker manifest wordt.

Ten slotte wijst de Gezondheidsraad op ‘perverse prikkels’ in de financiering van zorg die tot extra diagnoses kunnen leiden. Als een kind met psychische problemen alleen in aanmerking komt voor AWBZ-gefinancierde zorg of speciaal onderwijs als er een DSM-IV diagnose is gesteld, kan een effect daarvan zijn dat deze diagnose wordt gesteld teneinde een kind dergelijke zorg te kunnen geven: “Een etiket levert geld op en zonder etiket geen hulp”.¹⁰ Dit mechanisme heeft het risico in zich van enige overdrijving van de problemen door ouders of de school. Deze laatste verklaring moet volgens de Gezondheidsraad echter met de nodige voorzichtigheid worden gehanteerd, omdat er geen empirische studies zijn die deze verklaring onderbouwen.

Groei voorzieningengebruik door jongeren met ASS?

Wat betekent de toename van het aantal jongeren met de diagnose ASS voor het gebruik van voorzieningen? Van het voorzieningengebruik van deze groep jongeren zijn (vooralsnog) slechts enkele gegevens beschikbaar: een compleet overzicht is niet te maken.

In haar ledenonderzoek 2008 heeft de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) gevraagd of de respondenten een indicatie voor AWBZ-zorg of een PGB hebben. Van de ondervraagde jongeren (tot 18 jaar) heeft bijna 78 procent een dergelijke indicatie: 32

10 GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, p. 54.

procent via het CIZ en 46 procent via Bureau Jeugdzorg. Deze indicatie wordt vooral gebruikt voor ondersteunende begeleiding (90 procent), activerende begeleiding (58 procent) en kort verblijf buitenshuis/ logeeropvang (61 procent)¹¹. Bijna driekwart van de jongeren gebruikt voor deze zorg een PGB.

Of het gebruik van ondersteunende of activerende begeleiding door jongeren met een ASS is gestegen, is onduidelijk. Weliswaar is het aantal indicatiebesluiten voor ondersteunende en activerende begeleiding tussen 2004 en 2006 toegenomen (van 745 in 2004, naar 854 in 2005 en 464 in de eerste helft van 2006), maar dit zijn cijfers voor alle leeftijdsgroepen¹². Bovendien bleek in 2005 dat 80 procent van deze besluiten een indicatie met een somatische ziekte of aandoening betreft. Een belangrijke achtergrond daarvan is een gelijktijdige daling van indicaties voor de functie verblijf: ondersteunende en activerende begeleiding zijn substituten voor verblijf in een verpleeghuis.

Per 1 januari 2009 is juist met betrekking tot ondersteunende en activerende begeleiding een belangrijke wijziging doorgevoerd (de zogenaamde 'pakketmaatregelen AWBZ'). De drie functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling zijn samengevoegd tot twee nieuwe functies begeleiding en behandeling. Een deel van de oude functie activerende begeleiding is toegevoegd aan behandeling. De andere activiteiten van de functie activerende begeleiding vallen onder de nieuwe functie begeleiding. Deze functie is voortaan gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en is bestemd voor mensen met matige of zware beperkingen. De strengere AWBZ-regels zijn volgens het ministerie van Volksgezondheid nodig omdat de AWBZ te duur is geworden. Dat komt onder andere doordat ook mensen met een lichte handicap ondersteunende en activerende begeleiding krijgen. Onduidelijk is nog hoeveel jongeren met een ASS na herindicatie ook in de nieuwe systematiek aanspraak kunnen maken op begeleiding gefinancierd door de AWBZ.

Wat het gebruik van woonvoorzieningen betreft, constateerde de eerder genoemde NVA dat de jongeren onder de 18 jaar bijna allemaal (94 procent) thuis bij hun ouders wonen en maar een kleine groep (6 procent) in een woonvoorziening. Van de volwassenen met een ASS woont nog maar 30 procent thuis (vooral de jongvolwassenen tot 30 jaar) en wonen er meer in een zorgvoorziening (14 procent), terwijl ook een deel (10 procent) begeleid zelfstandig woont. Dit beeld is vergelijkbaar met dat van de NVA-ledenenquêtes in 2001 en 2004¹³.

Ook over het gebruik van speciale voorzieningen in het onderwijs door jongeren met ASS zijn cijfers voorhanden. Van alle leerlingen die in de schooljaren 2003/2004 en 2004/2005

11 NVA (2008) *Een plek om te leven*, p. 30. Een respondent kon bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aankruisen.

12 TNO (2007) *Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking*, pp. 93-97.

13 NVA (2008) *Een plek om te leven*, p. 37.

aangemeld werden voor een indicatie speciaal onderwijs dan wel Leerling Gebonden Financiering (LGF: het 'rugzakje' voor ambulante begeleiding vanuit het speciaal onderwijs) had 44 procent een ASS. Van de aangemelde kinderen die uiteindelijk met een LGF in het regulier onderwijs bleven, had 60 procent een ASS; van degenen die naar het speciaal onderwijs gingen 36 procent. In 2006/2007 werd een aantal indicatiedossiers nader onderzocht. Van de betreffende kinderen had 40 procent een ASS tegen 33 procent het jaar daarvoor. De stijging kwam vooral voor rekening van kinderen met PDD-NOS¹⁴.

Voorts laten gegevens over de instroom in de Wajong zien, dat daarvan in 2002 9,1 procent (ongeveer 700) een diagnose ASS had, tegen 10,6 procent (1450) in 2006. Deze aantallen komen overeen met wat op grond van de prevalentie van een ASS in de bevolking te verwachten valt. De groei van de instroom in de Wajong tussen 2003 en 2006 is voor 14 procent toe te schrijven aan een groei van het aantal jongeren met een ASS¹⁵. Dat het aandeel van mensen met een ASS in de instroom groeit, heeft volgens de Gezondheidsraad voor een deel te maken met verfijning van de diagnostiek over de jaren en met een verschuiving van sommige cliënten met een ASS van de bijstand naar de Wajong¹⁶.

Participatierisico's en kansen voor jongeren met ASS

De Nederlandse Vereniging voor Autisme deed in 2008 een onderzoek onder haar leden waarin onder meer het onderwerp arbeid aan de orde kwam¹⁷. Voor de ruim 700 volwassenen in het onderzoek geldt dat 29 procent betaald werk heeft en daarnaast nog 35 procent werk doet dat niet of gedeeltelijk wordt betaald (via vrijwilligerswerk, stage, werk met behoud van uitkering, begeleid werken en werken in WSW-verband). Eén op de vijf volwassen respondenten heeft geen structurele dagbesteding. Bij het zoeken naar werk heeft ruim de helft van de ondervraagden ondersteuning gekregen: vooral van een re-integratiebedrijf, van ouders of anderen uit het eigen netwerk en van een persoonlijk coach. Eenmaal aan het werk vindt echter 55 procent dat de baan wat inhoud dan wel niveau betreft niet past bij de genoten opleiding. Gevraagd naar begeleiding die nu nog niet wordt verkregen, geeft een kwart van de respondenten aan dat zij behoefte hebben aan ondersteuning bij plannen en structureren en een vijfde aan het aanleren van sociale vaardigheden. Uit interviews met een aantal van de werkende respondenten bleek dat zij vooral hulp nodig hebben bij het begrijpen van de sociale context en extra uitleg van de opgedragen taken. Zonder een dergelijke 'jobcoach' (formeel of informeel) is er een groot risico dat ze vastlopen¹⁸.

14 GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, pp. 96-97.

15 CPB (2007) *Verdubbeling van de instroom in de Wajong*, p. 22.

16 GR (2009) *Autismespectrumstoornissen*, p. 119.

17 NVA (2008) *Een plek om te leven*, pp. 47-52. Van de 13.000 leden vulde 18 procent (2275) de vragenlijst in. De meesten waren ouder of verzorger van een kind met autisme (84 procent), een klein deel (10 procent) was zelf autist, partner (3 procent) of hulpverlener (3 procent). Onduidelijk is in hoeverre deze groep respondenten representatief is voor het totale ledenbestand en voor de totale populatie van mensen met autisme in Nederland. In elk geval, zo stelt de NVA, is het percentage autisten met een verstandelijke beperking in het onderzoek lager dan voor de hele populatie autisten mag worden verwacht.

18 Rem, T. (2008) *Ervaren kwaliteit van de zorg door personen met autisme*, p. 20.

Die ondersteuning bij het zoeken en daarna behouden van werk is nodig omdat veel mensen met autisme moeite hebben met een aantal aspecten van werk die tegenwoordig zeer gebruikelijk zijn¹⁹. Dat zijn bijvoorbeeld: samenwerken, communicatie met collega's en klanten, onderbrekingen in het werk, initiëren en plannen, meerdere taken tegelijk doen, flexibiliteit (ook in het omgaan met regels en procedures), deadlines en stress, het onderscheiden van hoofd- en bijzaken, veranderingen in het werk of de omgeving. Ook vergaderingen kunnen een bron van problemen vormen. Niet alleen vanwege de gevraagde interactie, maar ook door het vaak voorkomende gebrek aan structuur, de onduidelijkheid over wat van de deelnemers wordt verwacht en de mengeling van details en hoofdlijnen, zakelijke punten en ditjes-en-datjes die over tafel gaan. Iemand met een ASS zal bovendien moeite hebben met het begrijpen van beeldspraak en het 'lezen' van lichaamstaal.

Mensen met een ASS hebben vaak een voorkeur voor meer routinematig werk, solistische arbeid, liefst op een eigen kamer, zonder tijdsdruk, met duidelijk omschreven werkzaamheden die nauwgezet en achtereenvolgend uit te voeren zijn, met een vaste persoon in de buurt die om uitleg gevraagd kan worden en zonder druk om tijdens pauzes, lunches en bedrijfsuitjes 'gezellig mee te doen'.

1.2 Jongeren met ADHD

Diagnose en kenmerken ADHD

ADHD staat voor Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. De eerder genoemde DSM-IV onderscheidt drie subtypes: het overwegend onoplettende type, het overwegend hyperactief-impulsieve type en het gecombineerde type. Dit laatste type komt het meest voor en daarover is dan ook het meest bekend en de meeste kennis opgebouwd²⁰.

ADHD wordt gediagnosticeerd als een kind gedurende ten minste zes maanden minstens zes symptomen van een specifieke lijst met symptomen van aandachtstekort dan wel hyperactiviteit/impulsiviteit vertoont. Voor aandachtstekort zijn dat gedragingen zoals: moeite hebben met aandacht houden bij taak of spel, niet luisteren als hij of zij direct wordt aangesproken, taken en activiteiten niet kunnen organiseren, dingen kwijtraken die nodig zijn voor het uitvoeren van taken, gemakkelijk afgeleid worden. Voor hyperactiviteit/impulsiviteit gaat het bijvoorbeeld om wiebelen en draaien op de stoel, rondrennen en klimmen, aan één stuk door praten, niet op de beurt kunnen wachten, anderen verstoren in hun bezigheden en alles eruit flappen. Verder moet er sprake zijn van een aantal

19 Over de relatie autisme en werk en over aspecten van werk die voor autisten problematisch kunnen zijn, schreef de vereniging PAS Nederland een aantal notities. PAS is de onafhankelijke belangenvereniging voor en door normaal- tot hoogbegaafde volwassen Personen uit het Autisme Spectrum. Zie: www.pasnederland.nl. Verder heeft het kenniscentrum CrossOver brochures uitgegeven met praktische tips voor werknemers met autisme en voor werkgevers met een werknemer uit deze groep. (Zie literatuurlijst in dit advies).

20 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005) *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*, pp. 17-18.

symptomen op meerdere terreinen (school, werk, thuis, vrije tijd) en moeten deze het functioneren duidelijk belemmeren. De diagnosestelling gebeurt meestal door een arts (kinderarts, kinderpsychiater of neuroloog).

Er is nog al eens sprake van comorbiditeit: ADHD gaat bijvoorbeeld vaak (voor 40 tot 60 procent van de jongeren met ADHD) samen met een oppositioneel-opstandige of een antisociale gedragsstoornis (dit laatste vrijwel uitsluitend bij jongens) en regelmatig met een angststoornis of depressie. Verder is ADHD in de praktijk vaak moeilijk te onderscheiden van PDD-NOS²¹.

Net als bij het vaststellen van een ASS worden ook bij het diagnosticeren van ADHD kanttekeningen geplaatst²². Voor jonge kinderen is het moeilijk ADHD-symptomen te onderscheiden van normale ontwikkelingsverschijnselen, zeker als er in het leven van het kind stressvolle gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Daarom moeten aandachts-, hyperactiviteits- en impulsiviteitsproblemen altijd worden gezien in relatie tot de ontwikkelingsfase en de geschiedenis van het kind. Bovendien is de diagnose niet gebaseerd op strikte, objectief meetbare criteria. Verder zijn de instrumenten waarmee de symptomen worden vastgesteld – en daarbij verwijst de Landelijke Stuurgroep naar een advies van de Gezondheidsraad over ADHD uit 2000 – ook afhankelijk van maatschappelijke normen en zijn voor de beoordeling van de last van de symptomen geen objectieve instrumenten voorhanden. Na het zesde jaar kan met wat meer betrouwbaarheid een diagnose worden gesteld. Dit geldt temeer daar het gedrag van het betreffende kind dan in een gestructureerde schoolse situatie kan worden vergeleken met dat van andere kinderen. Maar ook dan geldt dat voor de last die een kind met ADHD veroorzaakt of zelf ervaart, geen betrouwbare instrumenten beschikbaar zijn.

Jongeren met ADHD ervaren vaak ook in hun verdere leven gevolgen van deze stoornis. Ze krijgen te maken met schooluitval (ongeveer 35 procent), raken betrokken bij antisociale activiteiten (ongeveer 45 procent) en onder hen komt middelenmisbruik, weinig of geen vrienden hebben (ongeveer 60 procent) en onderpresteren op het werk (ongeveer 75 procent) ook veelvuldig voor²³.

Prevalentie van ADHD

Op basis van buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat 3 tot 5 procent van de kinderen onder de 16 jaar en nog eens 1 tot 3 procent van de jongvolwassenen lijdt aan ADHD²⁴. Net als een ASS komt ADHD meer voor bij jongens dan bij meisjes (2 tot 3 maal zoveel

-
- 21 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005) *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*, p. 19 en NJI (2008) *Prevalentie van ADHD*, p. 4. Omgekeerd heeft 60 tot 70 procent van de kinderen en jongeren met het syndroom van Gilles de la Tourette ook ADHD.
 - 22 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005) *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*, p. 26 en NJI (2008) *Prevalentie van ADHD*, p. 1.
 - 23 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005) *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*, p. 20.
 - 24 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005) *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*, pp. 18-19.

jongens hebben ADHD). Bij kinderen die in behandeling zijn is de verhouding tussen jongens en meisjes zelfs 5:1. Lange tijd was de opvatting dat ADHD een rijpingsprobleem is dat met het ouder worden verdwijnt. Dit blijkt echter niet het geval. Van alle voor ADHD behandelde adolescenten heeft een derde na hun 18e jaar nog evenveel klachten, bij nog eens een derde blijven de klachten in een iets lichtere, maar nog altijd hinderlijke vorm bestaan. Dit impliceert dat slechts bij één op de drie de symptomen vrijwel helemaal verdwijnen. Verder valt op dat aandachtsproblemen met de leeftijd minder afnemen dan hyperactiviteit en impulsiviteit.

Groei van de groep met ADHD?

Over ADHD schreef de Gezondheidsraad enkele jaren geleden een advies: *Diagnostiek en behandeling van ADHD* (2000). Daarin constateert de raad dat het aantal kinderen met ADHD de voorafgaande twintig jaar niet of nauwelijks is toegenomen. Echter: net als voor autisme geldt ook voor ADHD dat ouders, school en hulpverlening ADHD sneller dan vroeger herkennen²⁵. Ook kinderpsychiater Verhulst stelde eind jaren negentig van de vorige eeuw dat er geen sprake was van toegenomen prevalentie van ADHD, maar van verbeterde herkenning²⁶. Daarnaast staat het gegeven dat volgens het NIVEL (het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) sinds 2003 ieder jaar meer kinderen de diagnose ADHD krijgen. Dat is te zien aan het voorschrijfgedrag van huisartsen: ieder jaar wordt er meer ADHD-medicatie voorgeschreven. Opvallend is, zo stelt het NIVEL, dat het aantal meisjes met ADHD-medicatie gemiddeld per jaar met ruim 25 procent stijgt en het aantal jongeren met 14 procent. In 2007 werd in totaal 34 procent meer ADHD-medicatie voorgeschreven dan het jaar daarvoor²⁷.

Groei voorzieningengebruik door jongeren met ADHD?

Als er bij een jongere ADHD-symptomen zijn geconstateerd (bijvoorbeeld door de huisarts) zou hij of zij vervolgens naar specialistische zorg verwezen moeten worden, opdat daar uitgebreid onderzoek kan worden gedaan en de diagnose valt te stellen.

De werkelijkheid is anders: veel jongeren met ADHD-symptomen komen niet verder dan de huisarts, die – zonder advies van een specialist – als enige behandeling medicijnen voorschrijft. Omdat ADHD regelmatig samengaat met kenmerken van een gedragsstoornis, verblijven kinderen met ADHD ook vaak in een justitiële jeugdinstelling²⁸.

Als een jongere met ADHD wél specialistische hulp krijgt, is dat vooral in de jeugd-ggz: bij de (ambulante) jeugdafdeling van een ggz-instelling, de kinderpsychiater en (poli)-

25 GR (2000) *Diagnostiek en behandeling van ADHD*.

26 NII (2007) *ADHD* en RIVM (2009) *Nationaal Kompas Volksgezondheid*.

27 Zie: www.nivel.nl, 13 januari 2009. De onderzoekers keken ook op grond van welke diagnoses kinderen ADHD-medicatie kregen voorgeschreven. In 2007 was dat in 69,1 procent van de gevallen ADHD, in mindere mate 'andere zorgen om het gedrag van het kind' (12,4 procent) en 'concentratiestoornissen' (3,6 procent). Volgens psychiater Frits Boer is deze toename minstens ook toe te schrijven aan de stimulerende rol van de farmaceutische industrie in deze. Broersen, S. (2009) Een kind is een kind, niet zijn diagnose, *Medisch Contact*, p. 1324.

28 RIVM (2009) *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, ADHD, zorggebruik.

klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Cijfers van GGZ-Nederland laten zien dat 50 procent van de jongeren die zich in 2007 aanmeldden een ‘gedragsklacht’ had.

Van de diagnoses die voor jeugdigen werden gesteld, betrof het in 13 procent van de gevallen een persoonlijkheids- of gedragsstoornis en in 36 procent een stoornis in de ontwikkeling of het gedrag²⁹. Bij deze gegevens kunnen echter vraagtekens worden geplaatst. In het sectorrapport 2004-2006 zijn de overeenkomstige diagnosepercentages 2 procent voor persoonlijkheids- en gedragsstoornissen en 50 procent voor ontwikkelings- of gedragsstoornissen³⁰. Een zo grote verschuiving in diagnosecategorieën lijkt veeleer te wijzen op een verandering in registratie. Bovendien, zo meldt het RIVM, wordt bij de registratie van zorggebruik binnen de jeugd-ggz in ruim twee derde van de gevallen geen diagnose ingevuld³¹. Uitspraken over het zorggebruik van jongeren met ADHD in het kader van de jeugd-ggz zijn daarmee niet goed mogelijk.

Precieze cijfers over het aantal jongeren met ADHD in het regulier onderwijs dat een rugzakje (LGB, leerling gebonden financiering) krijgt, ontbreken. Wel is duidelijk dat 1 procent van de leerlingen in het basisonderwijs een rugzakje heeft, van wie de meesten in verband met gedragsproblemen³². Over het aandeel van deze groep in het speciaal onderwijs zijn geen gegevens bekend.

Onbekend is hoeveel kinderen en jongeren met ADHD een AWBZ-indicatie krijgen. In totaal werd in 2007 voor ruim 7400 jongeren tot 18 jaar een indicatie afgegeven met de grondslag psychiatrische aandoening/ psychische stoornis: mogelijk bevinden zich onder deze groep ook jongeren met ADHD³³.

Jongeren met ADHD komen (voor een deel) ook in de Wajong. In 2006 maakten zij 3 procent uit van de instroom; jongeren met ADHD waren verantwoordelijk voor 5 procent van de toename van de instroom tussen 2002 en 2006³⁴.

Participatierisico's en kansen voor jongeren met ADHD

Of een jongere met ADHD haar of zijn klachten ook als volwassene zal houden, hangt van veel factoren af³⁵. Het risico dat ADHD chronisch wordt, is groter bij:

- meer en ernstiger symptomen van ADHD
- agressief gedrag op jonge leeftijd
- lagere intelligentie en leerproblemen
- gezinsproblemen

29 GGZ-Nederland (2009) *Sectorrapport GGZ 2009*, p. 30.

30 GGZ-Nederland (2007) *Sectorrapport GGZ 2004-2006*, p. 31.

31 RIVM (2009) *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, ADHD, zorggebruik.

32 Onderwijsinspectie (2009) *De staat van het onderwijs 2007/2008*, p. 11.

33 CIZ (2008) *PGB in ontwikkeling*, p. 44 en 46.

34 CPB (2007) *Verdubbeling van de instroom in de Wajong*, p. 22.

35 GGZ-Nederland (2005) *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD*, p. 20.

- slechte relaties met leeftijdsgenootjes
- meer familieleden met ADHD
- bijkomende psychische stoornissen, in het bijzonder gedragsstoornissen, stemmingstoornissen en angststoornissen

Werknemers met ADHD vinden het vaak moeilijk om lang achter elkaar en geconcentreerd met iets bezig te zijn³⁶. Concentratie op één ding is voor hen ook lastig: ze worden gemakkelijk afgeleid, willen graag alles tegelijk doen en zijn snel ‘verveeld’ en afgeleid. Veel wisselen van taak, al aan een nieuwe taak beginnen voordat de oorspronkelijke taak af is, is kenmerkend voor de werkstijl van ADHD’ers. Hij of zij vindt het afmaken van een taak al gauw saai en voor details bestaat weinig interesse. Verder heeft een werknemer met ADHD vaak moeite met zelfstandig werken, prioriteren en plannen en is hij of zij snel afgeleid. Een omgeving met rust, orde en regelmaat is dan het beste. Ook het tijdsbesef schiet bij veel ADHD’ers tekort: zij komen vaak te laat en schatten de tijd die ze ergens voor nodig hebben verkeerd in. Collega’s moeten verder wennen aan de onrust van een ADHD’er: die wiebelt en friemelt veel, zit niet stil en staat steeds op. Ook kan het onmiddellijk ‘zeggen wat er in je opkomt’ ergernis opwekken.

Bovengenoemde kenmerken zijn ook te zien in het perspectief van mogelijkheden. ADHD’ers en in nog meerdere mate ADD’ers (die geen last hebben van hyperactiviteit) zijn enthousiast en energiek, hebben veel goede ideeën, zijn creatief, kunnen werken aan meerdere taken tegelijkertijd, geven niet op als iets hun belangstelling heeft gewekt en hebben vaak een enorm doorzettingsvermogen om iets toch voor elkaar te krijgen³⁷.

1.3 Jongeren met een LVG

Diagnose en kenmerken LVG-jongeren (licht verstandelijk gehandicapt)

Volgens de DSM is een diagnose ‘licht verstandelijk gehandicapt’ (LVG) van toepassing als iemand een IQ heeft van 50/55 tot 70. Bij een IQ van 70/75 tot 85 wordt gesproken van ‘zwakbegaafd’. Een relatief laag intellectueel vermogen is wel een cruciale maar geen voldoende voorwaarde voor de diagnose LVG. Volgens de eerder genoemde DSM moet er (sinds 1992) bij de betrokkene ook sprake zijn van aanpassingsproblematiek op meerdere andere terreinen zoals communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden en zelfstandig beslissingen kunnen nemen.

36 Deze problematiek staat beschreven in CrossOver (2008) *Een werknemer die ADHD heeft*, een brochure voor werkgevers. Daarin staan ook praktische tips voor relatief eenvoudige aanpassingen die de werkomgeving voor een ADHD’er geschikt kunnen maken. Verder heeft CrossOver ook een brochure voor werknemers uit deze groep. (Zie literatuurlijst in dit advies).

37 Zie de site: www.levente.nl van de Stichting ADD, beheerd door een ervaringsdeskundige ADD’er.

In Nederland is dit inzicht overgenomen. Sinds 2007 geldt een IQ van minder dan 75 niet langer als enige criterium voor AWBZ-gefinancierde lvg-hulp³⁸; een aanvullend criterium is een ‘beperkt sociaal aanpassingsvermogen’. Omdat in de praktijk ‘zwakbegaafde’ jongeren – dat zijn jongeren met een IQ tussen 70 en 85 – ook vaak kampen met dezelfde beperkingen in het aanpassingsvermogen en zij eveneens behoefte hebben aan blijvende ondersteuning, kunnen ook zij voor lvg-zorg in aanmerking komen. Zo’n jongere moet dan voldoen aan vier criteria. Hij of zij heeft³⁹:

- 1 een verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 85 en beperkt sociaal aanpassingsvermogen);
- 2 bijkomende problematiek (psychiatrische problemen, sociale problemen, lichamelijke problemen);
- 3 ernstige gedragsproblemen en
- 4 behoefte aan chronische ondersteuning

Wat het functioneren van jongeren met LVG betreft valt een aantal punten op⁴⁰. Deze jongeren kunnen meestal wel contact maken, maar hebben moeite om contact te behouden en langer durende relaties aan te gaan. Sociale situaties worden vaak verkeerd begrepen en reacties van anderen niet goed ingeschat. Verder missen ze vaak inzicht in hun eigen situatie en mogelijkheden, waardoor ze daarover niet-realistische verwachtingen koesteren. Frustraties die daarvan het gevolg zijn, kunnen vervolgens leiden tot gedragsproblemen. Ze overzien de gevolgen van hun handelen niet goed en zijn daarnaast weinig weerbaar en makkelijk beïnvloedbaar, ook door ‘foute’ vrienden. Dit verhoogt voor hen het risico op schooluitval, werkeloosheid, criminaliteit, zwerven, schulden, prostitutie en misbruik.

Vaak speelt ook een rol dat de jongeren uit een zwak sociaal milieu komen waarin ze weinig ondersteuning krijgen. De ernst van de LVG-problematiek wordt sterk bepaald door de sociale context van de betreffende jongere, zo stelt kenniscentrum Vilans. Naar schatting 30 procent van de LVG-jongeren groeit op in een gezin waarin de ouders zelf ook tot de LVG-groep behoren en vaak is er in deze gezinnen sprake van problemen op allerlei gebied zoals verslaving, psychiatrische problematiek, financiële problemen en mishandeling.

Een verstandelijke beperking gaat bovendien vaak samen met medisch-organische problemen en een stoornis zoals ADHD, autisme, depressie, angststoornissen en antisociaal gedrag. Zorgelijk is verder dat LVG-jongeren die stimulerende middelen gebruiken een groter risico lopen op het ontwikkelen van probleemgebruik dan normaal begaafde jongeren. Een achtergrond daarvan is dat LVG-jongeren vaak medicijnen gebruiken in

38 Vóór 2007 konden zwakbegaafde jongeren ook al voor AWBZ-gefinancierde lvg-zorg in aanmerking komen, maar dan op grond van individuele inschattingen van professionele indicatiestellers.

39 CrossOver (2009) *Wat is LVG?*

40 Werkgroep LVG-jongeren Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord (2005) *Adviesrapportage en Vilans (2009) LVG-jongeren beter in beeld.*

verband met bijkomende medische aandoeningen en daardoor heeft ook beperkt middelengebruik schadelijke effecten⁴¹.

Prevalentie van LVG

Onderzoek naar het voorkomen van verstandelijke handicaps blijkt schaars te zijn⁴². Bovendien is, zoals in de vorige paragraaf aan de orde kwam, de definitie van 'licht verstandelijke gehandicapt' voor zover het om gebruik van lvg-zorg gaat, in de loop van de jaren veranderd. Daardoor zijn sommige cijfers niet goed vergelijkbaar over de tijd.

De Algemene Rekenkamer schatte in zijn rapport *Kopzorgen* (2007) op basis van bestaande, maar zachte gegevens dat in 2006 van de in totaal 4 miljoen jongeren van 0 tot 23 jaar 8,7 procent een licht verstandelijke beperking had in combinatie met beperkte sociale redzaamheid en andere problematiek. In absolute aantallen ging het om 384.000 jongeren⁴³.

Licht verstandelijk gehandicapte jongeren kunnen – mede als gevolg van hun handicap – ook *bijkomende problemen* hebben en daardoor in het *justitiële circuit* terechtkomen. Een dossieronderzoek uit 2005 naar het aandeel van licht verstandelijk gehandicapten in justitiële jeugdinrichtingen (jji) bevat aanwijzingen voor het percentage lvg-jongeren in deze instellingen⁴⁴. Meer dan aanwijzingen zijn het niet, omdat niet bij alle jongeren een IQ was gemeten en, waar dat wel gebeurde, in totaal elf verschillende tests en testversies zijn gebruikt. Gegevens over de mate van sociale redzaamheid – ook een criterium voor lvg – ontbraken vrijwel geheel. Via beredeneerde schattingen kwam de onderzoeker op circa 8 procent van de jji-populatie met een IQ van 50/55 tot 70 (licht verstandelijk gehandicapt) en bijna 24 procent met een IQ van 70 tot 85 (zwakbegaafd). Deze percentages liggen veel hoger dan in de gemiddelde jongerenpopulatie: 5 maal zoveel lvg-j'ers en 1,75 maal zoveel zwakbegaafden.

Ook werd bezien wat de 'overige' kenmerken van deze jongeren waren. De helft van de jongeren in de jji – en dat gold in dezelfde mate voor degenen met een IQ onder de 85 – was van allochtone herkomst en eveneens de helft had geen stabiele woonsituatie. Zij wisselden veelvuldig tussen wonen bij de ouders, bij familie, in een pleeggezin, op een crisisplaats en op straat. Voor zover bekend had één op de drie vóór plaatsing contact gehad met een GGZ-instelling, zou 80 procent ernstige gedragsproblemen of een gedragsstoornis hebben en leed 15 procent aan ADHD. Ook 'overmatig' druggebruik (17 procent) en

41 Trimbos-instituut (2008) *Aard en omvang van middelengebruik bij lichtverstandelijk gehandicapte jongeren*.

42 RIVM, *Nationaal Kompas Volksgezondheid: Verstandelijke handicap*.

43 TK (2007-2008) 31 245, nr. 2, p. 9. Volgens kenniscentrum Vilans heeft bijna 15 procent van de Nederlandse jeugd een IQ tussen 50 en 85. Dat zijn 440.000 jongeren. Vilans (2009) *LVG-jongeren beter in beeld*, p. 7.

44 Spaans, E. (2005) *Prevalentie-onderzoek licht verstandelijk gehandicapten in de justitiële jeugdinrichtingen*. Waar nodig werden de dossiers aangevuld met vragenlijsten en afname van tests. Tot 1 januari 2008 werden in jji's zowel jongeren met een strafrechtelijke als met een civielrechtelijke maatregel ondergebracht. Sinds die datum zijn er echter – op grond van de gewijzigde Wet op de jeugdzorg – voor de laatste groep jongeren speciale inrichtingen voor gesloten jeugdzorg gecreëerd.

'overmatig' alcoholgebruik (5 procent) kwamen voor. Eén op de drie jongeren zou kampen met depressie.

Groei van de groep en van voorzieningengebruik door jongeren met LVG?

Over de mate waarin onder jongeren een verstandelijke beperking voorkomt, stelt TNO (2007) in zijn rapport *Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking* dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn voor een groei van het aantal kinderen met een verstandelijke beperking⁴⁵. Een beperkte groei is wel te verwachten doordat verbeterde medische zorg aan pasgeborenen de overlevingskans van kinderen met een – onder meer verstandelijke – beperking vergroot. Bovendien leidt de hogere leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen tot meer kinderen met het Down-syndroom.

Als het gaat om het voorzieningengebruik door de LVG-jongeren is het belangrijk te constateren, zo stelt kenniscentrum Vilans, dat deze jongeren vaak zorgmijndend zijn. Sommigen leiden aan zelfoverschatting, anderen zijn zich wel bewust van hun beperkingen, maar willen zich niet 'zwak' tonen en zullen daarom geen ondersteuning vragen.

Tegelijkertijd is er duidelijk sprake van een toenemend beroep op regelingen, behandelingen en voorzieningen voor deze groep. Het aantal LVG-jongeren dat is geïndiceerd voor AWBZ-zorg is tussen 2007 en 2008 gegroeid met 16 procent (van 10.000 naar 11.000). Het aantal verpleegdagen in instellingen voor LVG-jongeren is tussen 2005 en 2007 eveneens gegroeid met 12,9 procent⁴⁶. Dit is meer dan de gemiddelde groei van 3,1 procent die gold voor het aantal verpleegdagen voor verstandelijk gehandicapten in het algemeen. Ook het aantal verzorgingsdagen in gezinsvervangende tehuizen voor kinderen met een verstandelijke beperking steeg tussen 2005 en 2007: met 25 procent, terwijl de gemiddelde groei in gezinsvervangende tehuizen 10 procent was. Eenzelfde ontwikkeling was zichtbaar in het aantal dagdelen dagactiviteiten voor LVG-jongeren: dat groeide tussen 2006 en 2008 met 18 procent, tegen een gemiddelde groei van 2 procent⁴⁷. De achtergrond daarvan is, zo stellen onderzoekers, mede gelegen in de toename van zorg aan jongeren met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek. De LVG-instellingen verwachten voor de komende jaren een verdere stijging van de vraag door onder meer groeiende instroom via Bureaus Jeugdzorg en doordat het voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en verminderde zelfredzaamheid steeds moeilijker wordt om zich maatschappelijk staande te houden⁴⁸.

Daarnaast steeg op de wachtlijst voor AWBZ-zorg het aantal LVG-jongeren met aanvullende gedragsproblematiek: dat waren er op 1 januari 2007 1100, op 1 januari 2008

45 TNO (2007) *Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking*, p. 69.

46 Prismant (2009) *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2008*, pp. 24 en 20.

47 Prismant (2009) *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2008*, p. 25.

48 HHM (2009) *Resultaten verdiepend onderzoek naar wachtlijsten voor Verpleging en Verzorging en Gehandicaptenzorg*, p. 23.

wachtten er in totaal 2125 jongeren uit deze groep op zorg⁴⁹. Daarbij ging het voor 525 wachtenden om een plaats in een orthopedagogisch behandelcentrum (gemiddelde wachttijd 1 jaar), om 650 jongeren die wachtten op verblijf in een gehandicaptenvoorziening (gemiddelde wachttijd 6 maanden) en 950 wachtenden voor zorg thuis (gemiddelde wachttijd 3 maanden)⁵⁰. Zij behoren tot de zogenaamde ‘problematische’ wachtlijsten van zorgbehoevenden die langer op passende zorg moeten wachten dan volgens de zogenaamde Treeknormen⁵¹ maximaal aanvaardbaar wordt geacht: dat is 6 weken maximaal voor zorg met verblijf en behandeling en 13 weken maximaal voor zorg met verblijf. Dat de wachtlijst voor LVG-jongeren langer is geworden, is volgens onderzoeksbureau HHM onder meer een gevolg van een stijgende vraag naar zorg met verblijf bij een LVG-instelling en naar zorg zonder verblijf. Wat de specifieke LVG-instellingen betreft is er ook sprake van stagnerende uitbreiding van capaciteit, stagnatie van doorstroom van uitbehandelde cliënten (het zogenaamde ‘ketenprobleem’) en een tekort aan plaatsen voor de zwaarste groep in een inrichting voor gesloten jeugdzorg⁵².

Jongeren met een verstandelijke beperking komen veelal in aanmerking voor een plaats in het speciaal onderwijs, cluster 3 (voor leerlingen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking) of – indien ze naar een reguliere school gaan – voor ambulante begeleiding vanuit het speciaal onderwijs. In 2005 kregen 4859 leerlingen in het regulier onderwijs ambulante begeleiding vanuit een cluster 3-school. Ten opzichte van 2003 – het jaar dat het rugzakje werd ingevoerd – betekende dit een groei van 47 procent. Van deze ‘rugzakken’ werd 35 procent gebruikt door leerlingen met een verstandelijke beperking. Ook het aantal leerlingen in cluster 3 steeg, maar die stijging was beperkt: van 16.022 naar 16.436 leerlingen (een stijging van 3 procent). Hoeveel van deze leerlingen een verstandelijke beperking hebben, laten de cijfers niet zien⁵³.

Van de instroom in de Wajong bestond in 2006 18 procent uit jongeren die licht of zeer licht verstandelijk gehandicapt waren. Deze groep had een aandeel van ruim 40 procent in de toename van de instroom tussen 2002 en 2006. De achtergrond daarvan was vooral de sterke groei vanuit het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs (cluster 3 en 4)⁵⁴.

Participatierisico's en kansen van jongeren met LVG

Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking is het lastig om te voldoen aan de eisen van een moderne arbeidsorganisatie. Hij of zij mist de ‘social skills’ die daarvoor

49 HHM (2009) *Resultaten verdiepend onderzoek naar wachtlijsten voor Verpleging en Verzorging en Gehandicaptenzorg*, p. 25.

50 TK (2008-2009) 30 597, nr. 75, p. 2.

51 De Treeknormen zijn de door veldpartijen (onder meer zorgaanbieders en zorgkantoren) opgestelde normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg.

52 HHM (2009) *Resultaten verdiepend onderzoek naar wachtlijsten voor Verpleging en Verzorging en Gehandicaptenzorg*, p. 22.

53 SCP (2007) *Meedoen met beperkingen*, pp. 47-48.

54 CPB (2007) *Verdubbeling van de instroom uit de Wajong*, p. 21 en 22.

nodig zijn, kan niet goed zelfstandig werken en multi-inzetbaar zijn, is weinig assertief en heeft blijvende gespecialiseerde begeleiding en ondersteuning nodig op de werkplek. Tegelijkertijd hebben deze jongeren door zelfoverschatting vaak niet te realiseren werk-wensen. Het is voor hen vaak moeilijk om voor zichzelf een goede balans te vinden en te behouden: veranderingen in de levensloop, in de werk- of thuissituatie kunnen het evenwicht verstoren.

Deze jongeren zijn het meest gebaat bij werk dat bestaat uit heel concrete taken en op een werkplek waar hij of zij lichamelijk bezig kan zijn. Ook belangrijk zijn goed gestructureerde werkzaamheden, waarbij sprake is van: overzichtelijk werk, routinematige handelingen, het assisteren van andere personeelsleden. Voorbeelden van beroepsrichtingen zijn: magazijnbeheer, schoonmaakwerk, bouw, metaalbewerking, winkelwerk⁵⁵.

2 Jongeren met gedrags-/multiproblematiek

2.1 Jongeren met gedragsproblematiek

Kenmerken jongeren met gedragsproblematiek

Jongeren met gedragsproblematiek maar zonder officiële diagnose zullen waarschijnlijk (een deel van de) gedragingen laten zien die kenmerkend zijn voor jongeren die de diagnose gedragsstoornis krijgen. Dan gaat het om aanhoudend negatief, opstandig, ongehoorzaam, vijandig of agressief gedrag waardoor de jongere in haar of zijn dagelijks functioneren (in de sociale omgeving of op school) wordt belemmerd⁵⁶.

Kinderen met een IQ lager dan 70 hebben een grotere kans om een antisociale gedragsstoornis te ontwikkelen. Gedragsstoornissen gaan vaak samen met ADHD, met depressie, een angststoornis of met middelengebruik⁵⁷.

Prevalentie en groei van de groep jongeren met gedragsproblematiek

Prevalentiecijfers gelden voor gedragsstoornissen die als zodanig gediagnosticeerd zijn. In deze paragraaf gaat het echter juist over jongeren met gedragsproblemen die geen diagnose of indicatie voor zorg en hebben gekregen. Voor deze groep zijn – vanzelfsprekend – geen officiële prevalentiecijfers bekend. In zijn reactie op de adviesaanvraag aan de SER meldt het Trimbos-instituut echter dat gedragsproblemen voorkomen bij ongeveer één op de vijf jongeren tussen de 11 en 18 jaar. Daarbij gaat het om jongeren met klinische en subklinische (nog niet waarneembare of nog niet klinische) problematiek.

Hermanns (2009) stelt in zijn oratie *Het opvoeden verleerd* dat er over de eventuele groei van het aantal jongeren met ernstige psychische en gedragsproblemen uiteenlopende, elkaar

55 Zie: http://www.kenniscentrumcrossover.nl/handicap/moeilijk_lerend/werk.

56 De informatie in deze subparagraaf is ontleend aan: NJI (2009) *Dossier gedragsstoornissen*.

57 RIVM (2009) *Nationaal Kompas Volksgezondheid: Gedragsstoornissen*.

tegensprekende cijfers bestaan. Aan de ene kant is er sprake van groei van alle vormen van specialistische zorg voor en behandeling van jongeren zoals jeugdzorg, jeugd-ggz, jeugdbescherming en speciaal onderwijs. Tegelijkertijd wijzen evenwel grootschalige onderzoeken onder de Nederlandse jeugd, hun opvoeders en leerkrachten erop dat over de afgelopen 20 jaar nauwelijks veranderingen in psychische en gedragsproblemen of jeugdcriminaliteit zijn te constateren. Hermanns verklaart deze tegenstelling uit drie onderliggende factoren:

- 1 een afname van het jeugdtolerantieniveau ('De samenleving kan nog maar weinig hebben van zijn jeugd'),
- 2 psychopathologisering van opvoedingsproblemen, en
- 3 criminalisering van regelovertrekend gedrag van jongeren.

In zijn visie neemt niet zozeer het aantal problematische kinderen toe, maar maken bovengenoemde factoren dat men opvoedingsproblemen steeds vaker beschouwt als problemen van (problematische) kinderen.

Groei voorzieningengebruik door jongeren met gedragsproblematiek?

Het aantal jongeren dat zich met een 'gedragsklacht' aanmeldt voor de jeugd-ggz lijkt de laatste jaren te stijgen, zo werd in paragraaf 2.2.4 vermeld. Tegelijkertijd werd daar opgemerkt dat de betreffende cijfers om verschillende redenen niet betrouwbaar lijken. Uit de aanmeldingen bij de jeugd-ggz kan dan ook niet een feitelijke stijging van het aantal jongeren met gedragsklachten worden afgeleid.

In het onderwijs is wel sprake van een groei de onderwijsvorm die kinderen met ernstige gedragsproblemen opvangt (speciaal onderwijs cluster 4). Volgens het CPB was die groei tussen 2001/2002 en 2007 36 procent. In welke mate de groei van het aantal Wajonguitkeringen is toe te schrijven aan een toename van het aantal jongeren met gedragsproblemen (niet zijnde jongeren met een diagnose ADHD; die kwamen in de vorige paragraaf aan de orde) is onduidelijk.

Participatierisico's en kansen voor jongeren met gedragsproblematiek

Voor jongeren met gedragsproblematiek maar zonder diagnose kan het heel belangrijk zijn om tijdig een goede diagnose te krijgen. Juist voor het goed kunnen inschatten van de arbeidsmogelijkheden is een goed beeld van de competenties van de jongere belangrijk. Is er wellicht sprake van een (licht) verstandelijke beperking, een stoornis, psychiatrische problematiek? Een tijdige 'screening' vermindert de kans op 'mislukken' in arbeidstoeleidingstrajecten en op maatschappelijke uitval.

2.2 Jongeren met multiproblematiek: 'overbelaste' jongeren

Kenmerken 'overbelaste' jongeren

In 2009 presenteerde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) een adviesrapport naar de mogelijkheden voor (v)mbo-scholen om schooluitval onder de leer-

lingen tegen te gaan⁵⁸. Daarin richtte hij zich op een specifiek deel van de uitvallers, de zogenaamde ‘overbelaste’ jongeren. Daaronder verstaat de WRR leerlingen die de last met zich meedragen van individuele problemen zoals beperkte vaardigheden en gedragsproblemen en problemen thuis. Die laatste problemen doen zich voor op allerlei fronten, variërend van een alleenstaande ouder, chronische armoede, werkloosheid, schulden, misbruik, verslaving en criminaliteit. Door deze opeenstapeling van problemen kunnen deze jongeren het naar school gaan niet volhouden en vallen ze uit⁵⁹.

De WRR schetst de situatie van de ‘overbelaste’ jongeren als die van jongeren die zich staande moeten houden in een ‘chaotische’ context⁶⁰. Allereerst groeien ze vaak op in een chaotisch gezin: één ouder of soms zelfs beide ouders ontbreken, de situatie thuis is niet stabiel maar constant in (heftige) beweging door verhuizingen, werkloosheid, armoede en schulden. Deze situatie bevordert ook gedragsproblemen. Er zijn weinig positieve rolmodellen, structuur ontbreekt en de meest basale sociale vaardigheden en codes worden niet aangeleerd. Daarnaast leven de jongeren ook in chaotische (achterstands-)buurten met veel onveiligheid, onrust en ‘foute’ verleidingen zoals drank, middelengebruik en (kleine) criminaliteit. Mede door de cumulatie van problemen krijgen deze jongeren vaak ook een negatief zelfbeeld dat leidt tot boosheid en vijandigheid jegens autoriteiten, instanties en de maatschappij als geheel.

Aan de deelnemers aan het project *Nieuwe Kans* in Rotterdam is te zien hoe het ‘overbelaste’ schooluitvallers kan vergaan. De ruim zestig deelnemers zijn bijna allemaal jongens van tussen de 20 en 22 jaar. Verreweg de meesten zijn laaggeschoold en hebben het speciaal onderwijs gevolgd. De meesten zijn ver vóór de leerplichtige leeftijd van school verdwenen. Volgens de professionals heeft ruim twee derde te maken met psychische klachten. Bijna alle deelnemers zijn met justitie in aanraking geweest voor zaken die variëren van diefstal en het veroorzaken van overlast tot poging tot doodslag.

Kenmerkend voor de deelnemers is, zo zeggen de professionals, dat ze op alle fronten ‘breken’: ze breken voortijdig hun opleiding af, breken met familie, verbreken steeds snel contacten met leeftijdgenoten en ze breken met de maatschappij en komen daardoor vaak in de criminaliteit terecht. De betrokken jongeren zijn veelal ver af komen staan van de maatschappij en hebben weinig vertrouwen in de hulpverlening, maar zijn tegelijkertijd zelf niet meer in staat om hun complexe problemen op te lossen. Door dit alles ontbreekt het de jongeren aan toekomstperspectief.

58 WRR (2009) *Vertrouwen in de school*, p. 36.

59 De relatie tussen gedragsproblemen en schooluitval werd bijvoorbeeld aangetoond in een grootschalige Britse studie. Daaruit kwam naar voren dat kinderen met milde gedragsproblemen al een ruim tweemaal zo grote kans hebben om de school te verlaten zonder startkwalificatie. Bij kinderen met ernstige gedragsproblemen was deze kans zelfs vier keer zo groot (reactie op de SER-adviesaanvraag van het Trimbos-instituut).

60 WRR (2009) *Vertrouwen in de school*, pp. 64-67.

Prevalentie en groei van groep 'overbelaste' jongeren

Omdat 'overbelaste' jongeren nergens als zodanig worden geregistreerd, maakt de WRR in zijn rapport een schatting die vertrekt bij de schooluitvallers en de omgeving waarin veel multiproblematiek bestaat: armoedecumulatiegebieden. Jongeren die in deze gebieden opgroeien, krijgen vaak te maken met een veelheid aan problemen en zouden daarom tot de groep potentieel 'overbelasten' kunnen worden gerekend. Volgens een schatting van het ministerie van OCW is landelijk circa een kwart van de schooluitvallers uit deze gebieden afkomstig. In de vier grote steden zou het percentage 'overbelasten' veel hoger zijn en ongeveer driekwart van de uitvallers betreffen. In totaal zou het gaan om circa 13.000 jongeren (in de schoolgaande leeftijd) per jaar. Wanneer deze jongeren ook als adolescenten en volwassenen met de opeenstapeling aan problemen geconfronteerd blijven, dreigt niet alleen schooluitval, maar ook 'maatschappelijke' uitval voor een aanmerkelijk grotere groep.

Of het aantal 'overbelaste' jongeren groeit, is onduidelijk. Daarover zijn geen cijfers gevonden.

Groei in voorzieningengebruik door jongeren met multiproblematiek?

Jongeren met multiproblematiek zouden – als het goed is – gebruik moeten (kunnen) maken van een combinatie van regelingen en voorzieningen die voor hen bestemd zijn. In opdracht van het ministerie van Jeugd en Gezin onderzocht B&A Consulting combinaties van zorg bij jeugdigen: het zogenaamde 'stapelingsonderzoek'. In deze studie zijn de volgende regelingen en voorzieningen betrokken: de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-ggz, de LVG-jeugd, de justitiële jeugdzorg, de Wajong, het speciaal onderwijs, PGB's in de AWBZ en Zorgverzekeringswet en de TOG-regeling (Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende Gehandicapte kinderen)⁶¹.

Eén van de conclusies is dat 25 procent van de jeugdigen in de zorg meerdere zorgvormen met elkaar combineert en de combineerders uiteenvallen in grofweg twee typen: de stabiele zorgcombineerder en de schakelaar⁶². De eerstgenoemde combineert over het algemeen speciaal onderwijs met een setting in één van de drie zorgsectoren (provinciale jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvg). Tezamen vormen zij 15 procent van de jongeren in de zorg. De 'schakelaars' – 5 tot 10 procent van de jongeren in de zorg – hebben wel veel zorgcontacten binnen de verschillende regelingen, maar nemen niet veel zorg af en soms maken ze lange periodes geen gebruik van zorg. Deze jongeren hebben problemen die niet alleen met henzelf, maar ook met hun ouders te maken hebben (oudergerelateerde problematiek) en daarnaast is hun problematiek multisectoraal. De jongeren met multiproblematiek in dit advies lijken bij uitstek tot de groep (potentiële) schakelaars te behoren.

61 B&A (2009) *Combinaties van zorg bij jeugdigen: Rapport*.

62 B&A (2009) *Combinaties van zorg bij jeugdigen: Rapport*, pp. 5-6.

Juist voor schakelaars schiet, volgens de onderzoekers, de effectiviteit van de jeugdzorg tekort. De voor hen zo noodzakelijke intersectorale samenwerking of een intersectoraal aanbod ontbreekt. Bovendien missen hun ouders de assertiviteit en bureaucratische vaardigheden die nodig zijn om voor deze jongeren de adequate zorg te vinden⁶³. Voor een groot deel van deze jongeren⁶⁴:

- komt de zorg te laat,
- is de geboden zorg te licht en te weinig op het omringende gezinssysteem gericht,
- duurt de zorg te kort en
- wordt soms te weinig afstand genomen van de gezinsfactoren die de problematiek veroorzaken of bestendigen.

Het aandeel van de jongeren met multiproblematiek in de bovengenoemde (reguliere) zorg lijkt daarmee relatief klein. Er zijn geen gegevens voorhanden om te bepalen of dit aandeel groeit.

Tegelijkertijd maken deze jongeren wel veel gebruik van de talloze initiatieven en projecten die vanuit gemeenten en provincie binnen de sector zorg, onderwijs en/of werk speciaal voor hen worden ontwikkeld. Dan gaat het bijvoorbeeld om projecten ‘bemoeizorg’ voor jongeren met multiproblematiek en hun gezin van herkomst; om verdere scholing en opleiding voor schooluitvallers met multiproblematiek of om arbeidstoeleidsprojecten. De indruk bestaat dat het aantal van dergelijke speciale projecten nog steeds groeit. Dit betekent dat het (zorg- en ondersteunings)aanbod groeit; of ook het gebruik door jongeren met multiproblematiek van dergelijke voorzieningen groeit, is onduidelijk.

Participatierisico's en -kansen voor 'overbelaste' jongeren

Van de jongeren met multiproblematiek die in verschillende door de commissie bezochte projecten worden opgevangen, hebben velen geen diploma. De meesten functioneren op basisschoolniveau – vaak ook omdat ze een licht verstandelijke beperking hebben. Bovendien hebben de jongeren door hun opgroeien in ‘chaotische’ gezinnen geen structuur meegekregen en missen ze daardoor de voor werknemers noodzakelijke ‘soft skills’ zoals op tijd komen, je taak afmaken, opdrachten kunnen uitvoeren, de motivatie om iets vol te houden. Ook gedragsproblemen en psychische problemen kunnen het moeilijk maken om op het werk goed te functioneren.

Volgens de WRR kan aan deze negatieve elementen tegenwicht geboden worden door ‘structuur en verbinding’. De school kan daarin een belangrijke rol vervullen: door duidelijke regels en handhaving daarvan, door heldere doelen, hard werken en ‘geen flauwe smoezen’. Maar, zo stelt het WRR-rapport: “Het gaat ook om verbondenheid. Leerlingen moeten ervaren dat mensen aan de frontlijn daadwerkelijk om hen geven. Ze moeten merken: ik ben iemand, ik word gewaardeerd, ik hoor erbij.” Deze bevinding werd onder-

63 B&A (2009) *Combinaties van zorg bij jeugdigen: Rapport*, p. 6.

64 B&A (2009) *Combinaties van zorg bij jeugdigen: Rapport*, p. 31.

schreven tijdens het werkbezoek van de commissie aan Rotterdamse jongerenprojecten. Een mentor die ‘echte’ belangstelling voor en betrokkenheid bij de betreffende jongere aan de dag legt, kan hem of haar behoeden voor schooluitval of uiteindelijk – als de jongere zich jaren later bij een project meldt – weer ‘back on track’ krijgen.

2.3 Jongeren met multiproblematiek: zwerfjongeren

Kenmerken zwerfjongeren

Deze groep komt sterk overeen met de jongeren op wie de commissie tijdens de voorbereiding van het advies en vooral tijdens het werkbezoek aan diverse projecten in Rotterdam (Pensioen Maaszicht, Back on Track, Het Mentoraat voor jongeren en De nieuwe Kans) is geattendeerd. Dat zijn al dan niet dakloze jongeren ofwel zwerfjongeren met een multiproblematiek, waarvan psychische en gedragsproblemen vaak ook onderdeel uitmaken. Van jongs af aan krijgen zij met problemen te maken: ouders die door verslaving, psychische problemen of alleenstaand ouderschap niet goed voor hun kind kunnen zorgen. Ook gaat het om psychische of psychiatrische problematiek van de jongeren zelf (problemen zoals borderline, schizofrenie en autisme die vaak niet als zodanig gediagnosticeerd zijn). Daarna volgde schooluitval, geen werk, eigen verslavingsproblematiek (soft drugs, alcohol), schulden, huisvestingsproblemen (geen onderdak of steeds verhuizen van het ene naar het andere tijdelijke adres), soms criminaliteit of een andersoortige illegale inkomensvoorziening. Een – volgens de professionals – groeiend aantal jongeren met multiproblematiek heeft een licht verstandelijke handicap.

Een onderzoek uit 2005 van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Rotterdam brengt een aantal belangrijke kenmerken van Rotterdamse zwerfjongeren in beeld⁶⁵. Op basis van 206 dossiers van thuisloze jongeren constateert de onderzoeker dat deze groep voor twee derde uit jongens tussen de 18 en 20 jaar bestaat. Onder hen zijn – vergeleken met de Rotterdamse jongerenpopulatie – autochtone jongens oververtegenwoordigd, net als in mindere mate Surinaamse en Antilliaanse jongeren. Turkse zwerfjongeren komen bijna niet voor.

De opleiding van de zwerfjongeren is relatief laag: bijna niemand heeft een opleiding op het niveau van een startkwalificatie. Het merendeel (vooral van de jongens) heeft schulden, vooral bij telefoonbedrijven en vervoerbedrijven (als gevolg van zwartrijden). Voor de meesten van hen is die schuld meer dan 1000 euro. Van twee derde zijn de ouders gescheiden, de helft is één of meerdere keren van huis weggelopen, meestal als gevolg van ruzie met de nieuwe partner van één van de ouders. Drie op de vijf heeft contact gehad met Jeugdzorg of de Kinderbescherming, bijna de helft heeft wel eens in een internaat of tehuis gezeten en bijna de helft is wel eens met justitie in aanraking geweest. Van de onderzochte jongeren heeft een kwart een psychiatrische diagnose, waarvan de meesten ADHD of (manische) depressiviteit en sommigen schizofrenie. De helft van

65 Maaskant, J. (2005) ‘Bandieten’, ‘dissidenten’, ‘weglopers’ of ‘verschoppelingen’?, pp. 23-50.

de jongeren geeft aan regelmatig soft drugs te gebruiken en de meesten in deze groep blowen dagelijks. Verder wordt door het merendeel alcohol gebruikt, maar naar eigen zeggen vormt het geen probleem en hebben ze het drinken onder controle.

Bij nadere analyse bleken de verschillende kenmerken in combinaties voor te komen, die vier verschillende ‘beelden’ of ‘typen’ zwerfjongeren lieten zien. De ‘bandieten’ vormden een categorie jongeren die vooral opvielen door de hoeveelheid en ernst van door hen gepleegde delicten. Ze zijn veelvuldig in aanraking geweest met justitie en gebruiken veel alcohol en drugs. Dit zijn vooral jongens. De ‘dissidenten’ zijn zowel jongens als meiden die het huis uitgezet of uitgevlucht zijn. Een groot deel van hen is mishandeld en komt uit een gebroken gezin. Ze hebben relatief weinig contact met de hulpverlening. De ‘weglopers’ zijn vooral meisjes die meestal zelf het ouderlijk huis verlaten; voor de meesten gebeurt dat na traumatische ervaringen. Veel van hen komen bij jeugdzorg, ze hebben weinig justitiële contacten, gebruiken veel en hebben schulden. De ‘verschoppelingen’ – in overgrote meerderheid jongens – hebben veel contacten met jeugdzorg en ook wel met justitie. Daarnaast zijn er een hoog middelengebruik, veel traumatische ervaringen en een psychiatrische problematiek karakteristiek voor deze groep. Vooral deze jongeren zijn volgens de onderzoeker moeilijk te helpen.

Diesel, wiens verhaal aan het begin van deze paragraaf werd verteld, is een voorbeeld van een jongere met multiproblematiek waarvan een niet-onderkende psychose deel uitmaakt. Het Vroegtijdige Interventie Psychose Team (VIP-team) van AMC De Meren dat zich op deze groep richt, stelt dat deze jongeren een kwetsbare groep vormen omdat hun diagnose vaak pas laat wordt gesteld⁶⁶. Dat heeft mede als achtergrond dat de ziekte vaak sluimerend begint, de jongeren hun ziekte aanvankelijk sterk ontkennen en ze weinig gemotiveerd zijn voor behandeling. Vaak onttrekken ze zich aan zorg en behandeling en stoppen ze met hun medicatie zodra het iets beter gaat. Doordat hun psychose onbehandeld blijft, vallen ze uit in hun werk of opleiding met alle sociale, financiële en huisvestingsproblemen van dien.

Het meest opvallende kenmerk van hun ziekte is dat ze lijden aan hallucinaties (zintuiglijke waarnemingen die niet veroorzaakt worden door prikkels van buiten), en wanen (ideeën, interpretaties, overtuigingen die niet overeenkomen met de werkelijkheid)⁶⁷.

Prevalentie en groei van groep zwerfjongeren

Deze groep zal waarschijnlijk overlappen met de eerder genoemde ‘overbelaste’ jongeren, maar vormt tegelijkertijd door hun dak- en thuisloosheid een specifieke groep met specifieke problematiek. De Algemene Rekenkamer schatte in zijn rapport *Opvang zwerfjongeren 2007* het aantal zwerfjongeren op 6000⁶⁸. Daarvoor gebruikte hij de gegevens van

66 VIP-team (2009) *De knop om in Amsterdam*. Psychoses ontstaan meestal tussen het 16e en 30e jaar. Als psychotische symptomen langer duren dan een half jaar dan wordt gesproken van schizofrenie.

67 Zie ook: www.kenniscentrumcrossover.nl onder: werk & handicap, organisaties & kenniscentra psychische problemen.

68 ARK (2008) *Opvang zwerfjongeren 2007*, p. 15.

43 centrumgemeenten, met de kanttekening dat op de telling in deze gemeenten wel één en ander valt af te dingen. Zo hanteerden niet alle gemeenten de definitie van zwerfjongeren die met VWS is afgesproken: jongeren tot 25 jaar met multiproblematiek die dakloos zijn of in opvang verblijven.

Wat het aantal zwerfjongeren betreft stelt de Algemene Rekenkamer dat het geschatte aantal voor 2007 (6000) aanmerkelijk hoger ligt dan in 2004 (tussen de 3000 en 5000). Onduidelijk is echter of die stijging een gevolg is van meer aandacht voor deze risicjongeren of van een groter aantal opvangplaatsen, waardoor de jongeren vaker worden geregistreerd. Het onderzoek van de ARK kan daarover geen uitsluitsel bieden. Bovendien wordt, zoals bovenvermeld, de definitie die in 2004 door het Ministerie van VWS met de partijen overeengekomen definitie niet consequent gehanteerd⁶⁹.

Specifieke cijfers zijn er ook over jongeren met een psychose en schizofrenie: psychiatrische ziektes die onder jongeren met multiproblematiek of zwerfjongeren nogal eens voorkomen. Deze problematiek komt onder 0,8 procent van de bevolking voor. Onder allochtone groeperingen bestaat een verhoogde kans op psychose. Over de vraag of het aantal jongeren met een psychose en (latere) schizofrenie groeit, zijn geen gegevens beschikbaar.

Groei in voorzieningengebruik?

Voor het antwoord op deze vraag zij verwezen naar de tekst hierboven over de groei van het voorzieningengebruik onder jongeren met multiproblematiek in het algemeen.

Participatierisico's en -kansen voor zwerfjongeren

Voor dak- en thuisloze jongeren is een allereerste vereiste dat ze een stabiele woonplek krijgen: van daaruit zijn er meer mogelijkheden om werk te vinden en te behouden⁷⁰. Aanpak van eventuele schulden is ook van belang, ook om het gevoel van hopeloosheid bij deze jongeren te doorbreken. Verder is het essentieel, zo stelt de Federatie Opvang, dat jongeren weer vertrouwensrelaties durven aangaan. Hun achtergrond – veel gebroken gezinnen en geweld – heeft hen vaak alle vertrouwen ontnomen.

Het eerder genoemde Vroegtijdige Interventie Psychose Team (VIP-team) zette de arbeidsrisico's en -kansen voor jongeren met een 'psychotische kwetsbaarheid' op een rij⁷¹. Voor een deel zullen deze ook gelden voor mensen met andere psychische problematiek. Zo kan psychische kwetsbaarheid leiden tot allerlei cognitieve problemen, zoals problemen met concentratie, aandacht, geheugen, plannen en initiatief nemen. Daarnaast is er vaak sprake van gebrek aan energie, onzekerheid, een verminderd probleemoplossend

69 ARK (2008) *Opvang zwerfjongeren 2007*, p. 1.

70 Federatie Opvang (2009) *Reactie op adviesaanvraag*.

71 VIP-team (2009) *De knop om in Amsterdam*, pp. 13-20.

vermogen en moeite met het aanleren van nieuwe kennis en vaardigheden. Prestaties zijn variabel en wie medicijnen slikt kan daarvan bijwerkingen ervaren. Rekening houden met dergelijke beperkingen maakt het ook voor jongeren met psychische of psychiatrische problemen mogelijk om hun opleiding of werk weer op te pakken. Allereerst is daarvoor nodig dat de psychiatrische ziekte tijdig wordt herkend en dat de behandeling snel begint. Voor zover het jongeren betreft met weinig werkervaring, is het vaak nodig om hen te helpen bij het ontwikkelen van een realistische kijk op hun mogelijkheden en vaardigheden. Daarbij zal nader moet worden bezien welke maatwerk aanpassingen het werken goed mogelijk maken. Flexibele werktijden, aangepaste taakinhoud, ondersteuning bij de omgang met collega's en leidinggevenden, beperking van geluid en licht op de werkplek kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.