

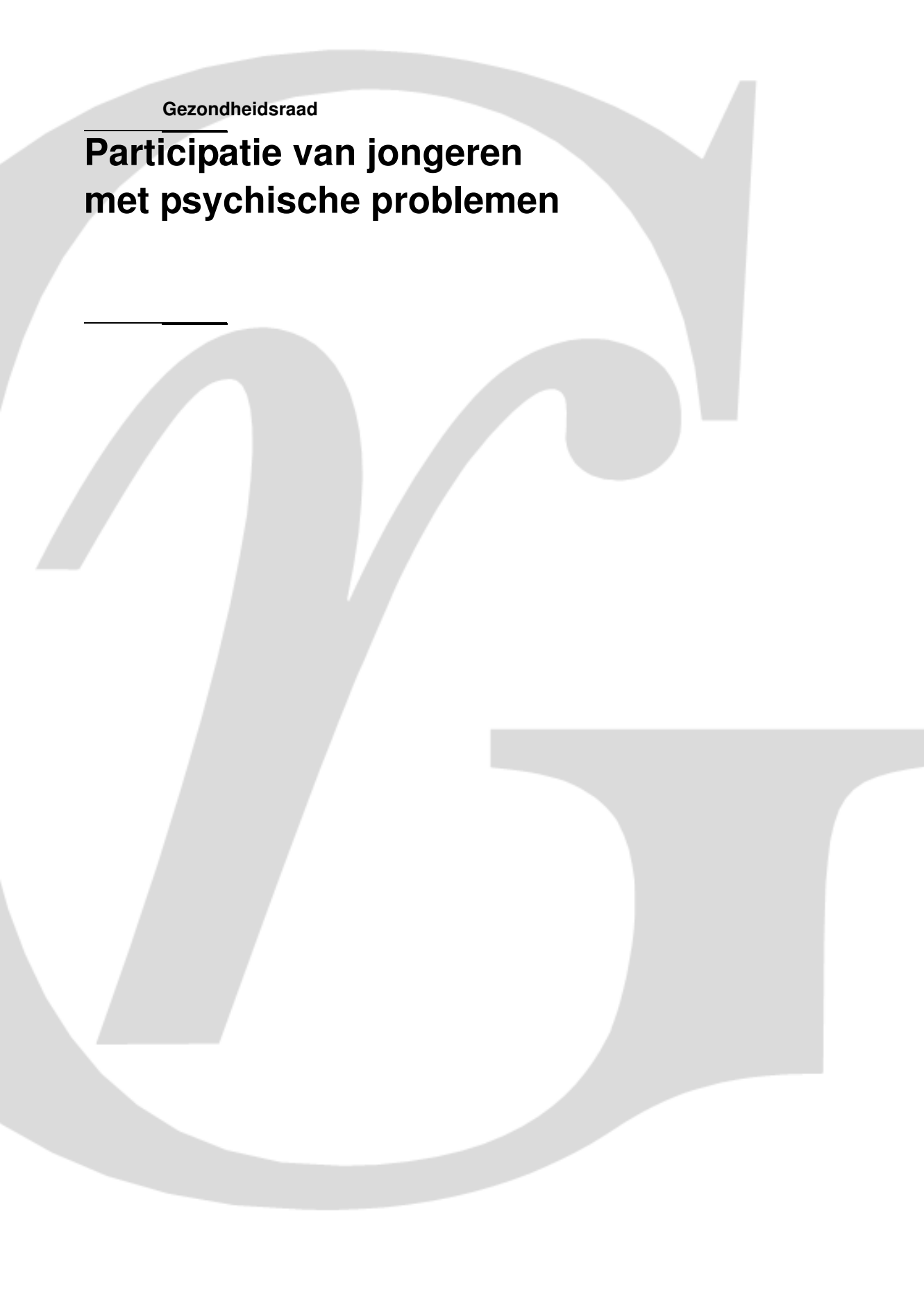
Gezondheidsraad

Participatie van jongeren met psychische problemen



Gezondheidsraad

Participatie van jongeren met psychische problemen





Aan de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : aanbieding advies *Participatie van jongeren met psychische problemen*
Uw kenmerk : J/3132004
Ons kenmerk : I-1548/12/LC/db/012-C
Bijlagen : 1
Datum : 3 juli 2014

Geachte staatssecretarissen,

In november 2012 vroeg u de Gezondheidsraad om advies over de verbetering van de zorg voor en de participatie van jongeren met psychische klachten. In de adviesaanvraag wordt de raad gevraagd zich te buigen over twee onderwerpen: de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen en de stand van wetenschap op het gebied van ADHD. De commissie die ik ter beantwoording van deze adviesaanvraag heb ingesteld heeft twee adviezen opgesteld. Het advies over de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen bied ik u hierbij aan. Het andere advies ontvangt u vandaag separaat.

Het advies heeft gegevens over de toegenomen hulpvraag van jongeren van 16 tot 30 jaar met psychische problemen op verschillende terreinen in kaart gebracht. De toename van het gebruik van zorg en ondersteuning is aanleiding voor een fel debat over normalisering en (de)medicalisering. In dit advies worden deze begrippen en hun normatieve lading tegen het licht gehouden. Belangrijk is volgens de commissie om de problematiek ook vanuit een andere invalshoek te benaderen. Het accent moet liggen op de vraag welke hulp en maatschappelijke arrangementen nodig zijn om de participatie van jongeren met psychische problemen te bevorderen. De commissie ziet kansen om de zorg voor deze jongeren te verbeteren door te investeren in rehabilitatiemethoden. De rehabilitatiebenadering gaat uit van door de patiënt zelfgestelde participatiedoelen en is een waardevolle aanvulling op de meer op stoornissen en klachten gerichte geestelijke gezondheidszorg. Investerings in de verdere ontwikkeling van rehabilitatiekennis – met name voor de brede doelgroep van jongeren met milde psychische problemen – is gewenst.

Gezondheidsraad

Health Council of the Netherlands



Onderwerp : aanbieding advies *Participatie van jongeren met psychische problemen*

Ons kenmerk : I-1548/12/LC/db/012-C

Pagina : 2

Datum : 3 juli 2014

Het advies is getoetst door de Beraadsgroepen Geneeskunde en Maatschappelijke gezondheidszorg. Ik onderschrijf de analyse en aanbevelingen van de commissie.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. W.A. van Gool,
voorzitter

Participatie van jongeren met psychische problemen

aan:

de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Nr. 2014/18, Den Haag, juli 3 2014

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids-(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Infrastructuur & Milieu; Sociale Zaken & Werkgelegenheid; Economische Zaken en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Participatie van jongeren met psychische problemen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/18.

Preferred citation:
Health Council of the Netherlands. Participation by young people with mental health problems. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2014; publication no. 2014/18.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 978-94-6281-008-2

Inhoud

Samenvatting *11*

Executive summary *15*

-
- 1 Inleiding *19*
 - 1.1 Adviesaanvraag en commissie *19*
 - 1.2 Beleidscontext van de adviesaanvraag *20*
 - 1.3 Beleidsdoelstellingen: demedicalisering, normalisering en het voorkomen van stigmatisering *21*
 - 1.4 Participatie: achtergrond en betekenis *21*
 - 1.5 Participatiebevordering: twee sporen *22*
-
- 2 Toename hulpvraag *25*
 - 2.1 Jongeren in de Wajong *25*
 - 2.2 Hulp in het onderwijs *26*
 - 2.3 Jeugdzorg en medicatiegebruik *27*
 - 2.4 Toename zorgconsumptie door toename psychische stoornissen? *28*
 - 2.5 Conclusie *29*
-
- 3 Het medicaliseringsdebat *31*
 - 3.1 Verschillende percepties van medicalisering *31*
 - 3.2 Voorbij het medicaliseringsdebat *33*
-

3.3	Normalisering	33
3.4	Stigmatisering	35
3.5	Conclusie	37
<hr/>		
4	Participatiebevorderende interventies	39
4.1	De rehabilitatiebenadering	39
4.2	Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)	42
4.3	Individuele plaatsing en steun (IPS)	44
4.4	Conclusie	47
<hr/>		
5	Ondersteuning door overheid, werkgevers en scholen	49
5.1	Beperkingen van jongeren in de Wajong	49
5.2	De rol van overheid, werkgevers en scholen	50
5.3	De inclusieve arbeidsorganisatie	52
5.4	Knelpunten in de hulpverlening	54
5.5	Stigmabestrijding	56
5.6	Conclusies	57
<hr/>		
6	Conclusies en aanbevelingen	59
6.1	De adviesaanvraag beantwoord	59
6.2	Aanbevelingen	62
<hr/>		
	Literatuur	67
<hr/>		
	Bijlagen	71
A	De adviesaanvraag	73
B	De commissie	77

Samenvatting

In samenleving en politiek en onder beroepsbeoefenaren is er veel discussie over de gestage groei van het aantal jongeren met psychische problemen, waaronder ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Die groei gaat gepaard met een toenemende vraag naar zorg of hulp en een toenemend medicijngebruik. Ook ervaren jongeren met dergelijke klachten steeds vaker problemen in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Wat zijn hiervan de oorzaken en hoe kan het tij worden gekeerd? Met deze brede vraagstelling hebben de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale Zaken en Werkgelegenheid zich tot de Gezondheidsraad gewend. De bewindspersonen vragen de raad om twee deeladviezen: een over de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen en een over de stand van wetenschap op het gebied van ADHD. Een speciaal daartoe geformeerde commissie van de Gezondheidsraad heeft beide deeladviezen opgesteld. Het voorliggende advies gaat over de participatieproblematiek.

Op weg naar een participatiemaatschappij

Het huidige beleid zet sterk in op bevordering van zelfredzaamheid van burgers en op vermindering van overheidssteun. Dat burgers zoveel mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven past ook binnen dat streven. Tegen die achtergrond baart het toenemend aantal jongeren dat een beroep doet op jeugdhulp grote zorgen. De stigmatiserende werking die daarvan uit zou gaan, kan het vol-

toeien van een opleiding en het vinden en behouden van werk belemmeren. De overheid zoekt de oplossing in demedicalisering, ontzorging en normalisering. In dit advies worden deze begrippen en hun normatieve lading door de commissie tegen het licht gehouden.

Toename van de hulpvraag nader geanalyseerd

De commissie heeft gegevens over de hulpvraag van jongeren van 16 tot 30 jaar met psychische problemen op verschillende terreinen in kaart gebracht. Zij heeft vastgesteld dat het aantal jongeren in de Wajong, met leerlinggebonden financiering, en met een beroep op jeugdhulp of de jeugdGGZ de afgelopen jaren flink is gestegen. Gegevens over medicatiegebruik wijzen er volgens de commissie op dat ook het aantal psychische diagnoses bij jongeren is toegenomen.

Betekent dit dat de Nederlandse jeugd psychisch ongezonder wordt? De commissie vindt dat die conclusie niet kan worden getrokken. Wat meespeelt is namelijk hoe geestelijke gezondheid precies wordt gedefiniëerd. Zorgverleners, wetenschappers en beleidsmakers blijken moeite te hebben de toenemende hulpvraag van jongeren met psychische problemen te duiden. In verband hiermee vindt de commissie het vruchtbaarder de hulpvraag van de jongeren zelf en de participatieproblemen die zij ervaren als vertrekpunt te kiezen.

Vorbij het medicaliseringsdebat

De begrippen medicalisering en demedicalisering gaan vaak hand in hand. In dat geval staat de negatieve connotatie van medicalisering centraal: een probleem ten onrechte als medische kwestie definiëren en navenant behandelen. Demedicalisering zou dan aangewezen zijn: oplossingen buiten het medische domein zoeken. De commissie wijst erop dat het streven naar demedicalisering ook een keerzijde heeft: patiënten kunnen zich miskend voelen bij de problemen die zij ervaren.

Belangrijk is volgens de commissie om de problematiek ook vanuit een andere invalshoek te benaderen. Naar haar oordeel moet daarbij het accent liggen op de vraag welke hulp en maatschappelijke arrangementen nodig zijn voor participatie van jongeren die een beroep (willen) doen op zorg en ondersteuning. Zo kan worden voorkomen dat de medische benadering de eerste of enige stap in het hulptraject vormt.

Interventies die participatie kunnen bevorderen

De commissie heeft geïnventariseerd welke interventies er zijn om de participatie van jongeren met psychische problemen te bevorderen. Het gaat om methoden die zijn ontwikkeld binnen de zogeheten rehabilitatiebenadering. De belangrijkste methoden zijn de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB), gericht op participatie in verschillende maatschappelijke domeinen, en Individuele Plaatsing en Steun (IPS), gericht op het vinden van betaald werk. De effectiviteit van deze interventies is tot nu toe vooral in het buitenland en bij volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen onderzocht. De commissie concludeert dat daar de bewijskracht overtuigend is. Of deze methoden eveneens goed werken in ons land en bij jongeren met – ook milde – psychische problemen, valt volgens de commissie nog niet precies te zeggen. Aanwijzingen daarvoor zijn er al wel, maar nader onderzoek zal uitsluitsel moeten bieden. In ieder geval vindt de commissie de methoden kansrijk en zouden deze vaker in de praktijk moeten worden toegepast, vergezeld van pilotonderzoek. Dat geldt ook voor de rehabilitatiebenadering in het algemeen; de nadruk op herstel en door de patiënt zelfgestelde participatiedoelen is een waardevolle aanvulling op de meer op stoornissen en klachten gerichte geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het verdient aanbeveling om in de GGZ meer gebruik te maken van participatieuitkomstmaten.

Ook andere partijen aan zet

Participatiebevordering vraagt niet alleen om effectieve interventies gericht op individuele cliënten, maar ook om geschikte begeleiding en arrangementen in de maatschappelijke sectoren waar die participatie haar beslag moet krijgen. De commissie zet uiteen hoe de huidige situatie op de arbeidsmarkt en in het onderwijs is, waar knelpunten optreden, en wat werkgevers, scholen en de overheid kunnen doen om participatie meer kans van slagen te bieden. Belangrijke ontwikkelingen op dit gebied zijn diverse vormen van coaching (op school, bij stages, op weg naar werk en bij een baan) en wat wel de inclusieve arbeidsorganisatie wordt genoemd: een organisatie die werkprocessen zodanig inricht dat ze tegemoet komen aan werknemers met beperkingen. In het onderwijs komt de rehabilitatiebenadering Begeleid leren tegemoet aan de vele vragen waar leraren en studiekeuzebegeleiders mee kampen bij de omgang met leerlingen met psychische problematiek. Deze initiatieven dienen in de visie van de commissie blijvend te worden gestimuleerd.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Participation by young people with mental health problems. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2014; publication no. 2014/18

There is a widespread debate in social and political circles, and among professional practitioners, about the steady growth in the number of young people with mental health problems, including ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). This growth is accompanied by an increasing demand for care or assistance, and by increasing medication use. Increasingly, young people with symptoms of this kind are also encountering problems in education and in the labour market. What are the underlying causes of this problem, and how can the tide be turned? The State Secretaries for Health, Welfare and Sport and for Social Affairs and Employment have submitted this broad-based question to the Health Council of the Netherlands. These government officials have requested two partial advisory reports from the Council: one on participation by young people with mental health problems, in general, and one concerning the current level of knowledge in the field of ADHD. Both partial advisory reports were drawn up by a Health Council committee specially appointed for the purpose. The present advisory report concerns participation issues.

Towards a participation society

Current policy is strongly focused on fostering self-sufficiency among members of the public, and on reducing government support. In keeping with this endeavour, members of the public should participate as much as possible in the

fabric of society. Against this background, the increasing number of young people making use of youth care services is a cause for great concern. This can have a stigmatising effect, which can undermine a person's ability to complete an educational programme, or to find and keep a job. The government is seeking solutions that involve demedicalisation, disengagement with the care system, and normalization of mental and behavioural problems. In this advisory report, the Committee carefully examines each of these concepts, together with their normative implications.

Further analysis of increased demand for care

The Committee has analysed details of the demand for care by young people (aged 16 to 30) with mental health problems. It found that, in recent years, there has been a significant increase in the number of young people who are receiving assistance under the Work and Employment Support (Young Disabled Persons) Act or pupil-specific funding and who are making use of youth care services or youth mental health care services. According to the Committee, data on medication use suggests that there has been an increase in the number of young people being diagnosed with a mental illness.

Does this mean that the mental health of young people in the Netherlands is deteriorating? The Committee feels that there is no reason to conclude that this is the case. After all, there is the matter of exactly how mental health is defined. Healthcare providers, researchers and policymakers seem unsure about how to designate the growing demand for care among young people with mental health problems. In view of this, the Committee has found it more fruitful to adopt a starting point based on the demands for care made by the young people themselves and on the problems they encounter in the participation arena.

Beyond the medicalisation debate

The concepts of medicalisation and demedicalisation often go hand in hand. The negative connotations of medicalisation play an important part in this: a problem is wrongly defined as a medical issue then treated accordingly. The obvious course of action in such cases is demedicalisation – seeking solutions outside the medical domain. The Committee notes that the pursuit of demedicalisation also has a downside: patients may feel that no-one fully understands their problems, as they see them.

According to the Committee, it is important to approach the problem from another angle. In its view, the emphasis must be on identifying the care and social arrangements needed to facilitate participation by young people who make use of care and support (or who want to do so). In this way, it is possible to avoid a situation in which the medical approach is the first or only step in the care delivery process.

Interventions that can foster participation

The Committee has taken stock of all available interventions for fostering participation by young people with mental health problems. This involves methods developed within the context of the rehabilitation approach. The main methods are the Individual Rehabilitation Approach (IRA), which focuses on participation in various social domains, and Individual Placement and Support (IPS), which focuses on finding paid work. To date, the effectiveness of these interventions has mainly been assessed outside the Netherlands, among adults with severe mental illnesses. The Committee concludes that the strength of the evidence obtained is convincing. However, according to the Committee, it is still difficult to say whether such methods would also be effective here in the Netherlands, and whether they would benefit young people with mental health problems (including relatively mild ones). While there is some evidence to suggest that this might indeed be the case, further research will be needed to provide confirmation. Whatever the case, the Committee feels that these methods are very promising, and that they should be used more often in everyday practice, together with pilot studies. The same applies to the rehabilitation approach in general. The emphasis on recovery and on participation goals set by the patients themselves is a valuable addition to the mental health care service, which tends to focus more on disorders and symptoms. It is recommended that the mental health care service make greater use of participation outcomes.

Time for other parties to take action

In addition to effective interventions aimed at individual clients, efforts to foster participation also require appropriate guidance and arrangements in the social sectors where such participation is to be put into practice. The Committee describes the current situation on the labour market and in education. It identifies points of concern, and indicates what action employers, schools and the government can take to ensure that participation has every chance of succeeding. There have already been some important developments in this area. These

include various types of coaching (at school, during internships, and at work) and inclusive labour organisations (which adapt working processes to meet the needs of employees with disabilities). In the area of education, Supported Education is a rehabilitation approach that addresses the numerous questions that teachers and programme selection advisors face when dealing with pupils with mental health problems. The Committee takes the view that permanent incentives should be set up for initiatives of this kind.

Inleiding

In de afgelopen jaren is het aantal kinderen en jongeren dat een beroep doet op jeugdhulp toegenomen. Zo nam het beroep op jeugd-geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder jongeren tot 17 jaar gemiddeld met 10,3 procent per jaar toe in de periode 2001 tot 2011.¹ Ook het aantal jongeren dat in de Wajong regeling terecht komt, is flink toegenomen.² Omdat het kabinet zich zorgen maakt over deze ontwikkelingen zijn *demedicaliseren*, *ontzorgen en normaliseren* de hoofd-doelen van het nieuwe stelsel voor jeugdhulp.

1.1 Adviesaanvraag en commissie

In november 2012 ontving de Gezondheidsraad de adviesaanvraag ‘verbetering zorg voor en participatie van jongeren met psychische klachten’ van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Een deel van de adviesaanvraag gaat over de verbetering van participatie in onderwijs en op de arbeidsmarkt van jongeren met psychische problemen. Het andere deel gaat over effectiviteit van zorg voor kinderen en jongeren met ADHD. De volledige tekst van de adviesaanvraag staat in bijlage A. De vragen over participatie luiden als volgt:

- 1 Een steeds grotere groep jongeren doet een beroep op zorg en ondersteuning. Op welke wijze kan de problematiek die zij ervaren in hun functioneren worden voorkomen?

- 2 Leidt dit terechtkomen in de zorg tot (zelf)stigmatisatie, dan wel andere gevolgen die invloed hebben op (arbeids)participatie?
- 3 In welke mate kan vanuit gemeenten, zorginstanties, scholen en professionals worden bijgedragen aan het demedicaliseren en ‘normaliseren’ van psychische klachten?
- 4 Hoe kan de participatie (in gezin, omgeving, onderwijs en arbeidsmarkt) worden bevorderd?

Omdat de onderwerpen inhoudelijk verwant zijn heeft de Gezondheidsraad een brede commissie ingesteld die twee adviezen uitbrengt: één advies over ADHD⁶⁵ en het voorliggende advies dat ingaat op de vier vermelde vragen over participatie. De commissie richt zich in dit advies met name op de groep jongeren van 16 tot en met 30 jaar. Dat is een woelige en kwetsbare levensfase waarin velen de overgang van school en studie naar werk maken, en op zichzelf gaan wonen. Daarnaast openbaren veel psychische problemen zich voor het eerst in de levensfase van 16 tot 23 jaar. De bovengrens van 30 is gekozen omdat jongeren tot hun 30^{ste} een wajong uitkering kunnen aanvragen.

1.2 Beleidscontext van de adviesaanvraag

Naast de toename van de hulpvraag onder jongeren vormen de grootschalige stelselwijzigingen de tweede algemene aanleiding voor de adviesaanvraag. De nieuwe jeugdwet schrijft voor hoe de jeugdhulp eruit gaat zien als deze in 2015 decentraliseert van het rijk en de provincies naar de gemeenten. De overdracht van de bestuurlijke verantwoordelijkheid geldt voor alle vormen van jeugdhulp: jeugd-GGZ – zowel de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als Zorgverzekeringswet – provinciale jeugdzorg, gesloten jeugdzorg (jeugdzorg-Plus), jeugdreclassering, jeugdbescherming en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd. Jeugdigen die nu nog een beroep doen op het rijk (AWBZ) of instanties van de provincie, zullen hun ondersteuning straks bij de gemeenten moeten zoeken.

Op het gebied van onderwijs wordt de leerlinggebonden financiering, het zogenaamde ‘rugzakje’, afgeschaft. In het nieuwe stelsel Passend onderwijs komt het daardoor vrijgekomen geld ter beschikking voor samenwerkingsverbanden van scholen. Die scholen zullen verplicht worden om passende onderwijsplekken aan te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

Op het gebied van sociale zekerheid wordt de nieuwe Participatiewet ingevoerd die het aantrekkelijker moet maken voor werkgevers om personen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen. Op het gebied van ondersteuning voor men-

sen met een beperking staat de invoering van de nieuwe Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) voor de deur. In een binnenkort te verschijnen advies van de Gezondheidsraad over de Wmo wordt ingegaan op de professionalisering van maatschappelijke ondersteuning.

1.3 **Beleidsdoelstellingen: demedicalisering, normalisering en het voorkomen van stigmatisering**

In de adviesaanvraag wordt het streven naar participatie gerelateerd aan het probleem van medicalisering. Demedicalisering en normalisering zijn beleidsambities waar gemeenten, zorginstanties, scholen en professionals aan zouden moeten bijdragen, zo blijkt uit de adviesaanvraag. Stigmatisering wordt genoemd als een mogelijk negatief gevolg van het in zorg terechtkomen van jongeren.

- *Medicaliseren* komt in essentie neer op het definiëren van een (gedrags)probleem als een medisch probleem of ziekte en (daarmee) het legitimeren van behandeling door de medische professional. In de (jeugd) GGZ vallen ook gezondheidszorgpsychologen daaronder.
- *Normaliseren* is een term die vaak in één adem met demedicalisering wordt gebruikt. Gedrag dat als afwijkend wordt gezien – en daarom in medische termen geduid wordt – kan (opnieuw) als normaal worden opgevat: dan is sprake van normalisering.
- *Stigmatisering* is een proces waarin een groep personen negatief wordt gemerkt (of zelfs veroordeeld en uitgesloten) op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen. Als personen vooroordelen op zichzelf betrekken ontwikkelen zij soms een minderwaardig zelfbeeld. Dan wordt gesproken van *zelfstigmatisering*.

Het proces van medicalisering en de termen die zich daar tegen keren – demedicalisering en normalisering – zijn sterk normatief geladen. De begrippen worden bovendien verschillend geïnterpreteerd. In algemene zin draait het medicaliseringsdebat om opvattingen over gewenste en ongewenste medische zorg.

1.4 **Participatie: achtergrond en betekenis**

Onder druk van de almaar stijgende consumptie van Jeugdhulp en JeugdGGZ is ‘participatiebevordering’ speerpunt van beleid en onderwerp van maatschappelijk debat geworden. In de op Prinsjesdag 2013 uitgesproken troonrede werd geconstateerd dat burgers mondiger en zelfstandiger worden. In combinatie met de druk om het overheidstekort terug te dringen zou dit ertoe leiden “dat de klas-

sieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker verandert in een participatiemaatschappij”.* Participatie, het bijdragen aan de maatschappij, heeft in deze politieke context een zeer brede betekenis gekregen.

De participatiemaatschappij is niet alleen een descriptieve term, het is ook een politiek-maatschappelijk streven om burgers minder afhankelijk te maken van overheidssteun. Door sommigen wordt het beeld van de zelfredzame participerende burger als een overschatting van de mogelijkheden van burgers gezien. Het beeld van de zelfredzame burger zou koren op de molen zijn voor de bezuinigende overheid.³ In 2006 signaleerde de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) het gemis van geschikte arrangementen om de participatiemaatschappij te realiseren. De wens van de overheid om te komen tot een participatiemaatschappij bleek voornamelijk uitgewerkt in een oproep tot meer participatie.⁴ Dat is stevige kritiek die haar weerklink vindt in het huidige maatschappelijke debat over de ideeën achter het streven van het kabinet naar een participatiemaatschappij.

De commissie wijst er op dat het streven naar participatie samenhangt met noties van burgerschap. Burgerschap impliceert altijd een combinatie van rechten, plichten en de verwachting van anderen dat men iets bijdraagt aan de samenleving.⁵ In de loop van de twintigste eeuw heeft burgerschap een steeds bredere invulling gekregen; er wordt niet alleen politiek burgerschap onder verstaan maar in toenemende mate ook sociaal-culturele aspecten.⁶ Volgens van Weeghel is het verlangen naar burgerschap daardoor steeds moeilijker te realiseren voor mensen met psychische aandoeningen.⁵

1.5 Participatiebevordering: twee sporen

De commissie steunt voor de beantwoording van de adviesvragen op inzichten uit rehabilitatiedisciplines. Volgens Dröes, van Wel en Korevaar richt rehabilitatie zich op het ondersteunen van mensen met ernstige, langdurige beperkingen en participatieproblemen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun zelf gekozen participatiedoelen.⁷ In de wetenschappelijke literatuur wordt het veld veelal met de term *rehabilitation* aangeduid. In Nederland wordt dit soms vertaald als re-integratie maar in de Nederlandse GGZ wordt meestal van het bredere rehabilitatie gesproken.

De rehabilitatiebenadering is bedoeld voor uiteenlopende patiënten en ondersteuning op verschillende maatschappelijke terreinen, waaronder school, werk,

* Zie <http://www.binnenlandsbestuur.nl/Uploads/2013/9/troonrede-2013.pdf>, geraadpleegd 12-06-2014.

gezin en sport. De stoornissen en klachten waar jongeren (van 16 tot 30 jaar) mee kampen zijn zeer divers – het kan gaan om depressie, ontwikkelings-, gedrags- en angststoornissen. De doelgroep van dit advies omvat bovendien ook de jongeren met mildere psychische problemen.

De commissie acht grofweg twee hoofdsporen van belang voor participatiebevordering: het eerste spoor bestaat uit interventies en methoden om individuele jongeren zo goed mogelijk te helpen participeren (hoofdstuk 4). Met het tweede spoor wil de commissie benadrukken dat het participatievraagstuk ook een maatschappelijk vraagstuk is waar werkgevers, scholen en de overheid een rol in spelen (hoofdstuk 5).

Toename hulpvraag

In dit hoofdstuk gaat de commissie in op de toegenomen hulpvraag van jongeren met psychische problemen. De commissie brengt niet alleen de medische hulpvraag in kaart maar ook de hulpvraag op de terreinen onderwijs en sociale zekerheid.

2.1 Jongeren in de Wajong

De toename van het aantal jongeren in de Wajong is een belangrijke aanleiding voor de adviesaanvraag. De Wajong is een volksverzekering die jongeren die door ziekte niet zelfstandig de kost kunnen verdienen, verzekert van een minimuminkomen. Jongeren en jongvolwassenen vanaf 18 jaar en jonger dan 30 jaar kunnen een uitkering aanvragen als zij naar verwachting niet binnen één jaar van hun ziekte herstellen.*

Volgens cijfers van het Centraal Planbureau (CPB) bestond de instroom in de Wajong in 2001 uit 7.000 mensen per jaar, in 2010 was dit aantal gestegen tot 17.000. Doordat de uitstroom laag is neemt het totaal aantal uitkeringen toe. Volgens de onderzoekers van het CPB wordt de toename van het aantal jongeren in

* Op basis van de Wet Wajong is iemand arbeidsongeschikt als hij minder kan verdienen dan een gezond persoon met dezelfde opleiding en ervaring. De verzekeringsarts van het UWV beoordeelt de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt. Een arbeidsdeskundige bepaalt daarna de mogelijkheden om een bepaalde vorm van werk te verrichten. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wajong/wajong-uitkering>, geraadpleegd 01-05-2014.

de Wajong overigens voor een belangrijk deel verklaard doordat er een prikkel voor gemeenten is ontstaan om het aantal bijstandsgerechtigden te verlagen. Gemeenten kunnen een eventueel overschot op het budget voor bijstand zelf houden en als gevolg van die prikkel blijken gemeenten een substantieel deel van de bijstandsgerechtigden naar de Wajong te hebben verschoven.

Het aandeel van jongeren met verstandelijke beperkingen, ADHD, autisme-spectrumstoornissen en gedragsstoornissen in de instroom blijkt te zijn toegenomen, van 46 procent in 2002 tot 60 procent in 2010. De instroom van jongeren in de Wajong met andere aandoeningen ('fysieke' of 'overige psychische aandoeningen') bleef in diezelfde periode ongeveer gelijk.²

2.2 Hulp in het onderwijs

Ook uit het onderwijs komen signalen dat veel jongeren kampen met psychische problemen. Het beroep op leerlinggebonden financiering, de zogenaamde rugzakjes, is in de afgelopen jaren toegenomen. Scholen krijgen extra financiering per leerling met een verstandelijke, zintuiglijke, lichamelijke handicap, voor leerlingen met (ernstige) psychiatrische, leer- of gedragsproblemen, en voor leerlingen met een langdurige ziekte. De financiering is in 2003 ingevoerd om ouders van een kind met een indicatie de vrijheid te geven de benodigde extra hulp voor hun kind te betrekken binnen het speciaal onderwijs dan wel met het rugzakje binnen het regulier onderwijs. In het regulier basisonderwijs en het speciaal basisonderwijs is het aantal kinderen met leerlinggebonden financiering toegenomen van 9.000 in 2004 tot ruim 19.000 in 2012, en in het voortgezet onderwijs in dezelfde periode van 4600 naar bijna 20.000.^{8,9}

Ook het aantal leerlingen op scholen uit het speciaal onderwijs steeg flink in de afgelopen jaren. Vooral het aantal leerlingen op een zogenaamde *cluster 4* school steeg fors. Dat zijn scholen voor leerlingen met psychiatrische problematiek, ernstige gedragsproblemen, en voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen. In 2000/2001 gingen 15.817 leerlingen naar een cluster 4 school. In 2012/2013 was dit aantal gestegen tot 34.193. De algemene stijging van het aantal leerlingen op speciale scholen komt daarmee voor het grootste deel op het conto van leerlingen met gedragsproblemen of andersoortige psychiatrische problematiek.¹⁰

Als vanaf 1 augustus 2014 de leerlinggebonden financiering wordt afgeschaft en het Passend onderwijs wordt ingevoerd zal die financiering ten goede komen aan regionale samenwerkingsverbanden van scholen, waarbij het doel nog steeds is om leerlingen die hulp behoeven te ondersteunen. Binnen een samenwerkingsverband wordt dan gekeken op welke school leerlingen met een speciale onderwijsbehoefte geplaatst kunnen worden.

2.3 Jeugdzorg en medicatiegebruik

Het in de inleiding aangehaalde SCP rapport laat zien dat de toename van het gebruik van hulpvoorzieningen voor de jeugdzorg in brede zin geldt.¹ Van de verschillende vormen van jeugdhulp zijn het echter vooral de provinciale jeugdzorg, de jeugdGGZ en jeugdreclassering die flink zijn gestegen (een gemiddelde jaarlijkse stijging tussen 2001 en 2011 van respectievelijk 21, 10 en 8 procent). Het jaarlijks beroep op de JeugdGGZ vormt ongeveer de helft van het totale beroep op jeugzorgvoorzieningen. Van de 3,5 miljoen kinderen van 0 tot en met 17 jaar in Nederland deden in 2010 262.000 kinderen een beroep op jeugdzorg; dat is ongeveer 7,5 procent. Het aantal gebruikers van jeugdGGZ dat jaar lag op 198.000; ruim 5,5 procent van de 3,5 miljoen kinderen.¹

Het blijkt lastig de vermeende toename van het aantal jongeren met psychische problemen te staven met harde cijfers over het aantal psychiatrische diagnoses, maar over medicatiegebruik zijn wel duidelijke gegevens beschikbaar. Zo blijkt uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) dat veel jongeren psychofarmaca gebruiken. Van de jongeren tot 21 jaar gebruikte ongeveer een op de twintig een psychofarmaca in 2012. Naast de medicijnen tegen ADHD vallen ook antipsychotica, antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines) onder de psychofarmaca. Methylfenidaat (verkrijgbaar onder diverse merknamen waaronder Ritalin), een middel dat veel bij ADHD wordt voorgeschreven, is veruit het meest gebruikte psychofarmaca bij jongeren, zie tabel 1.

Van de ongeveer 4 miljoen jongeren tussen 0 en 21 jaar kregen 200.000 jongeren (5 procent) in 2012 psychofarmaca voorgeschreven, waarvan 130.000 jongeren methylfenidaat. Het gebruik van methylfenidaat onder jeugdigen van 4 t/m18

Tabel 1 Meest verstrekte psychofarmaca aan jongeren tot 21 jaar in 2012¹¹.

rang	geneesmiddel	toepassing	gebruikers	verstrekkingen
1	Methylfenidaat	bij ADHD	130.000	750.000
2	Risperidon	antipsychoticum	15.500	90.000
3	Diazepam	benzodiazepine	15.000	21.500
4	Oxazepam	benzodiazepine	9.200	15.700
5	Atomoxetine	bij ADHD	5.300	36.500
6	Temazepam	benzodiazepine	5.300	8.800
7	Fluoxetine	antidepressivum	4.000	18.300
8	Pipamperon	antipsychoticum	4.000	14.250
9	Citalopram	antidepressivum	4.000	18.000
10	Quetiapine	antipsychoticum	3.500	17.900

jaar steeg tussen 2003 en 2013 van ongeveer 1 procent naar bijna 4,5 procent. De Gezondheidsraad commissie gaat in het advies *ADHD: medicatie en maatschappij* in op de toename van ADHD en bij ADHD toegepaste behandelingen.

Het gebruik van het antipsychoticum risperidon steeg jarenlang met 15 procent per jaar tot 16.500 gebruikers onder de 21 jaar in 2009. Daarna daalde het gebruik licht tot 15.500 gebruikers in 2012. Het gebruik van benzodiazepines daalde na 2008 licht, waarschijnlijk omdat per 1 januari 2009 deze groep medicijnen van vergoeding werd uitgesloten, met uitzondering van sommige situaties. Het gebruik van de twee meest voorgeschreven antidepressiva onder jongeren, fluoxetine en citalopram, is sinds 2007 met respectievelijk gemiddeld 8 procent en 3 procent per jaar gestegen.¹¹

2.4 Toename zorgconsumptie door toename psychische stoornissen?

De toenemende zorgconsumptie op het gebied van geestelijke gezondheid is zeker sinds de jaren negentig een zorg voor politiek en beleid. Maatschappelijke onrust over de geestelijke volksgezondheid was in 1999 voor toenmalig minister van VWS Els Borst reden een landelijke commissie geestelijke volksgezondheid in te stellen. Het eindrapport van die commissie werd in 2002 gepresenteerd en bevat veel nuttige aanknopingspunten voor het onderhavige advies. Ook aan het einde van de twintigste eeuw was het de vraag hoe de groei in zorgconsumptie kon worden verklaard en geduid.¹² Was er sprake van een toegenomen incidentie van psychische stoornissen of was er wat anders aan de hand?

Het rapport van de commissie geestelijke volksgezondheid laat zien dat het antwoord op die vraag afhangt van het perspectief dat wordt gehanteerd. Het rapport onderscheidt een *universalistisch* en een *sociaal-maatschappelijk* perspectief:¹²

- Het *universalistische* perspectief – dat populair zou zijn binnen de psychiatrie en sommige kringen in beleid en onderzoek – gaat er vanuit dat psychische stoornissen in hun essentie en voorkomen universeel zijn. Aanhangers van dit perspectief wijzen op de vele studies uit de biologische psychiatrie die stellen dat psychische stoornissen een neurobiologische basis hebben die genetisch is vastgelegd. Ook het onderzoek uit de transculturele psychiatrie was belangrijk binnen dit perspectief. Dat onderzoek liet namelijk zien dat de epidemiologie van psychische stoornissen min of meer gelijk is onder verschillende westerse en niet-westerse culturen. De rol van de samenleving bij het ontstaan van psychische problemen is binnen dit perspectief gering; er zou dus geen sprake zijn van een ‘ziekmakende samenleving’. Dat opent de deur voor andersoortige verklaringen voor de toename van zorgconsumptie:

de zorgconsumptie neemt toe omdat de drempel om hulp te zoeken bij professionele hulpverleners is verlaagd. Ook de inrichting van het zorgstelsel (en toegang tot hulp via bijvoorbeeld leerlinggebonden financiering) kan invloed uitoefenen op het moment en de mate waarin mensen gebruik maken van zorg.

- Het *sociaal-maatschappelijk* perspectief werd volgens de commissie geestelijke volksgezondheid vaak gehanteerd door professionals die niet in het hart van de GGZ werkzaam zijn, maar meer in aangelegen domeinen zoals onderwijs, jeugdhulpverlening, justitie, maatschappelijk werk. Binnen dit perspectief wordt psychische ongezondheid veel breder opgevat dan de vastomlijnde classificaties (zoals die in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, voorkomen) en bovendien wordt de verwevenheid van psychische met sociale problematiek benadrukt. De basis voor dit perspectief ligt in de sociale psychiatrie, die in de jaren zestig hoogtij vierde, en in het maatschappelijk werk en het latere welzijnswerk. In de jaren zestig en zeventig overheerste de gedachte dat maatschappelijke processen en structuren een ziekmakend karakter hadden en dat hervorming van de maatschappij dus nodig was om psychiatrische stoornissen te voorkomen. Binnen dit sociaal maatschappelijk perspectief moet de toename van het aantal psychische klachten gezien worden als een gevolg van toenemende psychosociale problematiek. Die problematiek komt vooral voor bij risicogroepen zoals de lage inkomens.¹²

Wat betekent deze beschouwing voor de duiding van de recent toegenomen hulpvraag van jongeren? Worden de jongeren psychisch ongezonder? Dat blijkt af te hangen van wat als psychische ongezondheid gezien wordt. Het universalistische perspectief wijst op de min of meer stabiele prevalentie van psychiatrische stoornissen, en dan is het antwoord dus nee. Binnen het sociaal-maatschappelijk perspectief wordt niet zozeer uitgegaan van vaststaande medische stoornissen maar van de veel minder eenduidige, maatschappijgebonden psychische problemen. Die zouden best meer kunnen voorkomen, aangezien de zorgvraag van jongeren die last ondervinden van hun psychische gesteldheid toeneemt.¹³

2.5 Conclusie

Meer jongeren met psychische problemen doen een beroep op de Wajong, voorzieningen als ondersteuning op school (leerlinggebonden financiering), jeugdhulp en GGZ. De commissie vindt het op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens over medicatiegebruik aannemelijk dat het aantal psy-

chische diagnoses bij jongeren is toegenomen. Deze ‘medicaliseringstrend’ is niet voorbehouden aan de geestelijke gezondheidszorg: ook in de somatische zorg is bij enkele ziektegebieden sprake van een (flinke) toename van diagnoses en zorggebruik. Wat betreft de geestelijke gezondheidszorg hebben zorgverleners, wetenschappers en beleidsmakers veel moeite om de toenemende hulpvraag van jongeren met psychische problemen te duiden. Het is lastig te zeggen of de toenemende zorgvraag samenhangt met een daadwerkelijke toename van het aantal psychische stoornissen bij jongeren omdat dit afhangt van hoe geestelijke gezondheid wordt gedefinieerd. Mede hierom is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag of de Nederlandse jeugd psychisch ongezonder wordt. De commissie is van mening dat het nuttiger is om uit te gaan van de *ziektebeleving* (de psychische problemen) en de door jongeren ervaren hindernissen in het streven naar participatie (de hulpvraag in de context van pogingen om op school of werk te participeren). Duidelijk is dat de ziektebeleving en daarmee samenhangende hulpvraag in de afgelopen jaren is toegenomen. De commissie meent dat rehabilitatie waardevolle inzichten biedt om deze toegenomen ziektebeleving en hulpvraag tegemoet te komen.

Het medicaliseringsdebat

In het maatschappelijk debat wordt de toename van het gebruik van GGZ en medicatie bij psychische problemen soms gezien als ongewenste medicalisering van ‘normale’ problematiek. Voorstanders van demedicalisering gebruiken de term medicalisering om zich af te zetten tegen het medisch benaderen van bepaalde fenomenen, waaronder ‘overmatig druk en ongeconcentreerd gedrag’ (zie ook het advies *ADHD: medicatie en maatschappij*). Dat maakt de term voor veel medische professionals en patiënten controversieel: professionals kunnen zich miskend voelen in hun professionele integriteit en patiënten in de problemen die ze ervaren. Echter niet alleen het streven naar demedicalisering is normatief en controversieel: ook het proces van *medicalisering* roept al jarenlang veel discussie op en is op zichzelf normatief van aard. Dit maakt het debat rond psychische problemen en (de)medicalisering vaak fel van aard. In dit hoofdstuk duidt de commissie de verschillende aspecten en opvattingen over demedicalisering en normalisering. Omdat het medisch benaderen van psychische problematiek in de adviesvraag wordt gerelateerd aan (zelf)stigmatisering zal daar ook aandacht aan worden besteed.

3.1 Verschillende percepties van medicalisering

Medicaliseren komt neer op het definiëren van een probleem als een medisch probleem of ziekte en (daarmee) het legitimeren van behandeling door de medische professional (waaronder ook gezondheidszorgpsychologen). In het maat-

schappelijk debat wordt de term medicalisering meestal niet op analytische of descriptieve wijze gehanteerd maar vaker in normatieve zin. De term medicalisering wordt dan gebruikt voor medische behandelingen die *ten onrechte* worden toegepast. Medicalisering is in dat opzicht het verruimen van medische autoriteit voorbij een legitieme grens.¹⁴

Soms wordt medicalisering in een veel nauwere betekenis gebruikt: gebruik van medicijnen, met name methylfenidaat (Ritalin), bij gedragsproblemen wordt in discussies over de omgang met afwijkend, druk gedrag dan aangehaald als een typisch voorbeeld van (ongewenste) medicalisering. Niet-farmacologische behandeling zoals psycho-educatie door gezondheids(zorg)professionals, wordt binnen dat perspectief niet als medicalisering gezien of als een vorm van medicalisering die te billijken valt.

In het maatschappelijk debat over medicalisering wordt vaak gewezen op het onterecht labelen van ‘lichte gevallen’: bijvoorbeeld de jongeren die een etiket ADHD krijgen terwijl zij niet echt een psychiatrische stoornis zouden hebben, maar eerder te kampen hebben met problematisch gedrag dat in de opvoedkundige sfeer ligt. Volgens de critici worden in dit soort gevallen ‘normale’ opgroei-problemen ten onrechte gemedicaliseerd. Volgens hen kan het gedrag van kinderen met milde, ADHD-achtige kenmerken ook gezien worden als passend binnen de normale variatie. Daarnaast wijzen critici van medicalisering op de mogelijke bijwerkingen van medicatie voor psychische problemen. Omdat het wetenschappelijk gezien lastig is om uitsluitel te bieden over bijwerkingen op lange termijn kan die discussie niet beslecht worden ten gunste van het ene of het andere argument.

Ook het kostenargument speelt een belangrijke maar weinig onderbouwde rol in het medicaliseringsdebat. Het is niet duidelijk of een beleid gericht op demedicalisering een besparing op de rijksbegroting oplevert. Het is immers niet ondenkbaar dat het uit zorg houden van mensen met psychische problemen tot hogere kosten leidt op langere termijn, doordat burgers in een later stadium – mochten de problemen zijn verergerd – alsnog in kostbaardere vormen van zorg terecht komen. Vaak wordt aangenomen dat alternatieve vormen van hulp, zoals pedagogische ondersteuning, goedkoper zijn.

Anderen stellen dat de toename van het aantal diagnoses niet zonder meer een onwenselijke ontwikkeling is. De toename van het aantal diagnoses kan deels voortkomen uit een verbeterde (h)erkenning van psychische problemen. Medische behandeling van die problemen kan dan gepast zijn, omdat onbehandelde stoornissen samenhangen met verhoogde uitval op school, werk en andere negatieve langetermijn gevolgen. Ook wordt er door sommigen op gewezen dat niet valt uit te sluiten dat het aantal diagnoses van psychiatrische stoornissen (bij

sommige bevolkingsgroepen) achterblijft bij het vóórkomen in de populatie zoals dat uit veel epidemiologische studies blijkt. Dan is er dus sprake van onderdiagnostiek. Het tijdig herkennen en behandelen van psychiatrische problemen kan positieve effecten hebben op maatschappelijke participatie van patiënten en op de kans op ‘uitvallers’, ontsporing en delinquentie.

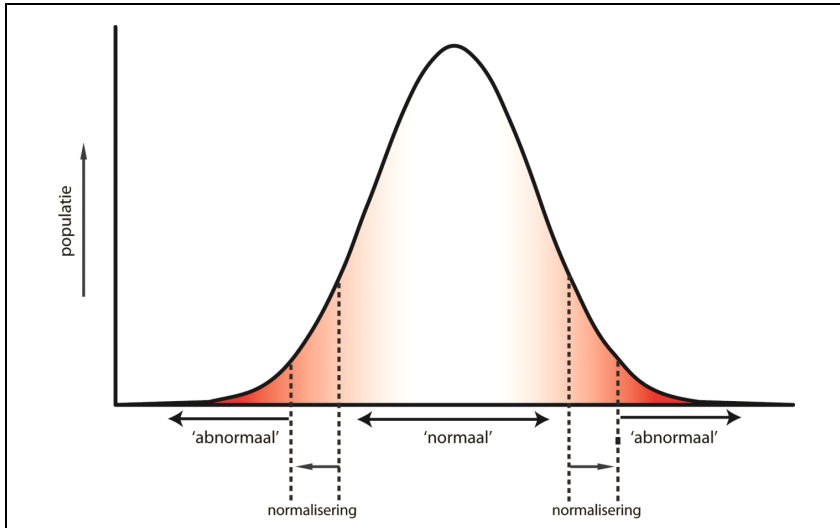
3.2 Voorbij het medicaliseringsdebat

De commissie ziet medicalisering als een fenomeen met zowel negatieve als positieve kanten. Zij wijst er op dat het bijzonder lastig is om de positieve en negatieve effecten van medicalisering te objectiveren en tegen elkaar af te wegen. Dit verklaart ten dele waarom de maatschappelijke (en wetenschappelijke) discussie over gepaste diagnostiek en behandeling van psychische problemen, zoals bij ADHD en autisme, lang aanhoudt. Toch kan er uit het medicaliseringsdebat een belangrijke conclusie worden afgeleid: de problemen die jongeren met psychische klachten ervaren moeten niet uitsluitend medisch benaderd worden. In de hedendaagse GGZ wordt daarom steeds meer uitgegaan van een biopsychosociaal model met aandacht voor kwetsbaarheid en de interactie tussen ‘oorzaken’ op verschillende niveaus – al valt er in de GGZpraktijk nog veel te verbeteren op dit punt.

Het debat over medicalisering maakt duidelijk dat een maatschappelijk perspectief op de hulpvraag van jongeren onontbeerlijk is. Disfunctioneren hangt immers (deels) samen met maatschappelijke systemen, zoals het onderwijs. Daarom is een perspectief nodig op de rol van leraren, het onderwijs, overheidsinstanties als het UWV, en de maatschappij in het algemeen als het gaat om jongeren die disfunctioneren als gevolg van psychische problemen. Zo wordt de discussie niet langer gericht op het lastige medicaliseringsvraagstuk, maar op de vraag wat er voor deze jongeren gedaan kan worden. Het feit dat de problemen die zij ondervinden niet enkel medisch van aard zijn, is voor de commissie reden om in het volgende hoofdstuk aandacht te besteden aan wetenschappelijke inzichten over participatiebevordering.

3.3 Normalisering

Het onderscheid tussen normaal en abnormaal wordt soms categorisch opgevat: als een stoornis afwezig is, is een kind ‘normaal’. Het is echter realistischer om het onderscheid tussen normaal en abnormaal met een normaalverdeling te benaderen, zoals in figuur 1 is uitgebeeld.



Figuur 1 Verdeling van kenmerk X over een populatie en het effect van normalisering op de afkappunten van wat als normaal wordt beschouwd.

Het linker- en rechteruiteinde van die verdeling wordt als abnormaal gezien. De afkappunten van die uiteinden van de verdeling zijn tot op zekere hoogte arbitrair: ze kunnen verschuiven als gevolg van veranderende maatschappelijke normen en verwachtingen. Normalisering wil in dit geval zeggen dat de afkappunten verder naar de uiteinden worden verplaatst, waardoor gedrag dat eerder als abnormaal werd geïdentificeerd weer binnen het spectrum van normaal gedrag valt. In feite is normalisering een mogelijke uitkomst van demedicalisering: iets wordt niet langer in medische termen geïdentificeerd. Daarnaast is duidelijk dat het onderscheid tussen normaal en abnormaal gedrag afhankelijk is van de context waarin het gedrag zich manifesteert. Zo valt het gedrag van iemand met een autismespectrumstoornis (ASS) eerder op als 'abnormaal' in een dynamische, sociale omgeving dan in een prikkelarme omgeving.

Door problematisch gedrag te normaliseren wordt tevens een legitimering voor (medische) hulp weggenomen. Dat betekent dat jongeren die reële problematiek ervaren niet de medische hulp krijgen die ze wellicht nodig hebben, omdat hun gedrag niet als abnormaal wordt beschouwd. De commissie ziet normalisering daarom niet als een geschikte oplossing voor de problematiek rond jongeren met psychische problemen. Toch wordt 'normalisering' in het huidige tijdsgewricht door politiek en beleidsmakers gezien als een wenselijke uitkomst van beleid. Normalisering wil overigens niet zeggen dat verschillen tussen perso-

nen genegeerd moeten worden; die verschillen dienen wel degelijk erkend te worden maar het medisch benaderen van die verschillen is niet altijd gewenst. In dit verband heeft de RMO het belang van normalisering en *ontzorging* van ‘opvoedproblemen’ in de context van kwetsbare gezinnen benadrukt.¹⁵ De staatssecretaris van VWS is voornemens om normalisering op te nemen in het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg.

3.4 Stigmatisering

Stigma is een begrip uit de sociologie, het is een merkteken (etiket of label) dat personen onderscheidt van anderen en onwenselijke eigenschappen aan hen toeschrijft. Mensen met een psychiatrische diagnose worden bijvoorbeeld als gevaarlijk, onbetrouwbaar, onvoorspelbaar gezien. Het stigma zorgt ervoor dat deze mensen door anderen worden afgewezen, genegeerd of geweerd (discriminatie). De ‘ander’ wordt dan op afstand gehouden, of het nu gaat om mensen met overgewicht, homoseksuele geaardheid of mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. In het geval van jongeren met psychische problemen kan stigmatisering bijvoorbeeld resulteren in een verminderde deelname aan maatschappelijke activiteiten.

Een belangrijk mechanisme dat tot stigmatisering van mensen met psychische problemen kan leiden is het *labelen* van deze personen met een psychiatrisch etiket waaraan onwenselijke of ongunstige eigenschappen worden toegedicht, zoals gevaar of onberekenbaarheid. Het label kan daarom de participatie op school, de arbeidsmarkt en andere maatschappelijke domeinen belemmeren. Onderzoek in de context van de schoolklas suggereert dat leraren meer moeite willen doen voor leerlingen die een label hebben gekregen, maar tegelijk de mogelijkheden van die leerlingen lager inschatten.¹⁶ Uit sommige studies blijkt dat stigmatisering niet samenhangt met de medische diagnose maar met het onderliggende, afwijkende gedrag. Een label of diagnose kan dan juist de stigmatisering tegengaan, omdat het problemen beter bespreekbaar zou maken.¹⁶ De relatie tussen het stellen van psychiatrische diagnoses (labeling) en stigmatisering is dus niet eenduidig.

Uit onderzoek in de context van ADHD is gebleken dat stigmatisering ook via de leerkracht op school kan plaatsvinden. Leerkrachten die te horen kregen dat ze te maken hadden met een leerling met een ADHD label bleken hun eigen mogelijkheden om te interveniëren lager in te schatten, in vergelijking met leerlingen die voldeden aan de diagnostische criteria voor ADHD zonder dat het label werd gebruikt. De docenten bleken wel meer bereid om interventies toe te passen, maar tegelijkertijd voelden ze zich minder competent om met deze pro-

blemen om te gaan. In het licht van stigmatisering is het bovendien erg belangrijk dat uit dit onderzoek bleek dat de docenten de problematiek van kinderen met een ADHD label zwaarder inschatten dan bij kinderen met dezelfde problematiek zónder het ADHD-label.¹⁷

Uit een ander onderzoek bleek dat een psychiatrisch label slechts in geringe mate een stigmatiserend effect heeft als het gaat om de houding van ouders tegenover kinderen met symptomen. In dit onderzoek werden Australische ouders van schoolgaande kinderen (n=225) drie vignetten voorgelegd: één waarin een kind werd beschreven met symptomen van depressie of ADHD, zonder dat het kind een label had, één vignet beschreef de symptomen van de kinderen en vermeldde daarbij dat het kind ADHD had of een depressie. Een controle vignet beschreef kinderen met milde, ‘normale’ depressie-achtige of ADHD-achtige symptomen – dit omdat de onderzoekers de controle vignetten realistisch wilden houden, het moest niet een perfect kind zijn. De ouders moesten de kinderen uit de verschillende vignetten beoordelen op drie schalen waarmee een bepaald stigmatiseringeffect gemeten werd: stereotypering, vooroordelen, en sociale afstand. Zoals verwacht bleken ouders de kinderen met symptomen (met en zonder label) significant meer te stigmatiseren dan de controlegroep. De kinderen met symptomen én een label werden slechts in geringe mate meer gestigmatiseerd dan de kinderen met symptomen maar zonder label. De auteurs opperen daarom dat de kleine toename in stigmatisering als gevolg van een label niet opweegt tegen de positieve effecten die een diagnose kan bieden: toegang tot behandeling, erkenning en opluchting.¹⁸

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat ongeveer een kwart van de mensen met een ernstige psychische aandoening discriminatie ervaart bij het vinden en het behouden van een betaalde baan.¹⁹ Dit onderzoek toont bovendien geanticipeerde discriminatie aan: uit angst voor de zoveelste keer te worden afgewezen ziet een kwart van de mensen met ernstige psychische aandoeningen¹⁹ en tweederde van mensen met schizofrenie²⁰ er al bij voorbaat van af om naar een baan te solliciteren. Uit een promotieonderzoek onder jongeren in de Wajong met psychische beperkingen bleek dat verzekeringsartsen bij de beoordeling van het werkvermogen vooral kijken naar de aanwezigheid van diagnose gerelateerde kenmerken. In het geval van jongeren in de Wajong met psychische problemen werd een lager niveau van arbeidsmogelijkheden toebedacht dan in andere (somatische) gevallen. De jongeren in de Wajong die met meerdere stoornissen (comorbiditeit) kampten werden het meest negatief beoordeeld.²¹

Jongeren met psychische problemen worden geconfronteerd met het dilemma van het geven van openheid over hun problemen. Aan de ene kant kan het bieden

van openheid de aandacht vestigen op beperkingen en daarmee stigmatisering in de hand werken. Aan de andere kant kan het verbergen van psychische problematiek de beschikbaarheid van hulp tegenwerken en bovendien psychologisch zwaar zijn.²² Uit onderzoek onder psychiatrisch patiënten blijkt dat zij in de praktijk selectief zijn met het geven van openheid. Het niet geven van openheid kan voor een individu een goede keus zijn. Op groepsniveau is dat anders, omdat uit onderzoek blijkt dat juist contact met mensen met psychische problemen het stigma kan verminderen (zie ook de antistigma strategieën in paragraaf 5.5).

3.5 Conclusie

De toegenomen hulpvraag onder jongeren met psychische problemen staat garant voor een fel medicaliseringsdebat. De positieve en negatieve effecten van medicalisering zijn lastig te wegen. Voor patiënten kan het streven naar demedicalisering betekenen dat ze worden miskend in hun reële problematiek. Een inperking van het zorggebruik kan bovendien een verschuiving van kosten naar andere beleidsterreinen, zoals de sociale zekerheid, veroorzaken. Tegelijkertijd is duidelijk dat velen zich zorgen maken over medicaliseringstrends. Vanwege de gevoeligheden die het demedicaliseringsdebat oproept acht de commissie het nodig voorbij het debat te geraken door de aandacht te vestigen op de vraag welke hulp en maatschappelijke voorwaarden nodig zijn voor participatie. Immers, wil men voorkomen dat ‘milde’ psychische problemen medisch worden benaderd dan zal het nodig zijn maatschappelijke arrangementen zo in te richten dat die medische benadering niet de eerste (of enige) stap in het hulptraject is.

Een van de negatieve gevolgen van psychische problematiek voor jongeren is stigmatisering. Voor jongeren lijkt stigmatisering als gevolg van een medisch label in sterkere mate voor te komen bij leerkrachten dan bij ouders. De relatie tussen labels en stigmatisering is echter niet eenduidig. Een medisch label kan een persoon met psychische problemen in een negatief daglicht plaatsen maar het kan problemen ook bespreekbaar maken. Het labelen van jongeren met een diagnose is bovendien in de huidige situatie noodzakelijk om toegang tot hulp te krijgen.

De commissie ziet kansen in een op rehabilitatie gerichte benadering. Die verschilt van een medische (vaak psychiatrische) benadering doordat niet een medische diagnose de spil voor hulp is, maar de vraag wat nodig is om eigen participatiedoelen te realiseren. Het idee hierachter is dat een diagnose niet direct duidelijk maakt wat iemand nodig heeft om op bepaalde maatschappelijke terreinen te participeren. In dit verband is in het onderwijs het handelingsgericht diagnosticeren en handelingsgericht werken ontwikkeld, een methode die de

vraag naar onderwijsbehoeften van kinderen centraal stelt.²³ De rehabilitatie-interventies die in het volgende hoofdstuk worden besproken, moeten worden gezien als een aanvulling op de meer op stoornissen en klachten gerichte GGZ.

Participatiebevorderende interventies

Mensen die psychisch gezond zijn komen sneller aan werk, vinden betere banen en zullen die banen gemakkelijker behouden. Omgekeerd geldt dat het hebben van werk – of een andere vorm van betekenisvolle zelfontplooiing of participatie – een positief effect kan hebben op de psychische gezondheid. De commissie geeft in dit hoofdstuk daarom ruim baan aan de nog beperkte wetenschappelijke literatuur over interventies die de participatie van jongeren met psychische problemen in de maatschappij helpen verbeteren.

4.1 De rehabilitatiebenadering

4.1.1 *Ontstaangeschiedenis*

De rehabilitatiebenadering is een kritische reactie op de psychiatrie in de jaren zestig en zeventig in Amerika, waar patiënten veelal in instellingen werden ‘weggestopt’.²⁴ *Psychiatric rehabilitation* ijverde voor een minder restrictieve behandeling van patiënten en meer hulp bij het functioneren in de maatschappij. De voorstanders van deze benadering richtten zich in eerste instantie vooral op patiënten met schizofrenie, van wie altijd werd gedacht dat het bijzonder lastig was om ze in de gemeenschap (in plaats van in een instelling) te behandelen. Later werd de rehabilitatiebenadering ingezet voor de maatschappelijke integratie van patiënten die bijvoorbeeld kampten met ernstige depressie, persoonlijkheidsstoornissen of andere ernstige psychiatrische stoornissen.²⁵ Volgens

rehabilitatiedeskundigen worden de interventies recentelijk steeds vaker toegepast bij minder ernstige psychische problematiek, en onder doelgroepen als daklozen, verzorgingshuisbewoners en verstandelijk beperkten.

In de jaren tachtig vond rehabilitatie vooral nog aan de ‘achterdeur’ van de GGZ plaats, als cliënten vanuit een instelling weer terug in de maatschappij keerden. Tegenwoordig wordt rehabilitatie meer bij de voordeur van de GGZ ingezet – vroeg in het behandelproces dus. Dat is onder meer te zien in de zogenaamde eerste psychose programma’s (vroegbehandeling van psychoses). In zekere zin worden rehabilitatiemethoden nu zelfs preventief ingezet door jongeren die kwetsbaar zijn voor psychoses studiebegeleiding te bieden door middel van ‘Begeleid leren’ programma’s.

4.1.2 *Rehabilitatie en de civil society*

In het advies *ADHD: medicatie en maatschappij* wordt ingegaan op het belang van een pedagogische *civil society* voor de ontwikkeling van kinderen met aan ADHD gerelateerde problemen. Een goed functionerende (pedagogische) *civil society* is ook in bredere zin van belang voor jongeren met psychische problemen. Het draait om betrokkenheid bij opvoeding en een gevoel van medeverantwoordelijkheid van ouders en de wijdere sociale omgeving. Binnen deze visie is het belangrijk om te investeren in gemeenschapsnetwerken, omdat de cohesie van gemeenschapsnetwerken in veel Westerse landen is afgenomen, zo blijkt uit sociologisch onderzoek.²⁶ Onlangs heeft het NJI projecten opgezet om ondersteuning en advies aan gemeenten te geven bij het versterken van zulke netwerken. Denk daarbij aan maatjesprojecten, ‘eigen kracht conferenties’ en ondersteuning van ouders van kinderen en jongeren met psychische problemen door andere ervaringsdeskundigen. Het programma Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE) past goed binnen de ideeën van de *civil society*. HEE is ontstaan vanuit een beweging van mensen met ervaringen als patiënt in de GGZ en is niet gericht op genezing van psychische stoornissen, maar juist op het omgaan met (vaak chronische / terugkerende) psychische problemen (zie www.hee-team.nl). Daartoe worden patiënten werkwijzen en strategieën aangeleerd om zichzelf te leren helpen omgaan met kwetsbaarheden. HEE biedt trainingen aan hulpverleners over deze herstelondersteunende zorg. Een HEE-team bestaat uit ervaringsdeskundige docenten die voorlichting geven en zelfhulpgroepen, studiedagen en cursussen organiseren.

4.1.3 *Rehabilitatie in Nederland*

De oprichting van Stichting Rehabilitatie '92 heeft de participatiebenadering in Nederland een belangrijke impuls gegeven. Deze stichting geeft trainingen aan hulpverleners in zorg- en welzijnsinstellingen en draagt daarmee in belangrijke mate bij aan de disseminatie van rehabilitatiemethoden.²⁷

In 2003 werd door een aantal GGZ instellingen het kenniscentrum rehabilitatie opgericht, dat in 2010 samenging met de Schizofreniestichting en omgedoopt werd tot kenniscentrum Phrenos. Phrenos stimuleert een kenniscyclus rond rehabilitatie en maatschappelijke acceptatie van mensen met (ernstige) psychische stoornissen door kennis op dit gebied te ontwikkelen, vertalen, implementeren en evalueren. De stichting STORM Rehabilitatie en later de RINO groep in Utrecht heeft het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) in Nederland verspreid.

4.1.4 *Rehabilitatiemethoden*

De meest belangrijke rehabilitatiemethoden zijn de Individuele rehabilitatiebenadering (IRB), gericht op participatie op verschillende maatschappelijke terreinen, en Individuele plaatsing en steun (IPS), gericht op het vinden van betaald werk. De commissie richt zich in de paragrafen hieronder met name op deze twee methodes omdat de wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid het grootst is en omdat ze hun meerwaarde in de GGZ praktijk hebben bewezen. Het rehabilitatieveld kent naast IRB en IPS nog enkele andere methoden die minder goed zijn onderzocht. Begeleid Leren, ingezet in het onderwijs, wordt in hoofdstuk 5 besproken.²⁸ Momenteel loopt een onderzoek naar het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) in Nederland. Een aangepaste versie, SRH 2.0, is sterk geënt op het door empowermenttheorieën geïnspireerde *Strengths* model uit de VS en wordt ook in de Nederlandse GGZ toegepast.^{29*} Verder wordt binnen de rehabilitatiebenadering veel aandacht gegeven aan het ontwikkelen van algemene praktische en sociale vaardigheden, omdat die vaak een noodzakelijke voorwaarde zijn voor succesvolle participatie in de sociale omgeving, onderwijs en arbeidsmarkt.

* Daarnaast wordt ook de methodiek *Illness Management and Recovery* (IMR) toegepast, waarbij een hulpverlener met een patient een persoonlijke aanpak ontwikkelt om zijn ziekte te managen en persoonlijke doelen te stellen. Participatie is binnen IMR niet een primair maar een afgeleid doel, de focus ligt op zelfmanagement.

Voor veel rehabilitatiemethoden geldt dat een nauwe afstemming tussen GGZ en reïntegratiedeskundigen essentieel is, naast de vereiste omscholing van de reïntegratiedeskundigen en substantiële financiering om de manier van werken in instellingen in te voeren.³¹

4.2 Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)

4.2.1 Gefaseerde aanpak

De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB), ontwikkeld aan het *Center for psychiatric rehabilitation* van de universiteit van Boston (VS), is gericht op de ondersteuning van het functioneren van individuen met psychische problemen aan de hand van een geprotocolleerde gesprekstechniek.³² Met de IRB ondersteunt een hulpverlener de cliënt bij eigen doelen op het terrein van wonen, werk/dagbesteding, leren, sociale contacten en financiën. Een belangrijke pijler van IRB is het *'first place-then-train'*-principe, wat betekent dat iemand na een zorgvuldige plaatsing op de arbeidsplek (of in een woning) er vervolgens de benodigde training en ondersteuning krijgt – in tegenstelling tot het *'first train, then place'*-principe, dat vaak als demotiverend ervaren wordt. Het rehabilitatieproces vindt plaats in de fasen *verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden*. Deze fasen vormen het denkkader om te beoordelen hoe ver de persoon naar zijn eigen oordeel is gevorderd bij het verwezenlijken van de wensen.

In de fase van verkennen is vaak nog niet duidelijk op welk terrein een verandering wordt nagestreefd. Onvrede met de huidige woonsituatie kan leiden tot doelen op het gebied van wonen (verhuizen), van werken of leren (niet de hele dag thuis zitten) of op sociaal gebied (verbetering van de verhouding met een huisgenoot). In de *fase van kiezen* gaat het om het stellen van een doel op een gebied. Dat houdt in dat iemand op een verantwoorde manier bepaalt aan welk van de beschikbare mogelijkheden hij de voorkeur geeft. Daar wordt een concreet doel aan verbonden, inclusief een termijn van realisatie. De *fase van verkrijgen* bestaat uit praktische handelingen die moeten worden verricht om het gestelde doel te verwezenlijken, zoals het regelen van de verhuizing, het voeren van sollicitatiegesprekken en het regelen van studiefinanciering. In de *fase van behouden* gaat het om vast te stellen welke vaardigheden en hulpbronnen de persoon nodig heeft om het behaalde resultaat te bestendigen. Soms wordt IRB ondersteunt met 'milieurehabilitatie', een methode waarbij de omgeving van een cliënt wordt betrokken in het rehabilitatieproces.

IRB is voor uiteenlopende professionals ontwikkeld, zoals verpleegkundigen, woonbegeleiders en trajectbegeleiders voor arbeid, opleiding en dagbeste-

ding. De methode wordt het meest toegepast voor de groep mensen met ernstige, langdurige beperkingen, maar inmiddels ook bij personen met lichtere problematiek zoals licht verstandelijk beperkten en bij verslavingsproblematiek. Voor jongeren wordt de methode vanaf ongeveer 16 jaar ingezet.

4.2.2 Effectiviteit

IRB is in enkele *randomized controlled trials (RCT's)* onderzocht en als effectieve interventie opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie en in de Databank Effectieve Interventies van Movisie. De grondleggers van de IRB rapporteerden positieve onderzoeksresultaten over de effecten van IRB bij mensen met ernstige psychiatrische problemen, zoals een verbetering van het zelfstandig functioneren in woon- en werksituaties.³³

Het belangrijkste gecontroleerde effectonderzoek in Nederland is een RCT die in 2003 in vier Nederlandse GGZ instellingen is uitgevoerd. In deze RCT werd een controlegroep psychiatrische patiënten vergeleken met een groep die IRB toegewezen kreeg. De controlegroep ontving *rehabilitation as usual*; zij werden geholpen door hulpverleners die ook op participatiedoelen gericht waren maar die niet volgens de IRB te werk gingen. Beoordelaars interviewden deelnemers om te kunnen inschatten in hoeverre een persoonlijk rehabilitatiedoel op een van de domeinen wonen, werk en educatie, en sociale contacten werd bereikt na 12 maanden³⁴ en na 24 maanden.³⁵ De beoordelaars waren geblindeerd voor de indeling van cliënten in de interventie of controlegroep. De 156 deelnemers werden gerandomiseerd toegewezen aan een IRB groep (n=80) of controlegroep (n=76) en beide groepen werden verdeeld over de 4 centra.³⁴ Na 24 maanden bleek 48,1 procent van de IRB groep een participatiedoel bereikt te hebben, tegen 31,6 procent van de controlegroep. IRB bleek vooral effectief waar het ging om werk en educatiedoelen (19 van de 34 personen=56 procent bereikte zijn doel in IRB groep tegen 9 van de 32=28 procent uit de controlegroep), maar niet als het ging om een doel op het gebied van de woonsituatie (8 van de 21=38 procent personen bereikte zijn doel in IRB groep tegen 11 van de 21=50 procent uit de controlegroep).³⁵

Voor een aantal andere secundaire uitkomstmaten, zoals de kwaliteit van leven kon deze studie geen duidelijk verschil vinden tussen interventie- en controlegroep. Deze nam in ongeveer gelijke mate toe voor beide groepen. Wel bleek de maatschappelijke participatie (werk, vrijwilligerswerk of studie) in de IRB groep te zijn toegenomen van 28 procent op baseline tot 50 procent na 24 maanden, tegen 36 procent op baseline en 40 procent na 24 maanden in de controlegroep. De studie kon overigens geen significant verschil vinden voor

medicatie en zorggebruik. Een voordeel van dit onderzoek is dat er verschillende soorten hulpverleners bij betrokken waren en dat het in verschillende settings heeft plaatsgevonden (*in-* en *outpatient settings*). Dat maakt de generaliseerbaarheid van de resultaten groter. De onderzoekers concluderen dat IRB een beperkt positief effect heeft op het bereiken van doelen op de terreinen werk, studie en sociale contacten, en de maatschappelijke participatie in werk, vrijwilligerswerk en studie, terwijl voor andere uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven geen effect werd gevonden.³⁵

Uit een RCT onder daklozen in New York bleek dat deelnemers die met behulp van een individueel rehabilitatieplan geholpen werden bij het realiseren van hun participatiedoelen vaker aan dagprogramma's deelnamen, minder tijd op straat doorbrachten, beter in hun basale levensbehoeften konden voorzien en minder psychische problemen rapporteerden dan een controlegroep die van reguliere daklozendiensten gebruik maakte.³⁶ In een Italiaanse RCT werd een op de IRB geïnspireerde rehabilitatiemethode toegepast op een groep mensen met chronische schizofrenie. Uit dit onderzoek bleek dat de interventiegroep er beter in slaagde rehabilitatiedoelen te realiseren dan de controlegroep. Er bleek geen verschil in psychopathologie.³⁷ Daartegenover staat een Amerikaans onderzoek naar arbeidsrehabilitatie, gelijkend op IRB, bij mensen met psychiatrische beperkingen. Uit die studie bleek geen verschil tussen interventie- en controlegroep, beide gingen vooruit.³⁸

4.3 Individuele plaatsing en steun (IPS)

4.3.1 Langdurige begeleiding

De methode *individual placement & support* (IPS) is in de VS ontstaan uit onvrede met de reguliere arbeidsbemiddeling, die er vaak niet in slaagde werklozen aan gewenste banen te helpen. IPS is een goed omschreven, op psychiatrische patiënten gerichte, variant van het algemenere *Supported employment*. Hoewel IPS een andere ontstaansgeschiedenis heeft dan IRB en slechts op één participatiedoel gericht is, namelijk regulier betaald werk, zijn er belangrijke overeenkomsten tussen beide methodes. Zo geldt voor beide dat de doelen van patiënten richtinggevend zijn. Ook worden er geen patiënten uitgesloten.²⁸

De arbeidswensen van de cliënt staan bij IPS centraal en er wordt langdurige ondersteuning geboden, aan de persoon én aan de werkomgeving. Ook ouders van jongeren krijgen indien nodig ondersteuning. Bij IPS worden cliënten snel geplaatst, en vervolgens vindt (langdurige) ondersteuning in de vorm van training en coaching plaats. Daarin verschilt de methode van de meer stapsgewijze

benadering van reguliere arbeidsreïntegratie.²⁷ IPS onderscheidt zich met name van het algemenere *supported employment* door de integratie van arbeidsbegeleiding en GGZ-behandeling, in bijvoorbeeld ACT-, FACT- of VIP-teams (multi-disciplinaire wijkteams). Bij andere *Supported employment* modellen is het vaak zo dat de ene organisatie GGZ-behandeling aanbiedt, en een andere de *supported employment*-begeleiding. Zo'n parallelle aanpak werkt minder goed bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, omdat cliënten dan tegenstrijdige boodschappen over hun arbeidsmogelijkheden kunnen ontvangen. Onderzoek naar de implementatie van IPS toont aan dat goede, intensieve relaties met werkgevers en begeleiders op de werkvloer cruciaal zijn voor het vinden en behouden van werk.³⁹

4.3.2 Effectiviteit

Er is een aantal (kleine) studies verschenen over de effectiviteit van IPS bij jongeren.* In een Australisch onderzoek werden 40 jongeren met een eerste psychose met een gemiddelde leeftijd van 21 in twee groepen verdeeld: IPS en een care as usual controlegroep. 13 van de 20 jongeren in de interventiegroep had na 6 maanden werk gevonden, tegen 2 van de 21 in de controlegroep. Omdat werkloosheid een risicofactor is voor het verergeren van mentale ziekte, concluderen de onderzoekers dat IPS voor deze jongeren de potentie heeft om de negatieve maatschappelijke en gezondheidsproblemen te voorkomen of verminderen.⁴⁰ Uit een klein onderzoek onder jongeren met schizofrenie bleek dat IPS, gecombineerd met een actieve ondersteunende rol van de ouders, een positief effect had op de arbeidsparticipatie – in de vorm van traineeships. De meerderheid van de 28 geïncludeerde jongeren waren voorafgaand aan dit onderzoek geruime tijd werkloos. Op 3 na wisten alle jongeren een traineeship af te ronden. Na 14 maanden follow-up waren 8 jongeren aan een tweede traineeship begonnen, 9 volgden trainingen, en 6 jongeren hadden werk (waarvan 3 betaald).⁴¹

Naast deze individuele onderzoeken gericht op jongeren is er een aantal RCT's, meta-analyses en reviews over de effectiviteit van IPS onder volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen gepubliceerd. Een recente RCT naar IPS in Nederland, met een lange follow up van 30 maanden, vond een positief effect van de interventie. Van de 71 deelnemers uit de IPS groep had 44 procent werk

* Het ministerie van SoZaWe heeft onlangs in het kader van het project Bevordering Arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen subsidie verleend aan een doorbraakproject en een RCT naar de effectiviteit van IPS (arbeid en onderwijs betreffend) bij jongeren met een vroege psychose.

gevonden na 30 maanden, tegen 25 procent van 80 deelnemers die reguliere reïntegratieondersteuning kregen. Deelnemers die werk hadden gevonden rapporteerden een hogere geestelijke gezondheid, zelfvertrouwen en kwaliteit van leven ten opzichte van *baseline*.⁴²

Campbell e.a.⁴³ onderzochten in een meta-analyse van 4 RCT's de effectiviteit van IPS. In de vier studies werd IPS in een interventiegroep (n=307) vergeleken met een controlegroep (n=374) die hulp vanuit een gebruikelijk reïntegratieprogramma ontving. Bij aanvang had geen van de deelnemers een baan. In de IPS groep hadden na 18 maanden 216 (70,4 procent) deelnemers een baan gevonden, tegen 91 (24,3 procent) in de controlegroep. De effectgroottes waren matig tot sterk positief voor IPS. Voor het verkrijgen van een baan was de effectgrootte 0.96 (duidend op een sterk positief effect van de interventie), voor het aantal weken waarin gewerkt werd 0.79 en voor de duur van de langste dienstperiode was dat 0.74. De IPS deelnemers hadden ook binnen verschillende demografische en klinische subgroepen betere uitkomsten.⁴³

Kinoshita e.a. voerden voor de Cochrane collaboration een meta-analyse uit.⁴⁴ In deze studie werden in totaal 14 RCT's geïncludeerd, met een totaal aantal van 2265 volwassenen met ernstige psychische problemen die poliklinische GGZ ontvingen. Uit de analyse van die studies bleek dat IPS beter scoorde dan reguliere arbeidsbegeleiding. Zeven studies (n=951) rapporteerden het aantal dagen betaald werk na een *follow up* van gemiddeld 18 maanden: RR (relatief risico) 3.24, 95 procent CI 2.17 – 4.82. Een subanalyse van het aantal dagen dat het kostte om participanten aan een baan te helpen resulteerde in een gunstig resultaat voor supported employment versus reguliere arbeidstoeleiding: 1 RCT, n=204, MD -161.6, 95 procent CI -225,7 – -97,5. Met andere woorden, gemiddeld kregen de participanten uit de supported employment groep 161 dagen eerder een baan dan de participanten uit de controlegroep.⁴⁴

De auteurs concluderen dat *supported employment*, waaronder IPS, op twee belangrijke uitkomstmaten beter scoort dan reguliere arbeidstoeleiding: de werkbetrekking is langer en de tijd om een baan te vinden korter. Significante effecten op secundaire uitkomstmaten als kwaliteit van leven en de impact op de psychische gezondheid werden niet of nauwelijks gevonden.

In een Spaans onderzoek werd gekeken naar het effect van een re-integratieprogramma voor volwassenen met autisme (n=44) op het cognitief functioneren. Een deel van de groep ontving *supported employment*, waarbij met name gezorgd werd voor een stabiele en voorspelbare werkomgeving, terwijl de anderen geen ondersteuning kregen op hun werk. Gekeken werd wat het effect van het re-integratieprogramma was op het cognitief functioneren. Het cognitief functioneren van de twee groepen was bij aanvang hetzelfde maar na het pro-

gramma bleek de groep die ondersteuning kreeg significant beter te scoren op de meeste onderzochte cognitieve variabelen.⁴⁵ Dit (bescheiden) voorbeeld illustreert dat het ook vanuit medisch oogpunt nuttig kan zijn om rehabilitatiemethoden in te zetten bij de behandeling van psychische problemen en stoornissen. Overigens blijkt het vaak lastig om gezondheidseffecten van rehabilitatiemethoden in onderzoek aan te tonen.⁴⁶ Werkloosheid bijvoorbeeld is geassocieerd met slechte gezondheidsuitkomsten maar er bestaat onduidelijkheid over de causaliteit van deze relatie.⁴⁷

4.4 Conclusie

De diverse op participatie gerichte rehabilitatieinterventies worden door Farkas & Anthony omschreven als een mix van *evidence based practices*, beloftevolle praktijken en methoden in ontwikkeling.⁴⁸ In een synthese van het Nederlandse rehabilitatieonderzoek wordt gesteld dat de bewijskracht in Nederland nog onvoldoende is als de staat van het onderzoek wordt gemeten langs de ‘kennismeetlat’ die voor richtlijnen in de GGZ wordt gebruikt.²⁷ Duidelijk is dat het veld sinds het verschijnen van deze kennissynthese stappen heeft gezet, getuige de toename van het aantal uitgevoerde vergelijkende studies. Ook wordt rehabilitatie in Nederland vaker in combinatie met andere zorgvormen ingezet.²⁷

De commissie is van mening dat de evidentie voor met name IPS, gericht op betaald werk, en voor IRB, gericht op meerdere maatschappelijke rollen, overtuigend is voor de groep volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze rehabilitatieinterventies hebben een positief effect op het realiseren van door cliënten gestelde participatiedoelen, met name op het gebied van werk of opleiding maar ook bij het vinden van een eigen woning.³⁴ Echter, het meeste effectiviteitsonderzoek is niet uitgevoerd onder de doelgroep van dit advies: jongeren met psychische problemen (waaronder ook minder ernstige problematiek), maar bij volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast is van buitenlands onderzoek niet altijd duidelijk in hoeverre de uitkomsten geldig zijn voor de Nederlandse situatie. Juist bij rehabilitatie speelt de maatschappelijke context immers een grote rol.²⁷

Het is hoopvol dat recent onderzoek naar IPS onder jongeren en onderzoek naar de werkzaamheid in de Nederlandse context, de positieve onderzoeksresultaten lijkt te bevestigen.⁴⁰⁻⁴² Rehabilitatiemethoden als IPS en IRB kunnen juist van grote waarde zijn voor jongeren in de leeftijdsfase van 16-30 jaar omdat de meesten dan de omslag moeten maken van school naar werk en bovendien veelal zelfstandig gaan wonen en relaties opbouwen. Beginnende psychische problema-

tiek maakt jongeren in deze leeftijdsfase extra kwetsbaar. Gezien de overtuigende evidentie voor volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen en het beperkte onderzoek onder jongeren met (milde) psychische problemen komt de commissie tot de conclusie dat (varianten van) de rehabilitatiemethoden IPS en IRB kansrijk zijn voor jongeren met (milde) psychische problemen. Onderzoek zal uitsluitel moeten bieden over de effectiviteit.

Volgens uitvoerend verzekeringsartsen vinden IPS en IRB nog onvoldoende de weg naar de praktijk. Reïntegratiebureaus zouden IPS goed kunnen toepassen in een integraal zorgteam van behandelaars en reïntegratiedeskundigen die getraind zijn in rehabilitatie. IRB is wat makkelijker te implementeren omdat het door een enkele behandelaar kan worden toegepast. De commissie vindt het daarom zorgwekkend dat IPS en IRB nog zo weinig in de praktijk worden gebruikt (zie ook hoofdstuk 5).

Dat geldt overigens niet alleen voor de reïntegratiepraktijk; ook de GGZ sector zou meer rehabilitatiegericht te werk moeten gaan. GGZ is voor jongeren met psychische problemen een belangrijke voorwaarde voor participatie. De commissie wijst er echter op dat het terugdringen van psychiatrische symptomen of stoornissen niet automatisch bijdraagt aan een verbeterde participatie van cliënten. Rehabilitatiedeskundigen ijveren om die reden voor het in kaart brengen van zwakke en sterke kanten van het maatschappelijk functioneren van een cliënt. Dat maakt gerichte ondersteuning bij de reïntegratie of andersoortige participatie mogelijk.

Ondersteuning door overheid, werkgevers en scholen

Een optimale participatie van jongeren met psychische problemen vraagt ook om maatschappelijke aanpassingen.⁴⁹ In dit hoofdstuk zal de commissie daarom bespreken welke interventies op het maatschappelijk niveau zouden kunnen bijdragen aan de participatie van jongeren. Het beleid van overheid (sociale zekerheid), werkgevers en onderwijs en de op het individu gerichte interventies (zie hoofdstuk 4) vormen twee zijden van dezelfde medaille.

5.1 Beperkingen van jongeren in de Wajong

Volgens onderzoek van het Kennisplatform werk en inkomen (KWI), heeft tweederde van de nieuwe instromers in de Wajong een ontwikkelingsstoornis, waar het KWI ook verstandelijke beperkingen onder schaaft.⁵⁰ Bijna een vijfde heeft een ernstiger psychiatrisch ziektebeeld zoals een persoonlijkheidsstoornis. ADHD is bij 7 procent van de ingestroomde jongeren in de Wajong in 2010 de eerste diagnose, hoewel de diagnose vaker als secundaire stoornis wordt gerapporteerd. Van alle jongeren in de Wajong kampt grofweg de helft met meerdere stoornissen of ziektebeelden.

Jongeren in de Wajong die een zeker perspectief op arbeid hebben worden door het UWV in een werkregeling ingedeeld, waarbij arbeidsondersteuning centraal staat. Van de 16.300 mensen die in 2011 de Wajong in stroomden kwam 51 procent in de werkregeling terecht. Degenen die nog onderwijs volgen met recht op studiefinanciering, komen in de onderwijsregeling terecht. In 2011 gold

dat voor 41 procent van de instromers. Voor een klein deel zal een betaalde baan nooit tot de mogelijkheden behoren: zij komen in de uitkeringsregeling terecht. In 2011 werd 8 procent van de instromers in die uitkeringsregeling ingedeeld.⁵¹ Verzekeringsartsen schatten in dat 70 procent van de jongeren in de Wajong ruimte heeft voor groei in enigerlei arbeid, waarbij 67 procent van die groep begeleiding op de werkvloer nodig zal hebben.⁵² Het aantal jongeren in de Wajong dat werkt schommelt al jaren rond de 25 procent, en de helft van de werkende groep verliest binnen een jaar de baan.⁵⁰ Uit deze cijfers blijkt dat er nog veel onbenut arbeidspotentieel is onder deze groep jongeren.

Veranderingen op de arbeidsmarkt maken dat meer (potentiele) werknemers met psychische beperkingen in de problemen komen omdat zij relatief veel moeite hebben met communicatie, sociale interactie en complexe informatieverwerking. Door het wegsaneren van de meer routinematige werkzaamheden worden de beperkingen in sociale interactie en communicatie 'zichtbaar'. Vanaf de jaren tachtig en negentig wordt steeds meer in teams gewerkt, waardoor van werknemers meer organisatorische en sociale vaardigheden worden verwacht. De opkomst van de diensteneconomie in de jaren negentig zou het belang van vaardigheden als klantvriendelijkheid, flexibiliteit en stressbestendigheid verder hebben vergroot.⁵³ Juist routinematige werkzaamheden zijn voor veel personen met een psychische beperking, zoals een ASS, relatief goed te doen. Hierbij geldt natuurlijk dat een individuele afweging essentieel is omdat sommige jongeren met ASS of andere stoornissen voldoende capaciteiten hebben voor complexe of 'hoogcognitieve' arbeid.

Reïntegratiedeskundigen wijzen er op dat ruim 80 procent van de jongeren in de Wajong een aangepaste functie nodig heeft om goed te kunnen functioneren. Van de jongeren in de Wajong die bij reïntegratiedeskundigen 'in traject' zijn zou zelfs 91 procent persoonlijke begeleiding op de werkplek nodig hebben.⁵²

5.2 De rol van overheid, werkgevers en scholen

5.2.1 Werkgevers en overheid

Wat wordt door werkgevers en overheid gedaan om de groep jongeren met psychische problemen te ondersteunen? Voor de groep jongeren met een baan geldt de wet Poortwachter, die de werkgever verplicht om langdurig zieke werknemers weer aan 'passend werk' te helpen, en de verplichting om het loon twee jaar door te betalen. In die twee jaar geldt een re-integratieverplichting voor het eigen werk, maar als dat niet mogelijk is ook voor het 'tweede spoor', bij een andere werkgever. Daarbij moet de werkgever een re-integratiebureau inschakelen.

Jongeren in de Wajong vallen onder een zogenaamde vangnetregeling, waarbij het UWV een ziektebewerking betaalt. De divisie Sociaal Medische Zaken, waar arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen werken is verantwoordelijk voor de beoordeling van ziekte en arbeidsongeschiktheid. In de context van de Wajong onderscheidt het UWV de volgende vormen van ondersteuning: ⁵⁴

- Loondispensatie voor werkgevers: een werkgever betaalt minder loon dan het wettelijk minimumloon aan een Wajonger die duidelijk minder kan presteren dan iemand zonder arbeidsbeperkingen. Het UWV moet goedkeuring verlenen voor de loondispensatie. Driekwart van de werkgevers met jongeren in de Wajong in dienst maakt gebruik van loondispensatie.⁵⁰
- Jobcoaching: als een jongere in de Wajong systematische ondersteuning nodig heeft kan deze een jobcoach krijgen die hulp op de werkvloer biedt bij bijvoorbeeld het aanleren van een werkroutine en benodigde sociale vaardigheden. De voorwaarde is wel dat de jongere minimaal 35 procent van het minimumloon verdient en een contract heeft voor minstens een half jaar bij een reguliere werkgever.
- Overige voorzieningen: bijvoorbeeld vervoer (taxi of aanpassingen aan auto), werkplekaanpassingen.⁵⁴

Verder biedt het UWV trajecten aan om jongeren in de Wajong naar werk te begeleiden, en als een werkplek is gevonden wordt het functioneren in de gaten gehouden.

Na invoering van de Participatiewet per 1 januari 2015 worden jongeren zonder werk die nog wel over arbeidsvermogen beschikken niet langer in de Wajong opgenomen (en dus niet door het UWV begeleid). Zij vallen voortaan onder de gemeente. Vanaf dat moment hebben alleen jongeren die niet meer kunnen werken (beoordeeld door het UWV) nog recht op een Wajong uitkering. Overigens is het plan om de *huidige* jongeren in de Wajong met arbeidsvermogen niet in de bijstand op te nemen; zij blijven in de Wajong. Jongeren met beperkingen die nog wel betaald werk hebben blijven onder de werknemersverzekering vallen, en dus onder verantwoordelijkheid van het UWV.

5.2.2 School

Uit cijfers van het UWV blijkt dat er veel (voortijdig) schoolverlaters zijn onder jongeren in de Wajong. Van de jongeren in de Wajong die een Havo/VWO of HBO/WO opleiding volgen maakt bijna de helft de opleiding niet af. Voor het ROC/MBO en VMBO is dat ongeveer een derde.⁵¹ Het kabinet en de onderwijssector besteden momenteel veel aandacht aan het terugdringen van voortijdig

schoolverlaten van jongeren, en met goed resultaat. In het schooljaar 2001-2002 verlieten 71.000 jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar zonder startkwalificatie het onderwijs (5,5 procent van het totaal aantal leerlingen aan het begin van het schooljaar). In 2012-2013 was dit aantal gedaald tot 27.950 (2,1 procent), hoewel dit cijfer nog niet definitief is vastgesteld. Het aantal vroegtijdig schoolverlaters ligt in het middelbaar beroepsonderwijs een stuk hoger dan in het voortgezet onderwijs (5,7 procent respectievelijk 0,6 procent).⁵⁵

Het is niet duidelijk in hoeverre de geboekte vooruitgang ook geldt voor leerlingen met psychische problemen, maar uit de onderwijswereld komen veel signalen dat juist zij behoefte hebben aan goede hulpstrategieën. Onderwijsprofessionals ervaren zogenaamde handelingsverlegenheid als het gaat om de begeleiding van jongeren met psychische beperkingen. Zij missen de ervaring en kennis om het beloop van een stoornis en daarmee samenhangende mogelijkheden van leerlingen in te schatten.

Begeleid leren, een initiatief van het lectoraat rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen en de Stichting Rehabilitatie '92, is gebaseerd op de in hoofdstuk 4 behandelde Individuele Rehabilitatie Benadering en richt zich via cursussen en trainingen op het verbeteren van de competenties van onderwijs- en GGZprofessionals. Het doel van Begeleid leren is om studenten te ondersteunen bij het zelf kiezen, verkrijgen en behouden van een opleiding. Het is een revalidatiemethode die bij verschillende typen stoornissen en psychische problemen toegepast kan worden. Er zijn diverse onderzoeksprojecten op het gebied van Begeleid leren uitgevoerd, maar de methode moet nog verder worden onderzocht op effectiviteit.

5.3 De inclusieve arbeidsorganisatie

Arbeids- en organisatiepsychologen constateren dat er momenteel nog relatief weinig interventies gericht zijn op de vraagzijde van de arbeidsmarkt, de werkgever en arbeidsorganisatie.⁵⁶ Met de relatief nieuwe methode 'inclusief herontwerp' wordt geprobeerd om inclusieve arbeidsorganisaties te realiseren. Die organisaties komen werknemers met beperkingen tegemoet met bepaalde functieaanpassingen en voorzieningen. Bij inclusief herontwerp wordt eerst het gehele werkproces doorgelicht om te kijken welke specifieke taken bij elkaar kunnen worden gebracht om zo een nieuwe functie samen te stellen die meer geschikt is voor een groep potentiële werknemers die op 'grote afstand' staan van de arbeidsmarkt, zoals de jongeren in de Wajong.⁵⁶

De methode inclusief herontwerp van werkprocessen is door de Universiteit Maastricht in samenwerking met het UWV ontwikkeld en lijkt op *job carving*:

het herstructureren van een functie voor een werknemer die door een arbeidsbeperking zijn normale werk niet (meer) goed kan uitvoeren. In tegenstelling tot job carving gaat het bij inclusief herontwerp om het creëren van functies voor *nieuwe* werknemers.⁵⁶ Omdat een nieuwe taakstructuur ook invloed heeft op het gehele bedrijfsproces, is het belangrijk dat de directie van een organisatie het veranderingsproces steunt en er zicht op houdt. Bestaande werknemers moeten zich kunnen vinden in de nieuwe taakverdeling, die immers ook gevolgen kan hebben voor een deel van de inhoud van hun functie. Draagvlak onder collega's is bovendien belangrijk omdat uit onderzoek blijkt dat werkbegeleiding door een directe collega op de werkvloer ('natuurlijke steun') bijdraagt aan de integratie, productiviteit en arbeidstevredenheid van een nieuwe werknemer.⁵⁶ Werkgevers en reïntegratiedeskundigen noemen het koppelen van een collega aan een Wajonger als een van de doorslaggevende factoren voor een succesvol dienstverband.⁵⁰

5.3.1 Pilot Slotervaart ziekenhuis

Het UWV en de Universiteit Maastricht zijn eind 2010 begonnen met een *pilot* met inclusief herontwerp in het Slotervaart ziekenhuis om jongeren in de Wajong aan een baan te helpen. Ongeveer vijftig jongeren in de Wajong werden geselecteerd om een functie in het ziekenhuis te vervullen waarin enkele simpele taken werden geclusterd. De functie werd afdelingsassistent genoemd en omvatte taken uit de zorg-, voedings- en huishoudelijke bedrijfsprocessen, zoals het opmaken van bedden, het serveren van maaltijden en het schoonmaken van kamers.⁵⁶ Zo werd het vaste personeel, dat er in de loop der jaren veel taken bij had gekregen, ontzien.⁵⁷

Hoewel het nog te vroeg is om conclusies te trekken over de duurzaamheid van de resultaten wordt de pilot in het Slotervaart gezien als een succes. Uit een evaluatie bleek dat het project er in is geslaagd een groot aantal arbeidsplekken te creëren. Een stabiele thuissituatie van de geplaatste werknemer en ondersteuning in de privésfeer bleken belangrijke succesfactoren, evenals een goede voorafgaande training van de werkbegeleiders.⁵⁶ Schuldenproblematiek en huisvestingsproblemen bleken belemmerende factoren.⁵⁶

Helaas is uit (de evaluatie) van de pilot niet duidelijk geworden wat de aard van de beperkingen van de geplaatste werknemers waren, noch de mate van ernst van hun beperking. De commissie wijst er dan ook op dat niet duidelijk is in hoeverre de resultaten van deze *pilot* kunnen worden vertaald naar de brede groep jongeren met psychische problemen. Toch ziet de commissie inclusief herontwerp als een beloftevolle methode om geschikte arbeidsplaatsen voor jongeren met psychische problemen te creëren. Voor veel van de werknemers met een psy-

chische beperking gelden immers dezelfde principes: ze hebben veelal behoefte aan overzicht en structuur en ondervinden moeite met sociaal complexe interacties. Voor sommige jongeren met psychische problemen is het evenwel wenselijk om functies op hoger niveau te creëren.

5.3.2 *Samenwerking tussen hulpverlening en werkgevers*

Het betrekken van lokale bedrijven en instellingen bij hulpverlening blijkt van groot belang voor de werktoeleiding van jongeren met psychische beperkingen. Zo is een deel van het succes van het VIP-team (Vroegtijdige Interventie Psychose) van de zorglijn vroege psychose van het AMC te danken aan de opbouw van een groot netwerk van lokale werkgevers. Contact met potentiële lokale werkgevers doet ertoe omdat werkgevers zelden uit zichzelf op zoek blijken te gaan naar jongeren in de Wajong.⁵⁰ De jongeren komen vaak via het UWV, een reïntegratiebedrijf of een jobcoach aan een bedrijf. Betrokken partijen en hulpverleners, waaronder dus ook de GGZ, doen er daarom goed aan werkgevers te benaderen. Omgekeerd is het voor de werkgever die jongeren met psychische problemen in dienst heeft van belang om goed contact met de zorginstelling (zoals het VIP-team) te houden. Bij (dreigende) problemen met de werknemer kunnen de betrokken hulpverleners dan snel in actie komen.

5.4 **Knelpunten in de hulpverlening**

De Inspectie Werk en Inkomen concludeerde in 2007 dat de bijzondere problematiek van jongeren in de Wajong vraagt om specialistische kennis bij de begeleiding in reïntegratietrajecten.⁵⁸ Hoewel er gespecialiseerde reïntegratiebureaus zijn, die zich bijvoorbeeld richten op jongeren met ASS, zijn er momenteel onvoldoende prikkels voor werkgevers om die reïntegratiebureaus met bijzondere expertise in de arm te nemen. Werkgevers zijn nu in grote mate vrij om een reïntegratiebureau naar keuze in te huren, waarbij kostenaspecten uiteraard een belangrijke overweging zullen spelen. Het UWV ziet toe op de werkgeversverplichting, waaronder het betrekken van een reïntegratiebureau, maar heeft geen zeggenschap over het type reïntegratiebureau dat in de arm wordt genomen.

Binnen het UWV inkoopkader voor reïntegratiedienstverlening stelt het UWV een aantal eisen aan bedrijven die IPS willen aanbieden aan jongeren met psychische problemen. Een van die eisen is dat het bedrijf IPS alleen aanbiedt aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening of een vroege psychose, omdat dat de groep is waarbij IPS het meest onderzocht is. Het gevolg van deze

eis is ook dat het niet makkelijk is om IPS toe te passen op jongeren met minder ernstige psychische problemen.

De inspectie Werk en Inkomen stelt dat jobcoaching een van de belangrijkste instrumenten is voor het welslagen van de participatie van jongeren in de Wajong. Ook uit gesprekken van de commissie met professionals uit reïntegratie-bedrijven blijkt dat jobcoaches in potentie een belangrijke rol kunnen vervullen bij het herstructureren van de taken van (potentiële) werknemers met psychische problemen. Zij benadrukken het belang van een duidelijk takenpakket en een goede afstemming tussen werkgever en werknemer. Die begeleiding kan van grote waarde zijn voor de arbeidsparticipatie van jongeren met psychische problemen, aangezien juist deze jongeren veel baat hebben bij structuur, duidelijke communicatie en hulp bij het aanleren van werkrouines. Belangrijk voor deze doelgroep is bovendien dat jobcoaches de collega's kunnen informeren over de stoornis en beperkingen van een werknemer, en handvatten kunnen aandragen om daar goed mee om te gaan. In die zin kan een jobcoach een belangrijke rol spelen bij het voorkomen en tegengaan van stigmatisering op de werkvloer.

Vanuit het veld bestaat de behoefte om jobcoaching ook voor uitzendarbeid, werkervaringsplekken en stages in te zetten.⁵⁸ Ook voor regulier werk blijkt het in de huidige praktijk lastig om een jobcoach vergoed te krijgen. Het UWV is met name terughoudend bij het toewijzen van een jobcoach in het geval van werknemers – als er dus nog geen sprake is van Wajong. Formeel is een jobcoach een werknemersvoorziening die toegewezen kan worden ook zonder dat een persoon in de Wajong of WIA zit. Het criterium is dat er na een ziekmelding van een werknemer een 'structurele functionele beperking' wordt vastgesteld door een verzekeringsarts van het UWV. Momenteel wijst het UWV de aanvragen voor een jobcoach veelal af met een appèl op de verantwoordelijkheid van de werkgever – die lang niet altijd bereid is de investering voor zijn rekening te nemen. Uit gesprekken met reïntegratiedeskundigen blijkt bovendien dat er grote regionale verschillen bestaan als het gaat om het (preventief) toewijzen van een jobcoach door een UWV kantoor.

Uit gesprekken met professionals uit de reïntegratiepraktijk blijkt dat er veel behoefte is aan begeleiding of coaching bij leerlingen met psychische problemen op beroepsopleidingen. Dit is in lijn met de constatering van de inspectie voor werk en inkomen dat er vooral in onderwijssituaties behoefte is aan regelingen voor coaching.⁵⁸ Momenteel worden coaches niet vergoed voor leerlingen. Er is sprake van een tekort aan stageplekken voor leerlingen van beroepsopleidingen en dat maakt het voor de leerlingen met psychische problemen extra lastig om zonder begeleiding van een 'coach', of equivalent daarvan, een stage te vinden en af te ronden. Stagiairs met psychische problemen vragen immers om extra

begeleiding en aanpassingen op de werkvloer, en om die reden zullen werkgevers minder snel geneigd zijn om die jongeren als stagiair aan te nemen zonder additionele ondersteuning (van een coach).

5.5 Stigmabestrijding

In paragraaf 2.5 werd al gewezen op de negatieve effecten van stigmatisering. Duidelijk is dat stigmatisering een complex, moeilijk gripbaar fenomeen is, omdat het voortkomt uit maatschappelijke attitudes tegenover personen met psychische problemen. Het is lastig om stigmatisering te bestrijden, want deze attitudes zijn veelal historisch gegroeid en diep geworteld in de maatschappij. Hoewel er redelijk veel onderzoek is gedaan naar het verschijnsel stigmatisering volgt er vanuit wetenschappelijk onderzoek geen duidelijke oplossing voor het probleem. Toch zijn er wel enkele methodes van stigmabestrijding die de commissie niet onbenoemd wil laten.

- Proteststrategieën benadrukken de onrechtvaardigheid van stigmatisering en doen een moreel beroep op burgers om mensen met psychische problemen positief te behandelen. Deze strategieën keren zich vaak tegen stereotypen maar worden weinig effectief bevonden omdat ze bestaande stereotypen niet wegnemen, ze worden enkel onderdrukt.⁵⁹
- Voorlichting is er op gericht om bepaalde vooroordelen te ontkrachten door het verspreiden van informatie, bijvoorbeeld over de prevalentie van psychische aandoeningen, de kans op herstel en (lage) cijfers over agressie door mensen met psychische aandoeningen. Uit onderzoek blijkt dat vooral ideeën over het vermeende gevaar dat uit zou gaan van mensen met psychische problemen en de onvoorspelbaarheid van het gedrag, hardnekkig zijn.⁵⁹ Het stereotype van de gevaarlijke patiënt kan met relativerende informatie over het risico op geweld worden ontkracht. Dat risico is namelijk maar klein als het wordt vergeleken met dat van andere groepen, zoals jonge mannen of personen met een geweldsverleden.⁶⁰ Onderzoekers stellen bovendien dat het belangrijk is om het publiek te informeren over de psychologische en sociale oorzaken van psychische aandoeningen en de ruimte die er is voor herstel, omdat juist het beeld van een ongeneeslijke aandoening stigmatiserende effecten kan hebben.⁶¹ Hoewel voorlichtingsstrategieën vaak wel kennis onder het publiek kunnen vergroten blijkt het daadwerkelijk veranderen van attitudes weerbarstiger.
- Contactstrategieën gaan uit van de positieve effecten op attitude als gevolg van directe interacties tussen burgers en mensen met psychische problemen. Het voordeel hiervan zou zijn dat het bijdraagt aan blijvende afname van

vooroordelen omdat men elkaar beter leert kennen.⁵⁹ De contactstrategieën krijgen op basis van onderzoek een belangrijke plaats in de wegwijzer anti-stigmastrategieën van Phrenos.⁶² In de wegwijzer wordt onderzoek behandeld naar het nut van bijeenkomsten waarin mensen met en zonder een psychische aandoening zichzelf presenteren. Er is ook bewijs dat het delen van verhalen via film of video in een workshop of training effectief kan zijn.⁶³

In discussies over labeling wordt door sommigen geopperd dat het vermijden van labels kan bijdragen aan het verminderen van stigmatisering. Volgens de commissie werkt de huidige wijze van diagnosticeren, waarbij DSM categorieën leidend zijn, niet bevorderlijk voor het doel van destigmatisering. De noodzaak om DSM labels te geven voor toegang tot hulp kan bovendien gezien worden als een perverse prikkel tot ongewenste medicalisering. Desalniettemin vindt de commissie dat, zeker als het gaat om ernstige psychische problemen, het vermijden van diagnostische labels meer nadelen biedt (geen toegang tot medische hulp en voorzieningen) dan voordelen (verminderde stigmatisering en tegengaan van de perverse prikkel tot ongewenste medicalisering).

In onderzoek naar stigmatisering is steeds meer aandacht voor hulp bij het al dan niet geven van openheid over psychische stoornis of problematiek.²² Bij Begeleid leren worden studenten hierin ondersteund. Gezien de grote mate van handelingsverlegenheid met betrekking tot psychische problemen in het onderwijs is het nuttig te investeren in expertise op dit gebied.

5.6 Conclusies

De commissie wijst er op dat participatiebevordering niet alleen goede interventies vergt op het individuele niveau van hulpverlener en cliënt. Jongeren met psychische problemen hebben vaak moeite met de gevraagde flexibiliteit, communicatie en samenwerkingseisen van de moderne arbeidsorganisatie. Jongeren in de Wajong zijn daarom veelal aangewezen op eenvoudig werk en elementaire taken, juist functies die steeds minder voorkomen.⁵⁰ De jongeren kampen bovendien met stigmatisering als gevolg van de negatieve maatschappelijke ideeën over psychische problematiek. Het is lastig om de effectiviteit van de hulpverlening voor deze jongeren te beoordelen omdat daarnaar tot nu toe maar weinig onderzoek is uitgevoerd.

De aard van de problematiek van jongeren met psychische problemen vraagt om begeleiding door een coach die idealiter gebruik maakt van principes uit de rehabilitatie. Drie soorten coaching kunnen worden onderscheiden: coaching op

school bij de begeleiding naar stages en overgang naar werk, op weg naar werk (reïntegratiebegeleiding) en jobcoaching voor behoud van werk. Deze vormen van begeleiding zijn momenteel onvoldoende beschikbaar, mede omdat het UWV terughoudend is geworden in het toekennen van een jobcoach, met name bij jongeren die werk hebben maar in de problemen komen als gevolg van psychische klachten. Ook in het beroepsonderwijs bestaat veel behoefte aan professionele ondersteuning voor leerlingen met psychische problemen die werkervaring op willen doen.

De commissie wijst er in dit verband op dat problemen rond participatie ook een gevolg zijn van een gebrek aan geschikte banen. De methode inclusief herontwerp, gericht op het herindelen van bestaande functies zodat ze vervuld kunnen worden door werknemers met een beperking, biedt naar het oordeel van de commissie kansen. Daarmee kan ruimte ontstaan op de arbeidsmarkt voor jongeren met psychische problemen die Wajong of een andersoortige arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen.⁶⁴ Pilots met deze vorm van functieherindeling verdienen navolging. Een zekere mate van begeleiding door *jobcoaches* blijft daarbij nodig.

Conclusies en aanbevelingen

In dit slothoofdstuk vat de commissie beschouwingen samen en beantwoordt zij de vier door de bewindslieden gestelde vragen over participatie van jongeren met psychische problemen. Tot besluit doet zij enkele aanbevelingen.

6.1 De adviesaanvraag beantwoord

6.1.1 *Mogelijkheden voor preventie*

Strikt genomen moet de commissie het antwoord schuldig blijven op de vraag hoe de psychische problematiek bij jongeren kan worden voorkomen. Wel valt het een en ander te zeggen over het voorkomen van verergering van de problemen. De in hoofdstuk 4 behandelde rehabilitatiemethoden kunnen hier volgens de commissie goede diensten bewijzen. Ze zijn ook kansrijk als het gaat om de bevordering van de participatie van jongeren met psychische problemen. Het bewijs voor de effectiviteit is vooral sterk voor de op betaald werk gerichte rehabilitatiemethode IPS, en het voor alle maatschappelijke terreinen geschikte IRB. Voor beide methoden is het ondersteunen van de cliënt bij zelfgestelde participatiedoelen essentieel. Een belangrijke pijler is bovendien het *first place-then-train* principe. De omgekeerde werkwijze, *first train-then-place*, heeft vaak een demotiverend effect en is daarom niet effectief. Daar waar IPS steunt op een multidisciplinair team van behandelaars en reïntegratiedeskundigen kan IRB door één professional worden aangeboden. Bijkomend voordeel van een rehabilitatiebena-

dering is dat de gewenste maatschappelijke participatie gepaard lijkt te gaan met een reductie van psychische klachten.

Evengoed is de commissie zich ervan bewust dat de rehabilitatie-interventies tot nu toe vooral zijn onderzocht bij volwassenen en bij ernstige psychische aandoeningen. Het is nog niet duidelijk in hoeverre de uitkomsten van dat effectiviteitsonderzoek toepasbaar zijn op de brede doelgroep van dit advies, onder wie jongeren met *mildere* psychische problemen. Aanwijzingen voor effectiviteit bij deze groep zijn er naar het oordeel van de commissie wel.

6.1.2 *Stigmatisering*

Uit het beschikbare onderzoek blijkt dat stigmatisering, het proces waarbij jongeren in een negatief daglicht komen te staan, een belangrijk probleem vormt voor mensen met psychische stoornissen. Stigmatisering kan de maatschappelijke participatie van jongeren in de weg staan doordat werkgevers bijvoorbeeld niet bereid zijn in jongeren te investeren die zij associëren met onberekenbaarheid en gevaar. De relatie tussen labeling en stigmatisering is niet eenduidig en op basis van wetenschap moeilijk hard te maken. De commissie is van mening dat er sprake is van een zogenaamde *package deal*: een label heeft bepaalde stigmatiserende effecten maar opent tegelijkertijd de deur naar hulp. Ook kan een label bij een jongere met psychische problemen een gevoel van erkenning geven. Zolang toegang tot hulp is verbonden aan een label lijkt het positieve effect op te wegen tegen de nadelen van een label.

6.1.3 *Voorbij het medicaliseringsdebat*

Hoe kunnen verschillende partijen bijdragen aan het demedicaliseren en normaliseren van psychische problemen van jongeren? Zoals gezegd is het gebruik van GGZ door jongeren met psychische problemen toegenomen, een ontwikkeling die kan worden beschreven met de term medicalisering. De termen medicalisering en demedicalisering hebben in het maatschappelijk en beleidsmatig debat een sterk normatieve lading gekregen. Vaak gaat het over onwenselijke medische bemoeienis of ongeoorloofde uitbreiding van het werkterrein van medische professionals. Het gebruik van de term demedicalisering kan ervoor zorgen dat patiënten en professionals worden miskend in hun problemen respectievelijk hun professionele integriteit. Maar niet alleen de term demedicalisering is controversieel. Het proces van *medicalisering* waartegen de term demedicalisering zich keert is op zichzelf ook normatief van aard. Velen maken zich zorgen over medicaliseringstrends in Westerse samenlevingen.

De commissie is van mening dat op basis van de wetenschap geen pasklaar antwoord valt te geven op de vraag hoe verschillende partijen kunnen bijdragen aan demedicalisering en normalisering. Toch kan uit het medicaliseringsdebat een belangrijke conclusie worden afgeleid: de problemen die jongeren met psychische klachten ervaren moeten niet uitsluitend medisch worden benaderd. Ondersteuning en begeleiding gebaseerd op de bewezen effectieve rehabilitatiemethoden zijn daartoe de aangewezen route. Verder zou de GGZ zelf ook meer participatiegericht moeten werken. Het zou bijvoorbeeld goed zijn als bij de beoordeling van de effectiviteit van GGZ meer participatieuitkomstmaten zouden worden gebruikt. Onderzoek naar het effect van (elementen van) GGZ-behandelingen op participatie staat nog in de kinderschoenen.

Een andere mogelijke route voor ‘demedicalisering’ is om hulp minder afhankelijk te maken van een medisch label. De overheid moet zich daartoe in samenspraak met professionals beraden op een ander type indicatiestelling, waarbij niet een medisch label doorslaggevend is voor hulp en ondersteuning maar de ondersteuningsbehoefte die samenhangt met de ernst van het disfunctioneren.

6.1.4 *Bredere bevordering van participatie*

Voor de commissie is het verder duidelijk dat participatie van jongeren met psychische problemen in grote mate afhankelijk is van de kansen die overheid en maatschappij hen biedt. De optimistische beleidsidealen op het gebied van participatie worden door sommige professionals als onrealistisch ervaren. De commissie wijst er op dat veel jongeren blijvende hulp en ondersteuning nodig zullen hebben en wil daarom waken voor te hoge verwachtingen rond participatie, met name in betaald werk. Het verdient aanbeveling om te investeren in inclusieve arbeidsorganisaties die rekening houden met beperkingen (zoals moeite met communicatie, complexe informatieverwerking, flexibiliteit) en behoeften (zoals structuur en overzicht) van veel jongeren in de Wajong en andere jongeren met psychische problemen. De commissie acht de methode ‘inclusief herontwerp’, gericht op de creatie van functies die geschikt zijn voor deze jongeren, als een beloftevolle route voor participatiebevordering.

6.2 Aanbevelingen

6.2.1 *Stimuleer het gebruik van rehabilitatiemethoden*

De evidentie voor de effectiviteit van de rehabilitatiemethoden IPS en IRB onder volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen is aangetoond. Het is echter nog niet duidelijk in hoeverre de evidentie van IPS en IRB ook toepasbaar is op de groep jongeren van 16 tot 30 jaar met mildere psychische problemen. De principes die ten grondslag liggen aan de rehabilitatiemethoden zouden ook goed toepasbaar moeten zijn op de bredere doelgroep van dit advies. De resultaten van het beperkte rehabilitatie-onderzoek onder jongeren stemmen hoopvol. De commissie is daarom van oordeel dat IPS en IRB kansrijk zijn voor de doelgroep van jongeren met psychische problemen. Mede omdat er voor de huidige praktijk van reïntegratie van jongeren met psychische problemen vrijwel geen evidentie is uit onafhankelijk onderzoek acht de commissie een aanbeveling om meer te investeren in rehabilitatie-interventies gerechtvaardigd, ook al is de kennisbasis nog niet sluitend. Deze investeringen dienen gepaard te gaan met pilotstudies om meer inzicht in de werkzaamheid en doelmatigheid voor jongeren in de Nederlandse situatie te verwerven.

De commissie beveelt tevens aan om de werkgeversverplichtingen bij arbeidsongeschiktheid meer inhoudelijk te toetsen. Werkgevers worden momenteel onvoldoende gestimuleerd om gespecialiseerde reïntegratiebureaus in de hand te nemen die bijzondere kennis in huis hebben over de begeleiding van jongeren met psychische problemen. Omdat er weinig harde gegevens zijn over de effectiviteit van reïntegratiebureaus mist het UWV momenteel nog een inhoudelijke basis om strakker te toetsen. Logischerwijs zal een inhoudelijke toets daarom pas mogelijk zijn als er meer bekend is over precieze werkzame factoren, maar dat mag geen reden zijn om tot die tijd niet toe te zien op de kwaliteit van de geboden hulpverlening door reïntegratiebureaus. Begonnen kan worden met het destilleren van *best practices* en het financieren van pilotstudies naar de toepassing van (elementen van) rehabilitatiemethoden zoals IPS en IRB in de reïntegratiepraktijk. De overheid en het UWV kunnen de kwaliteit van deze reïntegratiebegeleiding stimuleren door te investeren in een iteratief proces van kennisontwikkeling en toezicht op kwaliteit.

Meer in het algemeen verdient het aanbeveling om te investeren in een inniger samenwerking tussen de vooralsnog gescheiden werelden van GGZ en werk en inkomen. In het geval van IPS bijvoorbeeld, een methode die bestaat bij de gratie van samenwerking tussen behandelaars en reïntegratiedeskundigen, is dui-

delijk dat de implementatie wordt beperkt door problemen in de financiering die weer het gevolg zijn van de gescheiden stelsels. De onlangs in het leven geroepen tijdelijke financieringsvorm voor IPS in de reïntegratiedienstverlening is in dit verband een stap in de goede richting.

Ook van de kant van de GGZ mag meer worden verwacht als het gaat om het toepassen van rehabilitatiekennis. GGZ instellingen worden momenteel onvoldoende geprikkeld om (principes uit) de rehabilitatiebenadering te gebruiken bij de zorg en ondersteuning van jongeren met (ernstige) psychische problemen. In het advies *ADHD: medicatie en maatschappij* wordt geconcludeerd dat er in algemene zin nog maar weinig bekend is over de (langetermijn)-effectiviteit van behandeling op de maatschappelijke participatie van kinderen en jeugdigen met ADHD. Dit is een probleem dat voor de GGZ in het algemeen geldt. Effectiviteit wordt veelal op andere uitkomstmaten dan participatieuitkomstmaten gemeten. Het verdient daarom aanbeveling om in de GGZ meer gebruik te maken van participatieuitkomstmaten, zoals het behalen van een startkwalificatie en het vinden van betaald werk.

6.2.2 *Stimuleer inclusieve arbeidsorganisaties en ondersteuning in het onderwijs*

De pilot met de methode inclusief herontwerp van werkprocessen in het Slotervaart ziekenhuis heeft met succes jongeren in de Wajong die ver van de arbeidsmarkt stonden aan een baan geholpen. Het verdient aanbeveling om verder te experimenteren met en te investeren in, dergelijke aanpassingen van de kant van werkgevers.

De commissie beveelt daarnaast aan te investeren in de individuele begeleiding van jongeren met psychische problemen. Coaches mediëren tussen de werkgever en werknemer en kunnen een cruciale rol spelen bij het aanpassen van arbeidstaken en aanleren van werkrouines – aspecten die voor veel jongeren in de Wajong van groot belang zijn. Zij vervullen bovendien een belangrijke rol bij het kweken van begrip tussen werknemer, werkgever en collega's en kunnen in die zin helpen bij het tegengaan van stigmatisering. Voor jongeren met psychische problemen die wel werk hebben geldt dat met preventieve inzet van coaches kan worden voorkomen dat een werknemer in een neerwaartse spiraal belandt en uiteindelijk arbeidsongeschikt raakt. Ook hier geldt dat coaching bij voorkeur zou moeten geschieden op basis van de bewezen effectieve rehabilitatieprincipes.

Om te voorkomen dat leerlingen uit het beroepsonderwijs met psychische problematiek geen stageplekken kunnen vinden beveelt de commissie aan om

coaching of andere vormen van begeleiding beschikbaar te stellen en te evalueren. Begeleiding bij het vinden en behouden van stageplekken is van bijzonder belang voor deze groep leerlingen omdat werkgevers zonder die ondersteuning minder snel geneigd zijn de leerlingen stages te bieden.

6.2.3 *Investeer in de ontwikkeling van rehabilitatiekennis*

Om de begeleiding in de toekomst zoveel mogelijk te onderbouwen met *evidence based* rehabilitatiemethoden, beveelt de commissie aan om de huidige reïntegratiepraktijk veel intensiever te monitoren en te laten evalueren door onafhankelijke onderzoekers. De commissie ondervond met name moeilijkheden om goede onafhankelijke evaluatieonderzoeken te vinden over succes- en faalfactoren van reïntegratie voor jongeren met psychische problemen, onder wie jongeren in de Wajong. Zo is het onduidelijk in hoeverre het inhuren van reïntegratiebureaus bij absentie als gevolg van psychische problemen van een werknemer effectief is. Ook als het gaat om jobcoaching, een essentieel hulpmiddel voor jongeren met psychische problemen, is niet precies duidelijk wat goede kwaliteit is. Een deel van de middelen die aan reïntegratie en jobcoaching worden besteed zouden daarom in evaluatieonderzoek moeten worden gestoken.

Goede kennis over randvoorwaarden en succes- en faalfactoren van begeleiding voor de jongeren zal in de nabije toekomst van groot belang zijn voor gemeenten aangezien zij binnen de nieuwe participatiewet de verantwoordelijkheid voor de hulp en begeleiding overnemen van het UWV. De commissie ziet de kennisontwikkeling die deze monitoring mogelijk maakt als essentiële voorwaarden voor een succes van de participatiewet.

Hoewel de commissie vertrouwen heeft in de effectiviteit van de rehabilitatiemethoden IPS en IRB bij ernstige psychische problemen acht zij het van groot belang dat er verder wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling en evaluatie van deze methoden, te beginnen met pilotstudies onder jongeren met (lichte) psychische problemen. Een goede evaluatie van de implementatie van deze methoden in de bredere groep jongeren met psychische problemen zal meer kennis opleveren over de precieze effectiviteit. Meer in het algemeen geldt dat het reïntegratieveld aan zijn wetenschappelijke kennisbasis moet bouwen.

De commissie beveelt ten slotte aan te investeren in de ontwikkeling en toepassing van Begeleid leren in het onderwijs. De kennisbasis van deze op de IRB gebaseerde rehabilitatiemethode is nog relatief smal, maar gezien de grote handelingsverlegenheid rond jongeren met psychische problemen onder onderwijsprofessionals acht de commissie een aanbeveling tot verdere ontwikkeling gerechtvaardigd. De overheid zou dit middels pilotonderzoeken kunnen stimule-

ren, gepaard gaande met effectiviteitsonderzoek. Gezien de grote dilemma's die jongeren ervaren rond de keuze om al dan niet openheid te geven over hun psychische problemen verdient het tevens aanbeveling om te investeren in de expertise op dit vlak van studieloopbaanbegeleiders.

Literatuur

- 1 Sadiraj k, Ras M, Putman L, Jonker JJ, Ross J. Groeit de jeugdzorg door? het beroep op de voorziening: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017. Den Haag: SCP; 2013.
 - 2 Centraal Planbureau. Van bijstand naar Wajong. Den Haag: 2011.
 - 3 Beaufort I de. 1e Els Borst lezing. Kleine ode aan onafhankelijkheid. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG); 2013.
 - 4 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). Verkenning participatie. Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief. Werkdocument 16. Den Haag: 2006.
 - 5 Weeghel J van. Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd? Oratie uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar rehabilitatie en participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen aan de Universiteit van Tilburg; 2010.
 - 6 Gunsteren H van. Guusje gezag & de eigenzinnige burger. Nijmegen: Soeterbeeck programma Radboud Universiteit Nijmegen en het forum voor democratische ontwikkeling; 2010.
 - 7 Dröes J, van Wel T, Korevaar L. Rehabilitatie en herstel. In: Korevaar L, Dröes J, editors. Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2008.
 - 8 Ministerie van OCW. Kerncijfers 2004-2008. Den Haag: 2009.
 - 9 Ministerie van OCW. Kerncijfers 2008-2012. Den Haag: 2013.
 - 10 Nederlands centrum onderwijs en jeugdzorg. Groei leerlingen met speciale onderwijsbehoeften zet door. 2013.
 - 11 Pharmaceutisch weekblad. Psychofarmaca bij jongeren vooral voor ADHD. 2013.
 - 12 Landelijke commissie geestelijke volksgezondheid. Zorg van velen. Den Haag: 2002.
 - 13 Schnabel P. De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg. Sun; 1995.
-

- 14 Rose N. Beyond medicalisation. *the Lancet* 2007; 369: 700-701.
- 15 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg.* 2012.
- 16 Panteia. *Hoe meer soms minder kan zijn. Quickscan van ongewenste effecten van zorg op arbeidsparticipatie.* 2012.
- 17 Ohan JL, Visser TA, Strain MC, Allen L. Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *J Sch Psychol* 2011; 49(1): 81-105.
- 18 Ohan JL, Visser TA, Moss RG, Allen NB. Parents' stigmatizing attitudes toward psychiatric labels for ADHD and depression. *Psychiatr Serv* 2013; 64(12): 1270-1273.
- 19 Overweg K, Michon H. *Factsheet: panel psychisch gezien.* Utrecht: Trimbos; 2011.
- 20 Plooy A, van Weeghel J. Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. *Nederlandse bevindingen in een internationale studie.* *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 133-148.
- 21 Holwerda A. *work outcome in young adults with disabilities [Proefschrift].* Rijksuniversiteit Groningen; 2013.
- 22 Bos AE, Kanner D, Muris P, Janssen B, Mayer B. Mental illness stigma and disclosure: consequences of coming out of the closet. *Issues Ment Health Nurs* 2009; 30(8): 509-513.
- 23 Pameijer N. *Handelingsgericht classificeren in het onderwijs.* *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 2008; 47: 100-116.
- 24 Wel T van, Dröes J. *Rehabilitatie: gerichte ondersteuning van activiteiten en participatie. Over participatieopvattingen in Nederland.* In: Korevaar L, Dröes J, editors. *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn.* Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2008.
- 25 Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne S. introduction. In: Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne S, editors. *Psychiatric rehabilitation.* Boston University: Center for psychiatric rehabilitation; 2002.
- 26 Winter M de. *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding.* Amsterdam: uitgeverij SWP; 2011.
- 27 Michon H, van Weeghel J. *Rehabilitation research in the Netherlands; research review and synthesis of recent findings.* *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2010; 52(10): 683-694.
- 28 Wel T van, van Weeghel J. *Vroege psychose vereist vroege rehabilitatie.* In: Veling W, van der Wal M, Jansen S, van Weeghel J, Luijten E, editors. *Handboek vroege psychose. Diagnostiek, behandeling, rehabilitatie en organisatie van zorg.* Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2013.
- 29 Hollander D, den Wilken JP. *Zo worden cliënten burger.* *Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen.* Amsterdam: SWP; 2011.
- 30 Spijker J, van Weeghel J. *Chronische depressie. Rehabilitatie, zelfmanagement en eerste lijn.* In: van der Feltz-Cornelis C, Mulder N, editors. *Handboek sociale psychiatrie.* Utrecht: De Tijdstroom; 2014: 349-357.
- 31 Erp NH van, Giesen FB, van WJ, Kroon H, Michon HW, Becker D e.a. *A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands.* *Psychiatr Serv* 2007; 58(11): 1421-1426.
-

- 32 Farkas M, Anthony WA. Bridging science to service: using Rehabilitation Research and Training Center program to ensure that research-based knowledge makes a difference. *J Rehabil Res Dev* 2007; 44(6): 879-892.
- 33 Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne S. Anthony, W, Cohen, M, Farkas, M, and Gagne, S. Psychiatric rehabilitation. Boston University: Center for psychiatric rehabilitation; 2002.
- 34 Swildens W, van Busschenbach JT, Michon H, Kroon H. Individuele Rehabilitatibenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven. In: Schene AH, Boer F, Jaspers JPC, Sabbe B, van Weeghel J, editors. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008. Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
- 35 Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter MW, Wiersma D e.a. Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. *Can J Psychiatry* 2011; 56(12): 751-760.
- 36 Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, Lovell AM, Richmond L, Felton CJ e.a. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* 2000; 90(12): 1873-1878.
- 37 Gigantesco A, Vittorielli M, Pioli R, Falloon IR, Rossi G, Morosini P. The VADO approach in psychiatric rehabilitation: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2006; 57(12): 1778-1783.
- 38 Rogers ES, Anthony WA, Lyass A, Penk WE. A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2006; 49(3): 143-156.
- 39 Corbiere M, Brouwers E, Lancot N, van WJ. Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs. *J Occup Rehabil* 2013.
- 40 Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008; 193(2): 114-120.
- 41 Gaal E, van Weeghel J, van Campen M, Linszen D. the trainee project: family-aided vocational rehabilitation of young people with Schizophrenia. *psychiatric rehabilitation journal* 2002; 26(1).
- 42 Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van V, van WJ, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37(2): 129-136.
- 43 Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophr Bull* 2011; 37(2): 370-380.
- 44 Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M e.a. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD008297.
- 45 Garcia-Villamisar D, Hughes C. Supported employment improves cognitive performance in adults with Autism. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51(Pt 2): 142-150.
- 46 Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS e.a. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; 65(1): 16-23.
- 47 OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. OECD publishing; 2012.
- 48 Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22(2): 114-129.
-

- 49 Korevaar L, Dröes J. Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2011.
- 50 Koning P, Paantjens M, Vaal C, van der Veen R. Investeren in participeren. Kennisplatform werk en inkomen. Kennisplatform werk en inkomen; 2013.
- 51 UWV. Feiten en cijfers over de Wajong. 2013. Internet: http://www.uwv.nl/overuwv/Images/Feiten_en_cijfers_over_de_Wajong_20130718.pdf geraadpleegd 01-05-2014.
- 52 Holwerda A, Brouwer S, de Boer M, van der Klink J, Groothoff J. Wat werkt bij Wajongers? Voorspellers voor vinden en behouden van werk in de Wajongpopulatie. Onderzoeksrapport. UMCG ism UWV; 2012.
- 53 Zijlstra FR, Mulders HP, Nijhuis F, Zijlstra FRH. Inclusieve Organisaties: Op weg naar duurzame arbeidsparticipatie. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken 2012; 28(1): 21-29.
- 54 UWV. UWV monitor arbeidsparticipatie 2013. 2013. Internet: http://www.uwv.nl/overuwv/Images/UWV_Monitor%20Arbeidsparticipatie_2013_def.pdf geraadpleegd 01-05-2014.
- 55 Ministerie van OCW. Nieuwe voortijdig schoolverlaters. Convenantjaar 2012-2013. voorlopige cijfers. 2014.
- 56 Ruitenbeek GMC van, Mulder MJGP, Zijlstra FRH, Nijhuis FJN, Mulders HPG. Een alternatieve benadering voor herontwerp van werk. Gedrag & Organisatie 2013; 26(1): 104-122.
- 57 NRC Handelsblad. Verlaan J. Jong, gehandicapt en aan het werk. 6-12-2012.
- 58 Inspectie werk en inkomen. Wajong en werk. Onderzoek naar de arbeidsparticipatie van jonggehandicapten. 2007.
- 59 Plooy A, van Weeghel J. Uitsluiting en discriminatie. Over het stigma van mensen met psychische aandoeningen en hoe dat tegen te gaan. In: Korevaar L, Dröes L, editors. Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2011.
- 60 Grann M, Danesh J, Fazel S. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. BMC Psychiatry 2008; 8: 92.
- 61 Plooy A, van Weeghel J. Discriminatie van mensen met de diagnose Schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. MGv 2009; 64(3): 133-147.
- 62 Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. Psychol Med 2012; 42(8): 1741-1752.
- 63 Clement S, van NA, Kassam A, Flach C, Lazarus A, de CM e.a. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2012; 201(1): 57-64.
- 64 Nijhuis F, Mulders H, Zijlstra F. Inclusief herontwerp van werkprocessen. Aan de slag 2011; 1(2): 20-23.
- 65 Gezondheidsraad. ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/19.
-

A De adviesaanvraag

B De commissie

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 15 november 2012 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad het verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om advies over de verbetering van zorg voor en participatie van jongeren met psychische klachten. De staatssecretaris schreef mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (brief J/3132004):

Er is de laatste jaren een groei te zien van het aantal jongeren dat gediagnosticeerd wordt met psychische klachten: ADHD, depressie, autismespectrumstoornissen en gedragsstoornissen (waaronder ODD). In de jeugdzorg en jeugd-geestelijke gezondheidszorg heeft deze toename geleid tot een groeiende vraag naar zorg of hulp voor deze groep jongeren. Ook het medicijngebruik is onder deze groep gestegen.

De antwoorden op onze adviesvragen zullen een rol spelen bij het transformatieproces naar het nieuwe stelsel voor jeugdzorg, met als doel de zorg voor jongeren met psychische klachten te verbeteren en hun participatiemogelijkheden te vergroten.

Vraagstelling

Gelet op de omvang van het probleem willen wij de Gezondheidsraad vragen om twee adviezen uit te brengen: een over de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen en een over de stand van de wetenschap rondom ADHD in het bijzonder.

Betreffende de participatie van jongeren met psychische klachten in het algemeen willen wij de volgende vragen voorleggen:

- 1 Een steeds grotere groep jongeren doet een beroep op zorg en ondersteuning. Op welke wijze kan de problematiek die zij ervaren in hun functioneren worden voorkomen?
- 2 Leidt dit terecht komen in de zorg tot (zelf)stigmatisatie, dan wel andere gevolgen die invloed hebben op (arbeids)participatie?
- 3 In welke mate kan vanuit gemeenten, zorginstanties, scholen en professionals worden bijgedragen aan het demedicaliseren en “normaliseren” van psychische klachten?
- 4 Hoe kan de participatie (in gezin, omgeving, onderwijs en arbeidsmarkt) worden bevorderd?

Betreffende ADHD willen wij de volgende vragen stellen:

- 1 Wat is de huidige stand van wetenschap met betrekking tot de effectiviteit van behandeling en zorg voor de jongeren/kinderen met ADHD?
- 2 Welke gewenste en ongewenste resultaten en effecten zijn aan te wijzen in onderwijs en (arbeids)participatie door de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de stelsels van jeugdzorg, onderwijs en arbeidstoeleiding sinds het uitkomen van het vorige Gezondheidsraadadvies over ADHD in 2000?

Beleidsrelevantie

In de motie bij het wetgevingstraject is demedicalisering als derde hoofddoel voor de stelselwijziging jeugdzorg benoemd (de motie Van der Burg/Dille, XVI-33000, nr. 109).

De staatssecretaris van VWS heeft aangegeven, mede als invulling van de motie Van der Burg/Dille (kamerstukken II 20 11/2012 33000, nr. 154), dat zij wil nagaan hoe onbedoelde stigmatisering en medicalisering onder de jongeren kan worden voorkomen. Medicatie kan noodzakelijk zijn om goed te kunnen participeren in de samenleving, maar we moeten er wel voor waken dat alledaagse problemen of tegenslag in het leven, automatisch op een medische behandeling kunnen rekenen of uitlopen. Voorkomen moet worden dat jongeren door hun klachten niet kunnen participeren.

In zijn algemeenheid wordt in het parlement gesproken over de toename van psychomedicatie. Diverse Kamerleden hebben Kamervragen gesteld over ADHD en gebruik van Ritalin (Dille, PVV), over psychofarmaca (van Gerven, SP) en over antidepressiva bij jongeren (Kant, SP).

Achtergronddocumenten

Er zijn diverse artikelen waarin het diagnostiseren en medicaliseren bij kinderen en jongeren onderwerp van discussie is (zie bijvoorbeeld artikel in Socialisme & Democratie, jrg 65, nr 7-8, 2011, Nieuweweg ‘een stoornis wordt steeds normaler’ of interview in Volkskrant van staatssecretaris VWS, 9 nov. 2011, waarin een visie m.b.t. de demedicalisering van de jeugd wordt gegeven). Ook Pantela heeft in opdracht van het Ministerie van SZW een rapport uitgebracht over “Onbedoelde en ongewenste

effecten van de zorg op arbeidsparticipatie". Ik wil u vragen om deze artikelen en rapporten bij uw advies te betrekken.

Het is wenselijk dat beide adviezen gelijktijdig opgeleverd worden uiterlijk in het eerste kwartaal van 2014. Graag ontvangen wij eind 2013 een conceptversie.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,

(w.g.)

mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

De commissie

-
- prof. dr. I.D. de Beaufort, *voorzitter*
hoogleraar medische ethiek, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. F. Boer
emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, De Bascule en Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr. E.A. Fliers
kinderarts, Virenze, Gorinchem
 - dr. H.M.Y. Koomen
universitair hoofddocent pedagogiek, onderwijskunde en lerarenopleiding, Universiteit van Amsterdam
 - dr. L. Korevaar
lector rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen
 - dr. H. Kroneman
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
 - prof. dr. J. Oosterlaan
hoogleraar pediatrie neuropsychologie, Vrije Universiteit Medisch Centrum en Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - A.C. Paternotte
vertegenwoordiger ouders van kinderen/jongeren met leer- en gedragsstoornissen, Groenekan
-

- prof. dr. P.J.M. Prins
hoogleraar klinische kinder- en jeugdpsychologie, Universiteit van Amsterdam
 - prof. dr. F.C. Verhulst
hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren
hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie Curium-LUMC, Leiden Universiteit Medisch Centrum; hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychiatrie, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
 - drs. D. Walstock
huisarts, Medisch Centrum Eudokia, Enschede
 - prof. dr. J. van Weeghel
hoogleraar rehabilitatie, Universiteit van Tilburg, kenniscentrum Phrenos
 - dr. T. van Wel
psycholoog en onderzoeker, ABC Altrecht, Utrecht
 - prof. dr. M. de Winter
hoogleraar maatschappelijke opvoedingsvraagstukken, Universiteit Utrecht
 - drs. K.H.G. van den Bos-van der Ham, *waarnemer*
directie Jeugd, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
 - drs. M.G.K. Einerhand, *waarnemer*
directie inkomensverzekeringen en -voorzieningen, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
 - drs. A.M. Krug, *waarnemer*
directie Jeugd, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
 - drs. J. Kuipers, *waarnemer (tot december 2013)*
themadirectie jeugd, onderwijs en zorg, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag
 - drs. C.A.M. Vlooswijk, *waarnemer (vanaf januari 2014)*
ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag
 - L.M. Cornips, MPhil, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
 - dr. G.A.J. Soete, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
-

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Gezondheidsraad

Adviezen

De taak van de Gezondheidsraad is ministers en parlement te adviseren over vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De meeste adviezen die de Gezondheidsraad jaarlijks uitbrengt worden geschreven op verzoek van een van de bewinds-

lieden. Met enige regelmaat brengt de Gezondheidsraad ook ongevraagde adviezen uit, die een signalerende functie hebben. In sommige gevallen leidt een signalerend advies tot het verzoek van een minister om over dit onderwerp verder te adviseren.

Aandachtsgebieden



Optimale gezondheidszorg
Wat is het optimale resultaat van zorg (cure en care) gezien de risico's en kansen?



Preventie
Met welke vormen van preventie valt er een aanzienlijke gezondheidswinst te behalen?



Gezonde voeding
Welke voedingsmiddelen bevorderen een goede gezondheid en welke brengen bepaalde gezondheidsrisico's met zich mee?



Gezonde leefomgeving
Welke invloeden uit het milieu kunnen een positief of negatief effect hebben op de gezondheid?



Gezonde arbeidsomstandigheden
Hoe kunnen werknemers beschermd worden tegen arbeidsomstandigheden die hun gezondheid mogelijk schaden?



Innovatie en kennisinfrastructuur
Om kennis te kunnen oogsten op het gebied van de gezondheidszorg moet er eerst gezaaid worden.

