

TNO-rapport

031.11384.01.01

Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking

Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl/arbeid

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum	15 maart 2007
Auteurs	Jan Besseling Branko Hagen Saskia Andriessen Annelies te Peele Matty Crone Lucy Kok Edwin deVos

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2007 TNO.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
1.1	Vraagstelling.....	5
1.2	Analysekader en leeswijzer	6
2	Korte schets van de regelingen	9
2.1	Inleiding.....	9
2.2	Gemeentelijk jeugdbeleid	9
2.3	Jeugdzorg en jeugd-ggz	10
2.4	AWBZ.....	11
2.5	Speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering binnen cluster 4.	13
2.6	Vervoersvoorzieningen.....	14
2.7	TOG	14
2.8	Wajong.....	15
2.9	Conclusie: overeenkomsten en verschillen	15
3	Groei in gebruik.....	17
3.1	Toename gebruik in de verschillende regelingen, een cijfermatig overzicht.....	17
3.2	Nadere detaillering deelname (voortgezet) speciaal onderwijs	20
3.3	Wajong.....	20
3.4	TOG tot 2012.....	21
3.5	Kerncijfers 2006	21
4	Meer jongeren met (ernstiger) beperkingen?	23
4.1	Inleiding.....	23
4.2	Lichamelijke beperkingen.....	23
4.3	Verstandelijke beperkingen	23
4.4	Chronische ziekte of andere stoornis	24
4.5	Kinderen met autismespectrum stoornissen.....	24
4.6	Emotionele en gedragsmatige problemen	26
4.7	Conclusie	27
5	Oorzaken toename gebruik per regeling	29
5.1	Inleiding.....	29
5.2	Jeugdzorg in het algemeen en jeugd-ggz in het bijzonder	29
5.3	AWBZ in relatie tot jongeren	31
5.4	Speciaal onderwijs en LGF binnen cluster 4	32
5.5	Vervoersvoorzieningen.....	34
5.6	TOG	35
5.7	Wajong.....	35
5.8	Aanzuigende werking	37
5.9	Analyse naar samenhang in oorzaken van de toename in gebruik.....	40
5.10	De invloed van de regelingen op de maatschappelijke participatie van jongeren.....	43
6	Conclusies	45
A	Beschrijving jongeren met een beperking en extra zorg of ondersteuningsbehoefte in Nederland.....	53
B	Jeugdzorg in het algemeen en jeugd-ggz in het bijzonder.....	75

C	AWBZ in relatie tot jongeren	87
D	Vervoersvoorzieningen (doelgroepenvervoer)	99
E	Cluster 4 en LGF	109
F	De TOG-regeling.....	123
G	Wajong.....	139
H	Lvg-jeugdigen.....	155
I	Toename van jongeren met een ernstige gedragsstoornis in Vlaanderen.....	159
J	Lijst van geraadpleegde personen	167

1 Inleiding

1.1 Vraagstelling

Door diverse ministeries wordt beleid gevoerd gericht op jongeren met een beperking. Van meerdere regelingen blijkt het gebruik de afgelopen jaren te stijgen, een stijging die zich voor de toekomst lijkt voort te zetten. Ten behoeve van de ministerraad voert een interdepartementale projectgroep van SZW, OCW, VWS en Financiën een beleidsverkenning uit naar de aard en achtergronden van het gebruik van deze regelingen voor kinderen en jongeren met fysieke, verstandelijke en/of psychische beperkingen. De centrale vraag, waar de werkgroep antwoord op wil hebben, is:

Waarom neemt de groep kinderen/jongeren met een fysieke, verstandelijke en/of psychische beperking, die gebruik maakt van extra ondersteuning op het terrein van zorg, arbeid, inkomen en onderwijs, toe en wat zijn de gevolgen daarvan?

Om deze vraag te beantwoorden heeft de werkgroep een onderzoek laten uitvoeren door TNO met medewerking van Vilans en SEO.

Het onderzoek is ingericht om, op basis van literatuuronderzoek en bestaande gegevens aangevuld met interviews en expertmeetings, drie deelvragen te beantwoorden:

- Wat verstaan we onder jongeren met fysieke en/of psychische beperkingen?
- Welke regelingen zijn er voor jongeren met beperkingen?
- Wat zijn de oorzaken en de gevolgen van de toename van het gebruik van deze regelingen?

Op de achtergrond speelt bij dit onderzoek de vraag in hoeverre de regelingen, zoals TOG, speciaal onderwijs, LGF (Leerling-gebonden Financiering: ‘rugzakje’), Zorgindicatie ABWZ en Wajong op korte en langere termijn tegemoet komen aan de behoefte en bijdragen aan participatie en zelfredzaamheid in de maatschappij van deze jongeren met beperkingen. Daarnaast bestaat de vraag of de regelingen (ook) een aanzuijgende werking hebben en daardoor mede oorzaak zijn van het groeiende aantal geregistreerde jongeren met beperkingen.

Om na te gaan in hoeverre de ontwikkeling uniek is voor Nederland, is gekeken of in het buitenland ook sprake is van een toenemend gebruik van extra ondersteuning door jongeren met een beperking.

Het onderzoek leunt deels op de informatie die door de afzonderlijke departementen in de voorfase is verzameld. Deze wordt aangevuld met informatie die via interviews en een quick scan in een doorlooptijd van 2 maanden kon worden ontsloten.

In het onderzoek zijn in overleg met de opdrachtgever de regelingen TOG, Wajong, Speciaal onderwijs/LGF cluster 4, jeugd-ggz, vervoersvoorzieningen, AWBZ - betrokken. Aangezien de groei vooral lijkt te liggen bij jongeren met psychische en psychiatrische problemen wordt aan deze groep extra aandacht geschonken.

Enkele conclusies willen we a priori meegeven:

- Er is groei in het aantal personen dat gebruik maakt van de regelingen. Dat geldt zowel voor het aantal nieuwe toekenningen per jaar als voor het totale aantal personen (het bestand) dat gebruik maakt van de regelingen.

- Deze groei zal in meerdere regelingen doorzetten:
 - TOG, LGF en Wajong zijn regelingen, waarvan het bestand nog zal groeien, omdat er nog geen natuurlijk evenwicht kan zijn tussen instroom en uitstroom.
 - GGZ-Nederland verwacht ook in 2007 een stijging van gebruik van jeugd-ggz.
 - Gezien de toename in deelname aan (voortgezet) speciaal onderwijs als veelal voorliggend traject voor Wajong en de toename in het gebruik van LGF, mag verdere groei van het aantal Wajong-toekenningen aan 18-19 jarigen verwacht worden in de komende jaren.
- Het percentage gebruikers dat in aanmerking komt voor een voorziening en bij een controle niet aan de indicatiecriteria voldoet, is zeer beperkt.
- Er zijn vele plausibele common-sense-verklaringen voor de groei, maar slechts enkele empirisch onderzochte verklaringen.

1.2 Analyse kader en leeswijzer

Het denkmodel in het onderzoek is relatief eenvoudig. We proberen te achterhalen of er aanwijzingen zijn dat in de bevolking het aantal mensen (in dit geval kinderen en jongeren) met beperkingen toeneemt en of deze beperkingen relatief ernstiger zijn geworden (epidemiologische benadering). Een tweede stap is de toename in het gebruik van de regelingen en voorzieningen nader te beschrijven en te analyseren, mede in het licht van de indicatiestelling voor deze regelingen.

Een uitgangspunt voor de analyses biedt het ICF-model dat een analysekader geeft vanuit drie verschillende perspectieven:

- Het perspectief van het menselijk organisme.
- Het perspectief van het menselijk handelen.
- Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Het ICF-model is de door de WHO uitgewerkte internationale standaard.¹ Het kan voor verschillende toepassingen ingezet worden, zoals het verzamelen en vastleggen van gegevens, maar ook als basis voor het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten. De kern van het analysemodel illustreert, dat het gebruik van een voorziening of regeling door een jongere niet alleen afhangt van medische aspecten, maar ook van de mogelijkheden, die betrokkene nog wel heeft en de eisen die door betrokkene en de omgeving gesteld worden aan zijn/haar participatie. Daarop zijn tal van externe factoren van invloed, waaronder de regelingen zelf in hun onderlinge wisselwerking. Tot de externe factoren behoort ook de rol van de relevante anderen, zoals ouders en professionals.

In hoeverre de behoefte voor ondersteuning omgezet kan worden in een voorziening is afhankelijk van het aanbod van de regelingen en de vraag of de jongere voldoet aan de criteria om in aanmerking te komen voor de regeling.

De regelingen zijn systematisch beschreven in afzonderlijke bijlagen. Per regeling is systematisch geïnventariseerd en beschreven welke redenen genoemd worden voor het toenemende gebruik en wat de plausibiliteit/hardheid ervan is. Vervolgens is nagegaan in welke mate de groei in verschillende regelingen vanuit dezelfde oorzaken verklaard kan worden en of er een samenhang is tussen de regelingen. Samenhang kan zowel zijn, dat de regelingen elkaar versterken in gebruik, maar kan ook zijn dat het gebruik

¹ ICF. World Health Organization 2002

toeneemt door knelpunten in de uitvoering van een andere en/of voorafgaande regeling.

Leeswijzer

Veel van de onderzoeksresultaten zijn verwerkt in de bijlagen, die beoogd zijn als naslagwerk en achtergrondinformatie zoals, de beschrijvingen van de regelingen. Ook is een bijlage opgenomen over LVG-ers (licht verstandelijk gehandicapten) met hun levensloop door de regelingen, en een bijlage waarin een korte schets wordt gegeven in hoeverre het vraagstuk ook in België speelt.

In de hoofdtekst geven we allereerst in hoofdstuk 2 een beknopt overzicht van de onderzochte regelingen. De lezer die bekend is met de regelingen kan dit hoofdstuk overslaan. Vervolgens geven we in hoofdstuk 3 een overzicht en analyse van de kwantitatieve ontwikkelingen in het gebruik van de regelingen. In hoofdstuk 4 gaan we na of de groei in gebruik verklaard kan worden uit de groei van de doelgroep: is het aantal jongeren met een gezondheidsbeperking toegenomen? Hoofdstuk 5 gaat in op de verklaringen die wij hebben gevonden voor de groei in het gebruik van de regelingen aangevuld met onze analyse naar de aanzuigende werking van de regelingen en naar de onderlinge samenhang van oorzaken tussen de regelingen. In hoofdstuk 6 zijn onze conclusies vervat. Deze conclusies zijn gebaseerd op de informatie uit de hoofdtekst en op de uitgebreide informatie die in de bijlage is opgenomen.

2 Korte schets van de regelingen

2.1 Inleiding

Alvorens wij in het volgende hoofdstuk in kwantitatieve zin de ontwikkelingen in het gebruik van de diverse regelingen analyseren, geven we in dit hoofdstuk 2 een korte beschrijving van de onderzochte regelingen. De lezers die voldoende thuis zijn in de materie kunnen meteen naar het volgende hoofdstuk doorbladeren. Wie zich meer in detail over de beschreven regelingen wil informeren, verwijzen we naar de bijlagen (Wmo en gemeentelijk jeugdbeleid beschrijven we alleen in dit hoofdstuk).

De regelingen worden eerst los van elkaar beschreven. Het gaat om Wmo en gemeentelijk jeugdbeleid, jeugdzorg en jeugd-ggz, AWBZ, speciaal onderwijs/cluster 4 en leerlinggebonden financiering (LGF), vervoersvoorzieningen, TOG en Wajong. Per regeling beschrijven we: wie komt in aanmerking, hoe komt iemand in aanmerking en op wat voor gronden, wat verschaft de regeling, wat is het maatschappelijk doel van de regeling (waarom is de regeling ingesteld), en wat is de relatie met de overige regelingen (welke regelingen kan een kind/jongere met beperkingen naast elkaar gebruiken). We gaan in op overeenkomsten en verschillen in de regelingen. Als voorbeeld laten we zien hoe een licht verstandelijk gehandicapte gedurende zijn levensloop met verschillende regelingen te maken krijgt. Meer diepgaande analyses op basis van de bevindingen uit de kwantitatieve en kwalitatieve gegevensverzameling (bevordert gebruik van de ene regeling het gebruik van een andere regeling) komen in het concluderende hoofdstuk 6 aan de orde.

2.2 Gemeentelijk jeugdbeleid

Hoewel gemeentelijk jeugdbeleid feitelijk geen onderdeel uitmaakt van de onderzochte regelingen, is het preventieve gemeentelijke domein dermate relevant voor het onderzoek dat wij het kort beschrijven. Hierbij wordt voornamelijk ingegaan op de wettelijke taken van gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het doel van de Wmo is dat alle burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij. De Wmo is een nieuwe wet, waarin de volgende bestaande wetten gebundeld worden: de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ (o.a. mantelondersteuning, diensten bij wonen met zorg), de Huishoudelijke Verzorging uit de AWBZ en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). De Wvg en de Welzijnswet vielen al onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Met de invoering van de Wmo op 1 januari 2007 kwamen daar een deel van de AWBZ en de OGGZ bij. De Wmo kent negen “prestatievelden”, waarvan er enkele een relatie hebben met de zorg voor jeugdigen met een beperking:

- op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden;
- het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen

Het gemeentelijk jeugdbeleid voor opvoed-, opgroei- en gezinsondersteuning sorteert vanaf 2007, voor zover zij op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid

niet is ondergebracht bij de jeugdgezondheidszorg, onder de Wmo. De gemeente is verder onder andere verantwoordelijk voor het bestrijden van voortijdig schoolverlaten en de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het gemeentelijke jeugdbeleid wil problemen met opvoeden en opgroeien zo veel mogelijk voorkómen. Zijn er toch problemen dan moeten gemeenten die signaleren, lichte hulp verlenen en in geval van ernstige problematiek verwijzen naar het bureau jeugdzorg. Gemeenten voeren de bestuurlijke regie over de algemene voorzieningen. Medewerkers van deze algemene voorzieningen zijn het best in staat om vroegtijdig problemen bij kinderen en in hun omgeving te ontdekken. Het bureau jeugdzorg geeft hen hierbij steun door bijvoorbeeld deel te nemen in netwerken van scholen.

Een nieuwe ontwikkeling is de oprichting van de Centra voor Jeugd en Gezin. Het kabinet heeft besloten dat gemeenten voor dergelijke centra, waarin taken op gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning worden gebundeld, bestuurlijk verantwoordelijk worden. In de toekomst moeten alle jongeren die met lichte ambulante hulp uit de problemen kunnen komen, naar het Centrum voor Jeugd en Gezin in hun gemeente kunnen.

De Wmo bepaalt dat mensen met een beperking de gemeente kunnen vragen om voorzieningen om zelfstandig te functioneren en deel te nemen aan de samenleving. Dat betreft naast woonvoorzieningen ook vervoersvoorzieningen, zoals een taxibus, een taxikostenvergoeding of een scootmobiel, en de verstrekking van rolstoelen. Tot 2007 vielen deze voorzieningen onder de Wvg (Wet voorzieningen gehandicapten) die uitgevoerd werd door de gemeente (zie paragraaf 2.6).

2.3 Jeugdzorg en jeugd-ggz

Jeugdzorg bestaat uit alle geïndiceerde zorg aan ouders en kinderen (tot 18 jaar) om ernstige opgroei- en opvoedproblemen op te lossen:

- Provinciaal gefinancierde zorg (voorheen 'jeugdhulpverlening');
- Jeugd geestelijke gezondheidszorg (ggz, AWBZ gefinancierd);
- Zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (Lvg);
- Civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen².

Jeugdzorg is beschikbaar voor kinderen tot 18 jaar³ en hun ouders wanneer algemene voorzieningen zoals onderwijs, jeugdgezondheidszorg of maatschappelijk werk niet afdoende ondersteuning bieden bij het oplossen van opgroei- en opvoedproblemen. De nieuwe Wet op de Jeugdzorg van 2005 regelt de aanspraak op jeugdzorg. Het doel van de wet is om de jeugdzorg meer samenhangend en vraaggericht te maken. De wet bepaalt dat er (op provinciaal niveau) één toegang is tot alle voorzieningen voor jeugdzorg: het bureau jeugdzorg (BJZ). Het BJZ verzorgt de indicatie voor de zorg. Ouders en kinderen die voor zorg in aanmerking willen komen, kunnen zelf contact opnemen met een BJZ; er is een uitgebreid netwerk van kantoren. Cliënten kunnen ook door derden (o.a. hulpverleners en onderwijsgevend) verwezen worden naar bureau jeugdzorg, wanneer zij van mening zijn dat jeugdzorg nodig is. Verder heeft bureau jeugdzorg de taak zelf initiatief te nemen als zij op het spoor komt van zorgwekkende opgroei- en opvoedingssituaties. Ook bepaalt bureau jeugdzorg welke zorg nodig is voor cliënten die door de rechter onder toezicht of onder voogdij zijn gesteld en voor cliënten met een jeugdreclasseringsmaatregel (jeugdzorg in gedwongen kader). Als

² Vanaf 1 januari 2008 wordt dit omgezet in plaatsingen in gesloten jeugdzorginstellingen

³ Jeugdzorg aan oudere jongeren (tot 23 jaar) is mogelijk wanneer het bureau jeugdzorg het noodzakelijk vindt om de hulp bij opgroei- en opvoedproblemen voort te zetten.

bureau jeugdzorg zich zorgen maakt over de veiligheid van de aangemelde jeugdige, schakelt zij de Raad voor de Kinderbescherming in voor een onderzoek. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) maakt deel uit van het bureau jeugdzorg, maar vormt een aparte toegang.

Het BJZ voert de geïndiceerde zorg niet zelf uit, maar verwijst daarvoor naar een zorgaanbieder. De geboden zorg is vaak gratis, soms met een eigen bijdrage.

Van de vier typen jeugdzorg die geboden worden, is vooral bij de jeugd-ggz een groei in gebruik zichtbaar. Vandaar dat we dit onderdeel nader uitwerken.

Jeugd-ggz

Sinds de invoering van de Wet op de jeugdzorg op 1 januari 2005 verzorgen de bureaus jeugdzorg de indicatiestelling voor de jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar. Jongeren met zware psychiatrische problematiek kunnen echter ook rechtstreeks door de bijvoorbeeld de huisarts naar jeugd-ggz-zorg verwezen worden. Jeugd-ggz wordt gefinancierd uit de AWBZ.

Een indicatie voor jeugd-ggz van een BJZ heeft een algemeen karakter. De zorgverlener stelt op basis van de BJZ-indicatie en een eigen diagnose vast welke zorg nodig is. Dit legt hij vast in een hulpverleningsplan. Bij het opstellen worden jeugdige en ouders betrokken.

Ouders en jeugdigen kunnen met een indicatie van het BJZ bij het zorgkantoor terecht voor een persoonsgebonden budget (PGB) of voor zorg in natura (ZIN). Met een PGB bestaat de mogelijkheid om ook te kiezen voor een zorginstelling die geen AWBZ-erkenning heeft of een zorgverlener uit de omgeving zoals familie of bureaus.

2.4 AWBZ

De AWBZ is een volksverzekering met als doel ziektekostenrisico's te verzekeren waar je je niet individueel voor kunt verzekeren. Iedereen die in Nederland woont of werkt is er voor verzekerd. De aanspraak op de AWBZ wordt in termen van functies (soort zorg) en zorgzwaartepakket (ZZP)⁴ vastgesteld. Er worden 45 ZZP's over 6 functies onderscheiden. De functies betreffen persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Om als jongere in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er sprake zijn van beperkingen in het dagelijks functioneren ten gevolge van een somatische ziekte/aandoening, een psychiatrische aandoening/psychische stoornis, een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke handicap of een psychosociaal probleem.⁵ In dit onderzoek richten we ons specifiek op ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding, omdat die relatief vaak bij jongeren met psychische problemen ingezet zouden worden.

De functie Ondersteunende begeleiding (OB) heeft een driedelig doel:

- 1) het ondersteunen van de cliënt in het handhaven van de zelfredzaamheid en zinvolle dagbesteding bij een beperkt regelvermogen;
- 2) integratie in de samenleving ter voorkoming van een sociaal isolement;
- 3) ondersteunen van het cliëntsysteem ter voorkoming van overbelasting van de mantelzorg.

⁴ Met ingang van 1 april 2007 worden de ZZP's ingevoerd. Tot 1 april wordt de mate van zorg nog in klassen vastgesteld.

⁵ Deze laatste grondslag leidt in principe alleen in combinatie met andere grondslagen tot toegang AWBZ.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen functie OBalg en OBdag. OBalg wordt individueel geïndiceerd in uren en OBdag is een groepsgewijs aangeboden programma door een instelling. Voorbeelden van ondersteunende begeleiding zijn: ondersteuning om de dag te structureren en om beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven. Ook dagverzorging, dagbesteding, dagopvang of hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden vallen hieronder.

Functie Activerende begeleiding (AB) heeft als doel het functioneren in gedrag en vaardigheden van een cliënt te verbeteren of verergering te voorkomen. AB-interventies hebben een programmatisch karakter met concrete verbeterdoelen en zijn begrensd in tijd. Er wordt gewerkt met (door de professie) effectief beoordeelde methodieken. Functie AB kan zowel individueel (AB algemeen) als in groepsverband (AB dag) worden aangeboden. Voorbeelden van activerende begeleiding zijn: gesprekken om gedrag te veranderen of om gedrag te leren hanteren bij gedragsproblemen of een psychiatrische stoornis.

In de praktijk is het soms moeilijk om de functies OB en AB van elkaar te onderscheiden. Functie OB zal in de regel altijd enige mate van activering (bijvoorbeeld verbetering van sociale vaardigheden) met zich mee brengen. Dit is echter, in tegenstelling tot functie AB, geen doel op zich.

Aanvragen van een indicatie voor AWBZ moet via het CIZ, Centrum indicatiestelling zorg. Een groot aantal zorgaanbieders, cliëntondersteuners en huisartsen kan de aanvraag voor de cliënt indienen via een aanmeldmodule op de CIZ-website. De cliënt kan de aanvraag ook zelf indienen. De toegewezen AWBZ-zorg kan via zorg in natura verkregen worden of via een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee de cliënt zelf zorg kan inkopen.

Wanneer extra begeleiding/verpleging/verzorging nodig is, kan AWBZ-zorg onder bepaalde voorwaarden worden ingezet binnen het onderwijs. Dit wordt geregeld in de richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs. In bepaalde mate kunnen scholen zorg en ondersteuning bieden voor kinderen met een beperking. Hiervoor is speciaal onderwijs ingericht en ter vervanging de leerlingengebonden financiering. Wanneer een kind ernstige en/of meervoudige problematiek heeft waarvoor onderwijs ontoereikend ondersteuning kan bieden, dan bestaat de mogelijkheid om een AWBZ-indicatie gedurende het onderwijs te krijgen. Het gaat hierom de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding. Indien er sprake is van een AWBZ grondslag kan het CIZ hiervoor een indicatie afgeven, bij een psychiatrische grondslag het BJZ.

2.5 Speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering binnen cluster 4.

Kinderen met lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen of een combinatie daarvan kunnen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor (voortgezet) speciaal onderwijs. Het onderwijs op deze scholen is afgestemd op de moeilijkheden die de kinderen hebben door hun handicap. “Het speciaal onderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs is bestemd voor kinderen voor wie vaststaat dat overwegend een orthopedagogische en orthodidactische benadering aangewezen is Het onderwijs wordt afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden van de leerling. Het wordt zodanig ingericht dat de leerling een ononderbroken ontwikkelingsproces kan doorlopen. Zo mogelijk brengt het kinderen tot het volgen van gewoon onderwijs in basisscholen of scholen voor voortgezet onderwijs.”(WEC art. 2, art. 11).

Er zijn scholen voor speciaal onderwijs (SO) en voor voortgezet speciaal onderwijs (VSO). Een groep van (V)SO scholen binnen eenzelfde cluster vormt een Regionaal Expertisecentrum (REC).

Het speciaal onderwijs is onderverdeeld in vier clusters:

- Cluster 1: Onderwijs aan blinde en slechtziende kinderen;
- Cluster 2: Onderwijs aan dove en slechthorende kinderen en kinderen met ernstige spraak- en/of taalmoeilijkheden;
- Cluster 3: Onderwijs aan zeer moeilijk lerende kinderen, kinderen met een lichamelijke handicap en kinderen met een meervoudige handicap en kinderen met een lichamelijke ziekte;
- Cluster 4: Onderwijs aan kinderen met gedragsproblemen en kinderen met een psychiatrische ziekte (scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK), pedologische instituten (PI) en scholen voor langdurig zieke kinderen met een psychiatrische handicap (LZ-psych).

Om toegang te krijgen tot het speciaal onderwijs is een indicatie nodig. De indicatie wordt uitgevoerd door de Commissies voor Indicatiestelling (CvI's). Ieder REC houdt een CvI in stand.

Heeft een leerling een indicatie gekregen voor het speciaal onderwijs, dan kan de ouder/verzorger kiezen. Het kind kan naar een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs, óf naar een reguliere school voor basis- of voortgezet onderwijs, waarbij ambulante begeleiding gegeven wordt vanuit het (V)SO. De leerling krijgt voor deze ondersteuning een budget mee, de zogenaamde leerlinggebonden financiering (LGF), ook met “rugzakje” aangeduid. Doel van de LGF is om emancipatie en integratie van gehandicapte kinderen en jongeren in het onderwijs te bevorderen. De school dient een deel van de LGF te besteden bij het speciaal onderwijs voor ambulante begeleiding. LGF is sinds 2006 ook mogelijk voor een leerling op het MBO. Door de toename in indicaties zijn er wachtlijsten ontstaan voor zowel (V)SO als ambulante begeleiding.

(V)SO wordt vaak gecombineerd met andere regelingen voor kinderen/jongeren met een beperking. Voor leerlingen in het speciaal onderwijs gaat dat onder meer om verschillende vormen van jeugdzorg en AWBZ-zorg (ondersteunende begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging). Voor de combinatie onderwijs en zorg is de richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs in 2003 in werking getreden. Deze richtlijn bepaalt de grens wanneer een kind met ernstigere en meervoudige problematiek in aanmerking komt voor extra AWBZ-zorg naast de LGF. Kinderen met beperkingen kunnen gebruik maken van leerlingenvervoer van de gemeente om van huis naar school te reizen. Leerlingen van het BO en VO kunnen een onderwijsvoorziening aanvragen bij het UWV voor aanpassingen (hulpmiddelen) die nodig zijn om onderwijs te kunnen volgen. (V)SO-scholen hebben zelf budget voor noodzakelijke aanpassingen voor hun leerlingen.

2.6 Vervoersvoorzieningen

Voor mensen die minder mobiel zijn, bestaan er sinds 1999 verschillende vervoersregelingen. Samen worden deze regelingen ook wel ‘doelgroepenvervoer’ genoemd. De regelingen moeten ingezetenen met beperkingen in staat stellen aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Het gaat om de volgende regelingen:

- Vervoer in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo (gemeentelijk vervoer gehandicapten, voorheen Wvg)
- Bovenregionaal vervoer gehandicapten: Valys;
- Zittend ziekenvervoer;
- AWBZ-vervoer: van en naar AWBZ-dagbesteding;
- UWV-vervoer naar werk en middelbaar en hoger onderwijs (dus niet primair en voortgezet onderwijs);
- Leerlingenvervoer.

Kinderen tot 18 jaar met beperkingen kunnen (onder voorwaarden) gebruik maken van al deze regelingen. Hoewel cijfers grotendeels ontbreken, zal dat vooral gaan om vervoer naar de belangrijkste dagbesteding: leerlingenvervoer en UWV-vervoer (naar school, opleiding, werk) en AWBZ-vervoer (onder andere naar kinderdagcentra).

Het vervoer dat binnen deze regelingen valt, is verspreid onder diverse instanties. De systeemverantwoordelijkheid ligt bij de ministeries voor VWS, OCW en SZW, de beleidsverantwoordelijkheid bij VWS, SZW en gemeenten en de uitvoeringsverantwoordelijkheid bij gemeenten, UWV, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorginstellingen en een private landelijke uitvoerder. Vanwege de geconstateerde complexiteit en de problemen die dat oplevert voor de gebruikers wil het kabinet deze regelingen bundelen. Het idee is om ze bij de gemeenten onder te brengen. Een interdepartementale werkgroep “bundeling doelgroepenvervoer” verkent de mogelijkheden.

Voor de onderwijsvoorzieningen inclusief vervoersvoorzieningen die thans nog op grond van de WIA worden verstrekt, geldt dat deze onder de beleidsverantwoordelijkheid van OCW worden gebracht. Over het tijdstip en de wijze waarop wordt nog gesproken.

2.7 TOG

De TOG (regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende (zorgafhankelijke) Gehandicapte kinderen 2000) is een ministeriële regeling die ouders/verzorgers een extra tegemoetkoming geeft in de kosten van gehandicapte kinderen die thuis verzorgd worden. Daarnaast heeft de regeling tot doel maatschappelijke waardering te geven voor het thuis verzorgen van de kinderen. De TOG2000 is een aanpassing van een eerdere TOG-regeling van 1997. In Nederland wonende ouders of verzorgers van thuiswonende kinderen van 3-17 jaar kunnen voor de TOG in aanmerking komen. Het gaat om kinderen die ernstig beperkt zijn in het dagelijks functioneren als gevolg van een ziekte of stoornis van lichamelijke, verstandelijke of geestelijke aard waardoor zij (voorlopig) blijvend gehandicapt zijn. In de regeling staat dat het in principe gaat om kinderen die, gelet op hun beperking, in aanmerking zouden komen voor verblijf in een AWBZ-instelling. In de praktijk wordt sinds de invoering van de TOG2000 in de gewijzigde criteria met deze voorwaarde geen rekening meer gehouden.

Een ouder/verzorger kan de TOG aanvragen bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Deze laat zich voor elke aanvraag medisch adviseren door een externe partij. Sinds 2006 is dat ClientFirst.

De TOG bedraagt per 1 januari 2007 €203,23 per kwartaal belastingvrij.

2.8 Wajong

De Wajong is een inkomensvoorziening voor jonggehandicapte ingezetenen van Nederland van 18 tot 65 jaar die voor de leeftijd van 17 jaar arbeidsongeschikt zijn geworden. De aanvrager moet tenminste 25% arbeidsongeschikt zijn om een uitkering te kunnen krijgen. De regeling geldt ook voor studerenden tot 30 jaar die na hun 17^e jaar, tijdens hun studie arbeidsongeschikt zijn geworden. Als een aanvrager kan aantonen dat hij voor zijn 17de jaar arbeidsongeschikt was, kan hij ook op latere leeftijd soms nog in aanmerking komen voor een Wajong-uitkering. Er is een wachttijd van een jaar. Een jonggehandicapte kan Wajong vanaf zijn zeventiende verjaardag aanvragen en dus op zijn vroegst vanaf zijn achttiende verjaardag ontvangen. Het begrip "jong" in "jonggehandicapte" betreft het moment waarop iemand gehandicapt is geraakt (voor zijn zeventiende of tijdens zijn studie), niet de leeftijd waarop de rechthebbende de uitkering ontvangt. De uitkering kan namelijk doorlopen tot de 65ste verjaardag.

De woonsituatie van een jonggehandicapte (zelfstandig, bij de ouders, in een woonvorm voor gehandicapten, opname in een instelling) heeft geen invloed op het recht op Wajong.

Wie Wajong wil ontvangen, moet dat zelf, of met hulp van een wettelijke vertegenwoordiger, aanvragen bij het UWV. Wanneer de belanghebbende geen wettelijke vertegenwoordiger heeft (bijvoorbeeld omdat hij psychiatrisch patiënt is), is het UWV bevoegd de uitkering ambtshalve toe te kennen. Bij volledige arbeidsongeschiktheid bedraagt de uitkering 70% van het geldende minimum(jeugd)loon. Bij hulpbehoevendheid kan de Wajong-uitkering verhoogd worden tot 85% of 100% van de grondslag. De Wajong kent geen middelentoets op het vermogen of op het inkomen van de eventuele partner.

Een Wajonger is verplicht om mee te werken aan scholing en arbeidstoeleidingstrajecten die zijn arbeidsgeschiktheid kunnen verbeteren. Hij is niet verplicht passend werk te aanvaarden.

Wajongers en hun werkgevers kunnen in aanmerking komen voor een groot aantal voorzieningen. Dat betreft voor de werkgever bijvoorbeeld een levenslange no-riskpolis (die ook blijft bestaan als de betrokkene geen recht meer heeft op een Wajong-uitkering) en de mogelijkheid om bij aanzienlijk tempoverlies minder loon te betalen (loondispensatie). Voor de werknemer gaat het onder meer om Persoonlijke Ondersteuning (begeleid werken), hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen. Potentiële Wajongers van 16 of 17 jaar en hun werkgevers kunnen onder voorwaarden ook gebruik maken van voorzieningen voor Wajongers.

Een jongere kan Wajong naast studiefinanciering ontvangen. De Wajong geldt als inkomen voor de studiefinanciering, de studiefinanciering geldt niet als inkomen voor de Wajong.

2.9 Conclusie: overeenkomsten en verschillen

De hiervoor beschreven wetten en regelingen vertonen op onderdelen duidelijke overeenkomsten en verschillen. We gaan kort in op doelen, indicatie, leeftijdsgroep en veranderingen in wet- en regelgeving en uitvoering.

Participatie als doelstelling

Van de beschreven regelingen zijn er drie die emancipatie en integratie expliciet als doelstelling formuleren. Dat betreft de Wmo, het speciaal onderwijs in combinatie met LGF en het doelgroepenvervoer. De andere beschreven regelingen hebben emancipatie en integratie als impliciet doel. Zo is in de Memorie van Toelichting van de Wet op de jeugdzorg duidelijk dat de rechten van het kind één van de pijlers betreffen waarop de

wet is gebaseerd. Dat wordt in de wet voornamelijk instrumenteel uitgewerkt: aanspraak op zorg, objectieve beoordeling, vraaggerichtheid. Meedoen in de samenleving is niet expliciet als doel geformuleerd, hoewel de geboden zorg kinderen daartoe uiteindelijk wel toe in staat zou moeten stellen. De TOG noemt “meedoen” ook niet expliciet als doel. Wel is één van de wettelijke doelstellingen om waardering uit te spreken voor het thuis verzorgen van een kind. Dat thuis verzorgen eerder leidt tot participatie in de samenleving dan opname in een instelling lijkt duidelijk. De AWBZ is een volksverzekering en de Wajong een voorziening die vooral de toegang tot zorg en voorzieningen regelen. Hoewel niet expliciet, waarborgen ze via zorg, financiële zekerheid en re-integratie-instrumentarium voor Nederlandse ingezetenen indirect ook de mogelijkheden tot meedoen aan de samenleving.

Indicatie

Bij de via de Wmo geboden jeugdzorg is geen sprake van indicatie. Bij de indicatie van de overige regelingen is de aanwezigheid van ziekte, gebrek en beperkingen daardoor (psychiatrisch, lichamelijk, verstandelijk, zintuiglijk) voorwaarde voor toekenning. Dat geldt voor jeugd-ggz, AWBZ, speciaal onderwijs/LGF, doelgroepenvervoer, TOG en Wajong. Bij AWBZ en jeugdzorg kan het ook gaan om psychosociale en opvoedingsproblematiek.

Leeftijdsgroep

De leeftijdsgroepen waarvoor de regelingen gelden, vertonen veel overlap. Op jeugdgerichte zorg via de Wmo, AWBZ en doelgroepenvervoer geldt voor jeugdigen van 0-18 jaar. Ook de jeugdzorg richt zich op deze leeftijdsgroep, met in sommige gevallen een uitlooptermijn tot 23 jaar. Het speciaal onderwijs is er voor kinderen en jongeren in de leeftijd: 4-20 jaar. LGF is mogelijk voor kinderen die recht hebben op (voortgezet) speciaal onderwijs en voor MBO-leerlingen. De TOG geldt voor kinderen van 3-18 jaar. De Wajong is een uitzondering: de inkomensvoorziening is mogelijk vanaf 18 tot 65 jaar, de voorzieningen voor begeleiding, vervoer en werkplekaanpassing en de arbeidstoeleidingstrajecten vanaf 16 jaar.

Veranderingen wetgeving en uitvoering

Wanneer we alle regelingen overzien moeten we vaststellen dat in de periode waarover de gebruiksgegevens verzameld zijn (2000-2006, zie hoofdstuk 3), grote veranderingen in de wetgeving, organisatie en uitvoering van de regelingen hebben plaatsgevonden. Denk bijvoorbeeld aan de invoering van de Wmo, de Wet op de jeugdzorg, de LGF en de TOG 2000, de modernisering van de AWBZ, de veranderde of aangepaste indicatiestelling voor jeugdzorg, AWBZ, speciaal onderwijs, TOG en Wajong en het herinrichten van de Wajongteams. Zoals we in het vervolg zullen zien, heeft dit (zoals ook verwacht mag worden) consequenties voor het gebruik en de doelmatigheid van de voorzieningen.

3 Groei in gebruik

In dit hoofdstuk wordt het gebruik en de groei van het gebruik van de regelingen zichtbaar gemaakt. Het gebruik van de regelingen wordt met kerncijfers aangegeven. De kerncijfers zijn zowel uitgedrukt in absolute aantallen gebruik, als in het aandeel van de totale groep jongeren in de leeftijdsgroep, die gebruik kan maken van de regeling. Voor nadere detaillering is aanvullende informatie opgenomen in de bijlagen over regelingen. Over (voortgezet) speciaal onderwijs, de Wajong en de TOG wordt enige aanvullende informatie gegeven.

3.1 Toename gebruik in de verschillende regelingen, een cijfermatig overzicht

In tabel 3.1 wordt de omvang van het gebruik in 2006 in duizendtallen aangegeven. Het gebruik wordt, voor zover de informatie beschikbaar is, gepresenteerd als het totale gebruik en als het aantal nieuwe gebruikers. De procentuele groei in gebruik wordt uitgedrukt ten opzichte van het jaar 2000 (tenzij anders vermeld).

De eerste regels in de tabel geven de groei van het totaal aantal jongeren van 3 tot 18 jaar en van alle 18-jarigen aan als referentiepopulaties voor het gebruik van de regelingen. In de periode 2000-2006 is het aantal jongeren van 3 tot 18 jaar en het aantal 18-jarigen gegroeid met 4%.

Uit tabel 3.1 komt naar voren dat de deelname aan speciaal onderwijs sinds 2000 is toegenomen (36%).⁶ De groei in het aantal leerlingen met ambulante begeleiding is echter veel groter (240%). Dit verschil in groei is niet verbazingwekkend, gezien het feit dat de leerlinggebonden financiering (LGF) pas in augustus 2003 is ingevoerd en ambulante begeleiding daarvoor slechts in beperkte mate werd aangeboden: in 2000 waren er 'slechts' 8.000 leerlingen met ambulante begeleiding. De 'steady state' van het aantal leerlingen met LGF mag bovendien niet eerder dan in 2007 verwacht worden aangezien LGF voor een periode van 3 jaar wordt toegekend.

De groei in het aantal leerlingen met speciale onderwijszorg komt voor een groot deel voor rekening van cluster 4 (onderwijs voor kinderen met gedrags- en psychiatrische problematiek). In cluster 4 is zowel het aantal leerlingen in het (V)SO als het gebruik van LGF veel sterker toegenomen dan in cluster 2 en 3. Ook hier geldt dat de toename in het gebruik van ambulante begeleiding het meest opvalt: van ongeveer 1.000 in 2000 naar 13.000 in 2006.

Met betrekking tot de cijfers van jeugdzorg presenteren we cijfers over de jeugd-ggz (2005) en de justitiële jeugdzorg (2004)⁷. Recentere cijfers zijn niet beschikbaar. Het gebruik van zowel justitiële jeugdzorg als jeugd-ggz is gestegen. Binnen de jeugd-ggz

⁶ Hierbij wordt alleen gekeken naar speciaal onderwijs in cluster 2 – 4. Cluster 1 wordt vanwege de afwijkende bekostigingssystematiek buiten beschouwing gelaten.

⁷ Gegevens over cliënten in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg zijn onvolledig en onbetrouwbaar. Gegevens over cliënten in de lvg-zorg worden gegeven onder het kopje AWBZ.

is de toename van zorggebruik iets groter onder volwassen cliënten⁸. GGZ-Nederland verwacht een verdere toename in het gebruik van jeugd-ggz in 2007.

Over het gebruik van de AWBZ-voorzieningen is weinig informatie beschikbaar. Op basis van cijfermateriaal en steekproefonderzoek van het CIZ (zie bijlage over AWBZ voor nadere uitleg) is een schatting gemaakt van het aantal cliënten in 2005. Het weergegeven beeld moet dus als indicatief worden beschouwd. Over de ontwikkeling in het aantal jeugdige cliënten heen kan verder niks gezegd worden.

Het aantal nieuwe toekenningen voor de TOG (regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende (zorgafhankelijke) Gehandicapte kinderen) is meer dan verdubbeld en het totale gebruik is verviervoudigd. Overigens dient daarbij aangetekend te worden, dat in 2000 de toekenningscriteria zijn aangepast en dat de TOG nog maar relatief kort bestaat. Dit betekent dat er nog geen 'steady state' kan zijn van het totaal aantal gebruikers en dat de groeipercentages berekend zijn over een relatief kleine groep in 2000 en daarom zo hoog kunnen uitvallen.

Het aantal Wajong-toekenningen is in 2006 bijna verdubbeld vergeleken met zes jaar geleden. Daarbij is niet het jaar 2000 gehanteerd als referentie, maar het gemiddelde van 1999 en 2001, aangezien 2000 een administratieve uitschieter betrof. Het aantal toekenningen in 2006 is hoger uitgevallen dan eerder voorspeld werd in de UWV-kwartaalverkenning. Het totaal aantal Wajongers is in 6 jaar gestegen met 22%.

Over het gebruik van de AWBZ-voorzieningen OB (Ondersteunende begeleiding) en AB (Activerende begeleiding) door jongeren is (nog) geen informatie gevonden. Voor vervoersvoorzieningen zijn nauwelijks historische gegevens beschikbaar. Het bepalen van de verandering in de mate van gebruik is niet goed mogelijk.

⁸ De volwassen cliënten betreft ouders van wie het kind behandeld wordt in de jeugd-ggz en oudere jongeren tot 23 jaar. De behandeling van de ouders is direct gerelateerd aan de problematiek van het kind.

Tabel 3.1. Kerncijfers gebruik voorzieningen voor jongeren 2000-2006

	Aantal maal duizend in 2006	Procentuele groei t.o.v. 2000	
Jongeren 3 tot 18 jaar	2.999,8	4%	
Jongeren 18 jaar	196,8	4%	
Onderwijs			
Aantal leerlingen (V)SO cluster 2-4	61	36%	
Aantal leerlingen met ambulante begeleiding cluster 2-4	28	240%	
Aantal leerlingen (V)SO cluster 4	26	62%	
Aantal leerlingen met ambulante begeleiding cluster 4	13	1223%	
Jeugdzorg			
Aantal nieuwe cliënten (instroom) totaal	92	11%	Cijfers 2005 t.o.v. 2003
Aantal cliënten jeugd-ggz tot 18 jaar	88	64%	Cijfers 2005 t.o.v. 2000
		15%	Cijfers 2005 t.o.v. 2003
Aantal cliënten jeugd-ggz 18 jaar en ouder	99	19%	Cijfers 2005 t.o.v. 2003
Aantal cliënten justitiële jeugdzorg	57	37%	Cijfers 2004 t.o.v. 2000
TOG			
Nieuwe instroom	10,0	149%	
Totaal gebruik	43,0	317%	
Wajong			
Aantal toekenningen	13,6	94%	
Waarvan met verstandelijke handicap	3,9	79%	Groei 2005 t.o.v. 2001
Waarvan met overige psychische klachten	3,6	58%	Groei 2005 t.o.v. 2001
Totaal aantal Wajongers	156	22%	
AWBZ			
Aantal cliënten tot 18 jaar	20-36		Schatting 2005
- waarvan lvg-cliënten	10-20		Schatting 2005
- waarvan vg-cliënten met IQ < 50	3-5		Schatting 2005
- waarvan overige cliënten	7-11		Schatting 2005
Vervoersvoorzieningen			
	90	Geen historische gegevens gevonden	
Wvg⁹			
Aanvragers	11,1	17%	Vervoers- én woonvoorzieningen
Cliënten	18,6	17%	Relatief weinig aanvragen in 2000

⁹ De Wvg is per 1 januari 2007 overgegaan in de Wmo. De hier gepresenteerde cijfers gaan dus over de Wvg.

De Wvg kent ten opzichte van 2000 een groei van 17%, in zowel het aantal jonge aanvragers voor 'vervoer of wonen' als van het totale aantal gebruikers. Voor de ontwikkeling van het aantal aanvragers geldt de kanttekening, dat in het jaar 2000 relatief weinig aanvragers waren en 2006 weer op het niveau zit van 1998.

De cijfers in tabel 3.1 geven aan dat, voor zover de cijfers beschikbaar zijn, in alle regelingen de stijging van het aantal nieuwe gebruikers ruim boven de toename van het aantal jongeren in de referentiepopulatie is.

Zowel voor Wajong als de TOG-regeling geldt, dat veel uitkeringen toegekend worden op basis van psychiatrische en neurologische aandoeningen (78% van de TOG-toekenningen). Steeds meer Wajongers worden gediagnosticeerd als 'verstandelijk beperkt' (42% in 2005) en binnen de hoofdgroep 'overig psychisch' neemt vooral de categorie 'overige psychische stoornissen' toe. Zowel in de TOG, als in de Wajong neemt het aandeel jongens toe.

Ook in het speciaal onderwijs is cluster 4, dat kinderen met psychiatrische stoornissen voor zijn rekening neemt, het sterkst gegroeid. Voor zover dit geregistreerd is, betreft het vooral kinderen met stoornissen in het autismespectrum en ADHD-gerelateerde stoornissen.

3.2 Nadere detaillering deelname (voortgezet) speciaal onderwijs

In het onderzoek richten we de aandacht op de oorzaken van de groei in cluster 4. Cluster 1 voor onderwijs aan blinde en slechtziende kinderen betreft een relatief klein cluster met een andere systematiek. Het aantal leerlingen in cluster 4 is in 2006 met ruim 130% gegroeid ten opzichte van het jaar 2000. De groei in cluster 2 voor onderwijs aan dove en slechthorende kinderen en kinderen met ernstige spraak- en/of taalmoeilijkheden is met 25% toegenomen. (Nadere gegevens in de bijlage). Het aantal kinderen in cluster 3 voor onderwijs aan zeer moeilijk lerende kinderen, kinderen met een lichamelijke handicap en kinderen met een lichamelijke ziekte is met ruim 40% gestegen. Het aantal leerlingen met ambulante begeleiding/LGF is zowel absoluut als relatief het sterkst gestegen in cluster 4. Naar verwachting zal het aantal leerlingen dat aangewezen is op speciale zorg in verband met gedragsproblematiek, ondermeer door een beter bereik van allochtone jongeren, verder groeien en zich voordoen in zowel de (V)SO-scholen als LGF in regulier onderwijs (Projectbureau operatie Jong 2007).

3.3 Wajong

In 2006 ontvangt 4,5% van alle 18-jarigen, dat is 1 op de 22, op 18-19-jarige leeftijd een Wajong-uitkering. Aangezien ongeveer 30% van de uitkeringen na het 19^e jaar toegekend worden, zal globaal gezien bijna 7%, dat is 1 op de 15 18-jarigen, een Wajong-uitkering gaan ontvangen. Met andere woorden, gecumuleerd over de gehele levensloop krijgt meer dan 1 op de 15 kinderen een Wajong-uitkering, die in principe tot de leeftijd van 65 kan doorlopen. In deze cijfers is alle instroom in de Wajong meegenomen: dus ook op latere leeftijd. Het aantal Wajong-toekenningen (13.575) lag in 2006 30% hoger dan in 2005. Voor 2005 geldt dat aan 3,7% van de 18 jarigen (dat is 1 op de 27 jongeren) een Wajong-uitkering is toegekend op 18-19 jarige leeftijd en dat gecumuleerd over de hele levensloop 5,3% van de 18-jarigen (dat is 1 op de 19 jongeren) een Wajong-uitkering gaat ontvangen. Voor 2007 gaat UWV uit van 12.600 Wajong-toekenningen. Omdat steeds het criterium is, dat de medische toestand op 18-jarige leeftijd beslissend is voor toekenning van een uitkering, is dit een goede indica-

tie voor de omvang van de doelgroep (met uitzondering van een zeer beperkte groep, die tijdens de studie nog arbeidsongeschikt wordt).

De instroom in 2006 is 3 keer zo groot als 10 jaar eerder. De groei van het aantal toegekende Wajong-uitkeringen is begin jaren 90 binnen de AAW ingezet.

Prognoses van Stoutjesdijk en Berendsen van het UWV voorspelden minimaal 300.000 en maximaal 360.000 personen met een Wajong-uitkering op de langere termijn, twee maal zoveel dan het huidige aantal ultimo 2006. In deze prognoses is nog geen rekening gehouden met de nog grotere Wajong-instroom in 2006 ten opzichte van 2005 (respectievelijk 13,6 duizend en 10,4 duizend).

Gezien de samenhang tussen deelname aan speciaal onderwijs en Wajong instroom mag de komende jaren een verdere groei in Wajong-instroom verwacht worden. In de periode 2003 –2006 is het aantal 15-jarigen in het speciaal onderwijs gegroeid met 21%. Van hen zal een deel vanaf 2007 een beroep doen op de Wajong. Het aantal 11-jarigen in het speciaal onderwijs is van 2002 naar 2006 gegroeid met 14%. Van hen zal een deel vanaf 2010 een beroep op de Wajong doen. Aangezien specifieke doorstroomgegevens van speciaal onderwijs naar Wajong niet bekend zijn, kan ook de verwachte stijging in de Wajong-instroom niet exact voorspeld worden. Naast deze stijging van het aantal leerlingen in speciaal onderwijs heeft ook een stijging van het aantal leerlingen met LGF plaatsgevonden, maar van deze leerlingen is de leeftijdsverdeling niet bekend. Aangezien LGF in 2003 is geïntroduceerd, is ook nog geen informatie bekend over de mate waarin leerlingen met LGF een beroep gaan doen op de Wajong.

3.4 TOG tot 2012

De oorspronkelijke raming (gemaakt bij aanvang van de huidige regeling in 2000) voorzag een groei tot 27.000 TOG-gebruikers. (Ph. de Jong e.a. 2006)

APE heeft in het rapport over de groei van de TOG een aantal scenario's opgenomen over de mogelijke groei van de regeling. Daartoe heeft APE een basisscenario gemaakt. Dat basisscenario is gebaseerd op instroomkansen, zoals die in de laatste jaren tot 2005 zijn waargenomen.

In dit scenario komen ze voor eind 2012 op ruim 64.000 TOG-kinderen, 50% meer dan het huidige aantal. Om een denkkader te krijgen over de mogelijke effecten van stijging dan wel daling van de instroomkansen heeft APE twee aanvullende scenario's geschetst. In het eerste scenario wordt verondersteld dat de instroomkansen verdubbelen. In dit scenario komt APE voor eind 2012 op 110.000 TOG-kinderen, *46.000 meer dan in het basisscenario*.

In het tweede scenario stabiliseert het aantal uitkeringen na 2006 op 50.000 om vervolgens af te nemen tot 45.000 TOG-kinderen in 2012. Een dalende instroom heeft een minder sterk effect dan een stijgende instroom. Dat komt, omdat er al veel kinderen in de TOG zitten, die pas over een aantal jaren (de maximale duur van de uitkering is 15 jaar) zullen uitstromen.

De SVB heeft onlangs een nieuwe prognose gemaakt op basis van de gerealiseerde instroom in de eerste drie kwartalen van 2006. Omdat na de piek in het eerste kwartaal het aantal aanvragen weer daalde, raamt de SVB het aantal kinderen in de TOG-regeling in 2012 op ongeveer 80.000.

3.5 Kerncijfers 2006

Tot slot vatten we de cijfers van tabel 3.1 samen als prevalentie en incidentiecijfers van het gebruik. Als kernindicatoren ten opzichte van de referentiepopulatie geven ze

een beeld van de relatieve omvang van het gebruik van de regelingen. De referentiepopulatie is afhankelijk van de doelgroep van de regeling. Voor onderwijs- en leerlingvervoer zijn 4- tot 18-jarigen gekozen als referentiegroep, voor de TOG, en Wvg-vervoer/wonen kinderen vanaf 3 jaar tot 18 jaar. Het aantal nieuwe Wajong-uitkeringen wordt gerelateerd aan het aantal 18-jarigen. Berekening van deze kerncijfers over 2006 geeft de volgende gebruikspercentages:

- 1,4% van de 4 tot 18 jarigen volgt onderwijs in cluster 4.
- 1,4% is gestart bij jeugd-ggz (in 2004)*.
- 2,8% loopt bij jeugd-ggz (in 2004) *.
- 1,2% ontvangt TOG*.
- 4,5% van de 18-jarigen krijgt op zijn 18e of 19^e een Wajong-uitkering toegekend.
- 6,9% van de 18 jarigen 'gaat' een Wajong-uitkering ontvangen.
- 3,2% maakt gebruik van leerlingvervoer.
- 0,6% maakt gebruik van Wvg-vervoer/wonen*.

* Ten opzichte van kinderen 3 tot 18 jaar.

Opgemerkt dient te worden dat de duur van het gebruik van een regeling onderling sterk verschilt. Jeugd-ggz betreft in deze context over het algemeen een kortdurende voorziening. Onderwijs- gerelateerde voorzieningen en de TOG nemen een tussenpositie in, maar duren maximaal ongeveer 15 jaar. Een Wajong-uitkering kan voor maximaal 47 jaar toegekend worden.

Uit bovenstaande percentages blijkt niet dat deze gebruikspercentages sinds 2000 met 17% (Wvg) tot 94% (Wajong) zijn toegenomen. Het percentage kinderen dat onderwijs volgt in cluster 4 en het percentage kinderen waarvoor de ouders een TOG ontvangen, is nog sterker gestegen, waarbij een deel van de verklaring ligt in het nieuwe beleid m.b.t. LGF en TOG en in het feit dat de regelingen TOG en LGF relatief kort bestaan.

4 Meer jongeren met (ernstiger) beperkingen?

4.1 Inleiding

Nadat we in het vorige hoofdstuk het gebruik en de stijging van het gebruik van regelingen en voorzieningen in kaart hebben gebracht, is het zaak een antwoord te vinden op de vraag of er uit diverse bronnen aanwijzingen zijn dat het aantal jongeren met beperkingen de afgelopen jaren is toegenomen.

Als onderdeel van het onderzoek is daarom informatie verzameld over:

- Welke fysieke, verstandelijke en/of psychische beperkingen hebben jongeren? Groeit deze groep?
- Wat is de aard en mate van die beperkingen? Zijn hier in de tijd wijzigingen te constateren?

Hierbij zijn prevalenties en trends van de verschillende soorten beperkingen verder bekeken. In de bijlage worden de resultaten uitgebreid beschreven vanuit vijf subcategorieën van beperkingen, namelijk:

1. Kinderen met een lichamelijke beperking (motorische, visuele en auditieve beperkingen).
2. Kinderen met een verstandelijke beperking.
3. Kinderen met een chronische ziekte of ander stoornis.
4. Kinderen met een stoornis in het autismespectrum.
5. Kinderen met emotionele en gedragsmatige problemen.

In dit hoofdstuk zullen we deze lichamelijke, verstandelijke en/of psychische beperkingen verder beschrijven. Op een aantal beperkingen en stoornissen zullen we uitgebreider ingaan omdat deze mogelijk van belang kunnen zijn voor de groei in het aantal kinderen dat ondersteuning zoekt. Hierbij gaat het om de ontwikkelingen met betrekking tot te vroeg geboren kinderen, autisme en kinderen met emotionele en gedragsmatige problemen.

4.2 Lichamelijke beperkingen

Sinds 2001 is er op basis van het Permanent Onderzoek van Leefsituatie van het CBS een lichte, niet statistisch significante, stijging te zien in de prevalentie van kinderen die beperkt zijn in hun beweeglijkheid en in hun visuele en auditieve vermogens.

4.3 Verstandelijke beperkingen

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat het aantal kinderen met een verstandelijke handicap sterk toeneemt. Er maken wel steeds meer jeugdigen gebruik van het speciaal onderwijs. Het lijkt waarschijnlijk dat er ook sprake is van een andere diagnostiek of een ruimer toelatingsbeleid (de Klerk 2002, www.rivm.nl).

Door de stijging van hun levensverwachting door verbeterde verzorging stijgt in Nederland het totaal aantal mensen met een verstandelijke beperking. Het aantal mensen met een ernstige verstandelijke beperking tussen 1987 en 1999 steeg met 7%. Tot 2009 wordt een stijging van 2% verwacht (RGO 2005, www.rivm.nl).

In 2004 kwam het Downsyndroom bij 14,5 op 10.000 pasgeboren kinderen voor. Over de afgelopen jaren zijn geen grote veranderingen te zien in het aantal pasgeborenen met het Downsyndroom (Anthony 2006).

4.4 Chronische ziekte of andere stoornis

In Nederland heeft naar schatting 14% van de kinderen een chronische ziekte, in totaal ongeveer 500.000 kinderen (Grootenhuis, 2006). Omdat de kans op overleving van een chronische ziekte door de betere medische zorg verbeterd is, is de verwachting voor de toekomst dat met gelijk blijvende incidentie de prevalentie van chronische ziekten op de kinder- en latere leeftijd zal toenemen. Het aantal jongeren en volwassenen met een chronische ziekte zal in de toekomst naar verwachting dus toenemen (Grootenhuis, 2006). Er zijn verder geen exacte cijfers over de prevalentie van alle chronische zieke kinderen. Het CBS rapporteert wel de door ouders/opvoeders gerapporteerde prevalentie van langdurige aandoeningen bij kinderen. Deze gegevens van het CBS laten sinds 2001 geen duidelijke verandering in prevalenties zien.

Kinderen met aangeboren afwijkingen hebben een hoger risico op allerlei ernstige lichamelijke, zintuiglijke en verstandelijke beperkingen. Over het algemeen zijn er in de bestudeerde 9-jaars-periode (1996-2004) geen opvallende stijgingen in prevalenties van aangeboren afwijkingen op orgaanstelselniveau zichtbaar.

Vroeggeboorte

Nederland rapporteert, net als een groot aantal Westerse landen, de laatste jaren een stijging in het aantal te vroeg geboren kinderen. Het geschatte percentage te vroeg geboren kinderen (< 37 weken zwangerschapsduur) onder levendgeboren kinderen bedroeg in de jaren zeventig 5,4% en 6,8% in 1988/1989. In 2003 was dit percentage gestegen tot 7,3. Voor veel te vroeg geboren (< 32 weken) is het percentage tussen 1983 en 2004 verdubbeld, van 0,63% van alle levendgeborenen in 1983 tot 1,13 in 2003.

Uit onderzoek komt naar voren dat 6% van de kinderen, die veel te vroeg geboren is, op 2-jarige leeftijd een ernstige en 7% een lichte handicap (beperking) heeft. Naarmate deze kinderen ouder worden, blijkt geleidelijk dat meer stoornissen en beperkingen aan het licht komen, doordat er steeds hogere eisen gesteld worden aan hun functioneren. Het percentage kinderen met een handicap of beperking binnen deze groep te vroeg geboren is op 19-jarige leeftijd dan ook gestegen tot de helft (Hille, 2007). Uiteindelijk blijkt op 19-jarige leeftijd 24% van de groep geen diploma te hebben en/of niet meer dan speciaal onderwijs gevolgd te hebben, vergeleken met 12,8% bij leeftijdgenoten (Hille, 2007). Zeven procent van deze groep van veel te vroeg geboren heeft op 19-jarige leeftijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Indien we naar het totaal aantal kinderen veel te vroeg geboren kinderen in Nederland kijken (uitgaande van 1,13% van 200.000 geboortes per jaar waarvan 90% overleeft) dan zou dit per leeftijdscohort om ongeveer 490 kinderen gaan, die geen diploma hebben of niet meer dan speciaal onderwijs hebben gevolgd en 1020 die een ernstige of lichte beperking hebben en ongeveer 140 kinderen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen.

4.5 Kinderen met autismespectrum stoornissen

Stoornissen in het autismespectrum worden in de DSM-IV-classificatie met de term pervasieve ontwikkelingsstoornis (pervasive developmental disorder) beschreven. Dit spectrum van stoornissen kenmerkt zich door stoornissen in de omgang met de mensen en dingen, in spraak en taal, in de motoriek en in de prikkelverwerking. Symptomen

van stoornissen in het autismespectrum kunnen per kind verschillen, qua intensiteit en massaliteit waarmee de symptomen zich manifesteren. Binnen het spectrum worden dan ook een viertal ontwikkelingsstoornissen onderscheiden: de autistische stoornis, het Rett-syndroom, de desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd en de stoornis van Asperger. Daarnaast is een algemene categorie gecreëerd die wordt aangeduid met de term pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS) (Verhulst e.a. 2003).

Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen, dat tenminste 28 op elke tienduizend kinderen lijden aan een autismespectrum stoornis. Van deze 28 kinderen lijden er ongeveer 10 aan de autistische stoornis, 15 aan PDD-NOS en 2 à 3 aan het Syndroom van Asperger. De stoornis van Rett en de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd komen in verhouding veel minder voor. Vertaald naar alle 4 miljoen jonge mensen tot 20 jaar in Nederland betekent dat minimaal 11.000 kinderen met een autismespectrum stoornis (Schoemaker e.a. 2004).

De bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op onderzoek, waarin vooral aandacht was voor de autistische stoornis. In recent buitenlands onderzoek, met een bredere opzet, bleek vooral het aantal kinderen met PDD-NOS veel hoger. Dit zou kunnen betekenen dat niet 28, maar ongeveer 60 kinderen per tienduizend lijden aan een autismespectrumstoornis. In dat geval zou het in totaal gaan om naar schatting ongeveer 25.000 kinderen in Nederland, waarvan het overgrote deel lijdt aan PDD-NOS (Schoemaker e.a. 2004). Het syndroom van Rett en de Desintegratieve Stoornis komen zeer zelden voor.

Er wordt wel beweerd, dat het aantal kinderen met stoornissen in het autismespectrum sterk is toegenomen in de laatste decennia. Tot op heden is er nog geen goede andere verklaring voor deze toename gevonden dan een eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek van spectrum- stoornissen en een verruiming van de definities en diagnostische criteria (Schoemaker e.a. 2004). Zo is er in verschillende landen een stijging in de prevalentie van autismespectrum stoornissen te zien sinds de invoering van de gewijzigde DSM-IV (European Commission 2005).

Er werd ook gedacht aan vaccinaties als oorzakelijke factor. Grote epidemiologische studies hebben overtuigend aangetoond dat dit niet het geval is (Smeeth e.a. 2004).

Een vergelijking van onderzoeken in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, waarbij onder andere rekening gehouden is met een verandering in definitie, geeft sterke aanwijzingen dat er een stijging in de prevalentie van autisme heeft plaatsgevonden. Zo was in de VS de prevalentie van autisme ooit ongeveer 3 per 10.000 en is nu gestegen naar ongeveer 30 per 10.000. De prevalentie van stoornissen in het autismespectrum is gestegen van 5 tot 10 per 10.000 naar 50 tot 80 per 10.000 (European Commission 2005). Hierbij kan een betere diagnostiek volgens de onderzoekers mogelijk een rol gespeeld hebben in de geobserveerde veranderingen (European Commission 2005).

Verder heeft de Center for Disease Control and Prevention (CDC) in de Verenigde Staten officieel erkend, dat er een 'epidemie van autisme' is. Sinds 1992 is totaal aantal kinderen van 6-22 jaar dat ondersteund (speciaal onderwijs faciliteiten) wordt in verband met autistische stoornissen gestegen van 15.580 kinderen naar 141.022 kinderen in 2003 (European Commission 2005).

Autisme speelt ook in België in toenemende mate een rol. Zo is het aantal eerste aanvragen bijstand bij het Vlaams Fonds met autisme als diagnose van 1999 naar 2005 meer dan verdrievoudigd. Deze aanvragers zijn in hoofdzaak onder de 20 jaar.

4.6 Emotionele en gedragsmatige problemen

Psychische problemen worden vaak in twee deelgebieden ingedeeld:

- Gedragsmatige problemen of externaliserende problemen, zoals agressief gedrag, sociale problemen en delinquent gedrag. Externaliserend gedrag betekent 'naar buiten gericht gedrag'. De omgeving ondervindt hinder van dit gedrag.
- Emotionele problemen of internaliserende problemen, zoals teruggetrokkenheid, psychosomatische klachten, angsten, depressieve klachten en emotionele reactiviteit. Internaliseren betekent 'naar binnen richten'.

Een aantal emotionele en gedragsmatige problemen wordt ook in de DSM-IV beschreven, zoals oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), angststoornissen en somatoforme stoornissen. Indien een kind aan de criteria van de DSM-IV voldoet voor een bepaalde stoornis dan vertoont hij/zij gedrag dat niet meer bij een normale ontwikkeling past en geeft een indicatie voor het te volgen behandelingstraject. Dit wil niet zeggen dat kinderen die niet aan de DSM-IV criteria voldoen maar wel een verstoring van hun normale ontwikkeling laten zien geen extra aandacht of hulpverlening nodig hebben.

In 2003 signaleren JGZ-medewerkers emotionele en gedragsmatige problemen bij 11% van de kinderen van 14 maanden, bij 28% van de 5-6 jarigen en bij 21% van de 8-12-jarigen.

Over het algemeen zijn de problemen licht van aard. Met licht wordt bedoeld, dat het kind goed functioneert ondanks dit probleem, dat het kind of de ouders het probleem zelf kunnen oplossen, dat het probleem van korte duur is en dat er, naast advisering, niet echt verdere hulp nodig is. Eén tot drie procent van de kinderen heeft volgens de JGZ zware emotionele en/of gedragsmatige problemen. Indien het kind zware problemen heeft, dan wordt het kind volgens de JGZ-medewerker in zijn functioneren belemmerd, is er hulpverlening nodig en is de situatie zorgelijk door onder andere de complexiteit en de chroniciteit van het probleem.

De JGZ-medewerker signaleert in alle leeftijdsgroepen vaker problemen bij jongens dan bij meisjes (Zeijl e.a., 2005).

Vergeleken met 1998 is vooral een stijging te zien in het percentage driejarige jongens, dat volgens de JGZ-medewerkers een emotioneel en/of gedragsmatig probleem heeft (12% in 1998 en 24% in 2003). Bij de andere leeftijdscategorieën zijn de verschillen minder groot. Met name het percentage jongens met lichte en matige problemen is volgens de JGZ-medewerker gestegen. Het aantal kinderen met een ernstig probleem is gelijk gebleven.

Indien volgens een aantal diagnostische instrumenten naar de prevalentiecijfers en trends gekeken wordt, zijn er geen duidelijke trends te zien in de mate, waarin emotionele en gedragsmatige problemen voorkomen (Zwirs 2006; Verhulst 1997). Grietens, et al (2006) en Vollebergh (2005) constateren dan ook, dat over het algemeen geen substantiële stijging van het aantal kinderen en jongeren met emotionele of gedragsmatige problemen is waar te nemen in de bevolking. Meer onderzoek is nodig om deze trend te bevestigen en eventueel te nuanceren en verfijnen. Zeker ook omdat in al deze

onderzoeken meestal gebruik wordt gemaakt van een of andere vorm van rapportering (d.w.z. dat emotionele en gedragsmatige problemen werden gerapporteerd door ouders, leerkrachten, jongeren of andere direct betrokkenen).

Sinds 1995 is er wel een toename van hulp in de jeugdhulpverlening en de leeftijd van de kinderen, voor wie hulp gezocht wordt, wordt ook steeds lager. Hierbij geldt de kanttekening, dat er maatschappelijke veranderingen plaatsgevonden kunnen hebben, waardoor kinderen sneller doorverwezen worden. Zo is er meer oog voor de schadelijke gevolgen van psychosociale problematiek in de ontwikkeling van jeugdigen en als gevolg daarvan is er meer nadruk komen te liggen op de vroegtijdige signalering van deze problemen. Ouders en jeugdigen zoeken ook eerder hulp bij problemen in de ontwikkeling of opvoeding (Vollebergh 2005; Blokland e.a., 2003). Er wordt aangegeven, dat de problemen van de kinderen, die bij de Jeugdhulpverlening komen, aanzienlijk zijn en er zijn weinig aanwijzingen dat kinderen onterecht in deze hulpverlening terecht komen.

Onderzoek naar de bevindingen van leerkrachten laat zien dat leerkrachten steeds vaker te maken hebben met gedragsproblemen van kinderen (KPC, 2003).

4.7 **Conclusie**

Het antwoord op de vraag of er nu meer kinderen met beperkingen zijn dan vroeger of worden deze beperkingen nu vaker onderkend is ingewikkeld. De belangrijkste conclusies hierover worden hieronder aangegeven.

Lichamelijke beperkingen

Wat betreft lichamelijke beperkingen zijn over het algemeen geen stijgende trends te zien in de incidentie of prevalentie in de afgelopen jaren.

Verstandelijke beperkingen

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor een toename van het aantal kinderen met een verstandelijke beperking. Er maken wel steeds meer jeugdigen met een verstandelijke beperking gebruik van het speciaal onderwijs.

Verwacht wordt dat de prevalentie van personen met een verstandelijke beperking stijgt omdat door de verbeterde medische zorg de overlevingskans van een aantal beperkingen groter is geworden.

Chronische ziekte of andere stoornissen

In de incidentie van kinderen met een chronische ziekte zijn geen stijgende trends te zien. Suikerziekte is hierop een uitzondering, deze chronische aandoening komt wel vaker voor. Verder verwacht men dat de prevalentie van een aantal aandoeningen zal stijgen doordat o.a. de medische verzorging verbeterd is.

Verder is er een aantal aangeboren afwijkingen dat mogelijk een stijgende tendens vertoont.

Het aantal kinderen dat te vroeg geboren wordt, is in de afgelopen twee decennia gestegen. Veel te vroeg geboren zijn, gaat gepaard met een hoger risico op het hebben van een handicap en gaat ook vaker samen met het hebben van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij kinderen die voor 37 weken zwangerschap geboren zijn maar niet veel te vroeg geboren zijn (<32 weken zwangerschap), is nog onduidelijk of zij een hoger risico lopen op allerlei beperkingen.

Stoornissen in het autismespectrum

Het aantal kinderen met stoornissen in het autismespectrum stijgt. Het is nog onduidelijk of het echt gaat om een stijging in deze stoornis. Tot op heden is er in Nederland nog geen andere verklaring voor deze toename gevonden dan een eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek van spectrum stoornissen en een verruiming van de definities en diagnostische criteria. Betere diagnostiek kan in deze onderzoeken nog wel een rol gespeeld hebben in het verklaren van een deel van de stijging in het aantal kinderen met een autismespectrum stoornis.

In onderzoeken uit de VS en Groot-Brittannië zijn aanwijzingen die er op duiden dat er een daadwerkelijke stijging in autismespectrum stoornissen te zien is, naast een toename van deze groep door verruiming van de diagnostische criteria. Betere diagnostiek kan dan nog steeds een mogelijke verklaring zijn voor de stijgende trend.

Gedragmatige en emotionele problemen

Indien men uitgaat van de resultaten van een aantal cross-sectionele studies naar deze problemen is er slechts een beperkte stijging te zien in de prevalentie van gedragmatige en emotionele problemen. Indien men echter kijkt naar het aantal kinderen dat in aanraking komt met Jeugdhulpverlening dan is er wel een duidelijke stijging te zien.

Conclusie

De gegevens uit medisch onderzoek wijzen derhalve niet op een stijging van het aantal jongeren met een gezondheidsbeperking als substantiële verklaring voor de toename in het gebruik van de onderzochte regelingen.

5 Oorzaken toename gebruik per regeling

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we per regeling wat de achtergrond is van de toename van het gebruik van de diverse regelingen. De bronnen die hiervoor gebruikt zijn, betreffen onderzoeksliteratuur, interviews met deskundigen en de expertmeeting die het onderzoeksteam op 1 maart 2007 in het kader van dit onderzoek heeft gehouden. Achtereenvolgens bespreken we de oorzaken van de groei van speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering binnen cluster 4, vervoersvoorzieningen, TOG en Wajong. Empirisch onderzoek op dit terrein blijkt zeer schaars.

We bespreken of er sprake is van een aanzuigende werking van de regelingen en analyseren de samenhang tussen de oorzaken van de verschillende regelingen. Tenslotte gaan we in op de vraag of de regelingen de participatie van jeugdigen met een beperking bevorderen.

5.2 Jeugdzorg in het algemeen en jeugd-ggz in het bijzonder

De beschikbare cijfers over de jeugdzorg (exclusief Lvg-zorg¹⁰) in zijn totaliteit en de provinciaal gefinancierde jeugdzorg in het bijzonder, zijn weinig betrouwbaar en niet heel actueel. Over het totale aantal cliënten in de jeugdzorg en de ontwikkelingen daarbinnen valt dan ook weinig te zeggen. Als we kijken naar de afzonderlijke onderdelen binnen de jeugdzorg dan zijn de volgende ontwikkelingen waarneembaar.

- Het aantal nieuwe cliënten binnen de jeugd-ggz neemt toe;
- Het aantal nieuwe cliënten binnen de justitiële jeugdzorg neemt toe.

In dit onderzoek beperken we ons tot de groei in de jeugd-ggz. Verklaringen voor de groei in deze sector zijn

- De behandelduur neemt toe (dit veroorzaakt ongeveer de helft van de groei van het bestand);
- De onderconsumptie in de jeugd-ggz neemt af;
- De zorgvrager is mondiger geworden en weet de weg beter te vinden;
- Het aantal jongeren met psychische en gedragsproblemen neemt toe;
- Ontwikkelingen in de huidige maatschappij vergroten de vraag naar jeugd-ggz.

Afgezien van de toegenomen behandelduur is het niet mogelijk het effect van de hier genoemde oorzaken op de groei van de instroom en het bestand te kwantificeren.

Hierna gaan we kort in op de oorzaken.

Toenemende behandelduur

De toename van het bestand wordt voor een groot deel veroorzaakt door de toenemende behandelduur van ggz-cliënten. De gemiddelde behandelduur in de jeugd-ggz neemt tussen 2000 en 2004 toe met 26 weken (van 30 naar 56 weken). Daarbinnen groeit de gemiddelde behandelduur van de gecombineerde zorgtypen veel sterker dan

¹⁰ Ontwikkelingen in het gebruik van de Lvg-zorg worden in deze paragraaf buiten beschouwing gelaten aangezien de indicering van Lvg-zorg apart geregeld is en deze wordt behandeld in de paragraaf over de AWBZ.

van de overige typen (van 26 naar 87 weken). De (bijna) verdubbeling van de behandelduur zal voor ongeveer voor de helft van de groei van het bestand verantwoordelijk zijn. Het verklaart echter niet de groei van de instroom. In een interview werden als mogelijke oorzaken van de toegenomen behandelduur aangegeven: het inzetten van verschillende zorgtypen (ambulant, deeltijd, klinisch) na elkaar in plaats van gelijktijdig, (langere) tussentijdse wachttijden en extramuralisering in plaats van (kortdurende) opname. Daarbij kan het zijn dat er vaker langdurige maar niet-intensieve ondersteuning wordt gegeven zoals maandelijks ouderbegeleiding. Er is geen empirisch onderzoek gedaan dat de voorgaande veronderstellingen toetst.

Onderconsumptie en de weg vinden naar zorg

Op basis van recent onderzoek wordt geconcludeerd dat er in de jeugd-ggz sprake is van onderconsumptie van zorg (Sytema, Gunther, Reelick, Drukker, Pijl en van 't Land, 2006). 7% van de jeugd zou jaarlijks behoefte hebben aan geestelijke gezondheidszorg. Echter slechts 2,5% van de jongeren maakt jaarlijks gebruik van de ggz. Gezien de onderconsumptie is het niet verbazend dat de vraag en het gebruik van jeugd-ggz toeneemt. Zeker als men beseft dat het taboe om hulp te vragen is verminderd en er meer kennis is over de stoornissen en over de weg naar zorg. GGZ Nederland verwacht dan ook dat het gebruik in 2007 nog verder zal stijgen.

De weg naar zorg vinden en mondiger

Uit interviews met de jeugdzorg komt naar voren dat zorgvragers steeds mondiger worden en beter de weg naar instanties weten te vinden en hun hulpvraag beter weten te formuleren. Er wordt aangegeven dat bijvoorbeeld een actie om het algemeen meldpunt kindermishandeling (AMK) onder de aandacht te brengen, zeer veel effect heeft gehad op het aantal meldingen. Vanzelfsprekend heeft dit dan weer een vraagverhogend effect voor een vervolgtraject.

Toename van psychische en gedragsproblemen

De bevindingen betreffende de toename van het aantal jongeren met psychische problemen zijn niet eenduidig (Sytema et al. 2006). In het onderzoek van Sytema wordt een studie van Verhulst, van der Ende en Rietbergen (1997) aangehaald. Hieruit bleek dat in Nederland geen dramatische toename van psychische problemen is waargenomen over de periode 1983 – 1993. Inzicht over recentere jaren in Nederland ontbreekt. Uit een Engelse studie van Collishaw, Maughan, Goodman en Pickles (2004) blijkt daarentegen dat de problemen in Engeland in het laatste decennium van de vorige eeuw nog zijn toegenomen.

Naar oordeel van verschillende geïnterviewden en van de aanwezigen in de expertmeeting is er sprake van een toenemende mis-match van de (niet veranderde) psychische en verstandelijke mogelijkheden van bepaalde groepen kinderen en de toenemende eisen van de maatschappij (waaronder school en werk) waardoor er meer kinderen last ervaren van psychische en gedragsproblemen.

Maatschappelijke ontwikkelingen, meer risico op ggz-gebruik?

In onderzoek van Sytema et al. (2006) blijkt dat zowel ontwikkelingsfactoren (bijvoorbeeld lengte/gewicht bij geboorte) als externe factoren gerelateerd zijn aan het gebruik van ggz. Bij externe factoren gaat het hier om ongunstige gezins- en buurtomstandigheden zoals eenoudergezinnen. Onderzoek over de invloed van deze factoren over tijd (jaren) ontbreekt echter. Wel is bijvoorbeeld bekend dat het aantal eenoudergezinnen de afgelopen decennia is toegenomen. Ook groeien er landelijk steeds meer kinderen op in een achterstandswijk. In grote steden als Rotterdam en Amsterdam geldt dit voor meer dan 60% van de kinderen.

5.3 AWBZ in relatie tot jongeren

Uit de beschikbare cijfers blijkt dat het gebruik van AWBZ-zorg in het algemeen¹¹ toeneemt. Er kan echter niet worden vastgesteld of het gebruik van AWBZ-zorg *door jongeren* toeneemt.

Algemene oorzaken van de toename, die gelden voor zowel jongeren als volwassenen, zijn:

- Wegwerken van wachtlijsten (door invoering van protocollen kost indicatieprocedure minder tijd dan voorheen);
- Veranderingen in soort zorgafname en extramuralisering;
- Daling geldigheidsduur indicatiebesluit;
- Meer bekendheid van de functie OB;

Aangezien niet kan worden vastgesteld dat het AWBZ-gebruik door jongeren toeneemt, kan er ook niet gesproken worden over de oorzaken hiervan of de bijdrage van de oorzaken aan de eventuele toename. Wel wordt in de praktijk (met name de Lvg-sector) een toename van problematische jongeren die gebruik *kunnen* maken van AWBZ-zorg waargenomen. Een aantal oorzaken dat hierbij genoemd wordt, is:

- Niet of laat onderkennen van de beperking;
- Intergenerationele en sociaal-economische gebondenheid van de Lvg-problematiek;
- Eisen vanuit de maatschappij in het algemeen en van het onderwijs.

Niet of laat onderkennen van beperking.

De licht verstandelijk gehandicapten-sector (Lvg-sector) geeft aan dat een licht verstandelijke handicap vaak relatief laat wordt ontdekt. Jongeren met een dergelijke handicap krijgen daardoor vaak geen extra zorg. De kans is vervolgens groot dan zij zich gedragsmatig negatief ontwikkelen en in aanraking komen met justitie. Ook lopen zij bij te late onderkenning van het probleem een grote kans om een psychiatrische stoornis te ontwikkelen. Uiteindelijk resulteert het niet of laat onderkennen van problemen dus tot meer of in ieder geval intensievere zorg en grotere kosten voor de samenleving.

Intergenerationele en sociaal-economische gebondenheid Lvg-problematiek.

Verstandelijke beperkingen zijn in hoge mate erfelijk. Naar schatting heeft 30% van de jongeren met een verstandelijke beperking een ouder met een verstandelijke beperking. Daarnaast wordt er een relatie verondersteld tussen de Lvg-problematiek (gedragsproblemen) en sociaal economische factoren (VOBC LVG, maart 2007).

Vereisten in het onderwijs en de maatschappij in het algemeen

De Lvg-sector geeft ook aan dat de huidige ontwikkelingen in het onderwijs, het zogenaamde 'Nieuwe Leren', niet bevorderend zijn voor het welzijn van de Lvg-jongere. Deze didactiek is namelijk gericht op eigen verantwoordelijkheid en op het individueel invullen van het onderwijspakket. De focus ligt op competenties. Een Lvg-jongere zal hierdoor sneller uit het regulier onderwijs vallen.

Ook andere ontwikkelingen in de maatschappij die leiden tot steeds meer individuele verantwoordelijkheid en minder sturing van overheidswege, hebben (volgens de Lvg-

¹¹ De geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt in deze paragraaf buiten beschouwing gelaten, aangezien de uitvoering hiervan apart geregeld en geregistreerd is en deze besproken is in de vorige paragraaf over jeugdzorg.

sector) een negatieve invloed op de Lvg-doelgroep en daarmee indirect op de samenleving in zijn geheel.

5.4 Speciaal onderwijs en LGF binnen cluster 4

Voor de groei in deelname aan cluster 4 hebben wij geen eenduidige en kwantificeerbare oorzaken gevonden. Er zijn de afgelopen 2 jaar (en ook al in eerder jaren) talloze (onderzoeks)rapportages verschenen waarin wordt ingegaan op een groot aantal achtergronden. Harde cijfers over de oorzaken en het aandeel dat zij hebben in de groei zijn echter maar beperkt beschikbaar. De volgende oorzaken worden genoemd:

- Maatschappelijke ontwikkelingen;
- Verschuivingen in de wijze van beoordelen van reguliere scholen;
- Drempelverlagende effect van leerlinggebonden financiering (veroorzaakt naar schatting ruim de helft van het gebruik van LGF);
- Onvoldoende discriminerende indicatiecriteria;
- Nieuwe groepen die gebruik maken van LGF en cluster 4 (bijna 1.400 HAVO- en het VWO-leerlingen met LGF in 2006; ongeveer 1.200 leerlingen in cluster 4 door overdracht van het justitieonderwijs naar het ZMOK);
- Verschuivende opvattingen over de rol van cluster 4;
- Toename diagnostische kennis en de vraag hiernaar;
- Meer last van autisme-spectrumstoornissen (60% van de leerlingen met LGF);
- Strategisch gedrag;
- Handelsverlegenheid reguliere onderwijs;
- Bekostigingssystematiek - eerstelijnszorg v.s. tweedelijnszorg;
- Regiokenmerken.

Het drempelverlagende effect van de LGF zou voor ruim de helft van de instroom verantwoordelijk kunnen zijn (de helft van een steekproef van ouders gaf aan bij afwezigheid van LGF niet voor speciaal onderwijs te kiezen). Het gebruik van LGF in het HAVO en VWO is verantwoordelijk voor 1,6% van het LGF-bestand in 2006. Van de leerlingen met LGF is bij 60% een autistestoonnis vastgesteld. Hieruit is niet op te maken welk deel van de groei veroorzaakt wordt door een mogelijk groter aantal kinderen dat last heeft van deze stoornis. De overdracht van justitieonderwijs zorgde in 2003 voor een toename van bijna 6% van het aantal cluster 4-leerlingen. De overige oorzaken zijn op basis van beschikbare bronnen niet te kwantificeren. We beschrijven de genoemde oorzaken hierna kort.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Maatschappelijke verschuivingen gaan gepaard met toenemend maatschappelijk ongewenst gedrag van kinderen en jeugdigen. De genoemde oorzaken betreffen bijvoorbeeld complexiteit van de samenleving en individualisering, wijzigingen in de rol van het gezin, veranderende opvoedingspatronen, veranderingen in de samenstelling van de bevolking door de komst van migranten en toename van de hoeveelheid prikkels waarmee kinderen te maken krijgen.

Verschuivingen in de wijze van beoordelen van reguliere scholen

De kwaliteit van een school wordt steeds vaker gekoppeld aan het percentage geslaagden en/of het percentage zittenblijvers. Dit bevordert het verwijzen naar speciaal onderwijs.

Drempelverlagende effect van leerlinggebonden financiering

De invoering van leerlinggebonden financiering heeft geleid tot een toename van het gebruik van de cluster 4 regeling. Vóór de invoering van LGF was het voor cluster 4 leerlingen nauwelijks mogelijk om met extra begeleiding regulier onderwijs te volgen. Een deel van de leerlingen die momenteel gebruik maken van LGF volgde voorheen regulier onderwijs zonder ambulante begeleiding. Ambulante begeleiding binnen het regulier onderwijs is minder ingrijpend dan het bezoeken van een aparte school die vooral bezocht wordt door kinderen met ernstige gedragsproblemen. Uit onderzoek van de LCTI (juli 2006) blijkt ook dat ruim de helft van de ouders van de LGF-leerlingen aangeeft dat zij hun kind bij afwezigheid van de LGF niet naar een aparte school voor (V)SO zouden sturen. Het drempelverlagende effect zou daarom bij benadering voor ruim de helft van de instroom verantwoordelijk kunnen zijn. Dit zegt overigens niets over de wenselijkheid van de extra begeleiding.

Onvoldoende discriminerende indicatiecriteria

De indicatiecriteria voor de indicatie speciaal onderwijs cluster 4 zouden onvoldoende discrimineren met als gevolg dat meer leerlingen voor de zorg van cluster 4 in aanmerking zouden komen dan strikt noodzakelijk is.

Nieuwe groepen die gebruik maken van LGF en cluster 4

De afgelopen jaren is een aantal nieuwe groepen jeugdigen gebruik gaan maken van cluster 4-onderwijs en LGF. Dit is een van de duidelijk kwantificeerbare oorzaken van de groei.

- Met de invoering van de LGF is speciale onderwijszorg beschikbaar gekomen voor leerlingen van de HAVO en het VWO (bijna 1.400 in 2006). Bij deze schooltypen bestaat geen eerstelijnszorg voor kinderen met beperkingen, zoals de leerwegondersteuning in het VMBO.
- Sinds 1 januari 2006 kunnen leerlingen in het MBO ook de LGF aanvragen. Er zijn nog geen cijfers bekend over de instroom van deze doelgroep, maar zeker is in ieder geval dat het gebruik van LGF hierdoor alleen maar groter kan worden.
- Ook zou de invoering van de LGF geleid hebben tot een afname van het aantal thuiszitters. Betrouwbare cijfers hierover ontbreken echter.
- Met de invoering van de plaatsbekostiging (augustus 2003) zijn er leerlingen in het (V)SO bijgekomen die voorheen naast behandeling in een residentiële voorziening geen (V)SO volgden. De overdracht van het justitieonderwijs naar het ZMOK heeft voor een instroom van ongeveer 1.200 leerlingen gezorgd in cluster 4. Verder komen deze leerlingen na afloop van de residentiële plaatsing vaak in aanmerking voor (V)SO of LGF.

Verschuivende opvattingen over de rol van cluster 4

Verschuivende opvattingen over de rol van cluster 4 bij de opvang van problematische leerlingen, hebben tot gevolg dat de ZMOK-scholen niet langer als uitsluitend bedoeld voor leerlingen met (zeer ernstige) geëxternaliseerde gedragsproblemen worden beschouwd.

Toename diagnostische kennis en de vraag hiernaar

Het aantal gediagnostiseerde kinderen met PDD-NOS, een relatief lichte autismespectrumstoornis, is gegroeid. Dit betekent echter niet dat er ook sprake is van een objectieve toename van het aantal kinderen met een dergelijke stoornis. De toename wordt veelal toegeschreven aan betere en snellere signalering (door leerkrachten), betere (vroeg)diagnostiek en een toenemende vraag naar deze gespecialiseerde diagnos-

tiek en hieruit voortvloeiend behandeling. Binnen de groep leerlingen met een LGF is bij 60% een autisme-spectrumstoornis vastgesteld.

Meer last van autisme-spectrumstoornissen

Zoals eerder aangegeven is door maatschappelijke veranderingen de groep kinderen die *problemen* krijgt ten gevolge van deze stoornis wel toegenomen. Door de invoering van 'het nieuwe leren', een didactiek die meer zelfsturing van de leerling vraagt en een groter beroep doet op communicatieve en sociale vaardigheden, zouden bijvoorbeeld meer leerlingen (sneller) problemen ervaren binnen het onderwijs. Dat is ongetwijfeld een oorzaak van de groei van het LGF-gebruik, al is onbekend in welke mate.

Strategisch gedrag

Strategisch gedrag van scholen, hulpverleners en ouders richt zich op de maximale benutting van de financiële mogelijkheden die de overheid biedt.

Handelsverlegenheid reguliere onderwijs

De toenemende vraag naar diagnostiek en behandeling hangt direct samen met de mate waarin het reguliere onderwijs zelf adequate zorg kan en wil bieden. In een Nederlands-Vlaams onderzoek van 2006 wordt gewezen op het feit dat gedragsproblemen zich voordoen in interacties met anderen en dus interactieproblemen zijn. Het huidige beleid maakt het voor scholen relatief gemakkelijk om gedragsproblemen louter als kindproblemen te zien, het interactionele karakter ervan te negeren en zichzelf te ontslaan van de verantwoordelijkheid er binnen het gewone zorgcircuit wat aan te doen.

Bekostigingssystematiek - eerstelijnszorg versus tweedelijnszorg

De bekostigingssystematiek van het (V)SO op zich, en het verschil in bekostiging met SBO, PRO en LWOO, bevatten een prikkel voor het regulier onderwijs om door te verwijzen naar het (V)SO (waaronder cluster 4). De kosten voor de (V)SO leerlingen komen immers geheel voor rekening van de overheid en niet voor de reguliere scholen. Ook de cijfers wijzen erop dat dit een mogelijke oorzaak kan zijn. (OCW, augustus 2006). De groei van deelname cluster 4 hangt samen met een afname van deelname aan SBO.

Regiokenmerken

Er blijkt samenhang te bestaan tussen het deelnamepercentage aan cluster 4 onderwijs in een regio en sociaal economische kenmerken zoals aantal uitkeringsgerechtigden, een- oudergezinnen, allochtonen en gegevens van justitie van die regio. Ook hangt het onderwijsaanbod per inwoner positief samen met de deelname. De ontwikkeling over de tijd van deze regiokenmerken kan echter maar in zeer beperkte mate de waargenomen ontwikkeling van het deelnamepercentage in cluster 4 verklaren.

5.5 Vervoersvoorzieningen

Omdat maar heel beperkt cijfers beschikbaar zijn over de ontwikkeling van het gebruik van vervoersvoorzieningen, is over een eventuele toename in gebruik weinig te zeggen. Een eventuele groei van het leerlingenvervoer is op basis van de stukken in ieder geval toe te schrijven aan de groei van het speciaal onderwijs (deze leerlingen hebben recht op leerlingenvervoer) en de grotere deelname van laagniveau-kinderen aan het speciaal onderwijs (cluster-3). Laagniveau-kinderen gingen voorheen meer naar speciale kinderdagverblijven en konden voor vervoer daarheen gebruik maken van AWBZ-vervoer. Een in 2007 te verschijnen rapport van de interdepartementale werkgroep vervoersvoorzieningen zal wellicht meer inzicht bieden.

5.6 TOG

Het TOG-bestand groeit door een toegenomen instroom en een nog beperkte uitstroom. De *uitstroom* uit de TOG is nog beperkt, omdat de regeling pas 10 jaar bestaat. Kinderen kunnen in principe 15 jaar gebruik maken van de regeling, als ze op driejarige leeftijd instromen. Uitstroom vóór het 18de jaar komt relatief weinig voor. Het TOG-bestand is nog in de opbouwfase.

De *instroom* van jeugdigen in de TOG is volgens onderzoek (Ph. De Jong e.a. 2006) toegenomen door de volgende oorzaken (waarbij het relatieve belang onbekend is):

- Meer kinderen met psychiatrische gedragsstoornissen;
- Wijziging van de criteria om voor de TOG in aanmerking te komen;
- Een toenemende bekendheid van de regeling;
- Verandering van de uitvoering.

Op basis van bestaande bronnen is de bijdrage van de genoemde oorzaken in de instroom niet te kwantificeren. Hierna een korte beschrijving van de oorzaken.

Meer kinderen met psychiatrische gedragsstoornissen

Het aantal kinderen bij wie psychiatrische gedragsstoornissen als PDD-NOS (autisme-spectrum aandoeningen) en ADHD gediagnostiseerd wordt, neemt toe.

Wijziging criteria

In 2000 is de TOG aangepast en zijn de indicatiecriteria verruimd: sinds de invoering van de TOG 2000 geven ook verstandelijke of psychiatrische handicaps een mogelijkheid tot toekennen van de TOG. Bovendien levert deelname aan een cluster 4-school (speciaal onderwijs) sinds 2000 bij de indicatie punten op. Groei van het speciaal onderwijs stimuleert daardoor ook groei van de TOG.

Toenemende bekendheid regeling

De TOG 2000 is een relatief nieuwe regeling. De bekendheid neemt daarom nog steeds toe, vooral door mond-tot-mond reclame van ouders/verzorgers die gebruik maken van de TOG. Daarnaast heeft de SVB eerder afgewezen aanvragers aangeschreven bij in werking treden van de TOG 2000. Dat heeft tot nieuwe indicaties geleid.

Verandering uitvoering

Een grotere klantvriendelijkheid van de aanvraagprocedure per 1 januari 2006 maakt aanvragen gemakkelijker. Telefonische intake is sindsdien mogelijk. De gegevens waarover de SVB reeds beschikt (uit AKW-administratie en intake), worden voorgedrukt op het aanvraagformulier, waardoor de klant met minder vragen wordt geconfronteerd.

De tijdigheid van de verwerking van de aanvraag is toegenomen sinds een nieuwe uitvoerder (Client First) de indicatie uitvoert. Dit zou een deel van de verhoging van de instroom in 2006 kunnen verklaren.

5.7 Wajong

Het Wajong-bestand groeit door een stijgende instroom en een geringe uitstroom. Onderzoekers van het UWV schrijven de stijging van de Wajong-instroom toe aan vier groepen oorzaken: maatschappelijke ontwikkelingen, veranderingen in de uitvoering, systeemwijzigingen bij het UWV en knelpunten in de indicatiestelling.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Het aantal 18-jarigen fluctueert en onderzoekers van het UWV hebben het effect ervan over de periode 2002-2005 geraamd op ongeveer 7% extra groei. Ook het aantal kinderen met beperkingen op 17-jarige leeftijd zou toenemen al kunnen de UWV-onderzoekers op basis van statistische gegevens geen uitspraken doen over de realiteit en omvang van deze oorzaak. Ze veronderstellen dat een deel van de stijging van de Wajong-instroom hierdoor veroorzaakt wordt, maar dat het niet de achtergrond kan zijn van de plotselinge grote stijging van de afgelopen jaren.

Het aantal leerlingen op het VSO en de praktijkscholen neemt toe en gemeenten hebben probleemjongeren meer in beeld. Waarschijnlijk worden daardoor ook voorheen moeilijker bereikbare groepen voorgelicht over het bestaan van de Wajong. De kennis over de Wajong in de omgeving van jonggehandicapten is waarschijnlijk in het algemeen toegenomen door allerlei onderzoek en (voorlichtings)projecten rond deze doelgroep.

Een redelijk kwantificeerbare toename van de instroom is toe te schrijven aan een kenmerkend scherper beoordeling van het recht op een bijstandsuitkering bij gemeenten. UWV-onderzoekers geven aan dat alleen doorstroom uit de Bijstand kan worden gemeten, niet de afgewezen WWB-aanvragen die doorverwezen worden naar de Wajong. Het aantal Wajong-toekenningen aan personen die daarvoor een WWB-uitkering ontvingen, is gestegen van bijna 800 in 2003 en 2004 naar 1100 in 2005. Dit effect veroorzaakt van 2004 naar 2005 bijna 3% groei van het aantal toegekende Wajong-uitkeringen. Over 2006 is deze analyse nog niet beschikbaar.

Het percentage van 3% is om bovengenoemde redenen een ondergrens. Waarschijnlijk is de invloed van de strengere screening door gemeenten bij de poort op beperkingen groter. TNO veronderstelt, dat beperkingen van WWB-cliënten ook eerder zichtbaar worden voor gemeenten door het toenemende gebruik van de Work-First-aanpak.

Wijzigingen in de uitvoering door het UWV

Sinds 2005 heeft het UWV de regierol binnen het netwerk rond jonggehandicapten geïntensiveerd. De kennis bij/rond de doelgroep wordt daardoor groter, het wordt gemakkelijker om een aanvraag in te dienen en het aanvraagproces verloopt efficiënter. De invoering van het nieuwe, strengere, schattingsbesluit heeft bij de Wajong nauwelijks effect gehad op de instroom.

Er blijken tussen UWV-regio's verschillen te bestaan in toekenningspercentages. De achtergrond is nog onduidelijk. Als mogelijke verklaringen wordt gewezen op regionale verschillen in de inrichting van Wajongteams en de aanwezigheid van instellingen voor gehandicapten.

Systeemwijzigingen bij het UWV

De registratieduur van de Wajong (de tijd tussen ingang van het recht en toewijzing) is verkort. Dit leidde in de periode 2003-2005 tot een 4% hogere instroom. Ook is de telwijze van de instroom veranderd: uitkeringen die in dezelfde maand herleven als ze gestopt zijn, worden vanaf 2004 meegeteld. Dat leidde in 2004 tot een stijging van 7,3% (de uitstroom is op dezelfde manier gestegen). De vorming van het UWV leidde in 2004 tot een eenmalige instroom van 400 personen in de Wajong.

Knelpunten in de indicatiestelling

Binnen de diagnoses P697 "zwakzinnigheid" en P699 "overige psychische stoornissen" is de grootste groei van de instroom zichtbaar. Het UWV geeft aan het opvallend

te vinden dat deze groepen zo groot zijn geworden en heeft daarom behoefte aan een nadere differentiatie van deze codes. Dat geldt met name voor de code P699 ‘overig psychische stoornissen’.

Uitstroom gering

Het Wajong-bestand is nog in opbouw. Het duurt nog tot 2023 tot de regeling “volgelopen” kan zijn van de start van de AAW. Echter gezien de toegenomen instroom in de afgelopen jaren zal het bestand bij dit hogere instroomniveau pas in 2050 vogelopen zijn. Uitstroom wegens 65-jarige leeftijd is daardoor nog gering. Uitstroom door arbeid is heel gering. Slechts een kwart van de Wajongers werkt. Daarvan werkt tweederde in WSW-verband, waarbij de Wajongstatus (slapend) behouden blijft. Doorstroom naar andere regelingen of uitstroom in verband met afgenomen arbeidsgeschiktheid komt relatief weinig voor. De uitstroom door de herbeoordeling met het nieuwe schattingsbesluit is bij de Wajong veel geringer dan bij andere arbeidsongeschiktheidswetten: 7 % van de herbeoordeelden heeft de uitkering verloren, bij 2% is hij verlaagd en bij 90% gelijk gebleven.

5.8 Aanzuigende werking

In deze paragraaf gaan we in op de mogelijk aanzuigende werking van een aantal regelingen. Daarbij zijn met name die regelingen gekozen waarbij sprake is van financiële vergoedingen: AWBZ en PGB, het speciaal onderwijs en LGF, de TOG en de Wajong. Om de aanzuigende werking van de regelingen te beoordelen, hebben we gekeken naar de belanghebbenden bij een regeling: wie hebben er baat bij de inkomsten? Zijn dat alleen de ouders en de kinderen of zijn er meer partijen die mogelijk druk uitoefenen op de ouders om een aanvraag in te dienen. De volgende stap was het in kaart brengen van de indicatiestellers: welke belangen hebben zij? Hebben de indicatiestellers een belang bij terughoudend indiceren, of snijden ze zichzelf daarmee juist in de vingers? We wijzen erop dat we de aanzuigende werking in deze paragraaf bespreken zonder in te gaan op het nut of de noodzaak van de toegekende voorziening. Een regeling kan een aanzuigende werking hebben terwijl de voorziening in de meeste gevallen noodzakelijke ondersteuning biedt die naar de letter en geest van de wet terecht is.

AWBZ

Belang bij toewijzing

De AWBZ-functie activerende begeleiding is direct gericht op het kind en wordt uitgevoerd door professionals. De AWBZ-functie ondersteunende begeleiding is zowel gericht op het kind als op de ouders. Expliciet doel van de regeling is ook de mantelzorg te ontlasten. Het PGB kan financieel aantrekkelijk zijn als het wordt ingezet voor financiële ondersteuning van de mantelzorger. Naast het kind en de ouders kunnen ook de zorguitvoerders een belang hebben bij toewijzing van een AWBZ-indicatie. Zij kunnen betaald worden uit het PGB of, bij zorg in natura, door het zorgkantoor.

Belang indicatiesteller

Het CIZ verricht de indicatiestelling. Het CIZ heeft geen belang bij toewijzing dan wel afwijzing van de aanvraag. Afwijzing brengt wel meer werk met zich mee (in verband met bezwaar en beroepsprocedures), waardoor toewijzen wat aantrekkelijker is dan afwijzen.

LGF

Belang bij toewijzing

Het LGF-budget gaat niet naar de ouders maar naar de reguliere school en de school die het kind begeleidt. De begeleiding moet worden ingekocht bij een school voor speciaal onderwijs binnen het Regionaal Expertise Centrum. De reguliere school waar het kind naar toe gaat heeft dus belang bij het toekennen van LGF. Deze reguliere school heeft ook invloed op de toekenning van LGF. Het ontoereikend zijn van de zorgstructuur van het reguliere onderwijs is een van de indicatievoorwaarden. Verder heeft de school voor speciaal onderwijs die het kind gaat begeleiden belang bij de toewijzing.

Daarnaast heeft ook de ouder belang. Meer van de helft van de ouders zou niet voor speciaal onderwijs hebben gekozen als LGF niet bestond. Verder hebben de ouders een indirect financieel belang bij LGF of een indicatie voor speciaal onderwijs, omdat een positieve indicatie de kans op een positieve indicatie voor een TOG vergroot (door wijziging van de TOG-normering zal dit binnenkort niet meer het geval zijn).

In de praktijk blijken ouders vooral door de reguliere school op het idee zijn gebracht om LGF aan te vragen.

De groei van deelname cluster 4 hangt samen met een afname van deelname aan SBO (Speciaal basisonderwijs). De financiering van SBO komt ten laste van de reguliere scholen wanneer het aantal leerlingen dat daar heen gaat de vastgestelde 2% van het totaal aantal leerlingen in het verzorgingsgebied van een WeerSamenNaarSchool-samenwerkingsverband overstijgt. Een indicatie voor cluster 4 is daarom in alle gevallen (regulier onderwijs met rugzak of speciaal onderwijs) voordelig voor de reguliere school. De aanzuigende werking van de LGF wordt wellicht nog groter als de wetwijziging die momenteel bij de Tweede Kamer ligt, wordt aangenomen.¹² Scholen kunnen dan zelfstandig LGF aanvragen voor leerlingen, zonder medewerking van de ouders.

Belang indicatiesteller

De indicatie voor LGF wordt gesteld door een Commissie voor de Indicatiestelling (CvI). In het algemeen kan afwijzen van een indicatie voor een CvI meer werk met zich meebrengen dan toewijzen (meer motiveren, kans op bezwaar en gang naar de rechter). Daar wordt de CvI niet voor gecompenseerd.

Bij positieve indicatie moet de reguliere school een deel van het LGF-budget besteden aan ambulante begeleiding vanuit een school voor speciaal onderwijs. Te weinig positieve indicaties kan dan banen kosten bij een van de bij het REC aangesloten scholen. Momenteel is er sprake van een lerarentekort en wachtlijsten voor de begeleiding, zodat deze overweging momenteel vermoedelijk geen rol speelt.

In de praktijk blijkt het aantal afwijzingen van aanvragen voor LGF zeer beperkt. Slechts 3% van de aanvragen wordt afgewezen. Bovendien blijkt er ruim gebruik gemaakt te worden van de mogelijkheid kinderen die niet volledig aan de eisen te voldoen toch LGF te geven: 24% van de aanvragen werd positief geïndiceerd op basis van de mogelijkheid tot beredeneerde afwijking (brief OCW aug. 2006 aan Tweede Kamer 'Groei van het (voortgezet) speciaal onderwijs).

¹² Wijziging van onder meer de Wet op de expertisecentra en de Wet op het onderwijstoezicht in verband met het wegnemen van enkele knelpunten bij leerlinggebonden financiering en het opheffen van de landelijke commissie toezicht indicatiestelling, Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30956, nr 2

TOG

Belang bij toewijzing

Voor ouders is de TOG een zeer aantrekkelijke regeling omdat het gedurende maximaal 15 jaar extra inkomen betreft waarvoor geen verantwoordingsplicht geldt: de ouders hoeven niet te verantwoorden hoe ze het geld besteden (zoals bij een PGB). Verder is de TOG onafhankelijk van ander inkomen in het gezin en van andere voorzieningen voor het kind. De TOG kan dus ook worden toegewezen als de kosten van zorg voor het kind gedekt worden door een PGB.

Belang indicatiesteller

De indicatiestellers van de TOG (SVB en ClientFirst) hebben geen sterke belangen bij toewijzing van de TOG, maar ook niet bij afwijzing. Een rem op het aanvragen en toewijzen van een TOG is er echter niet. ClientFirst krijgt een vast bedrag per gegeven advies en per huisbezoek. De organisatie heeft geen belang bij een positief of negatief advies. De SVB zelf heeft meer belang bij toewijzing dan bij afwijzing. Een negatief advies levert immers meer werk op dan een positief advies, omdat ouders bezwaar en beroep kunnen aantekenen bij afwijzing. Een groter aantal TOG-uitkeringen betekent ook op lange termijn meer werk voor de TOG-afdeling van de SVB. Van de aanvragen wordt ongeveer 25% afgewezen. Niet bekend is hoe vaak de SVB afwijkt van de adviezen van ClientFirst.

De aanzuigende werking van een cluster 4 indicatie werkt door in de TOG-regeling omdat een indicatie voor LGF of speciaal onderwijs meeweegt in de indicatie voor de TOG.

Wajong

Belang bij toewijzing

Belang bij toewijzing van Wajong hebben op de eerste plaats de jongeren zelf en hun ouders. Het gaat veelal om jongeren die thuis wonen of in een instelling. De regeling is erg aantrekkelijk omdat er geen sprake is van een inkomens- of vermogenstoets en de uitkering kan doorlopen tot het 65ste jaar. Het gaat dus om grote bedragen. Studerende en werkende Wajongers en potentiële Wajongers van 16 en 17 jaar kunnen gebruik maken van een groot aantal voorzieningen.

Ook kunnen werkgevers een belang hebben bij een Wajong-status van een werknemer: een levenslange no-riskpolis en toegang tot meer voorzieningen dan voor werknemers met beperkingen die geen Wajong-status hebben.

Verder hebben gemeenten belang bij de Wajong-uitkering. Sinds de WWB is ingevoerd hebben gemeenten een groter financieel belang bij niet toekennen van en uitstroom uit de bijstand. Gemeenten wijzen uitkeringsgerechtigden met een beperking daarom op de mogelijkheid een Wajong-uitkering aan te vragen.

Belang indicatiesteller

De indicatie voor de Wajong gebeurt door het UWV. Het UWV heeft geen belang bij toewijzing dan wel afwijzing van de Wajong, zij het dat toewijzen makkelijker is (omdat er dan geen bezwaar en beroep volgt) en de werkgelegenheid op lange termijn bij het UWV zeker stelt. Van de aanvragen voor een Wajong-uitkering wordt 9,5% afgewezen.

Conclusie aanzuigende werking

Bij alle regelingen ontstaat hetzelfde beeld. Het gaat om open-einde-regelingen die aantrekkelijk zijn om aan te vragen. Bij de AWBZ, de TOG en de Wajong is de aan-

vraag vooral aantrekkelijk voor de ouders, bij Wajong ook voor de jongere zelf, terwijl de indicatie voor het speciaal onderwijs en LGF vooral aantrekkelijk is voor scholen. De AWBZ indicatie is daarnaast ook aantrekkelijk voor de zorgverleners. Het is daarom logisch dat naarmate de bekendheid van de regelingen toeneemt, er voor steeds meer kinderen een beroep op de regelingen wordt gedaan.

De indicatiestellers hebben geen van allen belang bij afwijzing van aanvragen. Integendeel, toewijzen is vaak aantrekkelijker dan afwijzen, omdat afwijzen meer werk met zich meebrengt, waarvoor de indicatiestellers niet gecompenseerd worden. In het speciaal onderwijs heeft bovendien de indicatiesteller ook een financieel belang bij de toewijzing omdat het geld ten goede komt aan de scholen binnen het regionaal expertisecentrum (REC) waar de indicatiesteller (CvI) deel van uitmaakt. Bovendien hebben de scholen die profiteren van de extra middelen invloed op de indicatiestelling. Als zij aantonen dat zij niet voldoende zorg kunnen leveren is de kans op toewijzing van de aanvraag groter. De kans op afwijzing is bij een aanvraag voor het speciaal onderwijs/LGF zeer klein (3%). Dit stimuleert ouders en scholen om een beroep te doen op de regeling. Een positieve indicatie voor het speciaal onderwijs levert (nu nog) meer kans op TOG en vergroot daardoor ook de kans op doorstroom in de Wajong.

Alle regelingen kennen dus een aanzuigende werking, terwijl er nergens een rem staat op het aantal toewijzingen. Alle regelingen bevatten daardoor mechanismen die het gebruik doen toenemen. In hoeverre het gebruik onbedoeld is doordat andere doelgroepen bereikt worden dan oorspronkelijk beoogd, of onterecht is, kunnen we op basis van de bestudering van de mechanismen in de regeling niet beoordelen. Ook kunnen we niet beoordelen in welke mate de aanzuigende werking verantwoordelijk is voor de groei van het gebruik van de regelingen.

5.9 Analyse naar samenhang in oorzaken van de toename in gebruik

In deze paragraaf plaatsen we de oorzaken zoals die hiervoor per regeling weergegeven zijn in een breder perspectief. Is er een algemene lijn in te ontdekken en wat kunnen we zeggen over de houdbaarheid van de genoemde oorzaak? Deze paragraaf is tot stand gekomen op basis van een logische analyse van de bevindingen en de 'common-sense'-oorzaken. Eerst kijken we naar enkele oorzaken die vooral de vraagkant beïnvloeden, vervolgens richten we ons de regelingen en de uitvoering ervan. Tot slot gaan we in op de vraag of de regelingen bijdragen aan maatschappelijke participatie. We gaan vooral in op de groep waar de groei het meest duidelijk kan worden vastgesteld, namelijk de jongeren met psychische en gedragsproblemen.

Veranderingen in natuurlijke steun en wijze van opvoeden

Een veel genoemde oorzaak is de verandering van de samenleving waardoor natuurlijke steunsystemen zijn weggefallen. Voorheen ving de familie hun gezinsleden op die niet goed mee konden komen. Die zijn vervangen door professionele steunsystemen, die gepaard gaat met een toenemend beroep op regelingen (van Gemeenschap naar Gesellschaft). Ook zouden veranderingen in de samenleving van invloed zijn op de wijze van opvoeden en opvattingen over normen en waarden.

Of die veranderingen echter zelf ook een sterke en directe verklaring zijn voor het beroep op de onderzochte regelingen is niet eenvoudigweg met ja te beantwoorden. Is de steun van ouders aan hun kinderen minder geworden ten opzichte van 5 tot 10 jaar geleden? Heeft, zoals sommigen veronderstellen, de toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen in voornamelijk deeltijd werk daar invloed op? En als dat zo is, hoe is het dan gesteld met andere West-Europese landen waar vrouwen vaak full-time wer-

ken? Ook de vraag hoe een trend die al jaren geleden is ingezet (opkomst van de verzorgingstaat) nu ineens een scherpe toename tot gevolg zou hebben in de groei van een aantal regelingen. Tot slot is de vraag gerechtvaardigd waarom de afname van natuurlijke zorg niet zou gelden voor lichamelijk gehandicapten, bij wie sprake is van een veel geringere toename van het gebruik.

Hogere eisen aan het meedoen

Een verklaring die wellicht samenhangt met de veranderingen in steun, betreft de steeds hogere eisen die de samenleving aan haar burgers stelt. Als oorzaak wordt regelmatig genoemd dat steeds meer jongeren niet meer aan die eisen kunnen voldoen, waardoor hun beperkingen op school en in werk een probleem worden. Het onderwijs sluit niet aan op de leermogelijkheden van sommige jongeren. Ook leraren zouden last hebben van de hogere eisen en zouden om hun draaglast te reguleren ouders van probleemleerlingen aanmoedigen indicatie voor speciaal onderwijs of LGF aan te vragen. De eisen die een werkgever stelt bij het aannemen van werknemers zijn volgens het UWV toegenomen. De jongeren met gedrags- en psychiatrische problemen voldoen niet aan de eisen. Dat gaat niet alleen om ontbrekende startkwalificaties, maar om de beperkte sociale vaardigheden. Een steeds grotere groep is niet meer zonder meer in staat deel te nemen aan het arbeidsproces.

Het is maar in beperkte mate onderzocht of het inderdaad zo is dat de eisen zijn toegenomen waardoor deelname aan onderwijs en werk voor een deel van de jongeren erg moeilijk is geworden. Uit onderzoek zien we dat leraren in het regulier onderwijs moeite hebben met de kinderen met gedragsproblemen (handelingsverlegenheid). Tevens wordt gewezen op de mogelijkheid die het systeem biedt de kinderen in aanmerking te laten komen voor (V)SO of LGF. Ook studenten met een handicap ondervinden problemen om zich te handhaven in het reguliere onderwijs. De uitval van gehandicapten in de eerste twee jaar van het hoger en wetenschappelijk onderwijs is 2,3 maal zo hoog als van studenten zonder handicap (Nadere analyses studentenmonitor 2002, ministerie van OCW 2003).

Sociaal-economische oorzaken

De vraag is of er ook sociaal-economische oorzaken zijn die een rol spelen bij de toename van de regelingen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen blijken uit regionale verschillen in gebruik van regelingen. In het toekennen van Wajong zijn door het UWV regionale verschillen geconstateerd. Het is nog niet duidelijk waaraan dit kan worden toegeschreven: verschillen in uitvoering, sociaal-economische kenmerken en/of de aanwezigheid van instellingen voor gehandicapten. In het onderwijsveld blijkt er samenhang te bestaan tussen het deelnamepercentage aan cluster 4 onderwijs in een regio en sociaal economische kenmerken zoals aantal uitkeringsgerechtigden, een- oudergezinnen, allochtonen en gegevens van justitie van die regio (Van Lomwel, augustus 2006). Ook de TOG wordt meer aangevraagd in sociaal-economisch zwakkere regio's. Echter, de ontwikkeling over de tijd van deze regiokenmerken kan maar in zeer beperkte mate de waargenomen ontwikkeling van het deelnamepercentage in cluster 4 verklaren.

Ook afkomst zou een rol kunnen spelen. Het Kenniscentrum Lvg heeft aangegeven dat 30% van de Lvg-jongeren uit gezinnen voortkomen waarvan de ouders ook Lvg-problemen hebben. Bovendien komen ze vaak uit probleemgezinnen waar sprake is van langdurige werkloosheid.

Tot slot zou ook etniciteit invloed kunnen hebben op het beroep op regelingen. Over de deelname van allochtonen aan onderwijs en arbeidsmarkt is veel in kaart gebracht,

maar een specifieke relatie met psychische en gedragsproblemen hebben we niet kunnen achterhalen. Deskundigen, waaronder voormalig Commissaris van het Kabinet Steven van Eijk, geven aan dat er sprake is van onderconsumptie bij allochtonen. Die onderconsumptie geldt in ieder geval de jeugdzorg. Van Eijk rekent daarom op een verdere toename in de komende jaren. Hij waardeert dat beslist als positief.

Medicalisering

Medicalisering zou ook een rol spelen in de toename van gebruik van regelingen. Dit wordt in onderzoek en tijdens de interviews zelden expliciet als oorzaak aangeduid maar wel de achterliggende processen die duiden op medicalisering. De constatering dat er meer jongeren met ziektegerelateerde problemen zijn, wordt door deskundigen over het algemeen verklaard vanuit de problemen van de jongeren. Wel wordt erkend dat ouders graag een bevestiging zien van de oorzaak in een medisch begrip. Dit heeft vooral te maken met het willen oplossen van de problemen die hen boven het hoofd groeien. Een erkenning van de stoornis is noodzakelijk voor toegang tot de meeste regelingen. Ook zal een erkenning van bepaalde aandoeningen het schuldgevoel van de ouders verminderen (het ligt niet aan de opvoeding).

Omdat het diagnose instrumentarium voor “mental disorders” nog zo onvolgroeid zou zijn zeker voor jeugdigen, is er echter het risico van een verkeerd label dat leidt tot een mislukt verbetertraject en zo tot nog grotere problemen (The New York Times, 11 november, 2006).

De expertmeeting pleitte ervoor om, als een diagnose (nog) niet duidelijk is, de ruimte te bieden om wel te starten met de zorgvraag bijvoorbeeld op basis van een tijdelijke erkenning.

Om in aanmerking te komen voor verschillende regelingen krijgt een jongere met beperkingen in Nederland te maken met zeer veel indicatiestellingen, die relatief weinig gebruik maken van elkaars onderzoeken. Deze continue bevestiging van de stoornis zal geen positief effect hebben op het zelfbeeld van de jongere.

De regelingen en diagnosticering

Is de toename van het beroep op regelingen te verklaren door een verfijnde diagnosticering? Het beeld hierover is dubbel. Aan de ene kant wordt beweerd dat probleemgedrag sneller wordt gediagnosticeerd als een stoornis. Een diagnose biedt zo een basis voor erkenning bij de indicatiestelling, waar dat voorheen niet mogelijk was. Hierbij wordt gewezen op de introductie van de DSM IV die veel sensitiever is in het classificeren van (psychische en ontwikkelings-) stoornissen. Aan de andere kant wordt ook wel gewezen op een andere rolinvulling door de eerstelijnsmedewerkers die geacht worden bij afwijkend gedrag te laten indiceren terwijl zij vroeger vaker voor andere interventies zouden kiezen.

Overigens zijn er ook signalen dat juist de achterblijvende kwaliteit van de indicatiestelling leidt tot een groter beroep op regelingen. Dat geldt bijvoorbeeld de diagnosestelling bij jonge kinderen en Lvg-ers.

De regelingen en een betere bekendheid

Dat het beroep op regelingen is toegenomen en de onderconsumptie afgenomen vanwege een grotere bekendheid is zeer waarschijnlijk, hoewel in veel gevallen niet onderzocht. We zien wel dat veel partijen belang hebben om op de regelingen te wijzen. Dat heeft er ook toe geleid dat meer cliëntenorganisaties en professionals (in zowel de eerste als de tweede lijn) voorlichting over regelingen zijn gaan geven.

Wij merken hier op dat een regeling wordt gemaakt opdat een doelgroep daarvan kan profiteren. Onderconsumptie is in beginsel ongewenst. De vraag of de gebruikers baat hebben bij de regeling is een andere vraag.

5.10 De invloed van de regelingen op de maatschappelijke participatie van jongeren

In hoeverre dragen de regelingen bij aan maatschappelijke participatie van de jongeren? Hangt de toename in gebruik ook samen met een toename in maatschappelijke participatie?

Voorheen woonden ernstiger gehandicapten in een instelling buiten de stad en bleven ze daar hun hele leven wonen. Ze gingen wel naar school, maar echt belangrijk werd dat niet gevonden. Werken kon alleen in het SW-bedrijf. Een emancipatiebeweging van jonggehandicapten en hun ouders heeft ervoor gezorgd dat er meer aandacht is voor persoonlijke ontwikkeling, volwaardig burgerschap en deelname aan de maatschappij. Meer jongeren met een beperking wonen thuis bij hun ouders en daarna in een beschermde woonvorm (extramuralisering). Het wordt belangrijker gevonden een diploma te halen en niet om primair te richten op arbeidsmatige dagbesteding of werken in het SW-bedrijf, maar op werken bij een reguliere werkgever. Het beleid van de overheid is hier op aangepast. Een aantal van de regelingen die we in dit onderzoek bekijken, ondersteunt of bevordert de maatschappelijke participatie. Ook de gezondheidszorg veranderde van opvatting. Het belang van korter opnemen voor behandeling (minder cure) en meer ondersteunen in de maatschappij (meer care) dragen bij tot een betere kwaliteit van leven.

Om na te gaan of de toename in gebruik van de regelingen ook geïnterpreteerd kan worden als een verklaring van toegenomen participatie, zoomen we in op de volgende regelingen: speciaal onderwijs en LGF, de TOG, de AWBZ en regelingen die leiden tot integratie op de arbeidsmarkt.

LGF maakt participatie in het regulier onderwijs mogelijk. Uit onderzoek naar motieven voor het aanvragen van een rugzak blijkt dat 36% van de ouders dit doet omdat zij er belang aan hechten dat hun gehandicapte kind samen in de klas zit met niet-gehandicapte klasgenootjes (LCTI, juli 2006). Verder zou de invoering van de LGF geleid hebben tot een afname van het aantal thuiszitters. In het kader van maatschappelijke participatie zou dat beter zijn, maar betrouwbare cijfers hierover ontbreken.

De TOG-regeling is een vorm van waardering aan ouders dat zij hun kind thuis laten wonen in plaats van in een instelling. Er is geen onderzoek gedaan of wonen in een AWBZ-instelling is afgenomen als gevolg van de TOG.

In de trendrapportage van de AWBZ (2005) wordt geconstateerd dat de extramuralisering is af te lezen uit de cijfers. Maar het is niet te achterhalen of dit ook geldt voor jongeren. Volgens deskundigen uit het veld (zoals Landelijk Kenniscentrum Lvg) zijn opnames minder vaak langdurig en blijven meer kinderen (met Lvg-problematiek) thuis wonen met behulp van verschillende vormen van ondersteuning via de AWBZ.

Regelingen die de participatie in werk bevorderen zijn niet expliciet onderdeel van dit onderzoek. Voor Wajongers, die over het algemeen niet zonder aanpassingen kunnen werken is sinds begin jaren '90 de Jobcoach als specifiek re-integratie-instrument geïntroduceerd waarvan momenteel bijna 8000 jonggehandicapten gebruik van maken. Daarnaast zijn er voor jonggehandicapten die niet in staat zijn om betaald te werken, meer mogelijkheden gekomen voor arbeidsmatige dagbesteding. Het percentage werkende Wajongers in het bestand vertoont geen stijging en schommelt rond 25% waarvan 9% in reguliere banen.

We kunnen constateren dat op basis van de beschikbare gegevens geen uitspraak mogelijk is over de vraag of de maatschappelijke participatie van kinderen en jongeren met een beperking is toegenomen en voor zover er informatie beschikbaar is over het bestand van Wajongers is geen stijgende trend in arbeidsparticipatie zichtbaar.

6 Conclusies

In dit onderzoek staat de vraag centraal

Waarom neemt de groep kinderen/ jongeren met een fysieke, verstandelijke en/of psychische beperking die gebruik maakt van extra ondersteuning op het terrein van zorg, arbeid, inkomen en onderwijs toe en wat zijn de gevolgen daarvan?

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van literatuuronderzoek en bestaande gegevens aangevuld met interviews en expertmeeting. In deze paragraaf presenteren we de resultaten van het onderzoek aan de hand van een aantal conclusies. Allereerst starten we met een duiding van de maatschappelijke relevantie van het onderzoek en we sluiten de paragraaf af met een epiloog.

Maatschappelijke duiding van het onderwerp

De maatschappelijke relevantie van het thema kan het best aangegeven worden met enkele kerncijfers over 2006:

- 1,4% van de 4 tot 18 jarigen volgt onderwijs in cluster 4.
- 1,4% is gestart bij jeugd-ggz (in 2004)*.
- 2,8% loopt bij jeugd-ggz (in 2004) *.
- 1,2% ontvangt TOG*.
- 4,5% van de 18-jarigen krijgt op zijn 18e of 19^e een Wajong-uitkering toegekend.
- 6,9% van de 18 jarigen 'gaat' een Wajong-uitkering ontvangen.
- 3,2% maakt gebruik van leerlingenvervoer.
- 0,6% maakt gebruik van Wvg-vervoer/wonen*.
- 0,6 tot 1,1% maakt gebruik van AWBZ (raming)*.

* Dit percentage is berekend ten opzichte van kinderen 3 tot 18 jaar.

In 2006 krijgt 4,5%, dat is 1 op de 22 jongeren een Wajong-uitkering toegekend. Aangezien ongeveer 30% van de uitkeringen na het 19^e jaar toegekend worden, zal globaal gezien 1 op de 15 18-jarigen een Wajong-uitkering gaan ontvangen en wordt wegens ziekte of gebrek niet in staat geacht om het minimumloon te kunnen verdienen in reguliere arbeid zonder aanpassingen of voorzieningen. Bekend is dat van alle Wajongers een kwart werkt waarvan het merendeel in WSW-verband en 9% in een reguliere baan. Dit ligt onder jongeren wel wat hoger dan onder ouderen. Maar het illustreert dat veel jongeren 'afgeschreven' worden voor de arbeidsmarkt en hun talenten niet optimaal benut worden. Bovendien geldt voor deze groep dat zij langdurig van een uitkering op minimumniveau zullen moeten rondkomen wat hun mogelijkheden tot maatschappelijke participatie beperkt.

Het ministerie van SZW heeft de SER in een adviesaanvraag op 31 oktober 2006 een aantal vragen gesteld met name gericht op het bevorderen van de arbeidsparticipatie van Wajongers. Deze SER advies aanvraag kan niet los gezien worden van de wijzigingen die in de afgelopen jaren doorgevoerd zijn in de wetgeving, organisatie en uitvoering van de Wajong en de voorliggende regelingen en de recente adviezen van operatie Jong rond jeugd-ggz en speciaal onderwijs.

De resultaten van deze quick scan bieden een eerste zicht op samenhang van een aantal van deze regelingen en de oorzaken van de toename in gebruik.

Conclusie 1

De groei van het aantal nieuwe gebruikers is beduidend groter dan verwacht mag worden op basis van de groei van het aantal kinderen

De omvang van de groei is waar mogelijk vanaf 2000 vastgesteld. In elk van de onderzochte regelingen is de jaarlijkse instroom van gebruikers sterker gegroeid dan het aantal jongeren van 3 tot 18 jaar dat in die periode met 4% is gegroeid. Zo is in 2006 het aantal

- nieuwe cliënten jeugdzorg tot 2005, het meest recente jaar waarover de gegevens beschikbaar zijn, met 11% gegroeid ten opzichte van 2003;
- nieuwe cliënten voor de TOG met 149% gegroeid;
- Wajong-toekenningen met 94% gegroeid;
- Wvg aanvragers voor vervoer/wonen met 17% gegroeid.

Van de overige onderzochte regelingen, speciaal onderwijs, LGF en AWBZ is het aantal toekenningen per jaar niet bekend.

Conclusie 2

De groei van het totale bestand van gebruikers is groter dan de groei van het aantal kinderen

Voor elke regeling geldt dat het totaal aantal gebruikers is gegroeid van 2000 naar 2006. Voor de regelingen die relatief nieuw zijn, zijn die groeipercentages groot omdat het bestand nog in de opbouwfase zit. Zo kent het totaal gebruik van LGF en de TOG groeipercentages van ruim 100 tot ruim 300 %. Voor de regelingen waarover historische gegevens beschikbaar zijn, geldt dat het aantal:

- leerlingen in cluster 4 (voor leerlingen met gedrags- en psychiatrische problemen) met 135% gegroeid is
- LGF in (speciaal) basisonderwijs gegroeid is met 120% t.o.v. ambulante begeleiding in 2002
- LGF in voortgezet onderwijs gegroeid is met 223% t.o.v. ambulante begeleiding in 2002
- kinderen dat gebruik maakt van jeugd-ggz gegroeid is met 64% (in 2005)
- TOG-uitkeringen gegroeid is met 317% in derde kwartaal 2006
- Wajongers toegenomen met 22%
- jonge cliënten Wvg voor vervoer/wonen gegroeid met 17%.

Het gebruik van speciaal onderwijs en van de Wajong kent lagere groeipercentages (ongeveer 20%) maar dat betreft dan ook groepen die in 2000 al een substantiële omvang hadden en waarvan de groei begin jaren '90 is ingezet.

Van enkele regelingen zal het totale gebruik verder groeien omdat het bestand van gebruikers (nog) volloopt zoals de TOG en de Wajong. Een verdere groei wordt ook verwacht van het aantal jongeren dat gebruik maakt van jeugd-ggz en van de deelname aan cluster 4, zowel het aantal leerlingen in (V)SO scholen als leerlinggebonden financiering in regulier onderwijs. UWV verwacht over 2007 een iets lager aantal Wajong-toekenningen dan in 2006, maar het lijkt plausibeler om, gezien de verdere groei in het speciaal onderwijs als veelal voorliggend traject voor Wajong, uit te gaan van een verdere toename van het aantal Wajong-toekenningen.

Conclusie 3

De mate van samenloop in gebruik van regelingen is onbekend

Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om aan te geven in welke mate er sprake is van samenloop van gebruik van voorzieningen, zoals jeugd-ggz, onderwijs in cluster 4, AWBZ en een TOG-uitkering. Onbekend is welk deel van de 1,4% van alle kinderen dat onderwijs volgt in cluster 4 overlapt met de 2,8% van de

kinderen die gebruik maakt van jeugd-ggz (cijfer 2004). Of welk deel van de 4,5% van de 18-jarigen die een Wajong-uitkering toegekend krijgt in hun jongere jaren speciaal onderwijs gevolgd heeft of ambulante begeleiding (vanaf 2003 LGF) heeft ontvangen.

Conclusie 4

Stroomgegevens ontbreken waardoor maatschappelijke gevolgen en effecten onvoldoende zichtbaar gemaakt kunnen worden.

Het is niet mogelijk om de levensloop van deze jongeren te volgen. Het ontbreken van deze levensloopgegevens betekent dat er geen systematische informatie is over de maatschappelijke positie van deze jongeren tijdens en na beëindiging van het gebruik van de betreffende voorzieningen. Er is dan is ook geen empirische informatie gevonden over de bijdrage van de verschillende voorzieningen aan het maatschappelijk functioneren van deze jongeren met uitzondering van enige informatie over de Wajong. Heeft het traject van de jeugd-ggz ertoe geleid dat de jongere regulier onderwijs kon blijven volgen? Of wat is de arbeidsdeelname van jongeren die speciaal onderwijs hebben gevolgd en in welke mate doen ze een beroep op de Wajong?

Door het ontbreken van deze informatie is het niet mogelijk om de extra inspanningen die geleverd worden af te zetten tegen de effecten op het maatschappelijk functioneren van deze jongeren op korte of langere termijn.

Het betekent ook dat ontwikkelingen in die levensloop niet gebruikt kunnen worden om ontwikkelingen in toekomstig gebruik te voorspellen. Zo kan het UWV bij de raming van het toekomstig aantal Wajongers geen rekening houden met de groei in deelname aan speciaal onderwijs gedurende 2000-2006 als een veelvoorkomend voorliggende traject voor Wajong-instroom.

Conclusie 5

De toename in speciaal onderwijs, TOG-regeling en arbeidsongeschiktheid wegens autisme doet zich ook voor in Vlaanderen.

Een quick scan geeft aan dat het niet aannemelijk is dat in België het aandeel jongeren met ernstige gedragsproblemen toeneemt (zie bijlage). Ook het aantal kinderen met een lichamelijke of mentale beperking neemt relatief niet toe. Wel is in België, net als in Nederland, een duidelijke toename in het gebruik door kinderen en hun ouders van (speciale) voorzieningen, zoals Speciaal Onderwijs en onkostensubsidies zoals de Belgische verhoogde kinderbijslag vergelijkbaar met de TOG-regeling in Nederland. Daarbij zijn echter trends lastig aantoonbaar door recente wijzigingen. Het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en subsidies voor extramurale zorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen stijgt ook in België, maar over het algemeen niet sneller dan bij andere leeftijdsgroepen ouder dan 18 jaar. Wel neemt het aandeel autisten onder de aanvragers van het Vlaams Fonds toe van 4% van de aanvragers in 2000 tot 12% in 2005 en is in dezelfde periode het aantal gezinnen met een bijkomende bijslag voor kinderen met een handicap met 45% gestegen.

Conclusie 6

De medische statistieken wijzen niet eenduidig op een hogere prevalentie van stoornissen onder de jeugd, wel is er een meer systematische en grotere signalering van stoornissen in het autismespectrum volgens DSM IV.

Weliswaar is het risico op te vroeg geboren en veel te vroeg geboren gestegen in Nederland, en ook is vastgesteld dat kinderen die veel te vroeg geboren zijn een groter risico hebben op een handicap of beperking op hun 18e jaar. Maar het gaat uiteindelijk om een relatief klein aantal kinderen dat extra ondersteuning krijgt en veel te vroeg geboren is. Geraamd wordt dat van de groep veel te vroeg geboren jaarlijks minder dan 150 jongeren op 18-jarige leeftijd een Wajong-uitkering ontvangt. Over de mate waarin dat binnen de groep te vroeg geboren voorkomt, is geen nadere informatie beschikbaar.

Autisme, of liever gezegd stoornissen in het autismespectrum, is een stoornis die vaker dan voorheen onderkend wordt bij kinderen in Nederland. Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek werd altijd aangenomen, en dat 28 op elke tienduizend kinderen leiden aan autismespectrumstoornissen maar in recent buitenlands onderzoek bleek vooral het aantal kinderen met PDD-NOS beduidend hoger. Dit zou kunnen betekenen dat niet 28 maar 60 kinderen per tienduizend leiden aan een autismespectrumstoornis. Tot op heden is er in Nederland nog geen andere verklaring voor deze toename gevonden dan een eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek in combinatie met een verruiming van definities en diagnostische criteria. In onderzoeken uit de VS en Groot-Brittannië zijn echter wel aanwijzingen gevonden die erop duiden dat er een daadwerkelijke stijging in het voorkomen van deze stoornissen in het autismespectrum te zien is, naast een toename door verruiming van de diagnostische criteria. In de Verenigde Staten is het totaal aantal kinderen dat met speciaal onderwijs faciliteiten ondersteund wordt in verband met autistische stoornissen met een factor negen gestegen van 1992 naar 2003. Ook in België is sprake van een toename van kinderen dat een beroep doet op een regeling voor personen met een handicap. Het aandeel aanvragers met autisme bij het Vlaams Fonds is van 1999 naar 2005 gestegen van 5% naar 12%. Vooral nog ziet men in België de oorzaak in de diagnostische criteria en is men voornemens daar nader beleid op te ontwikkelen.

Conclusie 7

Eisen samenleving en onderwijs dragen bij aan toename van aantal kinderen met problemen als gevolg van hun stoornis in het autistische spectrum of als gevolg van hun verstandelijke beperking

In Nederland wordt algemeen aangenomen dat de stoornissen vaker onderkend worden en sneller tot problemen leiden door het beroep dat gedaan wordt op jongeren in onderwijs en de maatschappij. Als recent voorbeeld wees de expertmeeting op het competentiegericht onderwijs waarin juist die vaardigheden worden aangesproken waarin een kind door zijn autisme zwak is.

Conclusie 8

Toename in gebruik is op onderdelen gevolg van uitbreiding doelgroep.

Op meerdere terreinen is sprake van toename van gebruik omdat het beleid of de uitvoeringspraktijk stuurt op minder gebruik in aanpalende regelingen. Zo is in 2003 tegelijk met de invoering van LGF de doelgroep van speciaal onderwijs verbreed met een deel van de kinderen die tot dat moment gebruik maakten van speciale Kinderdagcentra.

Dat heeft geleid tot meer deelnemers aan het speciaal onderwijs en een toename van het aantal gebruikers van leerlingenvervoer.

- Met de invoering van de LGF is speciale onderwijszorg beschikbaar gekomen voor leerlingen van de HAVO en het VWO (bijna 1.400 in 2006).
- Sinds 1 januari 2006 kunnen leerlingen in het MBO ook de LGF aanvragen.
- Met de invoering van de plaatsbesteding (augustus 2003) zijn er leerlingen in het (V)SO bijgekomen die voorheen naast behandeling in een residentiële voorziening geen (V)SO volgden. De overdracht van het justitieonderwijs naar het ZMOK heeft voor een instroom van ongeveer 1.200 leerlingen gezorgd in cluster 4.
- TOG: sinds 2000 ook verstandelijke en psychische stoornissen.
- Streven naar extramuralisering in de zorg waarvoor meer ambulante zorg binnen de AWBZ nodig is om dat beleid mogelijk te maken.

Conclusie 9

Er is sprake van onderconsumptie in de jeugd-ggz onder andere door allochtonen.

GGZ-Nederland verwacht op basis van onderzoek een verdere groei in gebruik van jeugdzorg. Ook wordt er wel op gewezen dat nog veel gezinnen met complexe problematiek buiten het hulpverleningscircuit vallen. De expertmeeting wees op de ondervertegenwoordiging van allochtonen onder de gebruikers van de hulpverlening. Nadere gegevens over het gebruik van de onderzochte voorzieningen door allochtonen zijn echter niet beschikbaar.

Conclusie 10

Groter deel van de Wajong-instroom ontving voorheen een WWB-uitkering.

De onderzoekers van UWV wijzen in hun analyses naar de toename van de Wajong-instroom erop dat er van 2004 naar 2005 sprake is van een toenemende instroom van personen die eerst een WWB-uitkering ontvingen. Aangezien de gemeenten met de invoering van de WWB financiële prikkels hebben gekregen om hun bestand van WWB-gerechtigden zo klein mogelijk te houden, is er wel op gewezen dat een aantal gemeenten hun bestanden doorneemt om na te gaan of bijstandgerechtigden in aanmerking voor de Wajong gebracht kunnen worden. De ontwikkeling zou echter deels ook het effect kunnen zijn van de toegenomen aandacht bij gemeenten voor de Work First benadering waardoor vaker zichtbaar wordt dat betrokkene niet in staat is om in reguliere arbeid het minimumloon te verdienen. Dan is doorverwijzing naar de Wajong met zijn aanvullend re-integratie-instrumentarium ook het voorliggende traject voor deze jongere en zou de toename in Wajong-instroom deels het gevolg zijn van beter maatwerk.

Van de toename in het aantal Wajong-toekenningen van 2004 naar 2005 kan een kwart toegeschreven worden aan het grotere aantal personen dat voorheen een WWB-uitkering ontvingen. Van de toename in het aantal toegekende Wajong-uitkeringen van 2002 naar 2005 kan ongeveer 10% aan dit effect worden toegeschreven.

Conclusie 11

Alle regelingen bevatten mechanismen die het gebruik doen toenemen.

Nagegaan is of de regelingen waar jongeren met een beperking een beroep op kunnen doen mechanismen bevatten die het beroep op de regeling stimuleren dan wel beperken. De analyse is gericht op die regelingen waar sprake is van een financiële vergoeding. Daartoe hebben we bekeken wie er baat hebben bij het gebruik van de regeling en welke belangen indicatiestellers hebben bij toe- dan wel afwijzing van een aanvraag voor de regeling.

Bij alle regelingen ontstaat hetzelfde beeld. Het gaat allemaal om open einde regelingen die aantrekkelijk zijn om aan te vragen. Bij de TOG, de Wajong en de AWBZ is de aanvraag vooral aantrekkelijk voor de ouders, terwijl de indicatie voor het speciaal onderwijs en LGF vooral aantrekkelijk is voor scholen. De AWBZ indicatie is daarnaast ook aantrekkelijk voor de zorgverleners. Het is daarom logisch dat naarmate de bekendheid van de regelingen toeneemt voor steeds meer kinderen een beroep wordt gedaan op de regelingen.

De indicatiestellers hebben geen van allen belang bij afwijzing van aanvragen. Integendeel, toewijzen is vaak aantrekkelijker dan afwijzen omdat afwijzen meer werk met zich meebrengt, waarvoor de indicatiestellers niet gecompenseerd worden. In het speciaal onderwijs heeft bovendien de indicatiesteller ook een financieel belang bij de toewijzing omdat het geld ten goede komt aan de scholen binnen het regionaal expertisecentrum (REC) waar de indicatiesteller (CvI) deel van uitmaakt. Bovendien hebben de scholen die profiteren van de extra middelen invloed op de indicatiestelling. Als zij aantonen dat zij niet voldoende zorg kunnen leveren, is de kans op toewijzing van de aanvraag groter.

Alle regelingen kennen dus een aanzuigende werking op het aantal aanvragen voor de regeling, terwijl er nergens een rem staat op het aantal toewijzingen. Of en in hoeverre de toename in gebruik onbedoeld is doordat andere doelgroepen bereikt worden dan oorspronkelijk beoogd of onterecht is, hebben we niet kunnen beoordelen. Ook is onbekend of en in welke mate de aanzuigende werking verantwoordelijk is in de groei van het gebruik van de regelingen.

Tegenover deze veronderstelde aanzuigende werking staat de bevinding dat wanneer ter controle herindicaties plaatsvinden, deze herindicaties in overgrote meerderheid van de gevallen het oorspronkelijke oordeel bevestigen.

Conclusie 12

Het inzicht in de groei en de oorzaken daarvan wordt belemmerd doordat informatie onvolledig en onbetrouwbaar is

Om inzicht te krijgen in de (oorzaken van) groei van het gebruik van diverse voorzieningen voor jongeren met een beperking, is het noodzakelijk dat er betrouwbare cijfers zijn over het gebruik van deze voorzieningen door jongeren. Om vervolgens conclusies te kunnen trekken over de oorzaken van het toenemende gebruik en het aandeel dat zij hebben in de groei dienen de algemeen heersende opvattingen hierover te worden gestaafd met cijfers.

Uit het huidige onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat cijfers over zowel het gebruik als oorzaken van het (toenemend) gebruik onvolledig en deels onbetrouwbaar zijn.

Op het terrein van AWBZ-zorg (uitgezonderd de ggz) is er een globaal beeld over het gebruik van zorg (aantal indicatiebesluiten) naar handicap. Echter cijfers over de vormen van zorg (functies) die aan jongeren worden toegewezen ontbreken. Ook zijn er weinig betrouwbare gegevens beschikbaar over de omvang en de kenmerken van de jeudige gebruikerspopulatie in de AWBZ.

Over het gebruik van jeugd-ggz en speciaal onderwijs zijn meer en meer betrouwbare gegevens beschikbaar en dat geldt ook voor de TOG en Wajong. Daarentegen is het inzicht in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg weer zeer beperkt. Dit gebrek aan inzicht wordt met name veroorzaakt doordat de wijze van registreren binnen bureau jeugdzorg (nog) niet eenduidig is vastgesteld.

Verder is geconstateerd dat er binnen alle domeinen (speciaal onderwijs, jeugdzorg en AWBZ) informatie aanwezig is over oorzaken van groei. Ook blijkt dat diverse oorzaken in alle domeinen terugkomen. Echter, de genoemde oorzaken blijven vaak speculatief en het aandeel van deze oorzaken is meestal niet gefundeerd door 'hard' bewijs.

Epiloog

Dit onderzoek is een verkenning van de samenhang van de toename van de regelingen. We zien dat over bepaalde regelingen al meer onderzoek is gedaan, bij andere regelingen is er erg weinig bekend en zijn cijfers zeer onbetrouwbaar. Maar het totale beeld is dat er heel weinig duidelijkheid is te geven over de oorzaken van de toename op het beroep van regelingen. Ook is nog heel weinig bekend over de samenhang tussen de regelingen, de mate waarin de regelingen elkaar beïnvloeden en hoe oorzaken van groei in de ene regeling (kunnen) doorwerken in het gebruik in andere regelingen. Ook is meer fundamenteel zicht nodig op de maatschappelijke factoren die tot gevolg hebben dat meer jongeren dreigen af te vallen en niet mee kunnen doen aan het maatschappelijke verkeer.

Het is aan te bevelen het inzicht op ontwikkelingen in regelingen (bij voorkeur in hun samenhang), kwantitatief en kwalitatief, beter inzichtelijk te maken door afspraken over registratie en evaluatie van regelingen. Maar ook door het ontwikkelen van een beleidsvisie over de samenhang van de regelingen en de beoogde maatschappelijke doelen van de regelingen, zowel per regeling als in hun onderlinge samenhang. Het ontbreken van maatschappelijke doelen van de regelingen bemoeilijkt het benoemen en hanteren van een analysekader in dit onderzoek.

In het onderzoek is beperkte ruimte geweest om meer zicht te krijgen op de diagnosestelling, de relatief nieuwe stoornissen, de kansen op behandelingsucces of wat begeleiding kan bewerkstelligen. Hier blijven vele vragen liggen die nog om een antwoord vragen omdat de onzekerheid over de waarde van informatie hierover blijft, zoals de prevalentiecijfers bij autisme. Het zal nog een tijd vergen voordat die zekerheid er wel is en het is wellicht verstandig om, gelijk de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid leidraden te ontwikkelen voor een aantal beperkingen waar we het in Nederland moeilijk mee hebben. Hiermee kan niet alleen worden gekomen tot het delen van inzicht van de meer werkzame werkwijzen, maar ook het onderscheiden van de meer en minder werkzame benaderingen in behandeling en begeleiding. Daarnaast is het wenselijk dat onderzocht wordt welke behandelingen en begeleidingsvormen nu evidence based zijn.

Tot slot willen we benadrukken dat in de analyses sterk de nadruk is gelegd op jongeren met psychische of gedragsmatige problematiek maar dat bij verdere stappen van belang is rekening te houden met de vele andere doelgroepen die gebruik maken van de betreffende voorzieningen en daar ook op aangewezen zijn.

A Beschrijving jongeren met een beperking en extra zorg of ondersteuningsbehoefte in Nederland.

Dr. Matty Crone

Het doel van dit deel van het onderzoek is informatie te verzamelen over:

- Welke fysieke, verstandelijke en/of psychische beperkingen hebben jongeren? Groeit deze groep?
- Wat is de aard en mate van die beperkingen? Zijn hier in de tijd wijzigingen te constateren?

Deze bijdrage is vanuit een medische invalshoek beschreven.

Van enkele grotere groepen zullen de belemmeringen geschetst worden die deze beperkingen met zich meebrengen voor maatschappelijke participatie zoals arbeid (inkomen), onderwijs en zorg.

Eerst beginnen we echter met een korte beschrijving van de definitie van beperkingen.

Definitie van kinderen met beperkingen

Kinderen in de leeftijd van 0 t/m 18 jaar met één of meerdere lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperkingen, chronische ziekten en/of (daar uit voortvloeiend) ontwikkelings- en gedragsstoornissen, die het kind belemmeren in de normale activiteiten en waardoor het kind extra zorg en aandacht nodig heeft. Volgens een raming van Smets en Hover, gebaseerd op gegevens van CBS, VGN, SCP en VWS, heeft 3,5% van de Nederlandse kinderen van 0 t/m 18 jaar een of andere beperking (tabel 1). Vooral bij de leeftijdsgroep 13 t/m 18 jaar wordt geschat dat ongeveer de helft daarvan een gedrags- of psychiatrische beperking heeft.

Tabel 1 Raming van het percentage kinderen met een beperking (In Smets, Hover en Deloitte Consultancy)

Leeftijd	Aantal kinderen	Percentage met beperking	Aandeel met een gedrags/psychiatrische beperking
0 t/m 3 jaar	780.000	2,5%	20%
4 t/m 12 jaar	1.800.000	3,5%	30%
13 t/m 18 jaar	1.200.000	4%	50%
Totaal	3.780.000	3,5%	

In de onderstaande rapportage zullen prevalenties en trends van de verschillende soorten beperkingen verder bekeken worden. Hierbij zullen we uitgaan van vijf subcategorieën van beperkingen gebaseerd op de categorieën die Smets en Hover onderscheiden, namelijk:

1. Kinderen met een lichamelijke beperking;
 - a. motorische beperking;
 - b. visuele beperking;
 - c. auditieve beperking.
2. Kinderen met een verstandelijke beperking;
3. Kinderen met een chronische ziekte of ander stoornis;
4. Kinderen met een stoornis in het autismespectrum;
5. Kinderen met emotionele en gedragsmatige problemen.

Hierbij worden stoornissen in het autisme spectrum en emotionele en gedragsmatige stoornissen in aparte paragrafen behandeld, omdat het verschillende soorten stoornissen zijn. Bij een aantal belangrijke beperkingen zal verder de aard en de mate van de beperking besproken worden.

In dit stuk gebruiken we de begrippen incidentie en prevalentie regelmatig. De **incidentie** is het aantal **nieuwe gevallen** van een ziekte per tijdseenheid, per aantal van de bevolking. Meestal wordt de incidentie per duizend personen per jaar opgegeven, soms per honderdduizend per jaar. De **prevalentie** van een aandoening is **het aantal gevallen** per duizend of per honderdduizend **op een specifiek moment** in de bevolking. Deze twee begrippen zijn te vergelijken met respectievelijk de instroom in een regeling en de omvang van het bestand van een regeling.

1. Kinderen met een lichamelijke beperking

In de peilingen van 1992/1993 en 1994/1995 is bij kinderen nagevraagd of ze lichamelijke beperkingen hebben. De vragen die gesteld zijn, zijn gebaseerd op de vragenlijst uit de Gezondheidsenquête 1986-1988 van het CBS/NIMAWO (Spee-van der Wekke e.a. 1996, Kooiker 2006).

In 1994/1995 werd bij 21% van de kinderen van 4-15 jaar lichamelijke beperkingen gerapporteerd en ernstige lichamelijke beperkingen bij 5% van de kinderen.

In onderstaande tabel staan de prevalenties van kinderen met ernstige of zeer ernstige lichamelijke beperking. De meest voorkomende lichamelijke beperkingen zijn beperkingen in het spreken en beperkingen met betrekking tot plassen of ontlasting (tabel 2).

Tabel 2 Lichamelijke en zintuiglijke beperkingen bij kinderen en jongeren

Ernstige of zeer ernstige lichamelijke en zintuiglijke beperkingen	TNO-onderzoek 1	CBS/NIMAWO-
	992/93-1994/95 ^a	onderzoek 1986-88
	4-15 jaar	5-14 jaar
beperkingen in het lopen	0,2	0,4
beperkingen in gaan zitten/opstaan	0,2	0,3
beperking in zitten/staan	0,3	0,4
beperkingen in arm- of handgebruik	0,3	0,5
beperking in verplaatsing (stoornis evenwicht)	0,5	0,6
beperking in het zien (ondanks bril of contactlenzen)	0,2	0,4
beperking in het horen	0,3	0,4
beperking in het spreken	1,7	1,3
beperking in uithoudingsvermogen (stoornis long- of hartfunctie)	0,9	0,9
beperking m.b.t. plassen of ontlasting	1,6	1,1
totaal	4,9	4,5

a Waar mogelijk zijn de gecorrigeerde resultaten weergegeven waarbij rekening is gehouden met kinderen die het speciaal onderwijs bezoeken.

Bron: Spee-Van der Wekke (1996)

Vergeleken met 1986/88 is de prevalentie van het percentage kinderen met een lichamelijke beperking weinig veranderd. Het verschil tussen 1994 en 1986 wordt heel waarschijnlijk veroorzaakt doordat de leeftijdsgroep uit 1994 iets jonger is, waardoor beperkingen in plassen of ontlasting nog relatief vaker voorkomen.

Sinds 1997 wordt het Permanent Onderzoek van Leefsituaties (POLS) van het CBS uitgevoerd. POLS wordt jaarlijks via een bevolkingsenquête gekeken naar zelfgerapporteerde lichamelijke beperkingen. De beperkingen zijn gemeten aan de hand van een internationale maat voor beperkingen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). De zeven vragen gaan over slechthorendheid, slechtziendheid en beperkingen bij het bewegen. De personen die aangeven dat ze een activiteit niet kunnen of alleen met grote moeite, worden ingedeeld als hebbend een beperking. De resultaten van POLS sinds 2000 worden hieronder apart voor de drie beperkingen weergegeven.

Motorische beperkingen

In tabel 3 wordt het percentage kinderen weergegeven dat een beperking had in hun beweeglijkheid over de jaren 2001 tot 2005. Bij beweeglijkheid wordt gevraagd naar de volgende drie activiteiten: een voorwerp van 5 kilo dragen, rechtop staand kunnen bukken en iets van de grond oppakken, 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan.

Sinds 2001 is er een lichte, maar niet statistisch significante, stijging te zien in de prevalentie van kinderen die aangeven beperkt te zijn in hun beweeglijkheid.

Naar schatting is cerebrale parese (spasticiteit) de meest voorkomende motorische aandoening met ongeveer 2,5 nieuwe gevallen per 1000 geboortes. Cerebrale parese komt vaker voor bij kinderen die veel te vroeg geboren zijn of een te laag geboortegewicht hebben (Mos e.a. 2005, Kooiker 2006). Een recente publicatie geeft aan dat de prevalentie van cerebrale parese bij kinderen met een geboortegewicht <1500 gram gedaald is van 60,6 per 1000 levendgeborenen met een zeer laag geboorte gewicht in 1980 tot 39,5 per 1000 geboren in 1996 (Platt e.a. 2007). Wat precies de reden van deze daling is, is nog niet duidelijk, maar de auteurs geven aan dat de verbeterde neonatale zorg hierin een rol speelt.

De ernst van de spasticiteit kan variëren van een milde spraakhandicap of eigenlijk geen duidelijke tekenen, tot een grote spraakhandicap en grote problemen met spiercoördinatie.

Visuele beperkingen

Bij kinderen met een visuele beperking zijn de percentages zoals in de volgende tabel wordt weergegeven.

Bij visuele beperkingen is in het POLS gevraagd: 'zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?' en 'kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen?'.

Tabel 3 Percentage kinderen (12 t/m 17 jaar) met motorische, visuele of auditieve beperking (zelfgerapporteerd) CBS

	2000 % (SD)	2001 % (SD)	2002 % (SD)	2003 % (SD)	2004 % (SD)	2005 % (SD)
Motorische beperkingen	1,3 (0,5)	1,5 (0,5)	0,7 (0,4)	1,6 (0,5)	1,9 (0,5)	2,3 (0,6)
Visuele beperkingen	0,9 (0,4)	0,6 (0,3)	0,3 (0,3)	1,0 (0,4)	1,1 (0,4)	1,9 (0,6)
Auditieve beperkingen	0,1 (0,2)	1,0 (0,4)	0,2 (0,2)	0,8 (0,4)	0,1 (0,1)	1,3 (0,5)
Een of meerdere beperkingen	2,4 (0,7)	2,8 (0,7)	0,8 (0,4)	3,1 (0,7)	3,0 (0,6)	4,0 (0,8)

SF= Standaard deviatie, CBS/POLS

Tussen 2001 en 2005 is een kleine stijging in het percentage kinderen te zien (tabel 3). Deze stijging is echter statistisch niet significant (tabel 3). Volgens het CBS is het percentage personen van 16 jaar of ouder dat moeite heeft met het zien algemeen vrij constant tussen 1989 en 2005 (CBS, 2006).

Auditieve beperkingen

Voor de gehoorbeperkingen wordt in POLS gevraagd: 'Kunt u een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen (zodig met hoorapparaat)?' En 'kunt u met één ander persoon een gesprek voeren (zodig met hoorapparaat)?'. De percentages worden in tabel 3 weergegeven.

Deze POLS-gegevens laten zien dat de prevalentie van zelfgerapporteerde gehoorproblemen in 2005 licht gestegen zijn, deze stijging is echter niet significant. Het CBS geeft verder, net als bij de visuele beperkingen aan, dat vanaf 16 jaar er geen significante verschillen in de prevalentie van gehoor problemen hebben plaatsgevonden (2006).

Gehoerverlies kan aangeboren of verworven zijn; 80-90% is aangeboren. Ongeveer 1 tot 1,5 per 1.000 levend geboren kinderen heeft een perceptief gehoorverlies groter dan 40 dB. De prevalentie van een andere vorm van doofheid, namelijk geleidingsdoofheid, bij kinderen is vele malen groter. Geleidingsdoofheid bij kinderen is meestal tijdelijk en wordt het veroorzaakt door otitis media met effusie (middenoorontsteking met loopoor). De prevalentie van otitis media is ongeveer 12% bij kinderen jonger dan 3 jaar, 18% bij 4-5 jarigen en 3-9% bij 6-9 jarigen.

Zoals aangegeven in de update programmeringstudie kan matig tot ernstig gehoorverlies bij jonge kinderen samenhangen met een verstoorde spraakontwikkeling, taalontwikkeling en verminderde communicatieve vaardigheden. Op latere leeftijd kan dit leiden tot een verminderde kwaliteit van leven, psychosociale aanpassingsmogelijkheden, psychische problemen, verminderde schoolprestaties en het minder goed kunnen vinden van betaald werk. De gevolgen van tijdelijk gehoorverlies otitis media kunnen tijdelijk zijn (update programmeringstudie 2005).

Conclusie:

Er is geen stijgende trend te zien in het aantal kinderen met een lichamelijke beperking.

2 Kinderen met een verstandelijke beperking

Een verstandelijke handicap verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan voor de leeftijd van 18 jaar (Buntinx, 2003).

De Gezondheidsraad heeft in maart 2005 een advies uitgebracht getiteld 'Advies Beperkingen en Mogelijkheden. Onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking'. Hierin geven ze aan dat in Nederland de prevalentie van mensen met een verstandelijke beperking op 0,7% (111.750 mensen) wordt geschat. 22% van de personen met een verstandelijke beperking is jonger dan 20 jaar. Ook wordt aangegeven dat in Nederland het aantal mensen met een verstandelijke beperking gestegen is. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de stijging van hun levensverwachting door verbeterde verzorging. Het aantal mensen met een ernstige verstandelijke beperking tussen 1987 en 1999 steeg met 7%. Tot 2009 wordt een stijging van 2% verwacht (RGO 2005, www.rivm.nl).

In een andere rapportage wordt aangegeven dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn dat het aantal kinderen met een verstandelijke handicap sterk toeneemt, maken toch steeds meer jeugdigen gebruik van het speciaal onderwijs. In 2000 gaan bijna 14.000 jongeren met een verstandelijke handicap naar het ZMLK-onderwijs. Dit is 70% meer dan aan het begin van de jaren negentig. De toename van allochtonen in het speciaal onderwijs of de toename van het aantal vroeggeboorten bieden geen afdoende verklaring voor deze groei. Het lijkt waarschijnlijk dat er ook sprake is van een andere diagnose of een ruimer toelatingsbeleid (de Klerk 2002, www.rivm.nl).

Een kind met een verstandelijke beperking heeft vaak ook nog andere aandoeningen. Die kunnen zowel lichamelijk als psychisch zijn.

Downsyndroom

In 2004 kwam Downsyndroom bij 14,5 op 10.000 pasgeborenen kinderen voor (zie tabel 4). Over de afgelopen jaren zijn geen grote veranderingen te zien het aantal pasgeborenen met het Down syndroom (Anthony e.a. 2006). De onderzoekers geven wel aan dat het Down syndroom in de komende jaren in de gaten gehouden moeten worden. Een belangrijke reden hiervoor is de steeds oudere leeftijd waarop de vrouw kinderen krijgt. Deze steeds hogere leeftijd verhoogt het risico op het krijgen van een kindje met Downsyndroom

Tabel 4 Berekend aantal kinderen met Down syndroom per 10.000 pasgeborenen gedurende de jaren 1996-2004 (gebaseerd op het geëxtrapoleerde landelijke LVR/LNR bestand)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Totaal aantal pasgeborenen	191.620	194.663	201.620	202.649	208.959	204.880	204.284	202.429	195.994
Down syndroom (trisomie 21)	12,7	14,6	13,5	13,3	15,2	13,8	15,5	14,0	14,5

Conclusie

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat het aantal kinderen met een verstandelijke handicap sterk toeneemt. Er maken wel steeds meer jeugdigen met een verstandelijke beperking gebruik van het speciaal onderwijs.

Er wordt verwacht dat het aantal mensen met een verstandelijke beperking zal stijgen door verbeterde verzorging.

3 Kinderen met een chronische ziekte of ander stoornis

In deze groep met beperkingen wordt naar een aantal groepen stoornissen gekeken. We beginnen met een uiteenzetting van de trends in de incidentie en prevalentie van chronische aandoeningen. Vervolgens worden kinderkanker, aangeboren afwijkingen en kinderen die veel te vroeg geboren zijn besproken. In de volgende paragraaf zal apart naar de prevalentie en trends van kinderen met psychosociale problemen gekeken worden.

Chronische ziekte

In het Tijdschrift voor Kindergeneeskunde van december 2006 wordt aangegeven dat in Nederland naar schatting 14% van de kinderen een chronische ziekte heeft, in totaal ongeveer 500.000 kinderen (Grootenhuis, 2006). Omdat de kans op overleving van een chronische ziekte door de betere medische zorg verbeterd is, is de verwachting voor de toekomst dat met gelijk blijvende incidentie de prevalentie van chronische ziekten op

de kinderleeftijd zal blijven toenemen. Het aantal jongeren en volwassenen met een chronische ziekte zal in de toekomst dus ook toenemen (Grootenhuis, 2006).

De auteurs van een ander onderzoek in hetzelfde tijdschrift vinden dat er aanleiding is tot ongerustheid over de gevolgen die chronische aandoeningen tijdens de jeugd in het latere leven kunnen hebben (Maurice-Stam e.a. 2006). Zo geven zij aan dat uit onderzoek is gebleken dat kinderen met een chronische aandoening vaker aanpassingsproblemen hebben dan kinderen zonder chronische aandoening, ze hebben vaker gedragsproblemen (vooral emotionele problemen). Vooral kinderen met een chronische aandoening die ook beperkingen hebben, lopen een hoger risico op sociale aanpassingsproblemen. In het onderzoek van Maurice-Stam e.a. (2006) is gekeken naar de levensloop van jongvolwassenen die opgegroeid zijn met verschillende chronische aandoeningen (overlevers Jeugdkanker, anorectale malformatie (misvorming van de anus), ziekte Hirschsprung (neurologische afwijking van de dikke darm), patiënten met oesofagusatresie (slokdarmafsluiting), en patiënten met terminale nierinsufficiëntie (nauwelijks functionerende nieren), waarbij deze levenslopen vergeleken werden met een referentiegroep van leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking. In vergelijking met de referentiegroep bleek de levensloop van de jongvolwassenen opgegroeid met een chronische aandoening vertraagd te zijn, dit wil zeggen dat ze minder of later mijlpalen bereikten op het gebied van zelfstandigheid, psychoseksuele en sociale ontwikkeling.

Er zijn verder geen exacte cijfers over de prevalentie van alle chronische zieke kinderen. Het CBS rapporteert de door ouders/opvoeders gerapporteerde prevalentie van langdurige aandoeningen bij kinderen (zie tabel 5). Deze gegevens van het CBS laat sinds 2001 geen duidelijke verandering in prevalenties zien.

Tabel 5 De prevalentie van door opvoeders gerapporteerde langdurige aandoeningen bij kinderen van 0-14 jaar (CBS Statline)

	2001	2002	2003	2004	2005
Astma	11,0	10,2	9,6	7,9	9,6
Eczeem	6,8	6,7	5,9	5,7	6,1
Migraine	4,2	3,9	3,9	3,0	3,4
Ernstige darmstoornis	1,3	2,2	2,0	1,5	1,7
Ernstige aandoening elleboog, pols, hand	0,3	0,5	0,5	0,7	0,4
Ernstige Nekaandoening	0,1	0,3	0,5	0,6	0,4
Diabetes	0,5	0,1	0,2	0,1	0,1

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij diabetes mellitus is het lichaam niet meer in staat om glucose goed te verwerken. Dat komt omdat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of omdat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamsweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en complicaties (www.rivm.nl).

In de periode 1996-1999 steeg de incidentie onder 0-14-jarigen tot jaarlijks 18,6 per 100.000, terwijl die 11,1 per 100.000 was in de periode 1978-1980. De stijging was het grootst onder 0-4-jarigen. Diabetes Mellitus type 1 werd gediagnosticeerd bij een gemiddelde leeftijd van 7,6 jaar en in 1988-1990 bij 9,2 jaar (tabel 6). Kinderen met moeders uit Suriname, Turkije en de Antillen hadden een lager risico en kinderen van Marokkaanse en Somalische moeders een hoger (Wouwe e.a. 2004).

Tabel 6 Incidentie van diabetes type 1 naar leeftijdsgroep over de periodes 1988-1990, 1993-1995 and 1996-1999 (per 100.000/jaar)

Leeftijdsgroep	1988-1990	1993-1995	1996-1999
0-4 jaar	6,4	11,4	12,9
5-9 jaar	12,4	14,5	19,3
10-14 jaar	18,1	17,1	24,2
Alle, 0-14 jaar	12,4	14,2	18,6

Het is waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder zal stijgen door o.a. de toename van het aantal mensen met overgewicht (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Astma

De jaarprevalentie van astma was van 1972-1983 vrijwel constant. In de periode 1984-1997 trad een sterke stijging van de prevalentie op, zowel voor mannen als voor vrouwen. De periode erna (1998-2003) bleef de prevalentie vrijwel constant.

De prevalentie in de periode 1984-1997 steeg het sterkst voor 0-14-jarigen en vervolgens voor 15-24-jarigen, maar voor beide leeftijdsgroepen daalde de prevalentie in de periode 1998-2003 licht (Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (CMR-Nijmegen e.o), Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Andere stoornissen

Kanker

Aan de hand van de Nederlandse Kanker Registratie (coverage >95%) worden regelmatig data gepubliceerd per leeftijd. De laatste publicatie over kinderen van 0-14 jaar, is van 2001 (Childhood Cancer in the Netherlands 1989-1997). Hieronder wordt de incidentie gegeven van leukemie en kwaadaardige hersen/CNS tumoren bij kinderen.

Tabel 7 Leukemie incidentie

	1989/91	1990/92	1995-97	1989-97	per 1.000.000
Leeftijd 00	20,6/28,7	33,2/38,3	27,0/32,0	27,0/33,0	(♂/♀) child years
Leeftijd 01-04	70,7/72,8	71,4/60,7	102,5/61,5	81,8/64,8	
Leeftijd 05-09	37,5/19,2	42,9/30,6	32,5/26,2	37,6/25,4	
Leeftijd 10-14	20,1/26,4	22,3/20,3	30,9/15,8	24,5/20,8	

Tabel 8 Kwaadaardige hersen(?) / CNS tumoren

	1989-91	1990/92	1995-97	1989-97	per 1.000.000
Leeftijd 00	17,1/10,8	19,9/10,4	23,7/32,0	20,3/17,7	(♂/♀) child years
Leeftijd 01-04	38,0/29,5	30,2/30,8	24,8/35,5	30,9/32,0	
Leeftijd 05-09	38,3/30,0	37,2/24,6	22,4/22,7	32,4/25,7	
Leeftijd 10-14	29,5/18,9	23,1/18,8	25,2/21,8	25,9/19,8	

Uit deze gegevens komt naar voren dat er niet echt een stijgende trend te zien is in de incidentie van deze vormen van kinderkanker.

Vergelijking met andere landen

In totaal heeft kinderkanker een incidentie van 1 per 7000 kinderen. Amerikaanse data over de jaren 1975 tot 2000 laten een lichte stijging zien tussen 1970 en 1990 maar de incidentie is sindsdien redelijk constant (Stelliarova-Foucher e.a., 2004).

Europese data geven ook aan dat er geleidelijk aan een stijging te zien is in de incidentie van kinderen met kanker. De totale incidentie is significant gestegen met een gemiddeld jaarlijks percentage van 1,1% (Kaatsch e.a. 2006). Een van de mogelijke redenen voor deze stijging is de betere registratie en diagnose van kinderkanker. Kaatsch e.a. geven echter aan dat hun data deze betere registratie niet helemaal steunen omdat in hun data niet alle kankers? een stijgende trend vertonen. Zij geven dan ook aan dat veranderingen in risicofactoren tot in zekere mate een rol spelen in de verandering in de incidentie van kanker (Kaatsch e.a., 2006).

De overlevingskans van kinderkanker is veel beter geworden. Nu overleeft zo'n 3 van de 4 kinderen met kanker (Gatta e.a. 2005). De kans op langetermijngevolgen is na een oncologische behandeling op de kinderleeftijd groter dan na behandeling op volwassen leeftijd. De belangrijkste langetermijngevolgen liggen op het somatische, psychosociale en maatschappelijke terrein (Heikens e.a. 1998, Heymans & Caron, 2001).

Aangeboren afwijkingen

Kinderen met aangeboren afwijkingen hebben een hoger risico op allerlei ernstige lichamelijke, zintuiglijke en verstandelijke beperkingen. Hieronder wordt het aantal jaarlijks aangeboren afwijkingen per 10.000 pasgeborenen weergegeven voor de even jaren tussen 1996 en 2004 (tabel 9).

Tabel 9 Berekende aantal aangeboren afwijkingen per 10.000 pasgeborenen gedurende de jaren 1996-2004 (gebaseerd op het geëxtrapolerde landelijke LVR/LNR bestand)

	1996	1998	2000	2002	2004
Totaal aantal pasgeborenen	191.620	201.620	208.959	204.284	195.994
Centraal zenuwstelsel en zintuigen	37,2	37,2	35,6	32,7	33,7
Hart en bloedvaten	58,8	57,3	58,8	53,7	55,1
Spijverteringsstelsel	39,3	37,3	35,8	35,0	31,4
Ademhalingsstelsel	12,7	13,0	11,6	10,0	10,2
Urogenitaal stelsel	71,0	76,3	76,8	71,1	67,7
Huid en buikwand	37,5	34,0	32,1	26,8	28,7
Skelet- en spierstelsel	74,3	65,3	65,6	56,5	60,5
Chromosomale, syndromale en diverse afwijkingen	58,5	55,6	61,2	58,1	61,4

TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

Over het algemeen zijn er in de bestudeerde 9-jaars-periode (1996-2004) geen opvallende stijgingen in prevalenties van aangeboren afwijkingen.

Een aantal specifieke afwijkingen zullen in de komende jaren nauwlettend gevolgd worden omdat deze wellicht een stijgende tendens vertonen. Dit geldt binnen de groep chromosomale, syndromale en diverse afwijkingen voor het Down Syndroom en dysmorfie (misvorming). Gezien de (plotselinge) hoge prevalentie van hydrocefalie (wa-

terhoofdje) ventrikelseptumdefect (hartafwijking) zullen deze ook nauwlettend gevolgd worden. Er zijn ook dalende prevalenties van specifieke afwijkingen zichtbaar. Over de onderzoeksperiode is een sterke daling in het aantal neuralebuisdefecten (open ruggetje) (verzamelnaam voor spina bifida, anencefalie en encefalocele) zichtbaar. In 2004 is het aantal kinderen met een open ruggetje verder gedaald tot 6,3 per 10.000 kinderen terwijl dit in 1997 nog 12,3 per 10.000 was. Deze daling hangt waarschijnlijk deels samen met een toename in het gebruik van foliumzuur in de periode rond de conceptie en deels met een verbeterde vroege prenatale diagnostiek (Anthony e.a., 2006).

Vroeggeboorte

Een groot aantal Westerse landen rapporteert de laatste jaren een stijging in het aantal te vroeg geboren kinderen. Ook Nederlandse cijfers wijzen op een toename in vroeggeboorte. Het geschatte percentage te vroeg geboren kinderen (< 37 weken zwangerschapsduur) onder levendgeboren kinderen bedroeg in de jaren zeventig 5,4% en 6,8% in 1988/1989 (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). In 2003 was dit percentage gestegen tot 7,3 (Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2006). Voor veel te vroeg geboren (< 32 weken) is het percentage tussen 1983 en 2004 verdubbeld, van 0,63% van alle levendgeborenen in 1983 tot 1,13 in 2003. Een deel van deze stijging wordt in verband gebracht met de steeds toenemende leeftijd waarop vrouwen hun kinderen krijgen. Van de groep 25-29 jarige vrouwen die hun eerste kind krijgen, bevalt 0,58% voor 28 weken zwangerschapsduur en 0,78% tussen de 28 en 31 weken zwangerschapsduur. Voor vrouwen van 35 jaar en ouder die hun eerste kind krijgen, zijn deze percentages respectievelijk 0,88% en 1,01% (Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2006).

Uit onderzoek komt naar voren dat 6% van de kinderen die veel te vroeg geboren is op 2-jarige leeftijd een ernstige en 7% een lichte handicap (beperking) te hebben (van de ongeveer 2050 veel te vroeg geboren kinderen per jaar: 1,13% van 200.000 geboortes per jaar waarvan 90% overleeft). Naarmate deze kinderen ouder worden, blijkt geleidelijk dat meer stoornissen en beperkingen aan het licht komen doordat er steeds hogere eisen gesteld worden aan hun functioneren. Het percentage kinderen met een handicap of beperking binnen deze groep te vroeg geboren is op 19-jarige leeftijd dan ook gestegen tot de helft. (Hille, 2007). Dit is zes keer hoger dan in de gewone populatie (Den Ouden, 1998). Uiteindelijk blijkt op 19-jarige leeftijd 24% van de groep geen diploma te hebben en/of niet meer dan speciaal onderwijs gevolgd te hebben, vergeleken met 12,8% bij leeftijdgenoten (Hille, 2007). 7% van deze groep van veel te vroeg geboren heeft op 19-jarige leeftijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Indien we naar het totaal aantal kinderen veel te vroeg geboren kinderen in Nederland kijken (uitgaande van 1,13% van 200.000 geboortes per jaar waarvan 90% overleeft) dan zou dit per leeftijdscohort om ongeveer 140 kinderen gaan die een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, en ongeveer 490 kinderen die geen diploma of niet meer dan speciaal onderwijs hebben gevolgd en 1020 die een ernstige of lichte beperking hebben.

Conclusie

Er zijn geen stijgende trends te zien in de incidentie van kinderen met een chronische ziekte, met uitzondering van de prevalentie van kinderen met diabetes mellitus. De verwachting voor de toekomst is dat met gelijk blijvende incidentie de prevalentie van chronische ziekten op de kinderleeftijd zal toenemen door o.a. betere medische verzorging.

Het percentage kinderen dat te vroeg geboren is, is gestegen.

4 Kinderen met autismespectrum stoornissen

Autismespectrum stoornissen worden in de DSM-IV classificatie met de term pervasieve ontwikkelingsstoornis (pervasive developmental disorder) beschreven. Dit spectrum van stoornissen kenmerkt zich door stoornissen in de omgang met de mensen en dingen, in spraak en taal, in de motoriek en in de prikkelverwerking. Symptomen van stoornissen in het autismespectrum kunnen per kind verschillen qua intensiteit en mate waarmee de symptomen zich manifesteren. Binnen het spectrum worden dan ook een viertal ontwikkelingsstoornissen onderscheiden: de autistische stoornis, het Rett-syndroom, de desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd en de stoornis van Asperger. Daarnaast is een algemene categorie gecreëerd die wordt aangeduid met de term pervasieve developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS) (Verhulst e.a. 2003).

Stoornissen in het autismespectrum komen vaker voor bij jongens dan bij meisjes. In vergelijking met meisjes hebben jongens vier keer zo vaak een autismespectrum stoornis (Fombonne 2003).

Er bestaat geen behandeling die autismespectrum stoornissen kan 'genezen'. Wel kunnen gestructureerde programma's het functioneren op latere leeftijd positief beïnvloeden.

De meeste kinderen met autismespectrum stoornissen blijven ook in hun latere leven voldoen aan de diagnose. Er zijn wel veranderingen mogelijk in de aard en de ernst van de symptomen naarmate het kind ouder wordt.

Het beloop van de autistische stoornis is in verhouding veel slechter. Slechts een kwart van deze kinderen heeft een min of meer gunstige uitkomst. Bij de kinderen met PDD-NOS en kinderen met Asperger varieert het beloop. De belangrijkste voorspellers voor een gunstig beloop van autismespectrum stoornissen zijn een normaal IQ en de aanwezigheid van betekenisvolle taal vóór het zesde levensjaar. Vooral de kinderen met een autistische stoornis zijn vaak ook verstandelijk gehandicapt. Driekwart met een autistische stoornis is tevens verstandelijk gehandicapt. Autistische stoornis komt 4 à 5 keer zo vaak bij jongens als bij meisjes voor. Meisjes zijn vaker dubbel gehandicapt (autistisch en verstandelijk beperkt).

De stoornis van Asperger komt overeen met autistische stoornis wat betreft de tekorten in sociale interactie en beperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag, de belangstelling en de activiteiten, maar niet in de tekorten in de communicatie. Ze beschikken over een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Deze stoornis komt vaker bij jongens voor dan bij meisjes (8 à 9 jongens tegenover 1 meisje).

De diagnose Pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS) wordt gegeven. Als het beeld niet voldoet aan de andere pervasieve ontwikkelingsstoornissen, maar wel 2 van de 3 hoofdkenmerken van de autistische stoornis, kan de aandoening als PDD-NOS worden geclassificeerd. Binnen deze groep van kinderen zitten allerlei varianten van de ontwikkelingsstoornis in gedrag en problematiek (Schoemaker e.a. 2004; van Berckelaer-Onnes 2004).

Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat tenminste 28 op elke tienduizend kinderen lijden aan een autismespectrum stoornis (Fombonne 2003). Van deze 28 kinderen lijden er ongeveer 10 aan de autistische stoornis, 15 aan PDD-NOS en 2 à 3 aan het Syndroom van Asperger. De stoornis van Rett en de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd komen in verhouding veel minder voor.

Vertaald naar alle 4 miljoen jonge mensen tot 20 jaar in Nederland betekent dat minimaal 11 000 kinderen met een autismespectrum stoornis, waarvan:

- 4000 kinderen met een autistische stoornis;
- 6000 kinderen met PDD-NOS;
- 1000 kinderen met de stoornis van Asperger.

De bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op onderzoek waarin vooral aandacht was voor de autistische stoornis. In recent buitenlands onderzoek, met een bredere opzet, bleek vooral het aantal kinderen met PDD-NOS veel hoger. Dit zou kunnen betekenen dat niet 28, maar ongeveer 60 kinderen per tienduizend lijden aan een autismespectrum stoornis. In dat geval zou het in totaal gaan om naar schatting ongeveer 25 000 kinderen in Nederland, waarvan het overgrote deel lijdt aan PDD-NOS (Schoemaker e.a. 2004).

Er wordt beweerd dat het aantal kinderen met autismespectrum stoornissen sterk is toegenomen in de laatste decennia. Tot op heden is er nog geen andere verklaring voor deze toename gevonden dan een eerdere herkenning en/of verbeterde diagnostiek van spectrum stoornissen en een verruiming van de definities en diagnostische criteria (Geestelijke Gezondheid 2004). Er werd ook gedacht aan vaccinaties als oorzakelijke factor. Grote epidemiologische studies hebben echter overtuigend aangetoond dat dat niet het geval is (Smeeth e.a. 2004).

Prevalentie in andere landen

Een rapportage van de Europese Commissie geeft ook aan dat het moeilijk is om schattingen te geven van de trends in de prevalentie van stoornissen in het autismespectrum. Een belangrijke reden hiervoor is dat de inzichten over autisme veranderd zijn in het laatste decennium. Na de invoering van de DSM-IV criteria is volgens deze rapportage een stijging in de prevalentie van autisme te zien. Bij de DSM-III ligt de prevalentie, afhankelijk van de onderzochte leeftijdsgroep, rond de 15 per 10.000 kinderen. Bij de DSM III-R varieert de prevalentie van ongeveer 5 tot 11 per 10.000 kinderen en bij de DSM-IV van 21 tot 57 per 10.000 (European Commission, 2005). In onderstaand tekstkader staan de DSM criteria historisch gezien.

Een vergelijking van onderzoeken in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, waarbij o.a. rekening gehouden is met een verandering in definitie, geeft sterke aanwijzingen dat er een stijging in de prevalentie van autisme heeft plaatsgevonden. In de VS was de prevalentie van autisme ooit ongeveer 3 per 10.000 en is nu gestegen naar ongeveer 30 per 10.000. De prevalentie in Groot-Brittannië is gestegen van ongeveer 10 per 10.000 naar ongeveer 30 per 10.000. De prevalentie van stoornissen in het autismespectrum in beide landen is gestegen van 5 tot 10 per 10.000 naar 50 tot 80 per 10.000. Hierbij kan een betere diagnostiek van de stoornis nog steeds een rol gespeeld hebben in de geobserveerde veranderingen (European Commission, 2005).

In deze rapportage van de Europese Commissie wordt ook aangegeven dat de CDC in de Verenigde Staten officieel heeft erkend dat er een 'epidemie van autisme' is. De reden hiervoor is dat in 1992 een totaal van 15 580 kinderen van 6-22 jaar ondersteund (speciaal onderwijs faciliteiten) werden in verband met autistische stoornissen en in 2003 was het aantal ondersteunde kinderen voor autistische stoornissen 141 022 (European Commission, 2005).

Tekst uit: Historische variaties in DSM-definitiecriteria van autisme (European Commission, 2005)

DSM-III Criteria: In this, the term 'pervasive developmental disorder' was used for the general category of autism and related conditions. A subgroup labeled 'infantile autism' was defined by: lack of responsiveness to others; language absence or abnormalities; resistance to change or attachment to objects; the absence of schizophrenic features; and onset before 30 months. DSM-III also has categories for childhood onset (after 30 months and before 12 years) and for atypical pervasive developmental disorder.

DSM-III-R Criteria: The definitions in the section on pervasive developmental disorders in the revised version of DSM-III (1987) have moved to a diagnosis requiring: impairment in reciprocal social interaction (at least two from a list of 5 items, comprising specified clinical examples); impairment in verbal and non-verbal communication (at least one from a list of 6 items); markedly restricted repertoire of activities and interests (at least one from a list of 5 items), and a grand total of at least eight from among the 16 items listed.

DSM-IV Criteria: This new Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders came out in 1994. There have been numerous changes which affect the diagnoses of autism and related disorders. In order for a diagnosis of autism to be made, the person still needs to evidence problems in three broad areas: social interaction, communication, and stereotyped patterns of behaviour. However, the number of symptoms which fall under these three broad areas have been reduced from 16 to 12 to make this diagnostic category more homogeneous. The individual needs to evidence 6 symptoms spanning the three broad areas with at least two symptoms indicating social interaction deficits, and one symptom in each of the communication and stereotyped patterns of behavior categories. Besides at least 6 of these symptoms, there also needs to be delays in social interaction, social communication, or symbolic or imaginative play. Another change is that the age of onset of these symptoms has to occur prior to age 3. Some new disorders are now included in the DSM system: Rett's Disorder, Childhood Disintegrative Disorder, Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified, Asperger's Disorder

Conclusie

Het aantal kinderen met stoornissen in het autismespectrum stijgt. Het is nog onduidelijk of het echt gaat om een stijging in deze stoornis of gaat om een eerdere herkenning, verbeterde diagnostiek van spectrum stoornissen en een verruiming van de definities en diagnostische criteria.

Emotionele en gedragsmatige problemen

Psychische problemen worden vaak in twee deelgebieden ingedeeld:

- Gedragsmatige problemen of externaliserende problemen, zoals agressief gedrag, sociale problemen en delinquent gedrag. Externaliserend gedrag betekent 'naar buiten gericht gedrag'. De omgeving ondervindt hinder van dit gedrag.
- Emotionele problemen of internaliserende problemen, zoals teruggetrokkenheid, psychosomatische klachten, angsten, depressieve klachten en emotionele reactiviteit. Internaliseren betekent 'naar binnen richten'.

Een belangrijke vraag is wanneer sprake is van dusdanige problemen dat hier extra aandacht voor nodig is, en mogelijk behandeling. Alle kinderen vertonen immers wel eens agressief gedrag en zijn wel eens angstig. Dit hoeft geen reden tot zorg - laat

staan behandeling - te zijn. Er is sprake van een continuüm. Wat betreft agressie zijn daarbij bijvoorbeeld aan het ene uiterste kinderen te vinden die zelden agressief gedrag vertonen of alleen in lichte mate. Aan het andere uiterste bevinden zich kinderen die juist vaak en flink agressief zijn. Het antwoord op de vraag waar de grens ligt om te kunnen spreken van problemen die behandeld zouden moeten worden, is niet definitief te geven. Het antwoord zal bovendien uiteenlopen tussen culturen en in de tijd (Zeijl e.a., 2005).

Het diagnostisch instrument de DSM kan behulpzaam zijn bij het diagnosticeren van een stoornis. Een aantal emotionele en gedragsmatige problemen wordt ook in de DSM-IV beschreven, zoals oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), agressieregulatiestoornis, angststoornissen en somatoforme stoornissen. Indien een kind aan de criteria van de DSM-IV voldoet voor een bepaalde stoornis dan vertoont hij/zij gedrag dat niet meer bij een normale ontwikkeling past en geeft een indicatie voor het te volgen behandelingstraject. Dit wil niet zeggen dat kinderen die niet aan de DSM-IV criteria voldoen maar wel een verstoring van hun normale ontwikkeling laten zien geen extra aandacht of hulpverlening nodig hebben.

Hieronder wordt gekeken naar wat bekend is over de prevalentie van emotionele en gedragsmatige problemen bij jeugdigen als men naar de Jeugdgezondheidszorg, naar diagnostische instrumenten en naar de contacten met de hulpverlening kijkt.

Emotionele en gedragsmatige problemen volgens de Jeugdgezondheidszorg

In 2003 signaleren JGZ-medewerkers emotionele en gedragsmatige problemen bij een substantiële groep kinderen. Het aandeel kinderen met emotionele en/of gedragsmatige problemen varieert volgens hen tussen 11% bij de kinderen van 14 maanden, tot 28% bij de 5-6 jarigen. Bij 8-12-jarigen bedraagt dit percentage 21% (tabel 10).

Over het algemeen zijn de problemen licht van aard. Met licht wordt bedoeld dat het kind goed functioneert ondanks dit probleem, dat het kind of de ouders het probleem zelf kunnen oplossen, dat het probleem van korte duur is en dat er, naast advisering, niet echt verdere hulp nodig is. Eén tot drie procent van de kinderen heeft volgens de JGZ zware emotionele en/of gedragsmatige problemen. Indien het kind zware problemen heeft dan wordt het kind volgens de JGZ-medewerker in zijn functioneren belemmerd, is er hulpverlening nodig en is de situatie zorgelijk door onder andere de complexiteit en de chroniciteit van het probleem. De JGZ-medewerker signaleert in alle leeftijdsgroepen vaker problemen bij jongens dan bij meisjes (Zeijl e.a., 2005).

Vergeleken met 1998 (Tabel 10) is vooral een stijging te zien in het percentage driejarige jongens dat volgens de JGZ-medewerkers een emotioneel en/of gedragsmatig probleem heeft. Bij de andere leeftijdscategorieën zijn de verschillen minder groot. Met name het percentage jongens met lichte en matige problemen is volgens de JGZ-medewerker gestegen. Het aantal kinderen met een ernstig probleem is gelijk gebleven.

Tabel 10 Aandeel kinderen met emotionele en/of gedragsmatige problemen volgens JGZ-medewerkers in 1998 en in 2003 (in procenten)

	3 jaar en 9 maanden		5-6 jarigen				8-12 jarigen					
	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje		
	1998 N=543	2003 n=417	1998 N=554	2003 N=421	1998 n=712	2003 N=787	1998 N=707	2003 N=783	1998 N=773	2003 N=632	1998 N=848	2003 N=664
Geen problemen	88	76	89	87	71	67	79	78	71	77	79	82
Licht	6	13	5	6	12	17	11	13	18	10	15	10
Matig	6	10	6	5	12	13	8	7	9	10	8	7
Zwaar	1	1	1	2	4	3	2	1	3	3	2	1

SCP/TNO-PG (PJG 2002/2003)

Emotionele en gedragsmatige problemen volgens diagnostische instrumenten

Uit een recent afgerond promotietraject (Zwirs, 2006) is naar de prevalentie van emotionele en gedragsmatige problemen bij kinderen in groep 5, 6 en 7 (uit lage SES-buurtten) gekeken. De prevalentie is bepaald aan de hand van de 'best-estimate procedure': de resultaten van de SCICA werden bekeken in combinatie met de DISC-P-resultaten en informatie van de school. 'Best-estimate' diagnoses werden via consensus geformuleerd door een commissie bestaand uit drie psychiaters en een psycholoog. In dit onderzoek is specifiek gekeken naar kinderen van Nederlandse, Marokkaanse, Turkse en Surinaamse herkomst. De kinderen zijn daarom vooral geworven in scholen in de lage SES buurtten van twee grote steden.

Er komt naar voren dat de totale prevalentie van emotionele en gedragsmatige problemen bij deze kinderen 33% is. De prevalentie van emotionele en gedragsmatige problemen verschilde niet significant tussen deze vier herkomstgroepen. Indien men rekening houdt met de ervaren functionele beperking daalt de prevalentie naar 11%. De prevalentie van gedragsmatige problemen met functionele beperking is dan 9% en de prevalentie van ADHD is 7%. Emotionele problemen komen met 2% minder vaak voor.

In de discussie wordt aangegeven dat de totale prevalentie van emotionele en gedragsmatige problemen gevonden in dit onderzoek overeenkomt met de 36% prevalentie die gevonden is in 1997 (Verhulst e.a. 1997).

Vollebergh (2005) geeft in haar voorstudie voor de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid over de geestelijke gezondheid van adolescenten een korte beschouwing over de trend van emotionele en gedragsmatige problemen in de tijd. Hier wordt ook verwezen naar het onderzoek van Verhulst e.a. (1997). Volgens de onderzoeken van Verhulst heeft 20% van de kinderen in het regulier onderwijs een klinische score. Dit wil zeggen dat zij een dusdanige score hebben op de CBCL of YSR dat er sprake is van psychische problemen en dat zij een hoger risico hebben om later nog meer problemen te krijgen. Hierbij is het nog wel afhankelijk wie de vragenlijsten invullen: 20% van de adolescenten heeft volgens henzelf problemen, 20% heeft volgens hun ouders problemen, de overlap tussen deze twee rapportages is echter maar 4%. Indien net als bij de jongere kinderen ook naar functionele beperking wordt gekeken, dan daalt het percentage tot onder de 10%. Er zijn volgens Vollebergh (2005) ook weinig gegevens over de trend van de prevalentie van psychische problemen bij adolescenten. Er zijn alleen de gegevens van de onderzoeken die gedaan zijn met de YSR. Deze onderzoeken laten geen sterke trend zien.

Grietens e.a. (2006) constateren ook dat over het algemeen geen substantiële stijging van het aantal kinderen en jongeren met gedragsproblemen is waar te nemen in de bevolking. Meer onderzoek is nodig om deze trend te bevestigen en eventueel te nuanceren en verfijnen. Zeker ook omdat in al deze onderzoeken meestal gebruik wordt gemaakt van een of andere vorm van rapportering (d.w.z. dat gedragsproblemen werden gerapporteerd door ouders, leerkrachten, jongeren of andere direct betrokkenen). Vervolgens hebben sommige, in opzet meer beperkte studies, naar trends in specifieke problemen bij kinderen en jongeren gekeken en deze studies leidden tot andere uitkomsten. Zo concludeerden Robison e.a. (2002) dat tussen 1990 en 1998 het aantal diagnoses van ADHD bij kinderen tussen 5 en 18 jaar significant was toegenomen. Dit heeft natuurlijk ook te maken met de toenemende bekendheid van het fenomeen bij hulpverleners, leerkrachten en ouders. Verder zeggen studies naar tijdseffecten weinig of niets over de behoefte aan professionele hulp bij ouders, leerkrachten of andere opvoeders die te maken krijgen met kinderen of jongeren die ernstige gedragsproblemen vertonen. In het volgende stuk wordt gekeken naar het percentage kinderen dat contact heeft gehad met de jeugdhulpverlening.

Psychosociale problemen volgens contacten met de jeugdzorg

Vollebergh (2005) heeft vervolgens ook gekeken naar de groepen van kinderen en adolescenten die met de jeugdzorg in aanraking komen en heeft gekeken of er daar mogelijk trends te zien zijn. Hierbij is vooral gekeken naar de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming. Samengevat laten deze gegevens zien dat sinds 1995 een toename van hulp is in de jeugdhulpverlening en de leeftijd van de kinderen waarvoor hulp gezocht wordt, wordt ook steeds jonger. Hierbij geldt echter de kanttekening dat er veranderingen plaats kunnen hebben gevonden waardoor kinderen sneller doorverwezen worden. Zo is er meer oog voor de schadelijke gevolgen van psychosociale problematiek in de ontwikkeling van jeugdigen en als gevolg daarvan is er meer nadruk komen te liggen op de vroegtijdige signalering van deze problemen. Ouders en jeugdigen zoeken ook eerder hulp bij problemen in de ontwikkeling of opvoeding (Blokland e.a., 2003). Uiteindelijk wordt wel aangegeven dat de problemen van de kinderen die bij de Jeugdhulpverlening komen aanzienlijk zijn en er zijn weinig aanwijzingen dat kinderen onterecht in deze hulpverlening terecht komen.

Verder laat onderzoek naar de bevindingen van leerkrachten zien dat zij steeds vaker te maken hebben met gedragsproblemen van kinderen (KPC, 2003).

Concluderend kan dus gezegd worden dat de vraag of het aantal kinderen met emotionele of gedragsmatige problemen toeneemt bijzonder lastig te beantwoorden is. Het is duidelijk dat een diagnose nu aanzienlijk vaker wordt gesteld dan in het verleden. Maar bekend is ook dat het gedrag dat geassocieerd wordt met bijvoorbeeld ADHD in het verleden ook voorkwam, alleen bijvoorbeeld anders genoemd werd of een andere aandoening was. Tot 1980 werd voor ADHD de term 'minimal brain dysfunction' of 'minimal brain damage' gebruikt. Ook zijn er gedragingen of stoornissen die voorheen als niet problematisch werden beschouwd en die nu, door veranderingen in de maatschappij, wel als problematisch worden beschouwd en ertoe zouden bijdragen dat bijvoorbeeld stages sneller mislukken bij deze jongeren.

Hyperactiviteit en ADHD

We gaan in deze paragraaf nog wat verder in op het percentage kinderen met ADHD. Onoplettendheid en druk en impulsief gedrag komen bij de meeste kinderen wel eens voor. Echter niet elk druk kind heeft ADHD. Van ADHD is sprake als deze gedragingen zich in ernstige mate voordoen, op een manier die afwijkt van de normen die gelden voor leeftijd en geslacht, en wanneer deze een herkenbaar en hardnekkig patroon

vormen. De prevalentie die vastgesteld wordt met een interview en waarbij rekening gehouden wordt met beloop en functiebelemmering ligt bij kinderen tussen de 3 en 5%. Bij adolescenten is dit circa 1,5% en bij volwassenen naar schatting rond de 1%. Jongens krijgen vaker de diagnose ADHD dan meisjes. De verhouding is ongeveer 3:1 (Buitelaar & Kooij, 2002, Verhulst e.a. 2003).

De meeste kinderen met ADHD blijven symptomen tonen tot in de adolescentie en 20-50% van hen tot op volwassen leeftijd. Bij 20-40% van de kinderen met ADHD wordt op oudere leeftijd antisociaal gedrag geconstateerd. ADHD is verder een voorspeller voor allerlei andere problemen in de adolescentie, zoals leerproblemen, vroegtijdig schoolverlaten, slechte contacten met leeftijdsgenoten en sociale isolatie (Buitelaar & Kooij, 2002).

In het mondelinge deel van de POLS-module 'Gezondheid en Arbeid' (2 t/m 11 jaar) worden aan ouders vragen gesteld over hyperactiviteit of wel ADHD van hun kind. Deze vragen zijn nieuw en worden vanaf 2001 in POLS gesteld. Gestart wordt met de vraag: "Wilt u zeggen in hoeverre de volgende eigenschappen op uw kind van toepassing zijn?" en dan wordt vervolgd met de volgende 3 vragen: 1 Rusteloos gedrag, kan bijna nooit stil zitten, 2 Zit voortdurend te friemelen en te draaien, 3 Kan zich slechts kort op een bepaalde bezigheid richten. Deze vragen kunnen beantwoord worden met 'niet van toepassing', 'enigszins (of soms) van toepassing' en 'duidelijk van toepassing'. Op basis van deze informatie is een indicatie voor hyperactiviteit afgeleid van het percentage kinderen (2 /m 12 jaar) waarvoor op alle drie vragen steeds met de categorie 'duidelijk van toepassing' werd geantwoord.

Deze cijfers laten bij de kinderen van 7,8 en 9 jaar een, statisch niet significante, stijging van de prevalentie van hyperactiviteit zien (Tabel 11).

Tabel 11 Prevalentie van door ouders gerapporteerde hyperactiviteit bij hun kinderen (CBS/POLS. Statline)

	2001-2003	2003-2005
Totaal	4,7 (0,3)	5,1 (0,4)
2 jaar	4,3 (1,0)	4,2 (1,0)
3 jaar	5,3 (1,2)	5,0 (1,1)
4 jaar	5,1 (1,1)	4,2 (1,0)
5 jaar	4,9 (1,1)	4,3 (1,0)
6 jaar	4,9 (1,1)	4,0 (1,0)
7 jaar	4,9 (1,2)	5,9 (1,2)
8 jaar	4,0 (1,0)	6,7 (1,3)
9 jaar	4,2 (1,0)	7,5 (1,3)
10 jaar	5,0 (1,1)	4,8 (1,1)
11 jaar	4,7 (1,0)	4,9 (1,1)
12 jaar	4,7 (1,1)	4,9 (1,1)

Hyperactiviteit en ADHD in andere landen

Zoals hierboven reeds is aangegeven kwam uit het onderzoek van Robison e.a. (2002) naar voren dat tussen 1990 en 1998 het aantal diagnoses van ADHD bij kinderen tussen 5 en 18 jaar significant was toegenomen: van 19,4 per 1000 in 1990 tot 59 per 1000 in 1998.

In een ander artikel is verder gekeken naar de prevalentie van ADHD in de VS en dit is vergeleken met de prevalentie van ADHD in andere niet-VS landen. Hier komt naar voren dat de hoge prevalentie van ADHD niet alleen een Amerikaans probleem is. In

andere landen is de prevalentie vergelijkbaar. De hoogste prevalentie van ADHD komt voor bij de diagnoses die gesteld zijn aan de hand van de DSM-IV (Tabel 12). In dit onderzoek komt ook naar voren dat een aantal niet-VS landen (Zweden, Italië, Australië, IJsland en Spanje) een lagere prevalentie van ADHD hebben: hierin is geen Nederlandse onderzoek meegenomen waarbij gebruik gemaakt is van DSM-IV criteria. Aanvullende onderzoeken zouden moeten aantonen of het daadwerkelijk gaat om een lagere prevalentie (Faraone e.a., 2003).

Tabel 12 Prevalentie van ADHD volgens DSM diagnose criteria voor de VS en niet-VS landen.

	N	Gemiddelde leeftijd	Prevalentie (%)
DSM-III			
VS onderzoeken	4	9-11 jaar	9,1-12 (n=3)
Niet-VS onderzoek	7	7-11 jaar	5,8-11,2 (n=6)
DSM-III-R			
VS onderzoeken	6	8-12 jaar	7,1-12,8 (n=4)
Niet-VS onderzoek	9	6-11 jaar	3,9-10,9 (n=7)
DSM-IV			
VS onderzoeken	4	8-10	11,4-16,1 (n=4)
Niet-VS onderzoek	9	7,5-11	16-19,8 (n=5) (onderzoek met een hoge prevalentie) 2,4-7,5 (n=4) (onderzoeken met een lage prevalentie)

Bron: Faraone e.a. 2003.

Conclusie

Het is nog onduidelijk of de prevalentie van gedragsmatige en emotionele problemen stijgt.

Conclusie

Hieronder worden de belangrijkste conclusies wat betreft de trends in de prevalentie van kinderen met beperkingen beschreven.

Lichamelijke beperkingen

Wat betreft lichamelijke beperkingen zijn over het algemeen geen stijgende trends te zien in de incidentie of prevalentie in de afgelopen jaren.

Verstandelijke beperkingen

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor een stijgende trend in het aantal kinderen met een verstandelijke beperking. Er maken wel steeds meer jeugdigen met een verstandelijke beperking gebruik van het speciaal onderwijs.

Verwacht wordt dat de prevalentie van personen met een verstandelijke beperking stijgt omdat door de verbeterde medische zorg de overlevingskans van een aantal beperkingen groter is geworden. Verder wordt de prevalentie van het Down syndroom in de gaten gehouden in verband met mogelijk een stijgende trend vanwege de leeftijd van de vrouw waarop ze kinderen krijgt.

Chronische ziekte of andere stoornissen

In de incidentie van kinderen met een chronische ziekte zijn geen stijgende trends te zien. Suikerziekte is hierop een uitzondering, deze chronische aandoening komt wel

vaker voor. Verder verwacht men dat de prevalentie van een aantal aandoeningen zal stijgen omdat de personen met een aandoening zoals taaislijmziekte langer blijven leven doordat de medische verzorging verbeterd is. De registratie van een aantal aandoeningen is ook verbeterd.

Verder is er een aantal aangeboren afwijkingen dat mogelijk een stijgende tendens vertoont. Het eerder genoemde Down syndroom en gezien de (plotselinge) hoge prevalentie van kinderen met een waterhoofdje of een gaatje in het hart zal de ontwikkeling van deze afwijkingen ook nauwlettend in de registraties gevolgd worden.

Het aantal kinderen dat te vroeg geboren wordt, is in de afgelopen twee decennia gestegen van 5,4% naar 7,3%. Voor veel te vroeg geboren is het percentage zelfs verdubbeld (0,63% tot 1,13%). Vroeggeboorte (en vooral de veel te vroeg geboren) gaat gepaard met een hoger risico op het hebben van een handicap en gaat ook vaker samen met het hebben van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij kinderen die voor 37 weken zwangerschap geboren zijn maar niet veel te vroeg geboren zijn (<32 weken zwangerschap), is nog onduidelijk of zij een hoger risico lopen op allerlei beperkingen.

Stoornissen in het autismespectrum

Het aantal kinderen met stoornissen in het autismespectrum stijgt. Het is nog onduidelijk of het echt gaat om een stijging in deze stoornis. Tot op heden is er in Nederland nog geen andere verklaring voor deze toename gevonden dan een eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek van spectrum stoornissen en een verruiming van de definities en diagnostische criteria.

In onderzoeken uit de VS en Groot-Brittannië zijn aanwijzingen die er op duiden dat er een daadwerkelijke stijging in autismespectrum stoornissen te zien is, naast een toename van deze groep door verruiming van de diagnostische criteria. Betere diagnostiek kan dan nog steeds een mogelijke verklaring voor de stijgende trend.

Gedragsmatige en emotionele problemen

Het is nog onduidelijk of de prevalentie van gedragsmatige en emotionele problemen stijgt. Indien men uitgaat van de resultaten van een aantal cross-sectionele studies naar deze problemen is er eigenlijk maar een beperkte stijging te zien. Indien men echter kijkt naar het aantal kinderen dat in aanraking komt met Jeugdhulpverlening dan is er wel een duidelijke stijging te zien.

Referenties

Anthony S, Schönbeck Y, Jacobusse G.W., van der Pal-Bruin K.M. Aangeboren afwijking in Nederland 1996-2004. Gebaseerd op de landelijke verloskunde en neonatale registraties. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Berckelaer van IA. Zestig jaar autisme. NTVG 2004;148(21):1024-30.

Blokland G, Prinsen B, Kok C, van Wijngaarden J. De jeugd heeft de toekomst. Preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen, maatwerk van de GGD. Utrecht: NIZW/GGD Nederland, 2003.

Brugman E, Reijneveld SA, Den Hollander-Gijsman ME, Burgmeijer RJF, Radder JJ. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg PGO-Peiling 1997/1998: melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen, psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen. Leiden: TNO-PG, 1999.

Buitelaar JK, Kooij JJS. Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. NTVG 2000;144(36):1716-23.

Buntinx WHE. Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten 2003; 29(1).

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gezondheid en zorg in cijfers. CBS: Voorburg, 2006.

European Commission. Some elements about the prevalence of Autism Spectrum Disorders (ASD) in the European Union. European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General, 2005.

Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition. World Psychiatry 2003; 2(2): 104-13.

Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. Journal of Autism and Developmental Disorders 2003;33(4):365-82.

Gatta G, Capocaccia R, Stiller C, Kaatsch P, Berrino F, Terenziani M, and the EURO-CARE Working Group. Childhood cancer survival trends in Europe: a EURO-CARE Working group study. Journal of Clinical Oncology 2005; 223(16): 3742-51.

Grietens H, Ghesquiere P, Pijl S. Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en secundair onderwijs. Een Nederlands-Vlaamse vergelijking.

Grootenhuis MA. Late effecten na behandeling van een chronische of ernstige ziekte op de kinderteeltijd. Tijdschr Kindergeneeskd 2006;74(6):2006.

Heikens J, Somers R, Behrendt H, Oldenbruger F, Langeveld NE, Bakker PJM. Late gevolgen van oncologische behandeling bij kinderen. NTVG 1998;142(40):2191-95.

Heymans HSA, Caron H. Kanker op kinderteeltijd in Nederland (1989-1997). NTVG 2001;145(30):1442-4.

Hille ETM, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Jacobusse GW, Ens-Dokkum MH, de Groot L, et al. Functional outcomes and participation in Young adulthood for very preterm and very low birth weight infants: the Dutch POPS-study at 19 years of age. Pediatrics 2007 (in press).

Kaatsch P, Steliarova-Foucher E, Crocettie E, Magnani C, Spix C, Zambon P. Time trends of cancer incidence in European children (1978-1997): Report from the Automated Childhood Cancer Information System project. European Journal of Cancer 2006; 42:1967-71.

Klerk De MMY. Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002.

Kooiker SE. Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.

KPC. Grootgebracht en wijsgemaakt. Onderzoeksrapport naar de opvattingen van ouders en leraren over de opvoedende rol van de school. Den Bosch: KPC groep, 2003.

Lahuis B, Serra M. Autisme Spectrum Stoornissen. Landelijk Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie 2006, www.kenniscentrum-kjp.nl.

Maurice-Stam H, Hartman EE, Deurloo JA, Groothoff JW, Grootenhuis MA. Opgroei en met een chronische aandoening: levensloop en gevolgen in de jongvolwassenheid. Tijdschr Kindergeneeskd 2006;74(6):2006.

Mos J, Jurg HP, Leenders C. Jongleren met beperkingen. Een scenario-analyse voor het revalideren van kinderen in de toekomst. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.

Platt M, Cans C, Johnsons A, Surman G, Topp M, Torrioli M.G, Krageloh-Mann I. Trends in cerebral palsy among infants over very low birth weight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European Centers: a database study. The Lancet 2007; 369: 43-50.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. www.rivm.nl.

Ouden AL den, Wetenschappelijke Begeleidingscommissie van de Landelijke Neonatale Registratie. Toename van het aantal vroeggeboorten in Nederland: vergelijking van 1983 en 1993. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142: 127-31.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Advies beperkingen en mogelijkheden. Onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: RGO, 2005.

Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive Child Healthcare. Arch Ped Adolesc Med 2004; 158: 811-7 (ook verschenen als: Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Psychosociale problemen bij peuters: onderkenning en ingesteld beleid door artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneeskd 2005; 149: 133-8).

Robison LM, Skaer TL, Sclar DA, Galin RS. Is attention deficit hyperactivity disorder increasing among girls in the US? Trends in diagnosis and the prescribing of stimulants. CNS Drugs 2002;16(2):129-37.

Schoemaker C, de Ruiter C. National Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2004. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2004.

Smeeth L, Cook C, Fombonne E, Heavey L, Rodrigues LC, Smith PG, Hall AJ. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. Lancet. 2004 Sep 11-17;364(9438):963-9.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Hirasig RA, Verloove-Vanhorick. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1994/1995 Speciaal onderwijs. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1996.

Stelliarova- Foucher E, Stiller C, Kaatsch P, Berrino F, Coebergh JW, Lacour B, Parkin M. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet* 2004; 364:2097-105.

Verhulst FC, Verheij F, Ferdinand RF. *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*. Assen: Van Gorcum, 2003.

Vollebergh W.A.M. *Geestelijke gezondheid van adolescenten. Een voorstudie*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2005.

Wouwe van JP, Mattiazzo GF, Mokadem N el, Reeser HM, Hirsing RA. De incidentie en de eerste symptomen van diabetes mellitus type 1 bij 0-14-jarigen in Nederland, 1996-1999. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2004; 148(37): 1824-9.

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Reijneveld M, Keuzenkamp S. *Kinderen in Nederland*. Den Haag: SCP/TNO, 2005.

Zwirs B. *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. Proefschrift, Universiteit Utrecht, 2006.

B Jeugdzorg in het algemeen en jeugd-ggz in het bijzonder

Inleiding

In dit document wordt beschreven hoe de jeugdzorg in Nederland is georganiseerd. Eén onderdeel hierbinnen, namelijk de geestelijke gezondheidszorg, krijgt hierbij bijzondere aandacht. De zorg voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg) wordt in dit document grotendeels buiten beschouwing gelaten aangezien de indicering hiervan apart geregeld is en deze uitgebreid aan bod komt in de bijlage over de AWBZ. Andere vormen van jeugdzorg (provinciaal gefinancierde jeugdzorg en civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen (JJI's)) worden globaal besproken

Om een goed beeld te krijgen van de jeugdzorg en de ontwikkelingen daarbinnen wordt aandacht besteed aan diverse onderdelen en gerelateerde aspecten van de jeugdzorg. Naast een korte omschrijving van de jeugdzorg (paragraaf 1), wordt in paragraaf 2 uitvoering, toezicht en bekostiging van de jeugdzorg beschreven. Vervolgens komen aan de orde: de indicatiestelling (paragraaf 3), aandachtspunten in de uitvoering van de jeugdzorg (paragraaf 4), de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen binnen de jeugdzorg (paragraaf 5), de mogelijke oorzaken van toename gebruik jeugd-ggz (paragraaf 6) en alternatieve/aanvullende regelingen voor de jeugdzorg doelgroep (paragraaf 7).

1. Jeugdzorg kort omschreven

Inhoud, doel en doelgroep

In de Wet op de jeugdzorg (WJZ) zijn de kaders vastgelegd voor alle voorzieningen op het gebied van jeugdzorg. Jeugdzorg bestaat uit alle geïndiceerde zorg aan ouders en kinderen (van 0 tot 18 jaar¹³) om ernstige opgroei- en opvoedproblemen op te lossen:

1. Provinciaal gefinancierde zorg (voorheen 'jeugdhulpverlening')
2. Jeugd geestelijke gezondheidszorg (ggz)
3. Zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (Lvg)
4. Civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen (JJI's).

Binnen de WJZ is geregeld dat er (op provinciaal niveau) één toegang is tot alle voorzieningen voor (gespecialiseerde en geïndiceerde) jeugdzorg: het bureau jeugdzorg (BJZ). Jeugdzorg dient te worden aangeboden wanneer algemene voorzieningen zoals onderwijs, jeugdgezondheidszorg of maatschappelijk werk niet afdoende ondersteuning bieden bij het oplossen van opgroei- en opvoedproblemen.

Het doel van de WJZ is tweeledig: 1) betere zorg voor jeugdigen en hun ouders en het versterken van hun positie en 2) het centraal stellen van de cliënt in een transparant, eenvoudig georganiseerd stelsel van jeugdzorg.

De jeugdzorg vormt een schakel binnen de keten van voorzieningen die voor jeugdigen beschikbaar zijn. Andere schakels in de keten die aan de jeugdzorg raken zijn de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en maatschappelijke ondersteuning (MO).

Het verschil tussen jeugdzorg en JGZ en MO zit voornamelijk in de doelgroep waarop jeugdzorg zich op richt en de intentie van de geboden zorg: - jongeren met ernstige

¹³ Jeugdzorg aan oudere jongeren (tot 23 jaar) is mogelijk wanneer het bureau jeugdzorg het noodzakelijk vindt om de hulp bij opgroei- en opvoedproblemen voort te zetten.

problemen (v.s. jongeren met minder ernstige problemen) en - curatieve zorg (v.s. preventieve zorg)¹⁴.

Afbakening Jeugdzorg v.s. Jeugdgezondheidszorg en Maatschappelijke ondersteuning

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is (gemeentelijk geregisseerde) zorg met een preventief karakter. Gemeenten brengen de uitvoering van deze zorg onder bij thuiszorgorganisaties (jeugdigen van 0 tot 4 jaar) en de GGD voor (jeugdigen van 4 jaar en ouder). Bij JGZ kan men denken logopedie en vaccinaties maar ook aan opvoedingsondersteuning en sociale vaardigheidstrainingen bij beginnende problematiek. De uitvoering van deze zorg is geregeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). De WCPV richt zich op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Maatschappelijke ondersteuning (MO) is (gemeentelijk geregisseerde) ondersteuning voor kwetsbare groepen. MO is geregeld in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). De Wmo heeft ten doel het mogelijk maken dat alle burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij. In het kader van de Wmo kan een gemeente een breed scala van ondersteuningsinterventies bieden waaronder ook op preventie gerichte ondersteuning voor jeugdigen met problemen met opgroeien en voor ouders met problemen met opvoeden.

Binnen beide voorzieningen is dus ruimte voor vergelijkbare interventies.

JGZ en MO hebben in wezen dezelfde overstijgende doelstelling als jeugdzorg, namelijk de bevordering van de kwaliteit van leven van burgers.

Jeugd-ggz.

Geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen bestaat uit klinische zorg en behandeling, dagbehandeling, ambulante behandeling en combinaties hiervan. De zorg wordt gegeven door de jeugdafdelingen van de riaggs, de geïntegreerde instellingen voor ggz, de algemene psychiatrische ziekenhuizen en kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen. De afzonderlijke riaggs gaan in toenemende mate op in de geïntegreerde instellingen voor ggz.

Jeugd-ggz wordt afgenomen als zorg in natura (ZIN) of als persoonsgebonden budget (PGB) waarmee de cliënt zelf de zorg inkoop.

Toegang tot jeugdzorg

Bureau jeugdzorg is vrij toegankelijk voor jeugdigen (tot 18 jaar) en hun ouders. Cliënten kunnen ook door derden verwezen worden naar bureau jeugdzorg. De algemene (eerstelijns-) voorzieningen, zoals de huisarts, de jeugdgezondheidszorg, scholen, bureau MEE en algemeen maatschappelijk werk verwijzen de jeugdigen en hun ouders door naar bureau jeugdzorg wanneer zij denken dat jeugdzorg nodig is.

Verder heeft bureau jeugdzorg de taak zelf initiatief te nemen als zij op het spoor komt van zorgwekkende opgroei- en opvoedingssituaties. Ook bepaalt bureau jeugdzorg welke zorg nodig is voor cliënten die door de rechter onder toezicht of onder voogdij zijn gesteld en voor cliënten met een jeugdreclasseringmaatregel (jeugdzorg in gedwongen kader). Als bureau jeugdzorg zich zorgen maakt over de veiligheid van de aangemelde jeugdige, schakelt zij de Raad voor de Kinderbescherming in voor een

¹⁴ Strikt genomen valt de uitvoering van sancties niet onder de zorg van bureau jeugdzorg. Aangezien met sommige sancties echter ook pedagogische doelen worden nagestreefd, zijn deze ook te beschouwen als jeugdzorg.

onderzoek. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) maakt deel uit van het bureau jeugdzorg, maar vormt een aparte toegang.

Indien er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek kan een huisarts (zonder tussenkomst van bureau jeugdzorg) rechtstreeks verwijzen naar de jeugd-ggz.

Historisch perspectief

Voor invoering van de Wet op de jeugdzorg waren de verschillende vormen van zorg bereikbaar via verschillende ingangen (huisarts, jeugd-ggz, Lvg-sector). Met uitzondering van de Lvg-sector beoordeelden de zorgaanbieders zelf of iemand in aanmerking kwam voor zorg.

Halverwege de jaren 90 werd de eerste aanzet tot het huidige beleid gedaan. De regeringsnota 'Regie in de jeugdzorg' (1994) verscheen. In deze nota stond een meer clientgerichte en samenhangend aanbod van jeugdzorg centraal. Het doel was te komen tot een nieuw jeugdzorgstelsel met één centrale toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg: bureau jeugdzorg. In de periode 1994 – 1998 zijn vervolgens de (eerste) bureaus jeugdzorg opgericht. In 1998 besloot de toenmalige regering de ontwikkelingen in de jeugdzorg te verankeren in een nieuwe wet. De Wet op de jeugdhulpverlening zou daarmee verdwijnen. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in de Wet op de jeugdzorg die op 1 januari 2005 in werking is getreden.

2. Uitvoering, toezicht en bekostiging jeugdzorg

Betrokken partijen

Er zijn diverse partijen betrokken bij het toezicht op en de uitvoering en bekostiging van de jeugdzorg. De ministeries van VWS en Justitie dragen de eindverantwoordelijkheid over het stelsel van jeugdzorg.

De inspectie jeugdzorg is aangesteld als onafhankelijk toezichthouder (sinds 1988). Zij moet in het kader van de geïndiceerde jeugdzorg toezicht houden op de volgende organisaties: bureaus jeugdzorg, jeugdzorgaanbieders, justitiële inrichtingen, vergunninghouders voor interlandelijke adoptie, opvangvoorzieningen voor alleenstaande minderjarige asielzoekers en de Raad voor de Kinderbescherming.

De justitiële inrichtingen vallen rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van minister van Justitie. De civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen worden gefinancierd vanuit de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen.

De provincies en grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor bureau jeugdzorg en de door de Wet op de jeugdzorg gefinancierde zorg: provinciaal gefinancierde zorg (inclusief jeugdbescherming en jeugdreclassering). Zij ontvangen hiervoor twee doeluitkeringen van het Rijk. Eén voor het zorgaanbod (de hulp) en één voor het bureau jeugdzorg. Aan de doeluitkering van bureau jeugdzorg voegt de minister van Justitie de middelen voor de uitvoering van de jeugdbescherming en de jeugdreclassering toe. De zorgverzekeraars doen dat voor de indicatiestelling voor de jeugd geestelijke gezondheidszorg.

Jeugd-ggz en zorg voor licht gehandicapte jeugdigen worden gefinancierd vanuit de AWBZ. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor alle AWBZ-gefinancierde zorg (zie bijlage AWBZ voor een nadere toelichting).

Bureau jeugdzorg en het CIZ zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van de jeugdzorg (zie paragraaf 3 voor een nadere omschrijving van de indicatiestelling).

Daarnaast heeft bureau jeugdzorg de taak om het zorgtraject van de cliënt te volgen en te evalueren (casedossier/casemanagement).

De jeugdzorg wordt uitgevoerd door de zorgaanbieders. Op basis van een indicatie (van bureau jeugdzorg of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)) maken zij, in samspraak met de jeugdige en zijn verzorgers, een hulpverleningsplan.

Kosten

In 2004 is er bijna €1,9 miljard uitgegeven aan jeugdzorg¹⁵. In 2000 -2003 was dit respectievelijk €1,2, €1,3, €1,6 en €1,8 miljard.

Het gerealiseerde budget voor de jeugd-ggz is in 2003 en ook in 2004 €421 miljoen. In 2000, 2001 en 2002 was dit respectievelijk €62, €75 en €31 miljoen (www.jeugdzorg.nl).

Voor 2007 worden de kosten geraamd op €2,1 miljard, waarvan 420 miljoen voor jeugd-ggz (VWS, 2007).

3. Indicatiestelling jeugdzorg

Hoe wordt de indicatie gesteld?

Bureau jeugdzorg en het CIZ verzorgen de indicatiestelling voor de jeugdzorg: het CIZ verzorgt de indicatiestelling van de Lvg-sector en bureau jeugdzorg de indicatiestelling van alle overige jeugdzorg.

Bureau jeugdzorg boordeelt of jeugdzorg noodzakelijk is. Hierbij bekijkt zij of het gezin en de omgeving (een deel van) de problemen zelf kunnen oplossen. De jongere en de ouders praten mee over het vaststellen van de indicatie door het bureau jeugdzorg. Samen wordt het probleem omschreven en welke zorg daarvoor nodig is. Daarbij wordt rekening gehouden met de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de personen.

Voor de indicatiestelling zijn geen eisen gesteld met betrekking tot het gebruik van diagnostische instrumenten of classificatiesystemen, de wijze waarop de aard en de ernst van de problematiek en de doelen van de zorg moeten worden geregistreerd.

Het ontwerp indicatiebesluit van bureau jeugdzorg dient te worden voorgelegd aan een gekwalificeerde gedragswetenschapper.

Indicatiebesluit – inhoud en eisen

In het indicatiebesluit moeten de volgende punten worden aangegeven:

- de problemen of dreigende problemen van de cliënt, de ernst en de mogelijke oorzaken daarvan;
- de benodigde zorg en het met de zorg beoogde doel;
- de duur van de zorg, gerekend van af het moment dat de zorg is begonnen (maximale duur is 1 jaar)¹⁶;
- de termijn waarbinnen de aanspraak op Jeugdzorg tot gelding moet zijn gebracht. (maximale duur is 13 weken);
- een advies wie de zorg kan of kunnen verlenen;
- of coördinatie van de zorg gewenst is en zo ja wie dat het beste kan uitvoeren.

¹⁵ Provinciaal gefinancierde zorg, jeugd-ggz, jeugd-Lvg en JJI's.

¹⁶ Uitzonderingen zijn van toepassing binnen de pleegzorg, AWBZ en voor vreemdelingen.

Indien ten behoeve van 1 jeugdige meerdere cliënten (bijvoorbeeld ook de ouders) aangewezen zijn op jeugdzorg dan geven de indicatiebesluiten de samenhang aan.

De aanspraak op jeugdzorg vervalt indien de aanspraak niet binnen de gestelde termijn tot gelding is gebracht of als de aangegeven duur van de zorg verstreken is. Indien voorzien wordt dat de zorg waarop de cliënt is aangewezen niet op tijd beschikbaar is kan bureau jeugdzorg vervangende zorg aanduiden. Daarvan kan de cliënt gebruik maken tot het moment waarop de aangewezen zorg beschikbaar komt.

N.B. met ingang van 1 april 2007 verandert de indicatiestelling voor de AWBZ-gefinancierde zorg. In geval er sprake is van de functie verblijf moet bureau jeugdzorg de indicatiestelling vaststellen in zorgzwaartepakketten.

Ernstige jeugd-ggz – geen indicatieverplichting

Wanneer er een vermoeden is van ernstige psychiatrische problematiek is een algemene diagnose door de (huis)arts voldoende. Jeugd-ggz stelt vervolgens zelf een specifieke diagnose en behandelplan op. In dit geval is er dus geen sprake van (onafhankelijke) indicering.

Lvg-zorg en niet vrijwillige zorg – afwijkende indicatieprocedure

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert of en welke zorg Lvg-jongeren nodig hebben (zie de bijlage over de AWBZ voor een nadere toelichting).

Een deel van de toegang tot het zorgaanbod in de jeugdzorg verloopt in een niet vrijwillig kader. Voor cliënten die door de rechter onder toezicht of onder voogdij zijn gesteld en voor cliënten met een reclasseringsmaatregel bepaalt bureau jeugdzorg welke zorg nodig is. Bureau jeugdzorg kan in het indicatiebesluit opnemen dat een jeugdige in een justitiële jeugdinrichting geplaatst moet worden. De rechter moet voor deze plaatsing toestemming (een machtiging) geven. De Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie bepaalt vervolgens in welke instelling de jongere geplaatst wordt.

Voor jeugdigen die als gevolg van een maatregel in het kader van het strafrecht in justitiële inrichtingen komen is geen indicatie van het bureau jeugdzorg nodig.

4. Aandachtspunten in de uitvoering van de jeugdzorg

Wachlijsten

Binnen de jeugdzorg is de wachtlijstproblematiek zeer actueel. Begin 2006 was er sprake van aanzienlijke wacht- en doorlooptijden. Er is in 2006 hard gewerkt aan oplossingen hiervoor.

Het kabinet stelde in 2006 €43 miljoen beschikbaar voor het terugdringen van wachttijden en het opvangen van groei binnen de *provinciale jeugdzorg*. Deze investering moest leiden tot het opvangen van 5.800 op zorg wachtende kinderen. Uit provinciale voortgangsrapportages (VWS, oktober 2006) blijkt dat de investering effect heeft gehad. Op 1 oktober 2006 waren er ruim 3.000 extra kinderen in de zorg opgenomen, oftewel 58% van de voorafgestelde target.

Ook in de jeugd-ggz zijn de wachttijden aanzienlijk. Het aantal jeugdigen dat *gemiddeld*¹⁷ langer dan de norm wacht op behandeling in de jeugd-ggz nam in 2004 met

¹⁷ Het gemiddelde aantal wachtenden is berekend over twee peildata (1 januari van het betreffende jaar en 1 januari van het volgende jaar).

15% toe ten opzichte van het jaar ervoor¹⁸. In 2004 waren er gemiddeld 1.155 jeugdigen (30% van de cliënten) die moesten wachten. In 2003 waren dit er 1.008 (24% van de cliënten) (www.jeugdzorg.nl). Het kabinet stelde in 2006 €31 miljoen beschikbaar voor de *jeugd-ggz*. Hier stond een prestatie-afspraken van ruim 9.000 kinderen tegenover. In hoeverre deze investering effect heeft gehad is nog niet bekend.

Naast wachten op provinciale zorg en jeugd-ggz moeten jeugdigen ook vaak lang wachten voordat zij worden geholpen en/geïndiceerd door bureau jeugdzorg zelf. In 2003 (meest recente cijfers) nam het *gemiddelde*¹⁹ aantal jeugdigen dat langer dan vijf werkdagen moest wachten op een vervolgggesprek, ten opzichte van 2002, toe met 20 procent (2700 t.o.v. 2255). Het gemiddelde aantal wachtenden op ambulante hulp van bureau jeugdzorg zelf²⁰ is ook sterk gestegen. In 2004 zijn er vijf en een half keer zoveel wachtenden als in 2003 (960 t.o.v. 174). De gemiddelde doorlooptijd - de tijd die verstrijkt tussen aanmelding en indicatiebesluit - bij de bureaus jeugdzorg is in 2004 twee keer langer dan de norm van 55 werkdagen. Ten opzichte van 2003 is de doorlooptijd niet afgenomen (www.jeugdzorg.nl).

Kwaliteit geboden zorg

In de jeugdzorg zijn diverse voorzieningen samengebundeld. De Wet op de jeugdzorg beoogde een omslag te maken van aanbod- naar vraagsturing. In de praktijk blijkt het beschikbare aanbod echter nog te vaak de indicatie te bepalen (VWS, november 2006). Wachtlijsten in één voorziening in de jeugdzorg worden weggewerkt door naar andere voorzieningen door te verwijzen (binnen en/of buiten de jeugdzorg). Een goed functionerende regisseur (bureau jeugdzorg) is dus onontbeerlijk.

Dit belang wordt onderkend door de sector. Zo heeft de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) een Certificatieschema 'Instellingen voor Jeugdzorg' vastgesteld. VWS heeft een subsidie van €50.000 gegeven voor landelijke ondersteuning, training en begeleiding hierbij (voor een periode van twee jaar). Doel is dat zorgaanbieders uiterlijk 1 januari 2008 in het bezit zijn van een certificaat (VWS, september 2006).

De kwaliteit van jeugdzorg is daarnaast ook afhankelijk van de kwaliteit van het jeugdbeleid in het algemeen. Verschillende schakels in het jeugdbeleid zoals jeugdgezondheidszorg en MO zijn niet los van elkaar te beoordelen. In het Interdepartementaal beleidsonderzoek wordt aandacht besteed aan dit integrale aspect van jeugdbeleid (november 2006). Er wordt een aantal aanbevelingen gegeven met als doel te komen tot beter en effectiever jeugdbeleid (een daardoor minder instroom in de jeugdzorg). Het betreft onder andere 1) meer nadruk op preventie, 2) prestatie-afspraken met daaraan gekoppeld financiële prikkels gericht op de aansluiting lokale voorzieningen en jeugdzorg (gemeente ontvangt bonus bij lagere instroom en betaalt mee bij hogere instroom in geïndiceerde jeugdzorg), 3) het transparant maken van prestaties (benchmarks) en 4) effectmetingen van interventies en zorgprogramma's.

¹⁸ De norm voor een aanvaardbare wachttijd tussen indicatiestelling en start behandeling is 6 weken voor ambulante behandeling en 7 weken voor klinische behandeling. Jeugdigen die wachten op zorg van een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut zijn buiten beschouwing gelaten.

¹⁹ Het gemiddelde aantal wachtenden is berekend over drie peildata (begin, halverwege en eind van het jaar).

²⁰ Iemand wordt gedefinieerd als wachtende op ambulante hulp van bureau jeugdzorg wanneer hij langer dan 10 werkdagen moet wachten.

Overheveling jeugdzorg justitiële jeugdinrichtingen

Binnen het domein van de niet vrijwillige jeugdzorg zijn ingrijpende veranderingen op komst. Op dit moment worden in de justitiële jeugdinrichtingen nog twee verschillende categorieën jongeren geplaatst. Namelijk jongeren met een strafrechtelijke veroordeling en jongeren met opgroei- of opvoedingsproblemen die om die reden uit huis zijn geplaatst. Vanaf 1 januari 2008 zal echter gestart worden met de overheveling van capaciteit van de justitiële jeugdinrichtingen naar de gesloten jeugdzorg (provinciaal gefinancierde jeugdzorg). Jongeren met opgroei- of opvoedingsproblemen zullen worden opgevangen in de gesloten jeugdzorg. Jongeren met een strafrechtelijke veroordeling blijven geplaatst in de justitiële jeugdinrichtingen. Het doel van deze scheiding is te komen tot een beter op de doelgroep afgestemd zorgaanbod, waardoor op de lange termijn minder jongeren met justitie in aanraking zullen komen. Het overhevelingsproces zal een aantal jaren in beslag nemen.

Ervaringen met de indicatiestelling

Bij de totstandkoming van de Wet op de jeugdzorg is ervoor gekozen om de indicatiestelling voor jeugdigen met problemen te concentreren binnen het bureau jeugdzorg. Dit betekende onder meer dat de indicatiestelling voor jeugd-ggz in het bureau jeugdzorg ondergebracht moest worden.

Voor de *jeugd-ggz* is dat formeel geregeld bij de inwerkingtreding van de wet (1 januari 2005). Het is echter gebleken dat de indicering van jeugd-ggz via bureau jeugdzorg in de praktijk maar ten dele tot stand is gekomen.

In de huidige situatie mag de (huis)arts een cliënt namelijk *alleen* in geval van een vermoeden van ernstige psychiatrische problematiek, rechtstreeks naar de jeugd-ggz verwijzen (zonder tussenkomst van bureau jeugdzorg). In de praktijk loopt echter komt een klein deel van de jeugd-ggz cliënten binnen via bureau jeugdzorg. De toestroom naar jeugdzorg verloopt in het merendeel van de gevallen via het medische circuit (huisarts, ziekenhuis). Maar 18% van de jeugd-ggz cliënten is verwezen door jeugdzorg (GGZ Nederland, december 2006). De cliënten zijn dus niet in beeld bij bureau jeugdzorg.

Binnen de jeugdzorg is men momenteel bezig de kwaliteit van de indicatiestelling te verbeteren. De Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep) is gestart met het verbetertraject Indiciestellingen Bureaus Jeugdzorg (VIB). Ook is de MOgroep betrokken bij het kader integraal indiceren dat verschillende trajecten rond indicatiestelling binnen jeugdzorg, speciaal onderwijs en AWBZ-zorg met elkaar verbindt.

Naast de indicatiestelling in het algemeen heeft de indicatiestelling van jeugd-ggz in het bijzonder, de aandacht. Het blijkt namelijk dat de toeleiding van bureau jeugdzorg naar de jeugd-ggz vaak traag is en dat er weinig samenwerking is tussen beide partijen. (Inspectie voor de gezondheidszorg/Inspectie jeugdzorg, september 2006).

Om de toegang naar jeugd-ggz te versnellen en te verbeteren is betere samenwerking tussen bureaus jeugdzorg en de jeugd-ggz is noodzakelijk. De invoering van het 'protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek' is hiervoor een belangrijke stap (VWS, september 2006). Dit protocol gaat uit van een globale(re) indicatiestelling (door bureau jeugdzorg) in een relatief kort tijdbestek.

5. Kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen binnen de jeugdzorg

Inleiding

In deze paragraaf wordt gekeken naar de ontwikkelingen binnen de provinciale jeugdzorg, de jeugd-ggz en de justitiële jeugdzorg²¹ besproken. De cijfers over de Lvg-jeugd worden buiten beschouwing gelaten. De nadruk ligt op de ontwikkelingen binnen de jeugd-ggz.

Opgemerkt moet worden dat de beschikbare cijfers een lage betrouwbaarheid hebben en niet compleet zijn. Met name de cijfers afkomstig van bureau jeugdzorg zijn discutabel. Binnen bureau jeugdzorg blijken geen eenduidige definities te worden gehanteerd over bijvoorbeeld het registreren van aanmeldingen/eerste contacten met potentiële cliënten: sommige bureaus tellen iemand al mee als cliënt wanneer een brochure wordt aangevraagd en anderen registreren iemand pas wanneer er een duidelijke zorgvraag is geformuleerd²². Bij de interpretatie van onderstaande ontwikkelingen en conclusies die daaruit worden getrokken is dus enige voorzichtigheid geboden.

Jeugdzorg algemeen

In 2004 kreeg de jeugdzorg te maken met ruim 134.000 nieuwe aanvragen/aanmeldingen. Ongeveer 33.000 van deze aanmeldingen verliepen zonder tussenkomst van bureau jeugdzorg (direct naar jeugd-ggz). Bij alle andere aanmeldingen was bureau jeugdzorg wel betrokken. Als we kijken naar de ontwikkeling over de jaren heen dan valt op dat met name het aantal aanmeldingen bij het Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK) en rechtstreeks bij de jeugd-ggz toeneemt.

Binnen de jeugdzorg is jeugd van allochtone afkomst oververtegenwoordigd in de zwaardere vormen van zorg (VWS, september 2006). Het gaat hier met name over justitiële jeugdinrichtingen (JJI) en ondertoezichtstelling (OTS).

Uit tabel 1 zou men kunnen afleiden dat het totaal aantal nieuwe cliënten binnen de jeugdzorg niet toeneemt. Immers het aantal cliënten binnen de provinciaal gefinancierde zorg neemt af en het aantal nieuwe cliënten binnen de jeugd-ggz en de justitiële jeugdzorg neemt toe. Echter, zoals hierboven al is opgemerkt zijn de cijfers over met name de provinciaal gefinancierde jeugdzorg niet erg betrouwbaar. Bovendien is er in 2003 een verandering in registratie doorgevoerd die de daling van zorgafname (in 2003 t.o.v. 2002) verklaart: vanaf 2003 maakt niet geïndiceerde ambulante zorg geen onderdeel meer uit van de landelijke registratie provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Over het totale aantal cliënten in de jeugdzorg valt dan ook weinig te zeggen.

Tabel 1 Instroom en gebruik jeugdzorg tot 18 jaar (x 1.000)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aanmelding/eerste contactpunt							134	
Jeugd-ggz			25	25	27	31	33	
Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK)	16	19	21	23	25	29	34	38
Vrijwillige toegang BJZ			51	53	52	49	52	60
Jeugdbescherming							8	
Jeugdreclassering							7	

²¹ Hier gedefinieerd als civiele plaatsingen in JJI's, voogdij en ondertoezichtstelling (OTS).

²² Er wordt momenteel gewerkt aan het formuleren en implementeren van eenduidige definities (VWS).

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nieuwe cliënten (zorg gestart)								
Prov. Gefinanc. jeugdzorg ²³			-	24	26	26	20	
Jeugd-ggz						83	88	92
<i>Jeugd-ggz tot 18 jaar</i>			37	37	41	41	45	
<i>Jeugd-ggz 18 jaar en ouder²⁴</i>						42	43	
Justitiële jeugdzorg ²⁵							20	
<i>Justitiële jeugdinrichtingen²⁶</i>	2	2	2	3	3	4	5	
<i>(V)ots, voogdij en jeugdreclassering</i>							15	
Totaal aantal cliënten								
Prov. Gefinanc. jeugdzorg ²⁷	79	87	97	102	105	48	-	
Jeugd-ggz						159	175	187
<i>Jeugd-ggz tot 18 jaar</i>			53	59	70	76	84	88
<i>Jeugd-ggz 18 jaar en ouder²⁸</i>						83	91	99
Justitiële jeugdzorg ²⁹	38	40	42	44	45	-	57	
<i>Justitiële jeugdinrichtingen³⁰</i>	5	5	6	7	7	8	9	
<i>(V)ots, voogdij en jeugdreclassering</i>	33	35	36	37	38		48	

Noot: cijfers zijn overgenomen van www.jeugzorg.nl, memo VWS (2007) en GGZ Nederland (2006). N.B. veel cijfers zijn gebaseerd op globale schattingen met een beperkte betrouwbaarheid en validiteit.

Jeugd-ggz

Over de deelsector jeugd-ggz is het beeld vrij compleet. Uit bovenstaande tabel komt naar voren dat het totale aantal cliënten in de jeugd-ggz sterk toeneemt, sterker dan alleen de instroom. Deze sterke toename wordt voor een groot deel veroorzaakt door de toenemende behandelduur van ggz-cliënten. De gemiddelde behandelduur in de jeugd-ggz is tussen 2000 en 2004 toegenomen met 26 weken (van 30 naar 56 weken). Daarbinnen groeit de gemiddelde behandelduur van de gecombineerde zorgtypen veel sterker dan van de overige typen (van 26 naar 87 weken). Ter vergelijking, de behandelduur in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is tussen 1998 en 2003 redelijk stabiel gebleven (in 2003 11 maanden). Binnen de justitiële jeugdzorg is over de periode 1998 – 2004 sprake van dalende tendens van de behandelduur (www.jeugdzorg.nl).

²³ Vanaf 2003 maakt de niet geïndiceerde ambulante zorg geen onderdeel meer uit van de landelijke registratie provinciaal gefinancierde jeugdzorg, waardoor het totale aantal gebruikers t.o.v. de jaren ervoor veel lager is.

²⁴ De volwassen cliënten betreft ouders van wie het kind behandeld wordt in de jeugd-ggz en oudere jongeren tot 23 jaar. De behandeling van de ouders is direct gerelateerd aan de problematiek van het kind.

²⁵ Exclusief alleenstaande minderjarige asielzoekers met een voogd.

²⁶ Zowel civiele als strafrechtelijke plaatsingen.

²⁷ Zie voetnoot 11.

²⁸ Zie voetnoot 12.

²⁹ Exclusief alleenstaande minderjarige asielzoekers met een voogd.

³⁰ Zowel civiele als strafrechtelijke plaatsingen. Naar schatting is ongeveer de helft van de plaatsingen civiel. Er is niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen. Het daadwerkelijke aantal zal naar schatting ongeveer 2.000 lager liggen (in 2004 lag het aantal inclusief dubbeltelling op 2.000).

Cijfers over 2005 wijzen uit dat ruim 95% van de cliënten in de jeugd-ggz, gebruikers van ambulante hulp betreft (GGZ Nederland, december 2006). Binnen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg maken cliënten gebruik van residentiële hulp (33%), ambulante hulp (24%), pleegzorg (24%) en daghulp (19%). Laatste genoemde percentages gaan over 2003 (www.jeugdzorg.nl).

Verreweg de meest voorkomende stoornissen binnen de jeugd-ggz zijn ontwikkelings- en gedragsstoornissen (bij 51% van de cliënten in 2005). Andere voorkomende stoornissen zijn angst- en stressgebonden stoornissen (9%), stemmingsstoornissen (8%) en overige stoornissen (32%). Onder overige stoornissen vallen onder andere opvoedings- en gezinsproblemen (GGZ Nederland, december 2006).

6. Mogelijke oorzaken groei jeugd-ggz

De groei van het gebruik van jeugdzorg lijkt, afgaande op de beschikbare cijfers, grotendeels veroorzaakt te worden door de toenemende behandelduur van jeugd-ggz cliënten. Andere mogelijke verklaringen voor de groei zijn dat er toe nu toe altijd sprake is geweest van onderconsumptie in de jeugd-ggz, dat de zorgvrager mondiger is geworden en de weg beter weet te vinden, dat het aantal jongeren met psychische problemen toeneemt en dat de ontwikkelingen in de huidige maatschappij de vraag naar jeugd-ggz vergroot.³¹

Verklaringen voor toenemende behandelduur

Een mogelijke verklaring voor de toenemende behandelduur kan zijn dat verschillende zorgtypen (ambulant, deeltijd, klinisch) na elkaar worden ingezet, waardoor de totale behandeling langer duurt (www.jeugdzorg.nl). Een andere verklaring kan zijn dat er sprake is van (langere) tussentijdse wachttijden. De jongere staat al ingeschreven als cliënt en moet wachten op (vervolg)zorg. Ook kan de extramuralisering een rol spelen: wellicht bestaat zorg nu vaker uit langdurige begeleiding van het kind en/of de ouder dan uit (kortdurende) opname. Daarbij kan het zijn dat er vaker langdurige maar niet-intensieve ondersteuning wordt gegeven zoals maandelijkse ouderbegeleiding. Ook wordt er de laatste jaren vaker (en langer) medicatie zoals bijvoorbeeld Ritalin (voor ADHD) gegeven.

Om uitsluitsel te krijgen over de rol van verschillende factoren in de toenemende behandelduur, dient nader onderzoek te worden gepleegd.

Onderconsumptie en de weg vinden naar zorg

Op basis van recent onderzoek wordt geconcludeerd dat er in de jeugd-ggz sprake is van onderconsumptie van zorg (Sytema, Gunther, Reelick, Drukker, Pijl en van 't Land, 2006). 7% van de jeugd zou jaarlijks behoefte hebben aan geestelijke gezondheidszorg. Echter slechts 2,5% van de jongeren maakt jaarlijks gebruik van de ggz. Gezien de onderconsumptie is het niet verbazend dat de vraag en het gebruik van jeugd-ggz toeneemt. Zeker als men beseft dat het taboe om hulp te vragen is verminderd en er meer kennis is over de stoornissen en over de weg naar zorg. GGZ Nederland verwacht dan ook dat het gebruik in 2007 nog verder zal stijgen.

Toename psychische problemen?

De bevindingen betreffende de toename van het aantal jongeren met psychische problemen zijn niet eenduidig (Sytema et al. 2006). In het onderzoek van Sytema wordt

³¹ De opsomming van mogelijke oorzaken is logischerwijs niet volledig. De hier genoemde oorzaken zijn geselecteerd op basis van aansluiting met de bestaande cijfers, actueel onderzoek en geluiden uit het veld.

een studie van Verhulst, van der Ende en Rietbergen (1997) aangehaald. Hieruit bleek dat in Nederland geen dramatische toename van psychische problemen (is waargenomen over de periode 1983 – 1993³². Inzicht over recentere jaren in Nederland ontbreekt. Uit een Engelse studie van Collishaw, Maughan, Goodman en Pickles (2004) blijkt daarentegen dat de problemen in Engeland in het laatste decennium van de vorige eeuw nog zijn toegenomen.

Maatschappelijke ontwikkelingen, meer risico op ggz-gebruik?

In het eerder genoemde onderzoek van Sytema et al. (2006) is ook gekeken naar risicofactoren voor het ggz-gebruik. Hieruit blijkt dat zowel ontwikkelingsfactoren (bijvoorbeeld lengte bij geboorte) als externe factoren gerelateerd zijn aan het gebruik van ggz. Bij externe factoren gaat het hier om ongunstige gezins- en buurtomstandigheden zoals eenoudergezinnen. Onderzoek over de invloed van deze factoren over tijd (jaren) ontbreekt. Wel is bijvoorbeeld bekend dat het aantal eenoudergezinnen de afgelopen decennia is toegenomen.

7. Alternatieve/aanvullende regelingen voor de jeugdzorg doelgroep

Jeugdigen die gebruik maken van de jeugdzorg kunnen, indien daar noodzaak toe is (en zij voldoen aan de indicatiecriteria), ook speciaal onderwijs (cluster 3 of 4) volgen. Het ontvangen van jeugdzorg (provinciaal gefinancierd of jeugd-ggz via de AWBZ) is bovendien één van de indicatiecriteria waaraan een jongere moet voldoen om in aanmerking te komen voor een cluster 4 indicatie.

Bronnen

www.inspectiejeugdzorg.nl

www.jeugdzorg.nl

www.minvws.nl

Publicaties/schriftelijke informatie

- Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg (VWS, januari 2005).
- Jeugdzorg op orde (T. van Yperen, M. Loeffen, G van den Berg en L. Lekkerkerker, 20 december 2005).
- Relatie tussen de WCPV en de Wmo (C.B. Walg, januari 2006).
- Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek (Q. v.d. Zijden en K. Diephuis, 31 maart 2006).
- Kamerstuk 'Prestatie-afspraken wachttijden jeugdzorg' (VWS, 17 mei 2006)
- Werken aan verbetering, Jaarverslag 2005 (Inspectie jeugdzorg, 13 juni 2006).
- Kamerstuk 'Indicatiestelling LVG-jeugd' (VWS, 22 juni 2006).
- Toegang jeugd-ggz kan sneller en beter (Inspectie voor de gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg, 12 september 2006).
- Kamerstuk 'Voortgangsrapportage jeugdbeleid' (VWS, 25 september 2006).
- Kamerstuk 'Stand van zaken aanpak wachttijden' (VWS, 25 oktober 2006).
- Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg (BMC, 1 november 2006).
- Het kind en de rekening, Eindrapportage van de werkgroep IBO financiering jeugdbeleid (1 november 2006).
- Kader integraal indiceren (Q. v.d. Zijden en K. Diephuis, november 2006).

³² In dit onderzoek werd een representatieve steekproef van 13-18 jarigen uit de bevolking getrokken. De respondenten werden aan diverse tests onderworpen waaronder de Child Behaviour Checklist (CBCL) voor het meten van psychische problemen. Het onderzoek kende twee meetmomenten: 1983 en 1993.

- Kamerstuk 'Evaluatie Wet op de jeugdzorg en IBO-beleid' (VWS, 29 november 2006).
- Toenemende zorg, Sectorrapport GGZ 2003-2005 (GGZ Nederland, december 2006).
- Verkenningen in de Kinder- en jeugdpsychiatrie (S. Sytema, N. Gunther, F. Reelick, M. Drukker, B. Pijl en H. van 't Land, december 2006).
- Memo 'Feiten en cijfers jeugdzorg'(VWS, 2007).

C AWBZ in relatie tot jongeren

Inleiding

In dit document wordt ingegaan op de AWBZ en het gebruik van AWBZ-zorg door *jongeren*. Twee onderdelen binnen deze wet, namelijk activerende en ondersteunende begeleiding, krijgen hierbij bijzondere aandacht omdat de aanspraak op deze vormen van zorg binnen de AWBZ (onder jongeren) groot is en toeneemt. De geestelijke gezondheidszorg (ggz; ook AWBZ-gefinancierd) wordt in dit document grotendeels buiten beschouwing gelaten, aangezien de uitvoering hiervan apart geregeld en geregistreerd is en deze uitgebreid aan bod komt in de bijlage over de jeugdzorg.

Om een goed beeld te krijgen van de AWBZ, het gebruik ervan door jongeren en de ontwikkelingen daarbinnen, wordt aandacht besteed aan diverse onderdelen en gerelateerde aspecten van de AWBZ. Naast een korte omschrijving van de AWBZ (paragraaf 1), wordt in paragraaf 2 uitvoering, toezicht en bekostiging van de AWBZ beschreven. Vervolgens komen aan de orde: de indicatiestelling (paragraaf 3), aandachtspunten in de uitvoering van de AWBZ (paragraaf 4), de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen binnen de AWBZ (paragraaf 5), de mogelijke oorzaken van toename gebruik AWBZ (paragraaf 6) en alternatieve/aanvullende regelingen voor de jongeren met AWBZ-zorg (paragraaf 7).

1. AWBZ kort omschreven

Inhoud, doel en doelgroep

De algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering voor ziektekostenrisico's. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. De AWBZ vergoedt kosten die niet door de zorgverzekering worden vergoed, zoals kosten van langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling.

AWBZ-zorg kan worden afgenomen als zorg in natura (ZIN) of als persoonsgebonden budget (PGB) waarmee de cliënt zelf de zorg inkoop.

Er worden zeven grondslagen onderscheiden op basis waarvan AWBZ-zorg kan worden toegekend:

- Somatische ziekte/aandoening;
- Psychogeriatrische ziekte/aandoening;
- Psychiatrische aandoening/psychische stoornis;
- Lichamelijke handicap;
- Verstandelijke handicap;
- Zintuiglijke handicap;
- Psychosociaal probleem³³.

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er sprake zijn van beperkingen in het dagelijks functioneren ten gevolge van de grondslag. Voor jeugdigen kan AWBZ-zorg worden aangewezen op basis van alle grondslagen behalve psychogeriatrische ziekte/aandoening.

³³ Deze laatste grondslag leidt in principe alleen in combinatie met andere grondslagen tot toegang AWBZ.

De aanspraak op de AWBZ wordt in termen van functies (soort zorg) en zorgzwaartepakket³⁴ (ZZP) vastgesteld. Er worden 45 ZZP's over 6 functies onderscheiden. De functies betreffen:

1. Persoonlijke verzorging (PV);
2. Verpleging (VP);
3. Ondersteunende begeleiding (OB);
4. Activerende begeleiding (AB);
5. Behandeling (BH);
6. Verblijf.

Deze omschrijving van de functies kent een abstract karakter, hetgeen ertoe leidt dat een naadloze afbakening niet mogelijk is. Die is ook niet gewenst gezien de wenselijkheid van flexibiliteit. Een limitatieve opsomming van activiteiten per functie is dus niet beoogd en ook niet mogelijk. Het onderscheiden van functies en dus aanspraken vindt plaats via doelorëntatie. Het is niet de aard van de activiteit maar de doelstelling van de activiteit die bepaalt welke functie aan de orde is.

Een functie kan ook indirect aan de verzekerde ten goede komen. Onder de functies moet dus ook worden begrepen het trainen en scholen van familie of naasten in vaardigheden m.b.t. het omgaan, verzorgen, verplegen en begeleiden van de cliënt (gericht op het cliëntstelsel).

Hieronder wordt een korte omschrijving gegeven van de doelstellingen van de functies OB en AB.

Ondersteunende en activerende begeleiding

Ondersteunende begeleiding (OB) heeft een driedig doel: 1) het ondersteunen van de cliënt in het handhaven van de zelfredzaamheid en zinvolle dagbesteding bij een beperkt regelvermogen, 2) integratie in de samenleving ter voorkoming van een sociaal isolement en 3) ondersteunen van het cliëntstelsel ter voorkoming van overbelasting van de mantelzorg.

Voorbeelden van activiteiten in het kader van OB zijn het regelen van administratieve zaken, toezicht houden en structuur aanbrengen in de dag.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen Ondersteunende begeleiding algemeen (OBalg) en Ondersteunende begeleiding dag (OBdag). OBalg is een persoonlijke ondersteuning van het individu met beperkingen en OBdag is een gestructureerd groepsgewijs aangeboden programma door een instelling. OBalg wordt in uren per week aangeboden, OBdag in dagdelen. OBdag kan zowel voor extramuraal als intramuraal wonenden worden geleverd.

Activerende begeleiding (AB) heeft als doel het functioneren in gedrag en vaardigheden van een cliënt te verbeteren of verergering te voorkomen.

AB-interventies hebben een programmatisch karakter met concrete verbeterdoelen en zijn begrensd in tijd. Er wordt gewerkt met (door de professie) effectief beoordeelde methodieken. Ook hier wordt een onderscheid gemaakt tussen Activerende begeleiding algemeen (ABalg) en Activerende begeleiding dag (ABdag) ABalg wordt op individuele basis aangeboden en ABdag in groepsverband.

³⁴ Met ingang van 1 april 2007 worden de ZZP's ingevoerd. Tot 1 april wordt de mate van zorg nog in klassen vastgesteld.

Voorbeelden van activiteiten in het kader van AB zijn gesprekken, oefeningen en trainingen om gedrag te veranderen.

OB en AB kunnen zowel afzonderlijk als in combinatie met elkaar of met Behandeling (BH) worden toegekend. Bij ABdag en OBdag is het mogelijk ook een indicatie voor vervoer te krijgen.

Overlap ondersteunende en activerende begeleiding en welzijnsactiviteiten

In de praktijk is het soms moeilijk om OB en AB van elkaar te onderscheiden. OB zal in de regel altijd enige mate van activering (bijvoorbeeld verbetering van sociale vaardigheden) met zich mee brengen. Dit is echter, in tegenstelling tot bij AB, geen doel op zich.

OB heeft enige overlap met welzijnsactiviteiten. Het verschil tussen beiden is dat AWBZ-zorg altijd individueel georiënteerd is en gericht is op het opheffen van c.q. het omgaan met beperkingen. Welzijn heeft meer betrekking op het opheffen van belemmerende factoren (bijvoorbeeld de woonomgeving) en het bieden van voorzieningen voor een zinvolle invulling van het bestaan (o.a. sociaal-culturele activiteiten).

Aanvraag

De aanvraag kan worden gedaan door de zorgvrager of door een zorgaanbieder (met toestemming van de zorgvrager) en wordt ingediend bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Bij het (verkort) aanvraagformulier dient informatie te worden meegezonden over de grondslag en de functie van aanvraag. Algemene stelregel is dat de informatie niet ouder is dan 5 jaar. Bij chronische aandoeningen is deze regel niet van toepassing. Voor kinderen gelden striktere regels omtrent de actualiteit van informatie, aangezien diagnoses en beperkingen op jonge leeftijd nog kunnen veranderen.

Naast het aanvraagformulier kan de zorgaanbieder ook een onderzoeksformulier meesturen. Wanneer er AWBZ-zorg in het onderwijs wordt aangevraagd dient er ook, indien beschikbaar, een indicatiebeschikking van de Commissie voor indicatiestelling (CvI) te worden meegezonden.

Historisch perspectief

De AWBZ is in (1968) ingesteld voor de onverzekerbare risico's, complementair aan de Ziekenfondswet (ZFW) die was bedoeld voor de overige gezondheidszorg.

Per april 2003 is de AWBZ vernieuwd. Concreet betekent dit een verandering in de indeling en benoeming van zorgaanspraken. Zorgaanspraken worden niet meer gebaseerd op basis van het zorgaanbod maar op basis van de zorgvraag. De zorgaanspraken werden ondergebracht in 7 functies (huidige functies + huishoudelijke verzorging).

Hiermee was het vernieuwingsproces nog niet afgerond. Met de op 1 januari 2007 inwerking getreden Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn en worden er nog een aantal andere veranderingen in de AWBZ doorgevoerd. Doelstelling van de invoering van de Wmo en de verdergaande vernieuwing van de AWBZ is meer keuzevrijheid voor de klant en flexibilisering voor de aanbieders te creëren.

In het oog lopende veranderingen zijn:

- De functie huishoudelijke verzorging maakt geen onderdeel meer uit van de AWBZ.
- Het consulteren van een arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG-arts) of verpleegarts ten behoeve van een cliënt die niet in een instelling verblijft, en het geven van advies door een aan een instelling verbonden gespecialiseerde verpleegkundige aan een cliënt die niet in een instelling verblijft, is zonder een indicatiebesluit mogelijk.
- Vanaf 1 april 2007 verandert het indicatiebesluit voor intramurale zorg binnen de AWBZ, in verband met de invoering van zorgzwaartebekostiging. De omvang van de zorg staat dan in het indicatiebesluit niet meer in klassen vermeld maar in termen van een zorgzwaartepakket (ZZP). De huidige bekostigingsregels (op basis van klassen) zullen echter nog worden gebruikt tot 2008. Pas in 2008 vindt volledige overstap naar het nieuwe bekostigingsmodel plaats.
- Voor mensen met een verblijfsindicatie wordt het met ingang van 1 april 2007 mogelijk een volledig pakket zorg, vanuit de AWBZ, thuis te ontvangen.

2. Uitvoering, toezicht en bekostiging

Uitvoering en toezicht

De AWBZ wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars vanuit speciale zorgkantoren. Zorgkantoren sluiten inkoopcontracten af met zorgaanbieders.

Het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ) heeft een taak in de administratie en registratie van de eigen bijdrage AWBZ, en in de financiering van AWBZ instellingen. Het CAK-BZ heeft als doelstelling het op adequate en efficiënte wijze uitvoeren en ondersteunen van de AWBZ.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is sinds 1 oktober de toezichthouder op de zorg en daarmee op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Tot 1 oktober was het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) de toezichthouder. Deze is samen met het College toezicht zorgverzekeringen opgegaan in de NZa.

Het CIZ, een onafhankelijk instituut, voert de indicatiestelling voor de AWBZ-zorg uit (exclusief ggz) en zorgt ervoor dat de indicatiestellers allemaal dezelfde methode gebruiken.

Het CIZ is ontstaan uit de voormalige Regionale Indicatie Organen (RIO's) en het landelijke centrum indicatiestelling gehandicaptenzorg (LCIG). Op 1 januari 2005 zijn deze organisaties opgegaan in één organisatie met als doel een meer uniform beleid (met betrekking tot zowel het werkproces als tot de beoordeling van indicatiebesluiten) te bewerkstelligen.

Bekostiging

Zorg. De AWBZ wordt bekostigd uit de AWBZ-premie. Deze premie is opgenomen in de loonheffing van de volksverzekeringen. Daarnaast moeten cliënten ook een eigen bijdrage betalen. De overheid bepaalt het macro budgettaire kader voor de AWBZ.

In 2006 is een totaalbedrag van €17,6 miljard (exclusief groei ruimte en geormerkte middelen) beschikbaar gesteld voor productieafspraken (met zorgkantoren en zorginstellingen) in de AWBZ (CTG/ZAio, augustus 2006). In 2005 bedroegen de kosten voor uitkeringen aan AWBZ-instellingen €20,1 miljard en in 2004 €19,3 (www.CAK-BZ).

Het totale te innen bedrag aan eigen bijdrage bedroeg in 2005 €1,8 miljard en in 2004 €1,7 miljard. In 2004 stond dit bedrag ongeveer gelijk aan de beheerskosten en overige kosten van de AWBZ (geen cijfers bekend over 2005).

De extramurale zorg binnen de AWBZ werkt met functiegerichte bekostiging (sinds 2003). De zorgaanbieders worden per AWBZ-functie, ofwel naar zorgzwaarte, betaald. Voor 2003 ontving de zorgaanbieder een bedrag per cliënt, ongeacht hoeveel zorg deze nodig had. Vanaf 1 januari 2007 zijn er integrale tarieven voor de extramurale zorg ingevoerd; hierin zijn naast kosten voor zorg ook de huisvestingskosten opgenomen. Voorheen kregen zorginstellingen apart een vergoeding voor huisvestingskosten.

Voor de intramurale zorg wordt de zorgzwaartebekostiging geleidelijk ingevoerd vanaf 1 april 2007. Vanaf deze datum moeten de instellingen hun te leveren prestaties per cliënt uitdrukken in ZZP. Bekostiging van ZZP zal vervolgens vanaf 1 januari 2008 worden ingevoerd.

Uitvoeringstaken. Het CIZ wordt gefinancierd door VWS. De omvang van de bekostiging wordt bepaald op basis van het aantal (verwachte) indicaties in een jaar.

3. Indicatiestelling AWBZ

Hoe wordt de indicatie gesteld?

Het CIZ bepaald, aan de hand van landelijk vastgestelde indicatiecriteria die zijn vastgelegd in Standaard Indicatie Protocol (SIP's), of een verzekerde naar aard, inhoud en omvang op AWBZ-gefinancierde zorg (exclusief ggz) is aangewezen. Het CIZ inventariseert de zorgbehoefte van de verzekerde en geeft daarbij aan voor welke functie(s) en welk zorgzwaartepakket (ZZP)³⁵ de verzekerde in aanmerking komt.

Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt er door het CIZ onderzoek verricht naar:

- de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg
- van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of
- beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een
- psychosociaal probleem;
- de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- de aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden professionele en
- niet-professionele hulp en zorg en de mogelijkheden tot continuering en
- uitbreiding daarvan.

Bij het onderzoek wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gegevens die bij de aanvraag zijn gevoegd of tijdens het onderzoek ter beschikking zijn gesteld. Indien daartoe aanleiding bestaat, worden de behandelende beroepsbeoefenaren van de zorgvrager tijdens het onderzoek geraadpleegd. Bovenstaande geschiedt slechts met toestemming van de zorgvrager.

³⁵ Met ingang van 1 april 2007 worden de ZZP's ingevoerd. Tot 1 april wordt de mate van zorg nog in klassen vastgesteld.

Indicatiebesluit – inhoud en eisen

Het indicatieorgaan stelt binnen zes weken nadat de aanvraag is ingediend een indicatiebesluit vast. In situaties waarin spoedige verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is stelt het CIZ binnen twee weken nadat de aanvraag is ingediend, een indicatiebesluit vast.

Indien AWBZ-zorg wordt toegewezen dienen in het (positieve) indicatiebesluit de volgende punten te worden aangegeven:

- de vorm van zorg of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen;
- de klasse van de vorm of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen;
- de aandoening, beperking of handicap of het probleem als gevolg waarvan de
- verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen;
- met ingang van welke datum de zorgvrager op de geïndiceerde vorm van zorg of
- vormen van zorg is aangewezen;
- indien een indicatieorgaan van mening is dat andere professionele zorg (mede)
- noodzakelijk is, geeft het indicatieorgaan daarover zo mogelijk advies.

Het CIZ registreert de resultaten van zijn onderzoeken en de inhoud van de door hem gegeven indicatiebesluiten.

Er zijn geen wettelijke afspraken over de maximale toekenningduur van AWBZ-zorg. Alleen voor de functie AB heeft het CIZ zelf een geldigheids criterium opgesteld. In beginsel heeft een indicatie AB een maximale geldigheid van 1 jaar. Voor andere functies wordt de maximale geldigheid van de indicatie bepaald op basis van diverse aspecten, waaronder de functie en grondslag van de geboden zorg en de leeftijd van de cliënt.

Geestelijke gezondheidszorg – afwijkende indicatieprocedure

Geestelijke gezondheidszorg wordt niet door het CIZ geïndiceerd. Voor jongeren is bureau jeugdzorg de aangewezen instelling voor indicatiestelling. Vaak, in ieder geval wanneer er een vermoeden is van ernstige psychiatrische problematiek, is echter een algemene diagnose door de (huis)arts voldoende (zie de bijlage over de jeugdzorg).

4. Aandachtspunten in de uitvoering van de AWBZ*Capaciteit*

Er is sprake van enige capaciteitsproblemen binnen de uitvoering van de AWBZ. De omvang ervan is echter niet bekend. In hoeverre de capaciteitsproblemen met de groei van het totaal aantal indicaties (zie paragraaf 5) samenhangt is ook niet duidelijk.

Ter illustratie: Bij CTG/ZAio (nu NZa) is de melding van 18 thuiszorginstellingen bekend die een patiëntenstop hebben ingesteld. Een aantal van deze instellingen had een hogere productieafpraak dan de realisatie in 2005. Anderen hadden echter een lagere productieafpraak dan de realisatie in 2005 (CTG/ZAio, augustus 2006).

CTG/ZAio geeft verder aan dat de financiële gevolgen van het groeiende aantal indicaties niet duidelijk is omdat het op voorhand moeilijk is om bijvoorbeeld het aantal indicaties OB te vertalen is naar zorguren (augustus 2006).

Ervaringen met de indicatiestelling

Het CIZ is zoals eerder al werd genoemd pas sinds januari 2005 verantwoordelijk voor de uitvoering van de indicatiestelling. In 2005 hebben de medewerkers van het CIZ

training gekregen om het kennisniveau omtrent de indicatiestelling op peil te brengen en ervoor te zorgen dat er een uniforme werkwijze wordt gehanteerd.

5. Kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen binnen de AWBZ

Inleiding

De cijfers in deze paragraaf beperken zich tot de AWBZ-zorg die door het CIZ wordt geïndiceerd. Ggz wordt dus buiten beschouwing gelaten.

Harde cijfers over jongeren zijn beperkt aanwezig. Het CIZ beschikt over informatie over het aantal indicatiebesluiten per leeftijdscategorie en grondslag, maar niet over informatie naar leeftijdscategorie en functie. Ook historische cijfers zijn van beperkte waarde, aangezien het schattingen betreft op basis van niet gevalideerde aannames.

Om een goede indruk te krijgen van de ontwikkelingen binnen de AWBZ-zorg wordt eerst een korte schets gegeven van het algehele AWBZ-gebruik, dus inclusief volwassenen (maar exclusief ggz). Daarna wordt getracht enig inzicht in het AWBZ-gebruik van jongeren te geven.

Totaalplaatje AWBZ

Uit tabel 1 komt duidelijk naar voren dat het aantal aanspraken op AWBZ-zorg stijgt ten op zichte van 2004. Er is een zeer aanzienlijke stijging van het aantal indicaties OB en een aanzienlijke stijging van het aantal indicaties AB zichtbaar.

27% van het aantal afgegeven indicaties (vanaf begin 2005 tot halverwege 2006) betreft nieuwe aanmeldingen. Onderzoek naar de duur van geïndiceerde functies is nog nauwelijks onderzocht. Wel wordt verondersteld dat deze daalt (CIZ, augustus 2006).

Tabel 1 AWBZ-zorg naar functiecombinatie (x 1.000)

	2004	2005	1 ^e helft 2006
<i>Positieve indicatiebesluiten</i>			
OB en/of AB (...+)	297	373	222
OB <u>en</u> AB (+...)	32	55	38
OB (+...), maar geen AB	234	283	164
AB (+...), maar geen OB	31	35	20
Totaal	745	854	464
Totaal excl. non-indicaties		829	440
Jongeren 0-17 jaar	24	40	
<i>Clënten</i>		433	

Noot: cijfers zijn overgenomen uit publicaties van het CIZ (april en augustus 2006).

Verder blijkt uit nadere analyse dat het aantal geleverde zorguren ook stijgt, maar minder sterk dan het aantal indicaties. CTB/ZAio (augustus 2006) gaat uit van een groeipercentage van het aantal indicaties voor 2006 van 8% (na correctie op non-indicaties) en het CAK-BZ heeft aangetoond dat deze stijging leidt tot een toename van het geleverde zorguren van 4%.

Een deel van de indicatiebesluiten betreft non-indicaties. Non-indicaties zijn indicaties voor cliënten die al in de zorg waren maar nog niet beschikten over een rechtsgeldig indicatiebesluit. Deze cliënten staan op een zogenaamde legitimatielijst.

De stijging van het aantal AWBZ-besluiten is het grootst onder herindicaties (t.o.v. nieuwe aanmeldingen) en onder jongeren van 0-17 jaar (t.o.v. volwassenen).

Uit de cijfers van het CIZ blijkt dat in 2005, ruim 80% van de positieve besluiten indicaties met een somatische ziekte/aandoening als grondslag betreft (alleen of in combinatie met een andere grondslag).

AWBZ en jongeren

Het aantal positieve indicatiebesluiten voor jongeren tot 18 jaar worden door het CIZ gesteld op 40.000 in 2005. Dit is aanzienlijk meer dan in 2004. Vanwege een verandering in het registratiesysteem kan er echter weinig gezegd worden over de feitelijke toename³⁶.

In meer dan de helft van de besluiten wordt de grondslag 'Verstandelijke Handicap' opgevoerd (tabel 2). De categorie 'Overig' wordt voor een groot deel gevuld door indicatiebesluiten die niet zijn gespecificeerd naar grondslag (6.000 van de 8.000 in 2005).

Op basis van steekproefonderzoek van het CIZ (november 2005) is het aantal positieve indicatiebesluiten voor jongeren tot 18 jaar met een verstandelijk handicap in 2005 geschat. Benadrukt moet worden dat het hier om een grove schatting gaat en het weergegeven beeld dus als indicatief moet worden beschouwd.

Wat naar voren komt is dat de groep van verstandelijk gehandicapten voor ongeveer een vijfde uit de zogenaamd zwakbegaafde jongeren bestaat (met een IQ van 75-85%). Dit is de allerlichtste groep binnen de verstandelijk gehandicapten. Het merendeel van de verstandelijk gehandicapten heeft een IQ van 50-75.

Op basis van de schattingen van het aantal positieve indicatiebesluiten is vervolgens een nieuwe schatting gemaakt van het aantal cliënten met/zonder verstandelijke handicap in 2005. Aangezien cijfers over de verhouding cliënten en indicatiebesluiten voor de doelgroep jongeren ontbreken is er een vrije ruime bandbreedte gehanteerd: het aantal cliënten is gelijk aan 50-90% van het aantal indicatiebesluiten.

De cijfers over het aantal cliënten in 1998 tot en met 2003 (en het aantal indicatiebesluiten in 2003) zijn weer afkomstig van een andere bron (www.jeugdzorg.nl). Deze cijfers zijn ook gebaseerd op schattingen op basis van niet-gevalideerde aannames.

Gezien de cijfers van diverse bronnen afkomstig zijn en veelal schattingen met een lage betrouwbaarheid betreffen, zijn conclusies over de ontwikkelingen over de jaren heen nauwelijks te trekken.

Over de soort functie-afspraken die in het kader van de AWBZ worden gemaakt met jongeren (bijvoorbeeld AB of OB), is ook weinig informatie beschikbaar.

VWS geeft aan dat het merendeel van de jongeren met een licht verstandelijke handicap (IQ 50-85) gebruik maakt van OB.

Ook is bekend dat van dezelfde doelgroep (10.000 tot 20.000 jongeren), een aanzienlijk deel (ruim 2.500 op 1 november 2005) intramurale zorg ontvangt in een orthopedagogisch behandelcentrum. Naast de groep 'vaste cliënten' waren er ook nog ruim 1.000 jongeren op 1 november 2005 geregistreerd als cliënten voor weekend- en vakantieopname (VOBC LVG, maar 2007).

De zorg (functies) die in een orthopedagogische setting wordt geboden bestaat (naast verblijf) vaak uit OB en/of AB en andere functies zoals bijvoorbeeld behandeling.

³⁶ In 2004 is men gestart met het invoegen van AWBZ-indicaties gehandicaptenzorg in het reguliere RIO-systeem. Voorheen werden deze indicaties niet binnen dit systeem geregistreerd (CIZ, april 2006).

Tabel 2 AWBZ-zorg voor jongeren tot 18 jaar naar grondslag/doelgroep (x 1.000)

	2004		2005		
Positieve indicatiebesluiten naar grondslag	n	%	n	%	
Verstandelijke handicap (+...)	7	33	21	53	
Verstandelijke handicap	6	27	15	38	
Verstandelijke handicap en psychische stoornis	1	4	4,5	11	
Somatische ziekte/aandoening en verstandelijke handicap	0,5	2	1,5	4	
Somatische ziekte/aandoening	4	18	4,5	12	
Zintuiglijke handicap	1	5	3,5	8	
Psychische stoornis	4,5	20	3	7	
Overig	5,5	25	8	20	
Totaal	22/24³⁷	100	40	100	
Indicatiebesluiten voor verstandelijk gehandicapten naar mate van beperking					
	1998	2000	2002	2003	2005
n					%
Licht (IQ 50 – 85)				10	20 -22 ±78
Licht (IQ 75-85)					5 - 6 ±20
Licht (IQ 50 -75)					15 - 17 ±58
Matig tot diep (IQ < 50)					6 ±22
Totaal					26 - 28 100
Cliënten					
Lvg'ers (IQ 50 – 85)	2	5	8	6	10-20 ±52
Vg'ers matig tot diep (IQ < 50)					3-5 ±15
Cliënten zonder verstandelijke handicap					7-11 ±33
Totaal					20-36 100

Noot: cijfers over grondslag zijn overgenomen van het ClZ (2005). Cijfers over doelgroep VG zijn geschat op basis van niet gepubliceerde memo van het ClZ aan VWS (2005). Cijfers over aantal cliënten 2005 zijn geschat op basis van het geschatte aantal indicatiebesluiten en de veronderstelling dat elke cliënt gemiddeld 1,11 – 2 besluiten per jaar krijgt toegewezen. Cijfers over aantal cliënten in voorgaande jaren zijn overgenomen van www.jeugdzorg.nl

Op basis van bovengenoemde informatie en het algehele beeld over de ontwikkeling van AB en OB (zie tabel 1), kan worden geconcludeerd dat het aandeel OB en in mindere mate het aandeel AB in het aanbod van AWBZ-zorg aan jongeren, waarschijnlijk aanzienlijk is. Om te bepalen hoe groot het aandeel precies is en de toename daarvan, is het noodzakelijk dat er meer gegevens over de jongerenpopulatie worden geregistreerd zodat nader onderzoek mogelijk is.

6. Mogelijke oorzaken groei AWBZ

Toename gebruik AWBZ algemeen (jongeren + volwassenen)

De toename van toekenning van AWBZ-zorg heeft diverse oorzaken. Een aantal daarvan heeft te maken met een reële groei van de vraag naar zorg. Er zijn echter ook een aantal factoren dat het beeld onbedoeld vertekenen.

Wegwerken wacht- en legitimatielijsten

De instroom in AWBZ-zorg kan deels worden verklaard door het wegwerken van de wacht- en legitimatielijsten (CTG/ZAio, 2006). Door invoering van indicatieprotocollen neemt de indicatieprocedure minder tijd in beslag dan voorheen.

³⁷ 22.000 waarvan grondslag bekend en 24.000 ongeacht grondslag.

Veranderingen in soort zorgafname en extramuralisering.

Het CIZ wijst erop dat er een tendens is van steeds korter durend ziekenhuisverblijf. Ook de zogenaamde mantelzorg neemt af/wordt vervangen door mantelzorg met een persoonsgebonden budget (CIZ, augustus 2006). Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de behoefte/noodzaak tot AWBZ-zorg toeneemt.

De toename van OB en AB wordt deels veroorzaakt door de daling in het gebruik van de functie verblijf. OB en AB zijn primaire vervangers voor opname c.q. verblijf in een verpleeghuis. Wel moet opgemerkt worden dat dit een wenselijke ontwikkeling is. Het indiceren van OB en AB draagt namelijk bij aan uitstel van opname met ongeveer 8 maanden (CIZ, april 2006).

Daling geldigheidsduur indicatiebesluit?

De toename van herindicaties lijkt voor een deel veroorzaakt te worden door een daling van de geldigheidsduur van de indicatiebesluiten. Vooral het feit dat de toename van het aantal zorguren niet evenredig is aan het aantal positieve indicatiebesluiten wijst hierop (CIZ, augustus 2006).

Meer bekendheid over ondersteunende begeleiding.

De functie OB is relatief nieuw. De toenemende bekendheid met OB (bij indicatiestellers) zorgt voor meer aanvragen (CTG/ZAio, 2006).

Vergrijzing.

Het groeiende aantal ouderen zorgt ervoor dat de vraag naar AWBZ-zorg toeneemt. Deze oorzaak is daarmee per definitie niet verklarend voor mogelijke ontwikkelingen in het AWBZ-gebruik van jongeren.

Toename gebruik AWBZ jongeren

Op basis van de beschikbare cijfers kan weinig gezegd worden over de feitelijke ontwikkeling c.q. toename van het gebruik van AWBZ-zorg door jongeren. Zoals eerder genoemd wordt de ogenschijnlijk sterke stijging van AWBZ-zorg onder jongeren in 2005 ten opzichte van 2004 waarschijnlijk voor een groot deel veroorzaakt door een verandering in de wijze van registreren.

Toch wordt in de praktijk gesproken over een toename van problematische jongeren die gebruik *kunnen* maken van AWBZ-zorg. Met name het aantal jongeren met een licht verstandelijke handicap (waarbij de ontwikkeling problematisch verloopt) zou toenemen. Een aantal oorzaken wordt hierbij genoemd (VOBC LVG, maart 2007). N.B. het gaat hier dus om oorzaken van de groei van het aantal jongeren met problemen en nog niet zozeer om oorzaken van de toename van het gebruik van de AWBZ.

Niet of laat onderkennen van beperking.

De licht verstandelijk gehandicapte sector (Lvg-sector) geeft aan dat een licht verstandelijke handicap vaak relatief laat wordt ontdekt. Jongeren met een dergelijke handicap krijgen daardoor vaak geen extra zorg. De kans is vervolgens groot dan zij zich gedragsmatig negatief ontwikkelen en in aanraking komen met justitie. Ook lopen zij bij onderkenning van het probleem een grote kans om een psychiatrische stoornis te ontwikkelen. Uiteindelijk resulteert het niet of laat onderkennen van problemen dus tot meer of in ieder geval intensievere zorg en grotere kosten voor de samenleving.

Intergenerationele en sociaal-economische gebondenheid Lvg-problematiek.

Verstandelijke beperkingen zijn deels erfelijk bepaald. Naar schatting heeft 30% van de jongeren met een verstandelijke beperking een ouder met een verstandelijke beperking. Daarnaast wordt er een relatie verondersteld tussen de Lvg-problematiek (gedragsproblemen) en sociaal economische factoren (VOBC LVG, maart 2007). Naarmate het aantal relatief slecht gesitueerden in de samenleving toeneemt en er meer verstandelijk gehandicapte personen zijn die (meer) kinderen krijgen, neemt het aantal kinderen met een verstandelijke handicap (al dan niet met gedragsproblemen) dus ook toe.

Vereisten in het onderwijs en de maatschappij in het algemeen.

De Lvg-sector geeft ook aan dat de huidige ontwikkelingen in het onderwijs, het zogenaamde 'Nieuwe Leren', niet bevorderend zijn voor het welzijn van de Lvg-jongere. Deze didactiek is namelijk gericht op eigen verantwoordelijkheid en op het individueel invullen van het onderwijspakket. De focus ligt op competenties. Een Lvg-jongere zal hierdoor sneller uit het regulier onderwijs vallen.

Ook andere ontwikkelingen in de maatschappij die leiden tot steeds meer individuele verantwoordelijkheid en minder sturing van overheidswege, hebben (volgens de Lvg-sector) een negatieve invloed op de Lvg-doelgroep en daarmee indirect op de samenleving in zijn geheel.

7. Alternatieve/aanvullende regelingen voor jongeren met AWBZ-zorg

In principe geldt dat jongeren die onderwijs volgen alleen recht hebben op AWBZ-zorg wanneer het onderwijs niet meer kan voldoen aan de zorgvraag. Wanneer een kind regulier onderwijs volgt en geen indicatie voor speciaal onderwijs heeft is verpleging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding in het kader van de AWBZ mogelijk. In bijzondere situaties kan ook aan kinderen *binnen* het speciaal onderwijs de hiervoor genoemde (AWBZ-)zorg worden geboden.

In het protocol voor de indicatiestelling voor ondersteunende begeleiding wordt voorts aangegeven dat remedial teaching, huiswerkbegeleiding e.d. niet behoren tot de AWBZ.

Bronnen

www.cak-bz.nl

www.ciz.nl

www.minvws.nl

Publicaties/schriftelijke informatie

- Functies & aanspraken in de AWBZ (CVZ, juni 2004).
- Protocol Indicatiestelling voor Activerende Begeleiding (CIZ, mei 2005).
- Niet gepubliceerde memo 'Telling licht verstandelijk gehandicapten' aan VWS (CIZ, 3 november 2005).
- Protocol Indicatiestelling voor Ondersteunende Begeleiding (CIZ, januari 2006).
- Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2005 (CIZ, april 2006).
- Audit AWBZ 2005 (VWS, juli 2006).
- Knelpuntenprocedure contracteerruimte (CTG/ZAio, 15 augustus 2006).
- Toename indicatiebesluiten 2006, een nadere analyse (VWS, 16 augustus 2006).
- Kamerstuk 'Schriftelijke vragenronde knelpunten AWBZ' (VWS, 17 augustus 2006).
- Kader integraal indiceren (Q. v.d. Zijden en K. Diephuis, november 2006).

- Factsheet Ontwikkelingen in de AWBZ 2007 (VWS, december 2006).
- Presentatie expertmeeting Toename jongeren met beperking (VOBC LVG, 1 maart 2007).

D Vervoersvoorzieningen (doelgroepenvervoer)

1. Korte inhoud regelingen

Voor mensen die minder mobiel zijn, bestaan er sinds 1999 verschillende vervoersregelingen. Samen worden deze regelingen ook wel ‘doelgroepenvervoer’ genoemd. Het gaat om de volgende regelingen:

- Vervoer in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo (gemeentelijk vervoer gehandicapten, voorheen Wvg);
- Bovenregionaal vervoer gehandicapten: Valys;
- Zittend ziekenvervoer;
- AWBZ-vervoer: van en naar AWBZ-dagbesteding;
- Vervoer naar werk en middelbaar en hoger onderwijs /wet WIA;
- Leerlingenvervoer.

Wmo-vervoer

De Wmo bepaalt dat het een taak is van gemeenten om voorzieningen te verstrekken aan mensen met een beperking om zelfstandig te functioneren en deel te nemen aan de samenleving. Daar passen ook vervoersvoorzieningen in, zoals bijvoorbeeld een taxi-bus, een taxikostenvergoeding of een scootmobiel, en de verstrekking van rolstoelen. De Wmo schrijft niet voor welke vervoersvoorzieningen een gemeente moet bieden. Wel bepaalt de Wmo dat gemeenten voorzieningen moeten bieden zodat mensen zich lokaal kunnen verplaatsen. De gemeente moet rekening houden met persoonskenmerken, behoeften en financiële draagkracht van de aanvrager. De gemeente legt in de verordening vast welke individuele (vervoers)voorzieningen zij verleent. Ook stelt ze vast onder welke voorwaarden iemand aanspraak kan maken op een individuele vervoersvoorziening.

Een vervoersvoorziening kan verstrekt worden in natura, via een financiële tegemoetkoming of in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB).

Het college van B&W biedt personen die aanspraak hebben op een individuele voorziening de keuze tussen het ontvangen van een voorziening in natura of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar persoonsgebonden budget, tenzij hier tegen overwegende bezwaren bestaan (artikel 6 WMO).

Sommige gemeenten hebben een collectief vervoerssysteem waarmee iemand zijn beperkingen kan compenseren. Dan is de gemeente niet verplicht om mensen een PGB voor vervoer aan te bieden.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inhoud en de uitvoering van de indicatiestelling. Het staat gemeenten vrij een eigen bijdrage te heffen. Wel geldt een maximum eigen bijdrage van 45 euro per jaar voor mensen met een minimuminkomen en een anticumulatieregeling met de eigen bijdragen AWBZ.

Bovenregionaal vervoer gehandicapten: Valys

In aanvulling op de Wmo-(voorheen Wvg)vervoersvoorzieningen bestaat er sinds 1999 een regeling voor het bovenregionaal vervoer van gehandicapten. Dit is vervoer voor sociaal recreatieve doeleinden waarbij de eindbestemming verder ligt dan vijf OV-zones vanaf het woonadres. De regeling bovenregionaal vervoer gehandicapten is noodzakelijk, omdat het openbaar vervoer (trein en streekbus) nog niet overal voldoende toegankelijk is voor mensen met beperkingen.

Valys is er voor mensen met een chronische ziekte of handicap en voor ouderen. Het gaat om mensen die door hun ziekte of handicap aantoonbare beperkingen in hun mobiliteit ondervinden.

Pashouders komen ter aanvulling op de reismogelijkheden met openbaar vervoer, in aanmerking voor een persoonlijk kilometerbudget (pkb), waarmee zij met de taxi bovenregionaal kunnen reizen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen een standaard jaarlijks budget (750 taxikilometers voor een standaard pkb in 2006) en een hoog jaarlijks budget (2250 taxikilometers voor een hoog pkb in 2006). Voor het hoge budget dient apart te worden vastgesteld dat men geheel niet met de trein kan reizen en niet over het alternatief van een gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurder beschikt. Binnen hun kilometerbudget kunnen pashouders reizen tegen een gemiddeld OV-tarief: 16 cent per kilometer. Iedere pashouder, zowel hoog als standaard pkb, mag altijd één gratis begeleider meenemen in de Valys-taxi. Bij meer dan één reisgenoot geldt dat zij tegen het kilometertarief van 16 cent per persoon kunnen meereizen. Zodra het kilometerbudget verbruikt is, bedragen de taxikosten 1,25 euro per kilometer. Dit benadert het reguliere taxitarief. Bij dat kilometertarief mogen reisgenoten altijd gratis meereizen.

Zittend ziekenvervoer

Op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben verzekerden onder bepaalde omstandigheden recht op zittend ziekenvervoer. Het ministerie van VWS is systeemverantwoordelijk en beleidsverantwoordelijk voor de Zvw. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering.

Het doel is om patiënten het vervoer naar en van hun medische behandeling te bieden voorzover dat noodzakelijk is. De regeling voor het zittend ziekenvervoer biedt taxi-vervoer of een vergoeding van vervoerskosten voor rolstoelgebruikers, visueel gehandicapten en mensen die een chemokuur, nierdialyse of radiotherapie moeten ondergaan en ieder die met succes een beroep op de hardheidsclausule heeft gedaan.

AWBZ-vervoer (van en naar AWBZ-dagbesteding)

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten biedt vervoer van en naar AWBZ-dagbesteding. Het ministerie van VWS is systeemverantwoordelijk en beleidsverantwoordelijk voor de AWBZ.

Het doel is aan verzekerden die ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling ontvangen, wanneer dat medisch noodzakelijk is, voor die zorg het vervoer naar en van die instelling te bieden. Die dagbesteding en het vervoer worden georganiseerd door zorginstellingen, daartoe gecontracteerd door zorgkantoren. In de AWBZ kan de cliënt ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) waarbij hij (op indicatie) een budget krijgt om zelf zorg en ook vervoer in te kopen. De vervoersvergoeding is 5 euro per dagdeel met een maximum van 25 euro per week.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt de indicatie en neemt ook het besluit. Bij indicatie is van belang de noodzaak van zorg, de medische noodzaak van vervoer en dat betrokkene niet in staat is zelfstandig regulier OV of eigen vervoer te gebruiken. Voor het vervoer naar AWBZ-dagbesteding geldt géén eigen bijdrage.

Vervoer werk en middelbaar en hoger onderwijs (wet WIA)

Met ingang van 1 januari 2006 zijn de REA-vervoersvoorzieningen opgenomen in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wet Invoering en financiering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (IWIA). Het voornemen bestaat om

het vervoer voor leerlingen die deelnemen aan het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs vanuit de WIA over te hevelen naar de onderwijswetgeving.

De wet- en regelgeving wordt uitgevoerd door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). Het doel van de voorziening is het wegnemen van de belemmeringen die worden ondervonden vanwege ziekte of gebrek bij het verrichten van betaalde arbeid of het deelnemen aan activiteiten gericht op werk dan wel bij het volgen van middelbaar beroeps- of hoger onderwijs. De doelgroep bestaat uit studenten met een handicap en arbeidsgehandicapte werknemers, maar niet primair en voortgezet onderwijs, want dat valt reeds onder de verantwoordelijkheid van OCW. In de WIA wordt niet meer gesproken van arbeidsgehandicapten. Bovendien gaat het niet uitsluitend om werknemers maar ook diegenen die nog niet als werknemer werkzaam zijn, (zie artikel 35 WIA).

Op basis van de Wet WIA kunnen onder andere vervoersvoorzieningen worden verstrekt voor het werk, middelbaar beroeps- en hoger onderwijs alsmede voor de leefsituatie (zgn. REA-leefvervoer) (de REA-leefvervoersvoorziening is gebonden aan voorwaarden en is beperkt in tijd, maximaal 12 maanden. Zo wordt een leefvervoersvoorziening als bedoeld in artikel 2.17 WIA uitsluitend verstrekt als er ook een vervoersvoorziening is verstrekt (2.17 ziet op onderwijsvoorzieningen Wajongers). Voorbeelden van WIA-vervoersvoorzieningen zijn bruikleenauto's, (taxi)kostenvergoedingen of aangepaste vervoersvoorzieningen. De indicatie (door het UWV) bestaat uit een medisch ergonomisch advies van een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige. De Wet WIA kent nadere regelgeving met normbedragen, een drempelbedrag en (voor werkvervoersvoorzieningen) een inkomensgrens.

Leerlingenvervoer

Op grond van drie wetten is de gemeente verantwoordelijk voor het treffen van een regeling voor de bekostiging van de (door de gemeente) noodzakelijk geachte vervoerskosten van schoolbezoek (van leerplichtige kinderen in het algemeen). Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen is systeemverantwoordelijk en heeft in de wet de kaders aangegeven. Binnen die kaders hebben gemeenten een zeer grote mate van beleidsvrijheid.

Het doel is de toegankelijkheid te waarborgen van het primair of voortgezet onderwijs dat op basis van godsdienst of levensbeschouwing wordt gewenst. Voor (een vergoeding voor) leerlingenvervoer naar het basisonderwijs komt men in aanmerking wanneer de afstand van huis tot school meer is dan een bepaald aantal kilometers. Iedere gemeente mag deze kilometergrens zelf bepalen, maar deze mag maximaal zes km zijn.

Daarnaast zorgt het leerlingenvervoer voor de bekostiging van vervoer van leerlingen naar het speciaal onderwijs en van leerlingen naar het basis- en voortgezet onderwijs die vanwege hun handicap passend vervoer nodig hebben. Voor deze leerlingen geldt geen afstandgrens. Leerlingenvervoer is de voorliggende voorziening voor AWBZ-vervoer.

De gemeente kan zelf bepalen of zij vervoer in natura biedt (OV-kaart of taxi(bus)) dan wel een financiële vergoeding of een combinatievorm. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inhoud en de uitvoering van de indicatiestelling. Belangrijk is te benadrukken dat een deel van het leerlingenvervoer kinderen zonder vervoershandicap betreft.

2. Uitvoering

Bundeling doelgroepenvervoer

Het vervoer dat binnen deze regelingen valt, is verspreid onder diverse instanties. Voor de mensen die gebruik maken van dit vervoer, kan dat onoverzichtelijk zijn. Zij hebben te maken met verschillende regelingen, meerdere loketten, verschillende manieren van indicatiestelling en hoge administratieve lasten. Om van A naar B te komen moeten gehandicapten soms gebruik maken van verschillende soorten vervoersvoorziening. De stiptheid is regelmatig een probleem. Omdat niemand verantwoordelijk is voor het geheel van de vervoersvoorzieningen, bestaan er coördinatieproblemen (let wel: personen die gebruik maken van vervoersvoorzieningen maken veelal ook gebruik van andere voorzieningen en die moeten dan misschien wel bij een ander loket worden aangevraagd. Bundeling van doelgroepenvervoer lost dat niet op).

Vanwege de geconstateerde complexiteit en de problemen die dat oplevert voor de gebruikers wil het kabinet deze regelingen bundelen. Het idee is om ze bij de gemeenten onder te brengen. Een interdepartementale werkgroep "bundeling doelgroepenvervoer" verkent de mogelijke invulling van de bundeling (o.a. scenario's, wettelijk kader, bevoegdheden, beleidseffecten, financiën en ramingen). In november 2005 heeft de Commissie van der Zaag, van cliëntorganisaties/gebruikers, de brancheorganisatie voor reizigers en de brancheorganisatie voor aanbieders, een rapport aangeboden aan de Kamer. Dat rapport formuleert de eisen die de betrokkenen aan het doelgroepenvervoer stellen op het gebied van klantvriendelijkheid, doelmatigheid, inclusief beleid en verantwoordelijkheidsverdeling.

In de brief van staatssecretaris Ross-van Dorp aan de Kamer van 2 december 2005 is een overzicht opgenomen van de verdeling van de (toenmalige) verantwoordelijkheden voor de verschillende regelingen:

Tabel 1 Verdeling verantwoordelijkheden doelgroepenvervoer.

Verdeling verantwoordelijkheden	Leerlingenvervoer	Wet REA-vervoer ³⁸	Zittend ziekenvervoer	AWBZ-vervoer	Wvg-vervoer ³⁹	Bovenregionaal vervoer Valys
Systeemverantwoordelijkheid	OCW	SZW	VWS	VWS	VWS	VWS
Beleidsverantwoordelijkheid	Gemeenten	SZW	VWS	VWS	Gemeenten	VWS
Uitvoeringsverantwoordelijkheid	Gemeenten	UWV	Zorgverzekeraars	Zorgkantoren en (zorg-)instellingen	Gemeenten	Private landelijke uitvoerder

Bron: VWS, december 2005

Kwaliteit leerlingenvervoer

In 2006 heeft de projectgroep leerlingenvervoer van een aantal gehandicaptenorganisaties een rapport opgesteld voor de minister en de vaste kamercommissie voor OC&W over de kwaliteitsproblemen die de toenemende bezuinigingen van gemeentes op het leerlingenvervoer veroorzaken.

³⁸ Nu WIA-vervoer

³⁹ Nu Wmo-vervoer

Dit betrof met name de volgende punten:

- Meer leerlingen moeten met het openbaar vervoer. Ouders/verzorgers krijgen soms, maar niet altijd, reiskostenvergoeding voor een begeleider, maar moeten de begeleiding dan zelf regelen. Dat betekent een zwaardere belasting van de ouders/verzorgers en levert voor hen soms logistieke problemen op.
- Bij georganiseerd groepsvervoer kiest de gemeente vaak de goedkoopste aanbieder. Dat levert soms kwaliteitsproblemen op als:
 - Chauffeur kan slecht omgaan met kinderen met gedragsproblemen, biedt te weinig structuur;
 - Toezicht en begeleiding is onvoldoende;
 - Meer overstappen en langere reistijd, wat juist voor kinderen met gedragsproblemen pedagogisch ongewenste effecten heeft;
 - Wisselende chauffeurs.

Daarnaast wordt als algemeen probleem aangegeven dat het leerlingenvervoer geen vervoer regelt van school naar kort-verblijf (geïndiceerde opvang). Ook blijken de problemen toegenomen in sinds 2003 een verandering in de toelatingsprocedure van laagfunctionerende kinderen er voor zorgde, dat meer kinderen (speciaal) basisonderwijs gingen volgen die voorheen een Kinderdagverblijf voor kinderen met een beperking bezochten.

3. Cijfers vervoersvoorzieningen

De verdeling van de verantwoordelijkheden voor de verschillende vervoersvoorzieningen over landelijke en lokale overheden en vele private partijen maakt in één oogopslag duidelijk, dat de beschikbaarheid van op landelijk niveau geaggregeerde cijfers een probleem vormt. Alleen over Valys zijn landelijke cijfers over de laatste drie jaar beschikbaar (daarvoor was er een ander, niet vergelijkbaar systeem), en over Wvg-vervoer (nu Wmo) tot en met 2005 (zie tabel 3). Een interdepartementale werkgroep “bundeling doelgroepen vervoer” laat momenteel naar aanleiding van kamervragen onderzoek doen naar het gebruik van doelgroepenvervoer. In de rapportage worden naar aangeven van het ministerie van VWS schattingen gedaan met betrekking tot de groei van de verschillende soorten doelgroepenvervoer. Deze zijn echter nog niet openbaar, en dus niet beschikbaar.

In de eerder genoemde brief van Ross worden wel bedragen genoemd en aantallen gebruikers, zie tabel 2. Hierin is het gebruik door kinderen/jongeren echter niet uitgesplitst.

Tabel 2 Middelen, financiering en gebruikers doelgroepenvervoer

	Leerlingenvervoer	REA-vervoer	Zittend zieken-vervoer	AWBZ-vervoer	Wvg-vervoer	Boven-regionaal vervoer Valys
Financiële middelen	Ca € 120 mln.	Ca € 16 mln.	Ca € 121 mln.	Ca € 180 mln.	Ca €440 mln. ⁴⁰	
Wijze van Financiering	Gemeentefonds	Re-integratie-fonds	Premie-middelen (Zorg-verzekeringwet)	Premie-middelen (AWBZ)	Gemeentefonds	Begroting VWS
Aantallen gebruikers ⁴¹	90.000	25.000 – 30.000	100.000	Ca 140.000 – 150.000 ⁴²	800.000 ⁴³	55.000

Bron: VWS, december 2005

Over de via de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg, valt nu onder de Wmo) verstrekte voorzieningen zijn cijfers beschikbaar, maar óf uitgesplitst naar type voorziening (wonen, individuele vervoersvoorzieningen, collectief vervoer), óf naar leeftijd voor alle typen voorzieningen. We geven de beschikbare gegevens over collectieve vervoersvoorzieningen en over Wvg-voorzieningen voor jongeren inclusief wonen (zie tabel 3). Hier is niet uit op te maken hoe het gebruik door kinderen/ jongeren van collectief vervoer, individuele vervoersvoorzieningen en rolstoelen zich ontwikkelde.

Tabel 3 Ontwikkelingen in gebruik Wvg-vervoer (thans Wmo-vervoer), x 1.000

Type voorziening	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Uitstaande voorzieningen Collectief vervoer ⁴⁴	277,1	293,4	405,2	384,8	421,1	527,3	629,9	516,0
Nieuw toegekend voorzieningen Collectief vervoer ⁴⁵	67,6	57,5	69,7	74,9	73,2	81,0	89,0	75,3
Aantal cliënten met Wvg-voorziening < 18	15,0	15,2	15,9	17,4	16,7	15,5	16,8	18,6
Aantal aanvragers van nieuwe Wvg-voorzieningen <18	11,2	10,5	9,5	10,5	10,4	10,9	11,2	11,1

⁴⁰ Hierin zijn begrepen de individuele voorzieningen en geldsomverstrekkingen (bijvoorbeeld vergoedingen voor eigen vervoer, aanvullende vervoerskosten en scootmobielen). Louter collectief Wvg-vervoer omvat jaarlijks een bedrag van €180 mln.

⁴¹ Alle leeftijden

⁴² Totaalbedrag en aantallen gebruikers zijn gebaseerd op ramingen

⁴³ Aantallen uitstaande voorzieningen per 2003, het aantal gebruikers is niet bekend

⁴⁴ Alle leeftijden

⁴⁵ Alle leeftijden

In de uitstaande Wvg-voorzieningen voor collectief vervoer (het gaat over aantallen voorzieningen, niet personen) is van 1998 tot 2005 een duidelijke stijging zichtbaar. Ook het aantal nieuwe aanvragen stijgt, maar minder snel. Beiden betreffen echter alle leeftijdsgroepen, waaronder veel ouderen. Het aantal cliënten jonger dan 18 met een Wvg-voorziening steeg van 1998 tot 2005 licht. Dit betreft echter niet alleen vervoer-voorzieningen, maar ook woonvoorzieningen. Het jaarlijkse aantal nieuwe aanvragen voor kinderen tot 18 jaar is daar tamelijk constant.

Tabel 4a Gebruik Valys alle leeftijden ultimo jaar

	2004	2005	2006
Totaal aantal pashouders	40.906	73.640	125.643
Totaal aantal hoog pkb-pashouders	1.744	3.579	5.210
Totaal aantal standaard pkb-pashouders	39.162	70.061	120.433

PKB: persoonlijk kilometer budget. Standaard budget is 750 km/jaar, hoog budget 2250 km/jaar. Hoogte is afhankelijk van mate beperkingen. Pashouder: heeft recht op PKB.

Tabel 4b Gebruik Valys-vervoer door jongeren <18 jaar

		2004 (Vanaf 1 april)	2005	2006	2007 (t/m 28 februari)
Pashouders	Totaal	170	351	618	666
	PKB hoog	25	43	54	53
	PKB laag	145	308	564	613
Actief verbruik	Totaal	94	202	376	165
	PKB hoog	21	38	52	33
	PKB laag	73	164	324	132

Uit tabel 4a en 4b is af te lezen van de gebruikers van het bovenregionale vervoer (Valys) slechts een klein deel jeugdigen betreft. Het aantal pashouders onder jeugdigen neemt wel erg toe: van 2005 naar 2006 met 76%. In de eerste twee maanden van 2007 is het aantal pashouders verder gegroeid. Het gebruik is flink lager dan het aantal pashouders, maar neemt ook sterk toe.

Van de (voormalige) REA-vervoersvoorzieningen zijn alleen cijfers beschikbaar over 2004 (tabel 5). Voor alle vormen van onderwijs zijn in dat jaar 8198 vervoersvoorzieningen toegekend voor een totaalbedrag van €4.032.346,87

Tabel 5 Aantal toegekende REA-vervoersvoorzieningen naar type onderwijs, geëxtrapoleerd naar één jaar op basis van gegevens van 1 augustus 2003 tot 1 juni 2004. Bron: UWV.

	Eenmalige REA-vervoersvoorziening	Periodieke	Totaal aantal	Totaal bedrag (in €1000,-)
Basisonderwijs	624	160	784	135
(Voortgezet) speciaal onderwijs	529	1840	2370	1.254
Voortgezet onderwijs	132	207	380	164
Beroepsonderwijs	506	2599	3106	1.846
HBO	181	745	926	399
WO	97	336	434	161
Overige opleidingen	28	170	198	74
Totaal	2097	6057	8198	4.032

Ontwikkeling in gebruik vervoersvoorzieningen

Omdat maar beperkt cijfers beschikbaar zijn over het gebruik van vervoersvoorzieningen, is niet aan te geven of over de gehele linie een stijging zichtbaar is.

Het aantal jeugdigen met een Wvg-voorziening (waaronder regionaal vervoer) stijgt, maar het aantal nieuwe aanvragers per jaar niet.

Bij het bovenregionaal vervoer (Valys) is het gebruik door jeugdigen nog beperkt (in 2006 618 pashouders, waarvan 376 gebruikers), maar wel sterk stijgend. De achtergronden van de stijging zijn onbekend.

Over het AWBZ-vervoer zijn geen gegevens beschikbaar.

Van de REA-vervoersvoorzieningen zijn slechts gegevens over één jaar beschikbaar. Het aantal gebruikers over alle typen onderwijs was in dat jaar ruim 8.000.

In haar analyse van de knelpunten in het leerlingenvervoer van juni 2006 spreekt de minister van VWS van een groei van 3%. Of dat een groei betreft over een of meer jaren is niet duidelijk. Een eventuele groei van het leerlingenvervoer is op basis van de stukken in hebben recht op leerlingenvervoer) en de grotere deelname van laagniveau kinderen aan het speciaal onderwijs. Deze kinderen gingen voorheen meer naar speciale kinderdagverblijven en konden voor vervoer daarheen gebruik maken van AWBZ-vervoer.

Referenties

- Kooiker, SE (red.). Jeugd met beperkingen; Rapportage gehandicapten, 2006.
- Brief van de staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport aan de Tweede kamer over doelgroepenvervoer. 2 december 2005.
- Wapstra, BA, Quist, HJ, Vreugde, CJC. Kerncijfers Wvg 2005. Den Haag: SGBO, november 2006.
- Peeters, P., D. Boonstra. E, Broekhof, L. Lutje Schipholt en M. Maartens, Valide Vervoer: doelmatig vervoer van mensen met een handicap in 2030, Utrecht, december 2001 (geraadpleegd op <http://www.bk.tudelft.nl/users/rooij/internet/artikelVV.doc>)
- Commissie Van der Zaag. De Gebruiker Centraal. November 2005
- Projectgroep Leerlingenvervoer: CG-Raad/ Ellen Visser, FOSS/ Arend Verschoor en Gerrit Westerhof, NVA/ Bernadette Wijnker en Jim Zilverberg, Project Adviesraden Leerlingenvervoer/ Gerda van Piggelen. Toenemende bezuinigingen op het leerlingenvervoer en de problemen hierdoor voor ouders en kinderen; Notitie ten behoeve van de minister van OCW en de leden van de vaste kamercommissie voor OCW. Utrecht/Houten/Bilthoven, januari 2006.

- Analyse van de minister van OCW van de knelpunten in het leerlingenvervoer (juni 2006).
- Reactie van CG-Raad en zijn bondgenoten op de analyse van de knelpunten in het leerlingenvervoer (9 september 2006)
- www.minvws.nl
- www.leerlingenvervoer.net
- www.invoeringWmo.nl

E Cluster 4 en LGF

Inleiding

In dit document wordt de cluster 4 regeling beschreven. Dit is een specifieke regeling binnen het onderwijsdomein. Om deze regeling goed te kunnen plaatsen wordt in paragraaf 1 een korte toelichting op het Nederlandse onderwijssysteem gegeven. In paragraaf 2 wordt uitvoering, toezicht en bekostiging van de speciale onderwijszorg, (waaronder de cluster 4 regeling valt) beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 3 een korte omschrijving van de cluster 4 regeling gegeven. In de daarop volgende paragrafen wordt een aantal specifieke onderdelen en gerelateerde aspecten van de regeling apart besproken: aandachtspunten in de uitvoering van cluster 4, (paragraaf 4), kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen binnen cluster 4 (paragraaf 5), mogelijke oorzaken van de toename in cluster 4 (paragraaf 6), adviezen in het kader van het afremmen van de groei in cluster 4 (paragraaf 7) en alternatieve/aanvullende regelingen voor de cluster 4 doelgroep (paragraaf 8).

1. Nederlandse onderwijssysteem in grote lijnen

In het Nederlandse funderend onderwijs wordt onderscheid gemaakt tussen

- A. onderwijs vallend onder de Wet primair onderwijs (WPO);
- B. onderwijs vallend onder de Wet op het voortgezet onderwijs (WVO);
- C. onderwijs vallend onder de Wet op de expertise centra (WEC).

Het onderwijs onder de WPO en de WVO wordt als het zogenaamde reguliere onderwijs bestempeld. Elke wet kent zijn eigen zorgstructuur. In de WPO en WVO voor leerlingen met leer- en opvoedingsproblemen en sociaal emotionele problematiek en in de WEC voor leerlingen met ernstiger handicaps/stoornissen.

WPO

Binnen de WPO worden twee soorten onderwijs onderscheiden: basisonderwijs (Bao) en speciaal basisonderwijs (SBO)⁴⁶. SBO is bedoeld voor leerlingen die door leer- en/of opvoedingsmoeilijkheden meer zorg en aandacht nodig hebben dan leerlingen in het basisonderwijs. In het kader van het Weer Samen naar School-beleid (WSNS) werken SBO-scholen samen met Bao-scholen. Het doel hiervan is een leerling zo lang mogelijk in het basisonderwijs te houden.

WVO

Binnen de WVO wordt een aantal onderwijsvormen onderscheiden waaronder een tweetal onderwijsvormen voor leerlingen met leer- en/of opvoedingsmoeilijkheden onderscheiden, namelijk leerwegondersteunend onderwijs (LWOO) en praktijkonderwijs (PRO)⁴⁷. Leerlingen in het LWOO volgen het VMBO, maar dan met extra ondersteuning. Soms zitten deze leerlingen in aparte klassen maar dit is niet noodzakelijk. Praktijkonderwijs is bedoeld voor leerlingen die ook met begeleiding geen VMBO aan kunnen. Deze leerlingen krijgen geen diploma maar worden opgeleid voor de (lokale) arbeidsmarkt en ontvangen één of meerdere certificaten.

⁴⁶ Voorheen LOM, MLK en IOBK.

⁴⁷ Voorheen VSO-LOM en VSO-MLK.

WEC

Binnen de WEC is speciale onderwijszorg voor kinderen/jongeren met een handicap of een ernstige stoornis, in de leeftijd van 4 tot 20 jaar geregeld. Speciale onderwijszorg kan op twee manieren worden geboden: 1) (voortgezet) speciaal onderwijs – (V)SO, 2) regulier onderwijs met leerlinggebonden financiering (LGF; de rugzak). Een deel van de LGF dient te worden ingezet voor ambulante begeleiding vanuit het speciaal onderwijs. De LGF kan worden ingezet in het primair onderwijs (PO), het voortgezet onderwijs (VO) en het middelbaar beroepsonderwijs (MBO)

Beide vormen van onderwijszorg verschillen niet in zwaarte. Wanneer een leerling in aanmerking komt voor LGF komt hij automatisch ook in aanmerking voor (V)SO. Andersom geldt hetzelfde.

Binnen het (V)SO worden vier clusters van onderwijs onderscheiden.

1. scholen voor kinderen met een visuele handicap;
2. scholen voor kinderen met een communicatieve handicap (gehoor-, taal en/of spraakproblemen);
3. scholen voor lichamelijk gehandicapte kinderen, zeer moeilijk lerende kinderen (ZMLK), langdurig zieke kinderen en meervoudig gehandicapte kinderen (lichamelijk en verstandelijk);
4. scholen voor kinderen met een ernstige psychiatrische- of gedragsstoornis.

Historie

Uit de hiervoor genoemde beschrijving van het Nederlandse onderwijssysteem blijkt dat het speciaal onderwijs/speciale vormen van onderwijs is ondergebracht in drie wetten: de WPO, de WVO en de WEC.

Voor 1995 was het onderwijs voor kinderen met speciale onderwijsbehoeften geregeld in één wet. Van 1920 tot 1985 in de Wet op het Lager onderwijs en van 1985 tot 1995 in de Interim-wet Speciaal Onderwijs en Voortgezet Speciaal Onderwijs (ISOVSO). Het aantal verschillende soorten speciale scholen is de vorige eeuw ook steeds groter geworden: van 3 in de jaren twintig naar 30 in eind jaren 70. Vanaf eind jaren 60 wordt de indeling van het speciaal onderwijs in een groot aantal schoolsoorten steeds vaker ter discussie gesteld. In aansluiting hierop wordt in de jaren 80 geëxperimenteerd met geïntegreerd speciaal onderwijs. Resultaten zijn positief maar leiden niet tot concrete beleidswijzigingen.

Vanaf de tweede helft van de jaren tachtig concentreert de overheid zich op beperking van de groei van het speciaal onderwijs. In 1990 werd het Weer Samen naar School-beleid (WSNS), gericht op leerlingen in het huidige SBO, ingevoerd. Naar het oordeel van de Adviesraad voor het basisonderwijs, het speciaal onderwijs en de opleidingen (ARBO) zijn de leerlingen in het SBO leerlingen waarvoor overplaatsing naar het regulier onderwijs in beginsel mogelijk is. Voor het huidige (V)SO werd in de periode 1985-1995 nauwelijks beleid ontwikkeld.

Tot het moment dat het speciaal onderwijs werd ondergebracht in 3 wetten gold voor alle vormen van speciaal onderwijs het beginsel van open-eindfinanciering. In het kader van het WSNS-beleid is er echter voor gekozen om de financiering van SBO-scholen vanaf 1998 in de WPO onder te brengen en te budgetteren. SBO-scholen krijgen een budget waarmee 2% van het totale aantal leerlingen in het verzorgingsgebied van een WSNS-samenwerkingsverband een SBO-school kunnen bezoeken. Wanneer het aantal leerlingen dat naar een SBO-school gaat hoger is dan 2% moeten de regulie-

re scholen deze kosten zelf dekken. Daarnaast wordt er ook budget voor extra zorg op reguliere scholen toegekend⁴⁸.

Het praktijkonderwijs (PRO) en het leerwegondersteunend onderwijs (LWOO) werd in 1998 in de WVO ondergebracht. Scholen in het PRO en LWOO krijgen extra geld voor geïndiceerde leerlingen. Daarnaast krijgen regionale samenwerkingsverbanden van scholen voor voortgezet onderwijs ook een budget voor leerlingen die wel extra zorg nodig hebben maar die niet aan de landelijke criteria voldoen voor praktijkonderwijs of LWOO.

Het (V)SO werd in 1995 ondergebracht in de eerste versie van de WEC. De financiering van het (V)SO bleef ongewijzigd (open-eindfinanciering).

In 1996 werd het beleidsplan 'de rugzak' voor het huidige (V)SO geschreven. Dit beleidsplan was gericht op het vergroten van de keuzevrijheid van ouders tussen regulier en speciaal onderwijs. In het beleidsplan is voorgesteld te komen tot een regionale clustering van onderwijssoorten in Regionale Expertisecentra (REC). Doel hiervan was beter gedifferentieerd en kwalitatief versterkt onderwijs te realiseren, voor een grotere bandbreedte aan leerlingproblematieken, doelmatiger en zo mogelijk dichter bij huis. Ook bevatte het beleidsplan een voorstel tot inrichting van een landelijke indicatiestelling.

Al met al heeft de uitwerking en realisatie van de clustering van het (V)SO in REC, de landelijke indicatiestelling en de rugzak een aantal jaren geduurd. Met ingang van augustus 2003 werd de gewijzigde WEC en daarmee ook de rugzak (voor het primair en het voortgezet onderwijs) onder de naam leerlinggebonden financiering (LGF) ingevoerd. Vanaf 1 januari 2006 kan de LGF ook in het MBO worden ingezet.

Voor de invoering van de LGF werd ambulante begeleiding slechts in beperkte mate aangeboden. Leerlingen die minimaal 1 jaar in het (V)SO hadden gezeten en teruggeplaatst werden in het reguliere onderwijs hadden recht op terugplaatsing ambulante begeleiding (TAB). Daarnaast werd en wordt soms ambulante begeleiding ingezet bij leerlingen die op een wachtlijst stonden/staan voor (V)SO (Inspectie van het onderwijs, oktober 2006; de Greef en van Rijswijk, juli 2006).

2. Uitvoering, toezicht en bekostiging speciale onderwijszorg

Uitvoering en toezicht

Zoals al in paragraaf 1 is beschreven wordt de in de WEC geregelde speciale onderwijszorg, verzorgd door de (V)SO-scholen. (V)SO scholen hebben, naast het verzorgen van onderwijs, tot taak reguliere scholen waarop geïndiceerde leerlingen (met LGF) zijn toegelaten te ondersteunen en ambulante begeleiding te verzorgen. Elke (V)SO school heeft een Commissie voor Begeleiding (CvB). De CvB evalueert jaarlijks de handelingsplannen van leerlingen op het (V)SO. Zij beoordeelt welke opbrengsten of vorderingen zijn gerealiseerd en of het onderwijs en de zorg toereikend zijn geweest. Handelingsplannen voor leerlingen met LGF in het regulier onderwijs worden door de betreffende scholen zelf geëvalueerd.

De (VS)O scholen zijn onderverdeeld naar 4 clusters. Per cluster zijn de (V)SO scholen regionaal gaan samenwerken in een Regionaal Expertisecentrum (REC). De wettelijke taken van een REC zijn, het coördineren van de ondersteuning en ambulante begeleiding van het (V)SO aan het regulier onderwijs, het in stand houden van een

⁴⁸ In totaal wordt er voor ongeveer 5% van de leerlingen extra middelen in het reguliere onderwijs ingezet.

Commissie voor Indicatiestelling (CvI) en het geven van ondersteuning aan ouders bij het zoeken naar een school.

Voor de uitvoering van de indicatiestelling van (V)SO scholen binnen cluster 2, 3 en 4 zijn de CvI's in het leven geroepen. De CvI's beoordelen op basis van landelijk vastgestelde criteria of een leerling in aanmerking komt voor een indicatie. Wanneer een indicatie wordt toegewezen is de ouder/leerling vrij om te kiezen voor LGF of (V)SO. De Landelijke Commissie Toezicht indicatiestelling (LCTI) is ingesteld voor het toezicht op de uitvoering van de indicatiestelling en adviseert over de eventuele aanpassing daarvan.

Voor cluster 1 geldt een aparte systematiek. De onderwijsinstellingen zijn hier zelf verantwoordelijke voor de indicatiestelling.

Bekostiging

Zorg. Speciale onderwijszorg kent sinds de invoering van de gewijzigde WEC twee vormen van bekostiging: financiering op basis van het aantal geïndiceerde leerlingen en financiering op basis van plaatsbekostiging (plaatsen voor leerlingen van aan residentiële voorzieningen gelieerde scholen).

Voor elke geïndiceerde leerling/residentiële plaats worden door de overheid aanvullende middelen toegekend (open-eindefinanciering). De overheidsuitgaven per leerling in het (V)SO (in 2003) bedroegen gemiddeld €4.300. Dit is aanzienlijk meer dan de uitgaven voor een leerling in het basisonderwijs (€3.900) of het speciaal basisonderwijs (€8.200) (van Rijswijk, december 2006).

De bekostigingsmethode van het (V)SO wijkt af van de bekostigingsmethode van de zorgstructuren vallend onder de WPO en de WVO (zie ook de beschrijving van de historie van het Nederlandse onderwijssysteem). Voor SBO-scholen is budgetbekostiging van toepassing en voor WVO scholen geldt een gemengd systeem.

Dit verschil in financiering bevat in feite een prikkeling voor het regulier onderwijs om door te verwijzen naar het (V)SO, waaronder cluster 4. De kosten voor leerlingen in het (V)SO komen immers altijd voor rekening van de overheid en niet voor de reguliere scholen. Dit in tegenstelling tot het SBO en in mindere mate het PRO en het LWO.

Uitvoeringstaken. De REC's (en indirect dus ook de scholen en de CvI's) ontvangen bekostiging voor de uitvoering van de wettelijke taken. De omvang van de bekostiging wordt gebaseerd op drie indicatoren: een vaste voet per REC (€28.444), een bedrag per deelnemende school (€9.516) en een bedrag per afgegeven positieve indicatie in het voorafgaande jaar (€62), opgehoogd met 15% voor dossiers/indicaties waar men wel werk aan heeft maar die niet leiden tot een positieve indicatie.

3. Cluster 4 regeling kort omschreven

Inhoud, doel en doelgroep

Binnen de cluster 4 regeling is de speciale onderwijszorg voor kinderen met een ernstige psychiatrische of gedragsstoornis geregeld. Jeugdigen met een cluster 4 indicatie kunnen aanspraak maken op 2 vormen van onderwijszorg binnen cluster 4, namelijk (V)SO of regulier onderwijs met LGF.

Onder speciaal onderwijs binnen cluster 4 vallen scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK), pedologische instituten (PI) en scholen voor langdurig zieke kinderen met een psychiatrische handicap (LZ-psych).

Aanvraag

Om in aanmerking te komen voor onderwijszorg binnen cluster 4 moeten ouders/verzorgers hun kind aanmelden bij de CvI in hun regio dat cluster 4 vertegenwoordigt, of bij een REC. Het REC is een samenwerkingsverband van (V)SO-scholen van een bepaald cluster in een regio. Het REC kan uitleg over de indicatiestelling en begeleiding bij de aanvraag geven.

Bij aanmelding/aanvraag dient een compleet dossier betreffende de stoornis, de onderwijsbeperking en geboden zorg aanwezig te zijn.

Daarnaast kunnen scholen die aan (semi-) residentiële voorzieningen zijn gelieerd, OCW verzoeken een aantal plaatsen te bekostigen die bedoeld zijn voor leerlingen die in een gelieerde residentiële instelling zijn geplaatst. Er zijn dus residentiële plaatsen en plaatsen voor geïndiceerde leerlingen in het (V)SO.

Uit onderzoek van de LCTI (juli 2006) komt naar voren dat reguliere scholen een belangrijke rol spelen bij het initiëren van de aanvraag. 53% van de ouders (n= 195) geeft aan dat de school (voor regulier onderwijs) hen adviseerde om het kind aan te melden voor LGF of SO. Gezondheidszorg (GGZ, arts, psychiater) en Jeugdzorg blijken minder vaak betrokken te zijn bij advisering/initiëring van de aanvraag (respectievelijk 16% en 11%). Daarnaast geeft 12% van de ouders aan zelf het initiatief tot aanmelding te nemen.

Hoe wordt de indicatie gesteld?

De CvI's bepalen aan de hand van landelijk vastgestelde criteria of een kind recht heeft op extra onderwijszorg. Aan elk regionaal expertisecentrum (REC) is een CvI verbonden. De CvI bestaat uit een voorzitter, een gedragskundige, een onderwijskundige, een arts en een logopedist of maatschappelijk werker.

De indicatiecriteria zijn:

- Aanwezigheid van psychopathologie of een daarmee qua ernst vergelijkbaar alternatief;
- Aanwezigheid van sociaal/emotionele problematiek met een integraal karakter (ook buiten school problemen);
- Bemoeienis van provinciale jeugdzorg of een kinderpsychiatrische voorziening;
- Ontbrekende leervoorwaarden en/of het bestaan van een gevaar voor zichzelf of voor anderen;
- De ontoereikendheid van de mogelijkheden van de reguliere zorgstructuur.

Er dient aan alle 5 de criteria te worden voldaan. De indicatie wordt gebaseerd op psychodiagnostisch of psychiatrisch onderzoek (classificatie volgens DSM-IV of ICD-10), onderzoeksgegevens over de integraliteit van de problematiek (thuis, op school en elders), onderwijskundig rapport/evaluatie van een onderwijskundig handelingsplan, gegevens van hulpverlenende instanties.

Wanneer een leerling niet helemaal voldoet aan de 5 criteria, is er de mogelijkheid om een indicatie af te geven op basis van een oordeel met beredeneerde afwijking (Baf). De (zwaarte van de) problematiek van de leerling moet in dit geval wel vergelijkbaar zijn met die van een leerling die wel voldoet aan de criteria. N.B. het aantal toegewezen indicaties met Baf is bijna een vijfde van het totale aantal indicaties (18% het schooljaar 2004/2005; LCTI, maart 2006).

Na aanvraag (en indiening compleet dossier) dient de betreffende CvI binnen 8 weken een besluit te vormen over het al dan niet toekennen van de indicatie. Wanneer de CvI een positieve indicatie afgeeft, kunnen de ouders kiezen voor speciaal onderwijs of regulier onderwijs met ambulante begeleiding en een leerlinggebonden budget.

De procedure rondom het verkrijgen van een indicatie is zodanig dat wanneer een kind eenmaal bij de CvI is aanbeland, het besluit vrijwel nooit meer negatief is (2%, LCTI, maart 2006). Indicatie cluster 4 wordt toegewezen voor een periode van 3 jaar. Daarna moet er een herindicatie worden aangevraagd.

4. Aandachtspunten in de uitvoering van cluster 4

Capaciteit

Door de sterke groei in cluster 4 (zie paragraaf 5) staat de kwaliteit van de geboden zorg onder druk. De groei leidt tot uitvoeringsproblemen op het gebied van het werven van goed personeel en passende onderwijshuisvesting. Ook moet de overheid steeds meer geld vrijmaken voor de financiering van het (V)SO.

Ook is er sprake van wachtlijsten. Het aantal leerlingen op een aanmeldings- of onderzoeklijst is, na een verdubbeling in 2005, licht gestegen naar 2490 leerlingen (peildatum 16 januari 2006). Er is zowel een wachtlijst voor (V)SO als voor ambulante begeleiding. De belangrijkste oorzaken voor de groeiende wachtlijsten zijn volgens de scholen: de huisvestingsproblematiek, de verzwaring van de problematiek van leerlingen, de toenemende instroom, het hanteren van een maximale groepsgrootte en het lerarentekort. (Inspectie van het onderwijs, oktober 2006).

Kennis over regeling

Uit het eerder genoemde onderzoek van de LCTI (juli 2006) blijkt dat nog lang niet alle ouders van cluster 4 leerlingen op de hoogte zijn van de keuzemogelijkheid tussen speciaal onderwijs en leerlinggebonden budget. Van de ondervraagde ouders (n=195) is een niet te verwaarlozen deel (15%) (nog steeds) niet op de hoogte is van de keuzemogelijkheid. Voor ouders van leerlingen die een school voor speciaal onderwijs bezoeken ligt dit percentage hoger dan voor ouders wiens kinderen een LGF ontvangen (29% t.o.v. 10%).

Indicatiestelling

De LCTI onderzoekt regelmatig of de indicatiestelling correct wordt uitgevoerd. Uit steekproefonderzoek blijkt dat de kwaliteit van de dossiers op basis waarvan indicatie wordt gesteld wisselend is, maar beter dan voorheen. Ook blijkt dat het LCTI meestal (ongeveer 90%) tot hetzelfde indicatiebesluit komt als de CvI's (maart 2006).

Bevindingen van het LCTI wijzen op een aantal knelpunten in de indicatiestelling. Het criterium betreffende de ontoereikendheid van de zorg in de reguliere setting is moeilijk te beoordelen. Beoordeeld wordt of de situatie van een kind dat gedurende ten minste een half jaar hulp heeft gekregen niet of nauwelijks verbeterd is. Dit is echter lastig omdat de kwaliteit en reikwijdte van zorg in de reguliere setting erg verschilt per school en de informatie over de geboden zorg beperkt is. CvI's voelen zich dan ook vaak voor het blok gezet als de reguliere school aangeeft dat de gedragsproblematiek te zwaar is. Bovendien legt dit indicatiëcriterium van ontoereikende zorg een premie op het leveren van ontoereikende zorg binnen het reguliere onderwijs. Wie de leerling met eigen zorg binnen boord houdt krijgt niets. Wie handelingsverlegenheid aantoonst krijgt extra financiering of kan de leerling uitplaatsen naar het (V)SO (Projectbureau Operatie Jong, januari 2007).

Een ander criterium dat soms moeilijkheden oplevert is het criterium betreffende aanwezigheid van psychopathologie. Gedragwetenschappers hebben er problemen mee om kinderen op (zeer) jonge leeftijd al te classificeren.

Op een aantal punten kan de uitvoering van de indicatiestelling inzichtelijker worden gemaakt. Nog niet alle data van de CvI's worden ontsloten. Van Lomwel beveelt aan hierin verbetering aan te brengen, aangezien het vooralsnog niet goed mogelijk is de kwaliteit van indicatiebesluiten en ontwikkelingen over tijd te analyseren (augustus 2006).

5. Kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen binnen cluster 4

Instream en standcijfers

De deelname aan extra onderwijszorg is groeiende. In 2006 waren er ruim 89.000 leerlingen die extra onderwijszorg kregen. Bijna 28.000 leerlingen kregen LGF en ruim 61.000 leerlingen kregen (V)SO.⁴⁹

Tabel 1 Totaal aantal plaatsingen (V)SO en ambulante begeleiding (AB) (x 1.000)

	2000	2006	Groei in aantal	% groei
Cluster 2				
(V)SO	8	9	1	13
AB	4	6	2	48
Totaal	12	15	3	25
Cluster 3				
(V)SO	21	27	5	25
AB	3	8	5	166
Totaal	24	35	10	43
Cluster 4				
(V)SO	16	26	10	62
AB	1	13	12	1223
Totaal	17	39	22	132
Cluster 2-4				
(V)SO	45	61	16	36
AB	8	28	19	240
Totaal	53	89	36	67

Noot: gebaseerd op niet gepubliceerde cijfers van OCW (peildatum oktober 2006).

Deze groei komt voor een groot deel voor rekening van cluster 4. In totaal waren er in 2006 ongeveer 39.000 leerlingen die deelnamen aan cluster 4. 13.000 leerlingen kregen ambulante begeleiding (AB)⁵⁰ en 26.000 leerlingen kregen (V)SO.

Ongeveer een derde van de Cluster 4 leerlingen in het speciaal onderwijs betreft residentiële plaatsingen⁵¹. Ten opzichte van 2000 is in 2006 de deelname aan cluster 4 meer dan verdubbeld.

⁴⁹ Cluster 1 wordt vanwege de afwijkende indicatiesystematiek buiten beschouwing gelaten.

⁵⁰ Aantal leerlingen met ambulante begeleiding is ongeveer gelijk aan het aantal leerlingen met LGF. Voor het gemak en de leesbaarheid worden ambulante begeleiding en LGF door elkaar gebruikt.

Tabel 2 Aantal plaatsingen (V)SO en ambulante begeleiding (AB) cluster 4 (x 1.000)

Cluster 4	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SO 4-12 jaar	9	9	10	10	11	11	12
VSO 13-18 jaar	7	8	9	10	12	13	14
<i>(V)SO totaal</i>	16	17	19	21	22	24	26
<i>Waarvan (V)SO residentieel</i>				7	8	8	
AB 4-12 jaar	0	1	1	1	3	5	7
AB 13-18 jaar	1	1	1	1	2	4	6
<i>AB totaal</i>	1	1	2	3	5	8	13
Totaal	17	18	21	24	27	32	39

Noot: cijfers zijn gebaseerd op niet gepubliceerde cijfers van OCW (peildatum oktober 2006), publicaties van de LCTI en de Notitie kwantitatieve ontwikkelingen deelname Speciaal Onderwijs (augustus 2006).

Volgens de LCTI (maart 2006) zijn er in het schooljaar 2004/2005 ongeveer 12.000 leerlingen aangemeld voor cluster 4. 60% daarvan betreft nieuwe aanmeldingen (40% herindicaties). 98% van het totale aantal aanmeldingen is uiteindelijk in cluster 4 ingestroomd.

Autisme-spectrumstoornissen

Bij bijna de helft (44%) van de aangemelde leerlingen met indicatie cluster 4 is een autisme-spectrumstoornis (ASS) vastgesteld (25% PDD-NOS, 13% autisme, 6% Asperger; de Greef en van Rijswijk, november 2005). Van 36% van de leerlingen is de stoornis niet expliciet vermeld.

Samenhang geïndiceerde leerlingen cluster 4 en SBO

Er blijkt enige samenhang te zijn tussen het aantal geïndiceerde leerlingen cluster 4 ((V)SO en LGF) en de deelname aan speciaal basisonderwijs (SBO): het aantal geïndiceerde leerlingen cluster 4 stijgt en SBO daalt. Het is niet duidelijk of het een causaal verband betreft (OCW, augustus 2006).

(V)SO versus ambulante begeleiding/LGF

Binnen het speciaal onderwijs is de groei het sterkst in het VSO.

De groei van deelname aan cluster 4 manifesteert zich vooral bij het gebruik van LGF in het regulier onderwijs. Volgens het LCTI zal het aantal leerlingen met een LGF tot augustus 2007 toenemen (LCTI, maart 2006). Tot nu toe is de uitstroom vrij laag. Vanaf augustus 2007 zal er echter meer uitstroom zijn doordat de eerst verkregen indicaties in 2003 dan aflopen. Het LCTI voorspelt dat er dan meer stabiliteit in het aantal leerlingen met een LGF zal ontstaan.

Binnen de groep leerlingen met een LGF, valt op dat een aanzienlijk aantal daarvan speciaal basisonderwijs (SBO) volgt. Daarnaast valt het hoge percentage kinderen met een autisme-spectrumstoornis op (de Greef en van Rijswijk, juli 2006). Bij 60% van de leerlingen met een LGF is een autisme-spectrumstoornis vastgesteld. Het gaat hier met name om leerlingen met PDD-NOS (de Greef en van Rijswijk, november 2005).

⁵¹ N.B. het feitelijke aantal leerlingen met een plaatsbekostiging ligt iets lager dan het aantal bekostigde residentiële plaatsingen. Een deel van de bekostigde plaatsen blijft onbezet.

Verblijfsduur en uitstroom

In het (V)SO blijven leerlingen gemiddeld ruim 2 jaar in één onderwijsinstelling. Er is sprake van relatief weinig doorstroom tussen SO en VSO-instellingen. De verblijfsduur in het (V)SO is gemiddeld 3 jaar. De verblijfsduur is de laatste 5 jaar weinig veranderd (Van Lomwel, 2006).

6. Mogelijke oorzaken groei cluster 4

Groei in deelname aan cluster 4 heeft geen eenduidige oorzaak. Er zijn de afgelopen 2 jaar (en ook al in eerder jaren) talloze (onderzoeks)rapportages verschenen waarin wordt ingegaan op een groot aantal oorzaken (o.a. de Greef en van Rijswijk, november 2005; Katholieke Universiteit Leuven en Rijksuniversiteit Groningen, juni 2006; LC-TI, juli 2006; Hover, november 2006; Projectbureau Operatie Jong, januari 2007). Harde cijfers over de oorzaken en het aandeel dat zij hebben in de groei zijn echter maar beperkt beschikbaar.

In deze paragraaf wordt op basis van bovengenoemde bronnen een selectie⁵² van interacterende factoren genoemd die een rol spelen bij de groei van cluster 4.

Drempelverlagende effect en uitbreiding gebruikersgroep leerlinggebonden financiering

De invoering van leerlinggebonden financiering heeft geleid tot een toename van het gebruik van de cluster 4 regeling. Voor de invoering van LGF was het voor cluster 4 leerlingen nauwelijks mogelijk om met extra begeleiding regulier onderwijs te volgen. Een deel van de leerlingen die momenteel gebruik maken van LGF volgde voorheen regulier onderwijs zonder ambulante begeleiding. Uit onderzoek van de LCTI (juli 2006) blijkt ook dat ruim de helft van ouders van zogenaamde rugzakleerlingen aangeeft dat zij hun kind bij afwezigheid van de LGF niet naar een aparte school voor (V)SO zouden sturen.

Dat de gebruikersgroep ook daadwerkelijk is uitgebreid blijkt wel uit het gebruik van LGF door leerlingen van de HAVO en het VWO (bijna 1.400 in 2006). Met de invoering van de LGF, is de mogelijkheid tot speciale onderwijszorg beschikbaar gekomen voor deze doelgroep. Gezien het feit dat die mogelijkheid er voorheen niet was en er geen eerstelijnsvoorziening aanwezig is in het HAVO- en VWO-onderwijs, zijn er nu meer leerlingen met een autisme-spectrumstoornis die een HAVO- of VWO-diploma kunnen behalen dan voorheen.

Sinds 1 januari 2006 kunnen leerlingen in het MBO ook de LGF aanvragen. Er zijn nog geen cijfers bekend over de instroom van deze doelgroep, maar zeker is in ieder geval dat de instroom in cluster 4 hierdoor alleen maar groter kan worden.

Verder wordt verwacht dat het gebruik van de LGF onder allochtone jongeren zal toenemen de komende jaren. Zij zijn nog relatief ondervertegenwoordigd in cluster 4, vooral als het gaat om LGF. Overigens zal de verwachte groei niet alleen tot groei van het LGF-gebruik leiden, maar ook tot een grotere deelname aan het (V)SO.

Ook zou de invoering van de LGF geleid hebben tot een afname van het aantal thuiszitters. Betrouwbare cijfers hierover ontbreken echter.

⁵² Selectie op basis van aannemelijkheid en/of onderbouwing door cijfers en/of diverse bronnen. Door het ontbreken van (voldoende) hard bewijs is selectie altijd aan enige subjectiviteit onderhevig.

Deze ontwikkelingen in ogenschouw nemend, moet opgemerkt worden dat de REC's (achteraf) aangeven dat de groei in het gebruik van LGF in ieder geval deels een beoogd effect was.

Bekostigingssystematiek - eerstelijnszorg v.s. tweedelijnszorg

Speciale onderwijszorg ((V)SO en LGF) wordt anders gefinancierd dan het SBO, het PRO en het LWOO. In feite bevat de bekostigingssystematiek van het (V)SO op zich, en het verschil in bekostiging met SBO, PRO en LWOO, een prikkeling voor het regulier onderwijs om door te verwijzen naar het (V)SO (waaronder cluster 4). De kosten voor de (V)SO leerlingen komen immers geheel voor rekening van de overheid en niet voor de reguliere scholen. Ook de cijfers wijzen erop dat dit een mogelijke oorzaak kan zijn. (OCW, augustus 2006). De groei van deelname cluster 4 hangt samen met een afname van deelname aan SBO. Wellicht neemt de duurdere tweedelijnsvoorziening (LGF) deels de taken van de eerstelijnsvoorzieningen SBO, LWOO en PRO over. Voor het reguliere onderwijs is de financiering van het speciaal onderwijs veel aantrekkelijker dan de financiering van het SBO, LWOO en PRO.

Toename diagnostische kennis en de vraag hiernaar

Met name het aantal kinderen met een diagnose van PDD-NOS, een relatief lichte autisme-spectrumstoornis, is gegroeid. Dit betekent echter niet dat er ook sprake is van een objectieve toename van het aantal kinderen met een dergelijke stoornis. De toename wordt veroorzaakt door betere en snellere signalering (door leerkrachten), betere (vroeg)diagnostiek en een toenemende vraag naar deze gespecialiseerde diagnostiek en hieruit voortvloeiend behandeling.

Strategisch gedrag /handelsverlegenheid reguliere onderwijs

De hiervoor genoemde vraag naar diagnostiek en behandeling hangt direct samen met de mate waarin het reguliere onderwijs zelf adequate zorg kan en wil bieden. In een Nederlands- Vlaams onderzoek (Katholieke Universiteit Leuven en Rijksuniversiteit Groningen, juni 2006) wordt gewezen op het feit dat gedragsproblemen zich voordoen in interacties met anderen en dus interactieproblemen zijn. Het huidige beleid maakt het voor scholen relatief gemakkelijk om gedragsproblemen louter als kindproblemen te zien, het interactionele karakter ervan te negeren en zichzelf te ontslaan van de verantwoordelijkheid er binnen het gewone zorgcircuit wat aan te doen. Onderzoek in Vlaanderen wijst uit dat handelingsverlegenheid van leerkrachten ten aanzien van gedragsproblemen veranderbaar is wanneer zij worden begeleid in het zoeken naar aanpakmogelijkheden en voldoende steun krijgen bij de uitvoering in de klas. Ook in de schoolorganisatie dient er systematisch aandacht voor de aanpak van gedragsproblemen te zijn. De draagkracht van scholen is niet onbeperkt, maar het zorgpotentieel van scholen kan wel in kaart gebracht worden en bewaakt.

Maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in het onderwijs

Het is aannemelijk dat maatschappelijke ontwikkelingen zoals veranderingen in de wijze van opvoeden en normen en waarden hebben geleid tot een toename van jongeren met een gedragsstoornis en/of een grotere vraag naar ondersteuning bij problemen.

Daarnaast is een deel van de groei mogelijk te verklaren door een specifieke verandering in het onderwijs. Door de invoering van een het 'Nieuwe Leren' en de tweede fase in het VO, didactieken die meer zelfsturing van de leerling vragen en een groter beroep doen op communicatieve en sociale vaardigheden, zouden meer leerlingen (sneller) problemen ervaren binnen het onderwijs.

Invoering plaatsbekostiging en populatie Justitiële Jeugdinstellingen

Met de invoering van de plaatsbekostiging (augustus 2003) zijn er leerlingen in het (V)SO bijgekomen die voorheen naast behandeling in een residentiële voorziening geen (V)SO volgden. Residentiële plaatsen hebben per definitie geen betrekking op LGF, maar leiden wel tot een groei van het totale aantal leerlingen cluster 4. Verder komen deze leerlingen na afloop van de residentiele plaatsing vaak in aanmerking voor een indicatie.

Een deel⁵³ van deze leerlingen volgden voor augustus 2003 ook al (V)SO. Nieuw zijn in elk geval wel de jongeren in Justitiële Jeugdinstellingen (JJI's)⁵⁴. De overdracht van het justitieonderwijs naar het ZMOK heeft voor een instroom van ongeveer 1.200 leerlingen gezorgd.

Regiokenmerken?

Er blijkt samenhang te bestaan tussen het deelnamepercentage aan cluster 4 onderwijs in een regio en sociaal economische kenmerken zoals aantal uitkeringsgerechtigden, een- oudergezinnen, allochtonen en gegevens van justitie van die regio (Van Lomwel, augustus 2006). Ook hangt het onderwijsaanbod per inwoner positief samen met de deelname. De ontwikkeling over de tijd van deze regiokenmerken kan maar in zeer beperkte mate de waargenomen ontwikkeling van het deelnamepercentage in cluster 4 verklaren.

7. Adviezen in het kader van het beheersen van de groei in cluster 4

In diverse rapportages van de LCTI en het Projectbureau Operatie Jong worden adviezen gegeven om de groei te beheersen. De boodschap die in eigenlijk al deze rapporten terugkomt betreft de inrichting van het reguliere onderwijs. Wellicht kan en moet het reguliere onderwijs meer zorg bieden dan nu het geval is. Kort samengevat wordt het volgende aanbevolen:

- Zorg voor betere toerusting van het regulier onderwijs m.b.t. het voorkomen en begeleiden van kinderen met gedragsproblemen.
- Maak afspraken over de inhoud en reikwijdte van zorginspanningen regulier onderwijs.
- Ontwikkel een gedifferentieerde toekenning van extra onderwijszorg waarbij speciaal onderwijs, leerwegondersteuning, praktijkonderwijs, en speciaal basisonderwijs worden betrokken.

Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan en tegelijkertijd de indicatiestelling strikter wordt gehanteerd en de financiering van diverse vormen van regulier en speciaal onderwijs op elkaar wordt afgestemd, kan de instroom in cluster 4 wellicht worden beperkt.

8. Alternatieve/aanvullende regelingen voor de cluster 4 doelgroep

Binnen cluster 4 zelf zijn er 2 mogelijkheden van speciale onderwijszorg voor dezelfde doelgroep beschikbaar: (V)SO en LGF. Wanneer een leerling een indicatie voor speciaal onderwijs (waaronder cluster 4) krijgt, kan een leerling kiezen voor (V)SO of voor het inzetten van LGF in het regulier onderwijs (WPO en WVO). Als een leerling daarnaast ook een verwijzing voor het SBO, PRO of LWO (speciaal onderwijs binnen de

⁵³ Aantal is onbekend.

⁵⁴ Populatie uit de rijksinstellingen; jongeren in particuliere instellingen zaten al in cluster 4 scholen.

WPO en de WVO) heeft, kan de LGF *ook* worden ingezet binnen deze speciale vormen van onderwijs.

Zoals reeds eerder genoemd, is er inderdaad een groep leerlingen die gebruik maakt van LGF in het SBO, PRO of LWOO (de Greef en van Rijswijk, juli 2006)⁵⁵. Deze leerlingen ontvangen dus speciale onderwijszorg via zowel een eerstelijns- als een tweedelijnsvoorziening waarbij in PRO en LWOO de LGF wordt aangepast op de zorgmiddelen die al beschikbaar zijn.

Leerlingen in cluster 4 zitten (zaten) vaak ook in het jeugdzorgcircuit. Eén van de indicatiecriteria is immers bemoeienis van provinciale jeugdzorg of een kinderspsychiatrische voorziening (AWBZ-zorg). Het is niet zo dat *alle* jongeren met een cluster 4 indicatie ook jeugdzorg (hebben) ontvangen, gezien onder andere de mogelijkheid van een beredeneerde afwijking.

Leerlingen kunnen ook extra zorg *op school* ontvangen (AWBZ-gefinancierd) wanneer zij die naast speciale onderwijszorg nodig hebben.

Verder komt de cluster 4 doelgroep in aanmerking voor leerlingenvervoer van de gemeente om van huis naar school te reizen. Leerlingen met een LGF kunnen verder ook een onderwijsvoorziening aanvragen bij het UWV voor aanpassingen (hulpmiddelen) die nodig zijn om onderwijs te kunnen volgen. (V)SO-leerlingen komen hiervoor niet in aanmerking, omdat (V)SOscholen zelf een budget hebben voor noodzakelijke aanpassingen.

Bronnen

www.lcti.nl

www.minocw.nl

www.oudersenrugzak.nl

Publicaties/schriftelijke informatie

- Wijziging van de Wet op de expertisecentra, de Wet op het primair onderwijs en de Wet op het voortgezet onderwijs in verband met de invoering van een leerlinggebonden financiering en de vorming van regionale expertisecentra (regeling leerlinggebonden financiering), inclusief memorie van toelichting (23 november 2003).
- Onderwijs in Nederland, uitgave in de serie Feiten en regels (Fvo, oktober 2005).
- Kanttekeningen bij de groei van de deelname aan cluster 4 (E.E.M. de Greef en C.M. van Rijswijk, november 2005).
- Bekostiging indicatiestelling (V)SO/LGF (C. Hover en R. Baarda, januari 2006).
- Advies van de Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling over 2005 (LCTI, maart 2006).
- Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en voortgezet onderwijs, een Nederlands-Vlaamse vergelijking (Katholieke Universiteit Leuven en Rijksuniversiteit Groningen, juni 2006).
- De groei van deelname aan cluster 4: opvattingen over oorzaken en groeibepalende maatregelen (E.E.M. de Greef en C.M. van Rijswijk, juli 2006).
- Notitie, Kwantitatieve ontwikkelingen deelname Speciaal Onderwijs (Van Lommel, augustus 2006).
- Advies over de groei van de deelname aan cluster 4 (LCTI, 28 augustus 2006).

⁵⁵ Voor leerlingen in het PRO of LWOO betreft het wel een uitgekilde versie van de LGF.

- Kamerstuk (brief) 'Groeï van het (voortgezet) speciaal onderwijs' (OCW, 28 augustus 2006).
- Wachlijsten in het (voortgezet) speciaal onderwijs (Inspectie van het onderwijs, oktober 2006).
- Kamerstuk (brief) 'Wachlijsten SBO en (v)so' (OCW, 9 oktober 2006).
- Rapportage Gespreksronde Groeiproblematiek Cluster 4 (C. Hover, november 2006).
- Mogelijkheden voor beheersing van de groeiende deelname aan speciaal onderwijs/leerlinggebonden financiering, in het bijzonder in cluster 4 (LCTI, december 2006).
- Discussienota, Van schoolsoortgebonden indicatiestelling naar indicatiestelling op basis van benodigde zorg (C.M. van Rijswijk, december 2006).
- Advies LCTI 2006 (J. van Londen en R. Gonggrijp, 14 december 2006).
- Kamerstuk (brief) 'Passend onderwijs en ZIOS' (OCW, 23 januari 2007).
- Groeistuipe in het speciaal onderwijs (Projectbureau Operatie Jong, januari 2007).

F De TOG-regeling

Korte beschrijving regeling

Doel regeling

De TOG (regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende (zorgafhankelijke) Gehandicapte kinderen 2000) is een ministeriële regeling, gebaseerd op de Kaderwet SZW-subsidies. De regeling geeft ouders/verzorgers een extra tegemoetkoming in de kosten van gehandicapte kinderen die thuis verzorgd worden. (Voor de thuis noodzakelijke zorg kunnen ouders/ verzorgers ook AWBZ-zorg of een PGB aanvragen.) Daarnaast heeft de regeling tot doel maatschappelijke waardering te geven voor het thuis verzorgen van de kinderen.

Voorwaarden

In Nederland wonende ouders of verzorgers van thuiswonende kinderen van 3 tot en met 17 jaar kunnen voor de TOG in aanmerking komen. Onder 'thuiswonend' verstaat de SVB: minimaal vier nachten per week bij de ouders of verzorgers overnachtend. Het gaat om kinderen die ernstig beperkt zijn in het dagelijks functioneren als gevolg van een ziekte of stoornis van lichamelijke, verstandelijke of geestelijke aard waardoor zij (voorlopig) blijvend gehandicapt zijn. Als (voorlopig) blijvend gehandicapt worden aangemerkt kinderen die als gevolg van hun beperkingen aanzienlijk meer afhankelijk zijn van geregelde verzorging of oppassing dan gezonde kinderen van dezelfde leeftijd. Ook zouden deze kinderen als gevolg van de beperkingen in aanmerking moeten kunnen komen voor opname in een AWBZ-instelling. Met 'voorlopig blijvend' gehandicapt wordt bedoeld, dat een kind in een periode van een jaar minimaal 50% van de tijd gehandicapt is.

Voorwaarden voor het ontvangen van de TOG zijn verder: de ouder/verzorger ontvangt geen andere Nederlandse of buitenlandse vergelijkbare vergoeding en verzorgt voor het kind geen opvang op commerciële basis.

Aanvraag

De aanvraag moet ingediend worden door de ouder/verzorger door middel van een door de SVB beschikbaar gesteld aanvraagformulier, waarop de uit de kinderbijslag bekende gegevens zijn voorgedrukt. De ouder/verzorger kan een aanvraagset opvragen bij de afdeling TOG van het SVB-kantoor in Roermond. De intake kan sinds 1 januari 2006 ook telefonisch.

Tot op heden stuurt de SVB aan de aanvrager, nadat de aanvraag is ontvangen, een uitgebreid medisch vragenformulier ter invulling. Deze moet het aan Client First, de uitvoerder van de indicatie, sturen. Dit proces gaat de SVB binnenkort wijzigen. Het uitgebreide medisch vragenformulier zal tegelijk met het aanvraagformulier naar de klant worden gezonden. Beide formulieren moeten ingevuld worden geretourneerd aan de SVB. De SVB stuurt het ingevulde medisch formulier met het verzoek om indicatiestelling naar Client First. Dat neemt vervolgens binnen 48 uur telefonisch contact op om het medisch vragenformulier met de aanvrager door te nemen.

Tot voor kort stuurde de SVB de aanvrager een machtiging voor uitwisseling van medische gegevens. In de plaats daarvan stuurt de SVB nu een brief die de klant door de behandelend arts kan laten invullen. Doel is bevestiging van de diagnose te krijgen, als de klant zelf geen bewijsstukken heeft. De praktijk heeft namelijk geleerd dat het ondanks een machtiging heel moeizaam gaat om als derde informatie te krijgen van de behandelende sector.

De SVB neemt binnen 13 weken een beslissing op de aanvraag.

Bekostiging

De TOG bedraagt per 1 januari 2007 €203,23 per kwartaal belastingvrij. De tegemoetkoming kan niet eerder ingaan dan één jaar voorafgaand aan de eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag om een tegemoetkoming werd ingediend. De tegemoetkoming gaat altijd in op de eerste dag van een kwartaal en wordt uitbetaald na afloop van het kwartaal. Bij eerste aanvraag kan een ouder/verzorger daarom maximaal vijf kwartalen uitbetaald krijgen.

Zijn er in een gezin meer gehandicapte kinderen, dan kan voor elk kind afzonderlijk recht op de tegemoetkoming bestaan.

De uit te keren bedragen en de kosten van de uitvoering door de SVB worden bekostigd uit de begroting van het Ministerie van SZW. De kosten van het medisch advies bij de indicatie worden betaald door het Ministerie van VWS. De SVB laat zich voor de vaststelling of recht bestaat op een tegemoetkoming medisch adviseren door een organisatie waarmee de minister van VWS heeft ingestemd. De organisatie sluit het contract met de indiceerder na een Europese aanbestedingsprocedure. Sinds 1 januari 2006 is dat Client First, een particuliere organisatie. De indiceerder is onafhankelijk, maar moet zich wel houden aan de contractvoorwaarden.

Client First krijgt een vast bedrag per gegeven advies en een ander vast bedrag per huisbezoek. De hoogte hiervan is gevoelige informatie (aanbesteding), en dus niet openbaar. Slechts een heel klein percentage van de aanvragen leidt niet tot een advies. Dat kan komen doordat de ouders de aanvraag niet doorzetten, er geen medisch dossier te overleggen is of dat het kind overlijdt. Voor dergelijke aanvragen krijgt Client First €15 administratieve vergoeding.

Onder meer door een boetebeding in het contract met Client First bij overschrijding van afgesproken termijnen zijn volgens de SVB de doorlooptijden verbeterd en beter onder controle.

Historisch perspectief

De regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende (zorgafhankelijke) Gehandicapte kinderen (TOG) is in werking vanaf mei 1997. De TOG-regeling was het resultaat van een langdurige politieke discussie over de financiële situatie van ouders die hun ernstig gehandicapte kind thuis verzorgen. Ouders met een kind in een intramurale AWBZ-instelling kunnen onder bepaalde voorwaarden dubbele kinderbijslag ontvangen. Ouders die hun gehandicapte kind thuis verzorgen hebben hier geen recht op. De politieke discussie mondde uit in een motie van toenmalig kamerlid Giskes (D66; Kamerstukken II, 94/95, 23795, nr.7), waarin de regering werd verzocht om gegeven het feit dat de AKW geen soelaas kon bieden, bij de destijds lopende evaluatie van de Wvg en bij de toen voorgenomen systeemverandering door invoering van persoonsgebonden budgetten in de AWBZ specifiek aandacht te besteden aan de (financiële) positie van ouders met gehandicapte kinderen en op grond daarvan met voorstellen te komen. De Kamer zag destijds in, dat de problematiek niet op inkomensterrein lag, maar op het terrein van zorg. Een naar aanleiding van de motie ingestelde interdepartementale werkgroep onder voorzitterschap van VWS concludeerde dat binnen de kaders van de bestaande regelingen onvoldoende mogelijkheden voor oplossingen lagen. Geadviseerd werd te komen tot een separate regeling –een noodvoorziening- die zou lijken op de kinderbijslagwetgeving. Dit heeft geleid tot TOG-regeling. De regeling is gericht op kinderen van 3 t/m 17 jaar. De ondergrens heeft te maken met het feit dat jongere kinderen altijd in hoge mate afhankelijk zijn van verzorging en op-

passing, ook als ze geen handicap hebben. Bovendien kunnen handicaps voor het derde jaar niet altijd betrouwbaar worden vastgesteld. De bovengrens is op 17 jaar gesteld, omdat een jongere met beperkingen vanaf 18 jaar in aanmerking kan komen voor een Wajong-uitkering.

Per 1 januari 2000 is de doelgroep van de TOG verruimd en is de wijze van indicatie veranderd. Daarom wordt de huidige regeling "TOG 2000" genoemd, met als officiële citeertitel: "Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000. Tot 1 januari 2000 hadden twee groepen kinderen toegang tot de TOG: meervoudig gehandicapte kinderen (zowel verstandelijk als lichamelijk gehandicapt) en ernstig lichamelijk gehandicapte of chronisch zieke kinderen. Sinds 1 januari 2000 wordt bij de indicatie geen onderscheid meer gemaakt naar de aard van de handicap. De mate van zorgafhankelijkheid van het kind is bepalend voor het recht op een tegemoetkoming.

De TOG is geen wet, maar een ministeriële regeling. De achtergrond hiervan is, dat het een noodvoorziening moest zijn, die snel in werking moest treden. De regeling werd na twee jaar geëvalueerd door Research voor Beleid. Uit de evaluatie kwam naar voren, dat de regeling voldeed aan de twee doelstellingen (financiële tegemoetkoming en maatschappelijke waardering). De belangrijkste wijzigingen in de TOG als gevolg van de onderzoeksresultaten van Research voor beleid betreffen de doelgroep en de medische voorwaarden die worden gesteld om voor een tegemoetkoming in aanmerking te komen. Deze werden als zulke essentiële onderdelen van de TOG beschouwd, dat ervoor gekozen is de TOG in zijn geheel te vervangen door huidige regeling TOG 2000. Een andere wijziging is de hoogte van de tegemoetkoming. Meervoudig gehandicapte kinderen kregen tot 2000 een hogere uitkering dan ernstig lichamelijk gehandicapt of chronisch zieke kinderen. Uit de evaluatie van Research voor Beleid bleek, dat dat onderscheid door betrokkenen als onrechtvaardig werd ervaren. In de nieuwe regeling kreeg de tegemoetkoming daarom slechts één niveau, het hoogste.

Naar het functioneren van de TOG is ook in 2006 door APE onderzoek verricht. Het onderzoek richtte zich op de geconstateerde volumegroei van de regeling. Belangrijke conclusie uit het onderzoek was dat een groot deel van de nieuwe TOG-toekenningen plaatsvindt voor kinderen met psychiatrische stoornissen als ADHD en het autisme-achtige PDD-NOS.

Indicatiestelling

Rol SVB en Client First

De Sociale Verzekeringsbank SVB in Roermond, de uitvoerder van de TOG, stelt op aanvraag vast op recht op een tegemoetkoming bestaat. De SVB toetst eerst schriftelijk of de ouders/verzorgers aan de niet-medische voorwaarden voor de TOG voldoen. Daartoe moeten dezen een vragenformulier invullen. Op de website van de SVB kunnen ouders/verzorgers met de zogenaamde TOG-wizard zelf nagaan of ze in grote lijnen aan de voorwaarden voldoen.

Volgens de werkinstructies zijn de SVB-medewerkers verplicht de door de aanvrager verstrekte informatie te verifiëren. Dat wordt gedaan aan de hand van de geregistreerde gegevens in het kinderbijslagbestand. Geverifieerd worden ondermeer: de verzekeringsgrondslag, bestaan en geboortedatum van het kind, verzorger/ ouderrelatie, thuiswonendheid van het kind. Het kinderbijslagbestand is gekoppeld aan de GBA (Gemeentelijke Basisadministratie), waardoor alle relevante mutaties daarin, zoals overlij-

den en verhuizing on line worden gemeld en leiden tot een nieuwe beoordeling voor de kinderbijslag en TOG. De niet-medische voorwaarden uit de TOG worden dus permanent getoetst.

Daarnaast toetst de SVB of het kind gehandicapt is en daardoor in een grotere mate afhankelijk is van verzorging en oppassing dan een gezond kind van dezelfde leeftijd. Voor deze toets wint de SVB medisch advies in bij een landelijk opererende, onafhankelijke en daartoe deskundige organisatie, waarmee het Ministerie van VWS heeft ingestemd. Tot 1 januari 2006 had de SVB een contract met Argonaut, daarna met Client First.

ClientFirst beoordeelt op basis van het ingevulde formulier, de bij de behandelend arts of specialist opgevraagde medische gegevens en zo nodig huisbezoek de verzorgings- en oppassingsbehoefte van het kind en brengt hierover een indicatieadvies uit aan de SVB. Client First besteedt een deel van de huisbezoeken uit aan een andere organisatie.

Puntensysteem voor zorgafhankelijkheid

Aan de hand van de begrippen "geregelde verzorging" en "geregelde oppassing" - begrippen die ook in WAO, WAZ en Wajong worden gebruikt bij de toepassing van de verhoging van een arbeidsongeschiktheidsuitkering bij zorgafhankelijkheid - wordt de mate van zorgafhankelijkheid beoordeeld. Of sprake is van "geregelde verzorging" of "geregelde oppassing" wordt aan de hand van tien beoordelingsthema's vastgesteld. Zo wordt nagegaan of en in welke mate het kind afhankelijk is van verzorging op het terrein van lichaamshygiëne, zindelijkheid, eten en drinken, mobiliteit (motorische of energetische beperkingen) en noodzakelijk te verrichten medische handelingen. Ook wordt nagegaan of en in welke mate noodzaak tot oppassing bestaat in verband met gedrag, communicatie, alleen thuis kunnen zijn, begeleiding buitenshuis en het zichzelf bezig kunnen houden.

Bij Client First beoordelen een arts en een paramedicus de zorgafhankelijkheid. Voor zowel verzorging als oppassing scoort de beoordelaar voor vijf functies of sprake is van sterke, lichte of geen zorgafhankelijkheid. Dat levert respectievelijk twee, één of nul punten op. Het maximum aantal punten is daarmee 20. Omdat jongere kinderen altijd in enige mate zorgafhankelijk zijn, heeft een jonger kind meer punten nodig om in aanmerking te kunnen komen voor de TOG. Bij het scoren van de afzonderlijke functies wordt namelijk geen rekening gehouden met de leeftijd van het kind.

Tabel 1 minimum aantal punten om in aanmerking te komen voor de TOG

Leeftijdscategorie	Score
3 tot en met 5 jaar:	minimaal 12 punten
6 tot en met 7 jaar:	minimaal 10 punten
8 tot en met 9 jaar:	minimaal 9 punten
10 tot en met 11 jaar:	minimaal 8 punten
12 jaar en ouder:	minimaal 6 punten

Er bestaat een directe relatie is tussen de indicatie voor het speciaal onderwijs cluster 4 en indicatie voor de TOG. Het volgen van cluster-4-onderwijs levert in de TOG-indicatie 2 punten, het rugzakje 1 punt. De groei in het speciaal onderwijs levert daarmee ook een groei van de groep potentiële TOG-aanvragers op

Als daartoe aanleiding is, doet Client First nader onderzoek bij de ouders/verzorgers, bijvoorbeeld in de vorm van een huisbezoek. Dat gebeurt volgens De Jong (2006) bijvoorbeeld bij een grote discrepantie tussen de medische gegevens en de zorgafhankelijkheid die de ouders hebben aangegeven. Volgens Client First vindt er bij 30 á 40% van de gevallen een huisbezoek plaats.

Een paramedicus of arts mag niet afwijken van het beoordelingsinstrument en de daarbij behorende normatiek. Wel zou het volgens de SVB kunnen voorkomen dat de arts op grond van zijn kennis en kunde tot een andere score komt dan de paramedicus en het oordeel van de paramedicus bijstelt. De SVB heeft (nog) geen inzicht in het aantal gevallen waarin dit gebeurt.

Cliënt First is er volgens de SVB toe overgegaan om de klant vooraf reeds uitsluitel te geven over de aard van het advies dat aan de SVB zal worden gegeven.

Herindicatie

Is een kind bij indicatie voorlopig blijvend gehandicapt, dan kan de SVB een termijn aangegeven waarna herindicatie plaats vindt. Die termijn is minimaal een jaar. Verder is de ouder verplicht veranderingen in de situatie door te geven die consequenties kunnen hebben voor de toekenning.

Kwaliteitsoordeel indicatiestelling

Tijdigheid

Voor wat betreft de tijdigheid van de indicatiestelling geeft de SVB het volgende aan: "Een beslissing inzake TOG moet op grond van de regeling binnen 13 weken gegeven worden. Indien niet binnen 13 weken beslist kan worden, mag de SVB de beslistermijn verlengen met 4 weken. De klant moet daarover (binnen 13 weken) worden geïnformeerd. Verdere verlenging is mogelijk met instemming van de aanvrager. De beslistermijn wordt opgeschort als en zolang de aanvrager zelf niet in staat is om adequaat medewerking te verlenen aan een verzoek om stukken, informatie of een huisbezoek. In het verleden kampte Argonaut (voorganger van Client First) met grote achterstanden, waardoor het in veel gevallen onmogelijk was binnen de $13+4 = 17$ weken te beslissen. In de laatste jaren is de tijdigheid sterk verbeterd. Mede door nadere afspraken en het boetebeding zijn de processen inmiddels beter onder controle, zodat verlenging minder vaak nodig is. De met SZW afgesproken tijdigheidsnorm (% beslissingen binnen 17 weken) stijgt per jaar met 5% (norm 2005: 75%; 2006: 80%; 2007 85%). De normen worden tot op heden steeds (ruim) gehaald. Als we niet in staat zijn binnen 13 weken te beslissen stuurt de SVB een vertragsbericht aan de klant, waarin de termijn met 4 weken verlengd wordt. In het overgrote deel wordt binnen die termijn beslist. In een aantal gevallen lukt dat (nog) niet. Dan sturen we de klant nogmaals een vertragsbericht."

Kwaliteit beoordeling

Het medisch beoordelingsinstrument waarin de criteria zijn uitgewerkt draagt er volgens de SVB in grote mate aan bij dat de beoordeling eenduidig gebeurt. ClientFirst heeft de contractuele verplichting om eenvormigheid in zowel het beleid als de uitvoering te bewerkstelligen. De kwaliteit van de indicatiestellingen door Client First wordt geborgd door enerzijds de check van de arts op het oordeel van de paramedicus en anderzijds door de eisen die, ondermeer in het bestek van de aanbesteding en in het contract, worden gesteld aan het opleidingsniveau en kwaliteit van de medewerkers van en de uitvoerder van de indicatie in het algemeen. Een SVB-beoordelaar toetst het indicatie-advies en de totstandkoming daarvan marginaal. Bij twijfel vindt nadere afstemming en/of motivering plaats. Daarnaast voorziet de overeenkomst van de SVB met

Client First in de mogelijkheid om periodieke steekproefonderzoeken door de Interne Accountantsdienst van de SVB te laten uitvoeren naar zowel de kwaliteit en de rechtmatigheid (zoals volgen van protocollen en beoordelingsinstrument) als zaken als facturering. Aan de hand van de constatering vindt overleg met Client First plaats en wordt zonodig overgegaan tot het bijstellen van afspraken en procedures.

Client First besteedt alle huisbezoeken uit aan Randstad Gezondheidszorg. De SVB vraagt momenteel bij Client First na hoe de organisatie daarbij de verplichtingen uit het contract met betrekking tot de kwaliteit van de uitvoering waarborgt.

Naar de eenduidigheid van de beoordeling is geen gericht onderzoek uitgevoerd omdat er nooit aanleiding voor is geweest. Noch uit de contacten met Client First en klanten, noch uit klachten, bezwaar- en beroepszaken, is volgens de SVB gebleken dat het instrument niet voldoende eenduidig wordt toegepast. Het Ministerie van SZW is desgevraagd van oordeel dat bij de beoordeling altijd in enige mate sprake blijft van subjectiviteit. SZW heeft het voornemen uitgesproken onderzoek te willen laten uitvoeren naar de kwaliteit van de beoordelingen.

Bezwaar en beroep

Er wordt relatief vaak bezwaar aangetekend tegen een negatieve beslissing inzake de TOG. De bezwaarschriften richten zich niet alleen tegen afwijzingen maar ook tegen intrekkingen of beëindigingen dan wel andere (op al dan niet-medische gronden gebaseerde) besluiten van de SVB. Welk deel van de bezwaarschriften zich tegen een afwijzing van aanvraag richten is bij de SVB niet (op voorhand) bekend. Naast de verschillen tussen de subjectieve klantmening en het (para)medische oordeel vormen een veel voorkomende inzet van de bezwaarprocedure de aan de toekenning gehechte terugwerkende kracht of het niet accepteren dat afwijzing plaatsvindt louter omdat het kind jonger is dan 3 jaar. Een gegrondverklaring komt relatief veel voor (zie tabel 3), Aan een TOG-besluit ligt ook een medische beoordeling en advisering ten grondslag. Net als bij andere beschreven regelingen heeft een dergelijk traject onvermijdelijk een arbitrair karakter. Gegrondverklaring blijkt vaak een gevolg van de situatie dat de belanghebbende alsnog aanvullende of ondersteunende medische informatie weet te overleggen.

Tabel 2 Aantal ingediende bezwaarschriften (in aantallen). Bron: SVB, februari 2007

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
149	130	231	134	204	310	326	403	553

Tabel 3: Resultaten bezwaar- en beroepsprocedures⁵⁶. Bron: SVB, maart 2007

Afgedane procedures	2004		2005		2006	
	Aantal	Gegrond	Aantal	Gegrond	Aantal	Gegrond
Bezwaar	341	50,7%	403	52,6%	434	55,1%
Beroep	31	32,3%	16	25,0%	14	14,3%
Hoger beroep	1	0,0%	0		4	50,0%

Onrechtmatige toekenning

Er zijn volgens de SVB geen signalen dat op relevante schaal misbruik wordt gemaakt van de TOG. Bij de sociale recherche worden slechts zeer incidenteel TOG-zaken aangemeld. Voorzover het gaat om de niet-medische criteria acht de SVB de misbruikmo-

⁵⁶ Het aantal afgehandelde bezwaarschriften in een jaar kan afwijken van het aantal ingediende bezwaarschriften doordat het afhandelen van bezwaarschriften soms lang duurt en over jaargrenzen heengaat.

gelijkheden miniem, gezien de in het proces opgenomen waarborgen. In voorkomende gevallen, zoals bij het niet (tijdig) doorgeven dat het kind alsnog in een instelling is gaan wonen of anderszins niet meer tot het huishouden behoort, beëindigt de SVB de TOG alsnog en gaat over tot terugvordering van de ten onrechte verleende uitkering. "Misleiding van de paramedici en artsen is natuurlijk mogelijk, maar gezien de weinige indicaties, tips en andere signalen die onze afdeling Fraude en Opsporing (in tegenstelling tot bij andere regelingen) ontvangt, achten wij het misbruik niet omvangrijk. Zoals bij de uitvoering van andere regelingen worden er in de uitvoering van de TOG wel eens onjuistheden gesignaleerd door onze accountantsdienst. Die onjuistheden kunnen in sommige gevallen leiden tot een onrechtmatige uitkering. In de afgelopen jaren heeft de SVB altijd voldaan aan de rechtmatigheidsnorm van 99%. Onterechte toekenningen komen derhalve weinig voor."

Toekenning tegen bedoeling regeling

Waar het gaat om toekenningen die minder goed overeenkomen met de bedoeling van de regeling, merkt De Jong (2006) op dat de kwaliteit van indicatiestelling voor cluster-4 voor jongeren met een psychiatrische handicap wellicht niet toereikend is voor het bepalen van de zwaarte van de handicap. Omdat bezoeken van een cluster-4-school vooral voor 11+-leerlingen mede tot toekenning van TOG kan leiden, zou het kunnen dat jongeren met een "te lichte" psychiatrische beperking TOG ontvangen. Client First geeft desgevraagd aan dat het niet onmogelijk is dat dit een rol speelt, maar dat het dan om kleine aantallen gaat. In de meeste gevallen zou er wel degelijk sprake zijn van een behoorlijke handicap.

Historie indicatie

Uit de evaluatie van de TOG in 1998 bleek dat zowel aanvragers als uitvoerders kritiek hadden op de indeling in categorieën gehandicapten en de criteria die op grond van de regeling daaraan werden gesteld. De kritiek kwam samengevat op het volgende neer:

- Het onderscheid in twee categorieën, met een hoog en een laag niveau van tegemoetkoming, werd onrechtvaardig gevonden. De kosten voor het verzorgen van meervoudig gehandicapten zouden niet per definitie hoger zijn dan voor ernstig lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken.
- Niet alle gehandicapte kinderen zouden in één van de twee categorieën te plaatsen zijn, terwijl zij volgens de geest van de regeling wel tot de doelgroep zouden moeten behoren. Verstandelijk gehandicapten waren per definitie uitgesloten van het recht op een tegemoetkoming ingevolge de TOG, maar een aantal van deze kinderen zou minstens zo hulpbehoevend zijn als meervoudig of ernstig lichamelijk gehandicapte kinderen.
- De voorwaarde dat het kind op grond van zijn beperkingen aanspraak zou kunnen maken op opname in een in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of in de daarop berustende bepalingen geregelde intramurale inrichting, bleek in de praktijk nauwelijks invloed te hebben op het al dan niet toekennen van een aanvraag. Daarentegen werden in de praktijk ook geen negatieve gevolgen van deze bepaling ondervonden.
- Sommige criteria werden door de uitvoerders multi-interpretabel genoemd. Zij zouden ruimte laten voor subjectiviteit van de (indicerend) arts.
- De criteria, vooral de aanvullende criteria, werden als streng aangemerkt.

De SVB: "De oude TOG-regeling eiste meervoudige handicap als gevolg waarvan zelfstandige ADL-handelingen waren uitgesloten. Dat vergde meer en hoofdzakelijk een zuiver medisch onderzoek. Ook destijds geschiedde dat aan de hand van een hulpmiddel, neergelegd in Verduidelijking van de criteria van de Regeling TOG ten behoeve van de medisch adviseurs van ZVN-advies." Gezien de considerans van de

nieuwe Regeling TOG 2000 is de oude regeling als te restrictief beoordeeld en vanuit politiek oogpunt dus niet beter omdat een ruimere doelgroep was beoogd. Anders dan vanuit financieel perspectief is de nieuwe regeling beter omdat die toegankelijker is. Wij hebben geen indicatie dat de criteria cq het beoordelingsinstrument onder de oude regeling beter uitvoerbaar waren dan de huidige criteria cq het huidige beoordelingsinstrument."

Effecten regeling

Voor de jongere/ouders betekent de TOG verlichting van de financiële situatie. De tegemoetkoming blijkt meer aangevraagd te worden in sociaal-economisch zwakkere regio's (De Jong 2006). Met de verruiming van de TOG-criteria in 200 kunnen meer ouders/verzorgers van een gehandicapt kind van de TOG profiteren. Ouders zelf geven het financiële aspect aan als belangrijkste reden voor aanvragen van de TOG. De maatschappelijke erkenning voor het thuis verzorgen blijkt maar een geringe rol te spelen.

De regeling heeft geen negatieve effecten voor de aanvragers. De regeling kan wellicht wel bijdragen aan medicalisering omdat medische indicatie vereist is (mening TNO).

Van voorzieningen voor kinderen met een beperking zou je mogen verwachten dat ze als achterliggend doel hebben om participatie aan de samenleving voor deze groep beter mogelijk te maken. Of de TOG een dergelijk effect heeft is niet bekend.

Bekendheid en gebruik regeling

De SVB geeft op haar website informatie over de TOG en de aanvraagmogelijkheden. Ook heeft de SVB folders beschikbaar. Die zijn naar zeggen ruimschoots beschikbaar bij MEE, consultatiebureaus, cliëntorganisaties, jeugdzorg en dergelijke organisaties. De ouders/verzorgers moeten zelf het initiatief tot de aanvraag nemen. Wel heeft de SVB bij de overgang naar de TOG 2000 alle eerder afgewezen aanvragers aangeschreven en geïnformeerd over de ruimere mogelijkheden van de TOG 2000. Dat heeft geleid tot extra aanvragen en toekenningen.

Uit onderzoek van De Jong (2006) blijkt dat ouders die TOG ontvangen de belangrijkste informatiebron zijn voor andere ouders van gehandicapte kinderen. Daarnaast zijn ook de school/ het kinderdagverblijf en professionals in de medische sector en de professionele hulpverlening een belangrijke bron. Andere bronnen zoals internet waren relatief weinig belangrijk.

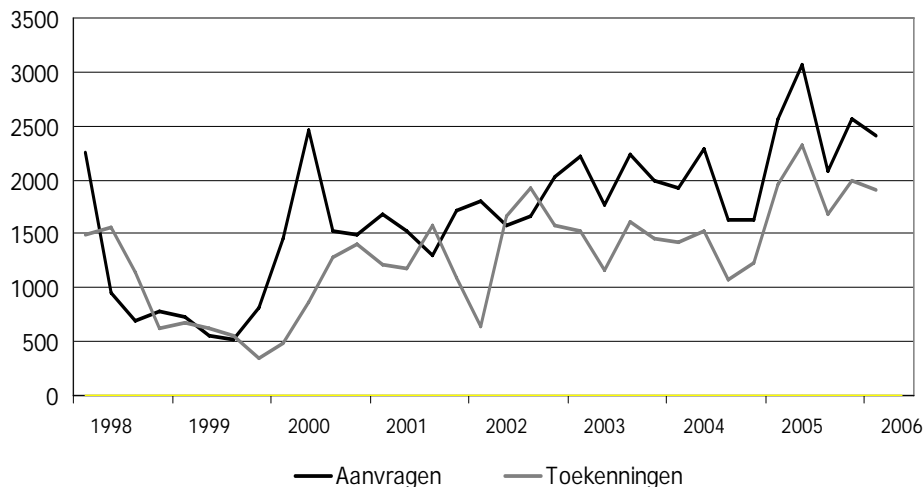
Vermoed wordt, dat (lang) niet alle ouders/verzorgers die in aanmerking zouden kunnen komen voor de TOG, op de hoogte zijn van het bestaan ervan. Uit het onderzoek van de Jong in 2006 bleek immers, dat ouders van kinderen met beperkingen vooral door andere ouders op de TOG gewezen worden.

Er zijn geen signalen dat alle ouders/verzorgers die de TOG kennen en denken ervoor in aanmerking te kunnen komen, deze toch niet aanvragen. Er zijn namelijk geen negatieve bijeffecten van het gebruik van TOG (zoals wel bij bijvoorbeeld de Wajong: stigmatisering).

Kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen bij de TOG

Instream

Bij de start van de TOG 2000 werd de totale omvang van de groep geschat op bijna 27.000 kinderen. In 1997 waren er bijna 6.000 kinderen met TOG, in het eerste kwartaal van 2000 ruim 11.000, in het derde kwartaal van 2006 bijna 43.000.



Figuur 1 Aanvragen en toekenningen TOG per kwartaal, 1998-2006 (De Jong, 2006)

Van 1998 tot 2006 is de instroom per jaar gegroeid (figuur 1, tabel 4). De groei blijkt de laatste jaren te versnellen. Van 2004 tot 2006 heeft een verdubbeling van de instroom plaatsgevonden.

Tabel 4 Nieuwe instroom in de TOG per jaar. Bron: SVB, februari 2007

1997	1998	1999	2000 *	2001	2002	2003	2004	2005	2006
5.905	4.810	2.215	4.019	5.055	5.796	5.749	5.250	7.944	10.014

*Invoering nieuwe TOG

De Jong (2006) geeft een beschrijving van de instroom tot 2006. De kans om in de TOG in te stromen was in het derde kwartaal voor 3-jarigen 0,26%, voor oudere kinderen een stuk lager (0,00 tot 0,08%). De instroomkans was op dat moment voor jongens twee tot drie keer zo groot als voor meisjes. Naar diagnose gaat het bij 77% van de aanvragen en 78% van de toekenningen om psychiatrische en neurologische aandoeningen.

Uit instroomcijfers naar jaar en leeftijd van de laatste drie jaar is zichtbaar dat de instroom in alle leeftijdscategorieën stijgt, niet alleen bij de jongste kinderen (zie tabel 5).

Tabel 5 Instroom TOG naar jaar en leeftijd

Leeftijd	Jaar		
	2004	2005	2006
3	1114	1485	1577
4	592	759	828
5	466	743	756
6	474	704	804
7	460	662	883
8	378	639	889
9	329	588	817
10	267	502	694

Leeftijd	Jaar		
	2004	2005	2006
11	270	447	631
12	261	395	645
13	219	347	454
14	156	246	401
15	114	204	282
16	84	122	189
17	66	101	164
	5250	7944	10014

Bron: SVB, februari 2007

De Jong heeft volgens twee scenario's de mogelijke groei van de instroom berekend: volgens de instroomkansen in het derde kwartaal van 2004, en volgens de toegenomen instroomkansen in de eerste maanden van 2006. Dat zou een TOG-bestand in 2012 opleveren van respectievelijk 64.000 en 110.000 kinderen.

De SVB heeft een nieuwe prognose gemaakt op basis van de gerealiseerde instroom over de eerste 3 kwartalen van 2006 (APE beschikte slechts de cijfers over het eerste kwartaal 2006). Omdat na de piek in het eerste kwartaal van 2006 het aantal aanvragen weer daalde, komt de SVB tot een betere prognose van max. 80.000 kinderen in 2012.

Het percentage toekenningen van de aanvragen ligt rond de 75%. Van een steekproef van aanvragen in juni 2006 was de toekenningskans bij 3-jarigen 90%, van de 12-jarige kinderen 88% en voor de overige leeftijdsgroepen iets lager. Bij de toekenningen aan driejarigen valt op, dat er heel veel kinderen zijn die net voldoende punten scoren, terwijl er nauwelijks kinderen zijn die net onvoldoende punten scoren (zie tabel 6).

Van het aantal afwijzingen bij aanvraag en herindicatie zijn cijfers over de laatste drie jaren beschikbaar. Het percentage afwijzingen van de aanvragen is vrij laag (zie tabel 6).

Tabel 6 Aantal afwijzingen TOG (incl. intrekkingen/beëindigingen na herindicatie)

Jaar	Aantal	Percentage van aanvragen (berekening TNO)
2004	549	9,5%
2005	573	6,7%
2006	854	7,9%

Bron: SVB, februari 2007

Tabel 7 Toekenningen naar scoreklasse en naar leeftijd; totaal en per functiegroep (De Jong, 2006)

Leeftijd ^a	Totaalscore ^b							Score op "Verzorging"					Score op "Oppassing"				
	< 6	6-7	8	9	10-11	12-15	16-20	<3	3-4	5-6	7-8	9-10	<3	3-4	5-6	7-8	9-10
2 jaar	0	0	0	0	0	13	1	0	0	6	8	0	0	0	1	12	1
3 jaar	0	0	0	1	0	104	22	0	9	64	41	13	0	1	31	81	14
4 jaar	0	0	0	1	1	50	6	0	23	27	6	2	0	0	8	26	24
5 jaar	0	0	1	1	22	31	0	0	27	21	6	1	0	0	20	30	5
6 jaar	0	0	1	7	40	22	0	7	45	16	2	0	0	2	25	37	6
7 jaar	0	0	1	9	30	9	2	9	30	10	0	2	0	0	22	23	6
8 jaar	0	0	1	28	12	8	0	12	33	3	1	0	0	1	21	24	3
9 jaar	1	0	6	17	23	11	2	15	28	13	3	1	1	2	21	25	11
10 jaar	0	3	11	17	13	6	1	13	30	7	0	1	0	4	24	20	3
11 jaar	0	9	19	9	7	1	0	24	20	1	0	0	0	7	21	14	3
12 jaar	0	20	9	14	12	5	0	29	27	4	0	0	0	13	23	21	3
13 jaar	0	22	3	3	5	3	0	26	7	3	0	0	1	1	19	14	1
14 jaar	1	20	3	2	3	2	0	17	9	4	1	0	0	14	14	2	1
15 jaar	0	8	3	4	0	1	0	12	4	0	0	0	0	4	7	4	1
16 jaar	2	7	1	0	1	0	0	5	1	1	3	0	3	3	3	2	0
17 jaar	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	0
Onbekend	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Totaal	4	89	59	114	171	268	34	170	296	182	71	20	5	52	261	339	82

a Leeftijd op peildatum

b De donker gearceerde cellen zijn onterechte toekenningen

Oorzaken veranderingen in kwantitatieve instroom

Op de expertmeeting die TNO op 1 maart organiseerde, werd er op gewezen dat een relatief nieuwe voorziening als de TOG de eerste jaren altijd een snel stijgende instroom laats zien.

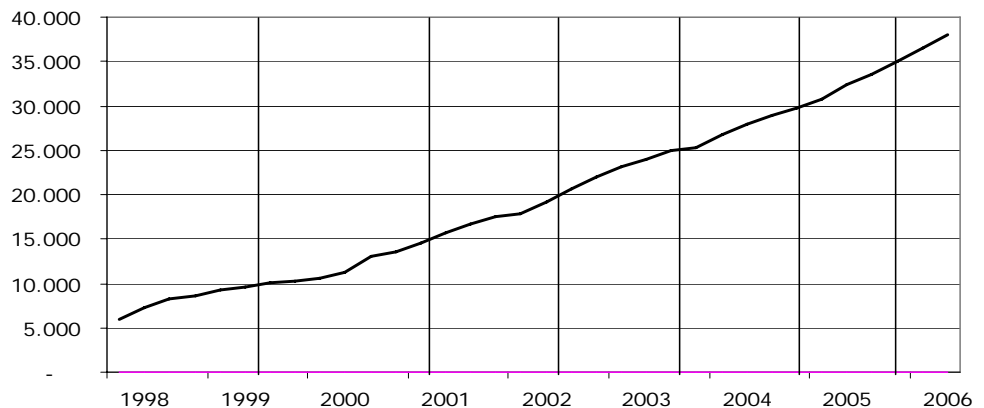
De instroom is volgens De Jong (2006) en de Covelli (2006) toegenomen door de volgende oorzaken:

- De toename van kinderen met psychiatrische gedragsstoornissen als PDD-NOS (autisme-achtige aandoeningen) en ADHD. Dit is onder andere toegeschreven aan medicalisering van gedragsproblemen, maar ook door verbeterde diagnostiek. Deze aandoeningen worden in toenemende mate gediagnostiseerd, terwijl deze diagnoses volgens de Greef en Van Rijswijk (geciteerd door De Jong, 2006) niet altijd eenduidig zijn vast te stellen.
- De wijziging van de regeling in 2000: sinds de invoering van de TOG 2000 geven ook verstandelijke of psychiatrische handicaps een mogelijkheid tot toekennen van de TOG.
- Bezoek aan een cluster-4-school (speciaal onderwijs) telt mee in de indicatiestelling. Groei van het speciaal onderwijs levert daardoor ook groei van de TOG op. Daarnaast lijkt de indicatie voor psychiatrische stoornissen bij het Speciaal Onderwijs (en in de AWBZ) volgens De Jong minder verfijnd dan bij de TOG, vooral voor wat betreft de ernst van de stoornis.
- Toegenomen bekendheid, volgens De Jong (2006) vooral door mond-tot-mond reclame van ouders/verzorgers die gebruik maken van de TOG.
- Aanschrijven van eerder afgewezen aanvragers door de SVB bij in werking treden van de TOG 2000.
- Volgens Covelli (2006) door een grotere klantvriendelijkheid van de aanvraagprocedure per 1 januari 2006. Telefonische intake is sindsdien mogelijk. De gegevens waarover de SVB reeds beschikt (uit AKW-administratie en intake), worden vordrukt op het aanvraagformulier, waardoor de klant met minder vragen wordt geconfronteerd.

Omdat de tijdigheid van de verwerking van de aanvraag is toegenomen sinds Client First de indicatie uitvoert, zou dat een deel van de verhoging van de instroom in de TOG in 2006 kunnen verklaren.

Bestand

Het aantal kinderen met TOG is van 1998 tot 2006 toegenomen van 6.000 tot zo'n 43.000 (figuur 2, tabel 8).



Figuur 2 Ontwikkeling van het aantal TOG-kinderen, 1998-2006. Bron: SVB (uit De Jong 2006)

In tabel 8 is duidelijk te zien dat het aantal jongens met TOG veel sneller stijgt dan het aantal meisjes. In 2000 waren er nog ruim anderhalf maal zoveel jongens als meisjes met TOG. In 2006 is dat al ruim tweemaal zoveel.

Tabel 8 TOG-bestand naar sexe, 3e kwartaal van elk jaar (Bron: SVB, februari 2007)

	Jongen	Meisje	Totaal
2000	8.263	5.281	13.544
2001	11.031	6.527	17.558
2002	14.196	7.782	21.978
2003	16.519	8.719	25.238
2004	19.810	9.919	29.729
2005	23.650	11.315	34.965
2006	29.646	13.314	42.960

Omvang en ontwikkeling uitstroom

Uitstroom uit de TOG vindt plaats als:

- Het kind 18 jaar wordt
- Het kind overlijdt
- Herindicatie: onvoldoende aantal punten toegekend bij herindicatie of ouders/verzorgers en kind voldoen niet meer aan criteria (kind overnacht niet 4 nachten bij de ouder/verzorger, ouders/verzorgers en kind wonen niet in Nederland, ouders/verzorgers ontvangen geen vergelijkbare andere vergoeding).

De uitstroom uit de TOG is nog zeer gering, omdat de regeling pas 10 jaar bestaat. Kinderen kunnen in principe 15 jaar gebruik maken van de regeling, als ze op driejarige leeftijd instromen. Het TOG-bestand is dus nog in de opbouwfase. De belangrijkste uitstroomreden is desondanks het bereiken van de 18-jarige leeftijd, gevolgd door uitstroom wegens niet meer behoren tot het huishouden (minder dan vier nachten per week thuis overnachten) en overlijden (respectievelijk 1366, 779 en 181 kinderen in 2006, bron SVB, februari 2007).

Voorliggende, alternatieve, parallelle en opvolgende voorzieningen

Uit het onderzoek van De Jong (2006) blijkt dat de regeling op financieel vlak in een behoefte van ouders voorziet en dat TOG in sociaal-economische zwakkere regio's meer wordt aangevraagd. In de bijeenkomst in het kader van de beleidsverkenning van de interdepartementale werkgroep met uitvoerders op 25 januari 2007 werd genoemd dat gebruikers van jeugdzorg vaak financieel in een moeilijke situatie zitten. Het is niet duidelijk of die ouders ook op een andere wijze hun financiële nood hadden kunnen lenigen.

Alternatieve regelingen zijn:

- Opname in AWBZ-instelling (cumulatie met TOG niet toegestaan, want TOG is voor thuiswonende kinderen);
- Dubbele kinderbijslag voor ouders van kinderen in een AWBZ-instelling;
- Nederlandse of buitenlandse regeling met een vergelijkbaar doel;
- Een commerciële vergoeding voor verzorger.

Voor kinderen aan wie een TOG-tegemoetkoming wordt toegekend, bestaat ook recht op kinderbijslag op grond van de Algemene Kinderbijslagwet (AKW; voor alle kinderen t/m 17 jaar). Er kan ook recht bestaan op zorg of een Persoonsgebonden Budget op grond van de AWBZ (op grond van indicatie door Centrum indicatiestelling zorg

(CIZ) of Bureau Jeugdzorg). Beide hebben geen gevolgen voor het verkrijgen van de TOG. Er wordt gewoonlijk niet getoetst of de TOG-aanvrager hiervan gebruik maakt. Uit een quick-scan die is gedaan door het bureau dat de indicatiestelling voor de TOG-regeling in 2005 uitvoerde, is gebleken dat grofweg een derde van de groep die op basis van de huidige criteria in aanmerking komt voor de TOG-regeling, ook een indicatie van het CIZ had (Brief staatssecretaris VWS aan de Tweede Kamer, 2006).

Bij de indicatie wordt zoals eerder aangegeven wel getoetst of het kind Speciaal Onderwijs cluster 4 of kinderpsychiatrische dagbehandeling volgt of met een rugzakje naar een reguliere school gaat. Dit heeft consequenties voor de puntentelling. Cluster 4-onderwijs levert meer punten op dan een rugzakje, omdat in de uitvoering verondersteld wordt dat een kind dat zich op het regulier onderwijs kan handhaven, een minder grote handicap heeft dan een kind dat cluster-4-onderwijs volgt.

Bij de indicatie wordt wel gekeken naar de zorgafhankelijkheid, maar niet naar de draagkracht van de aanvrager en de daadwerkelijk geboden verzorging en oppassing. Bij de beoordeling voor opname in een AWBZ-instelling is dat wel het geval. Hoewel de TOG bedoeld is voor kinderen die, gelet hun beperkingen, een indicatie voor opname in een AWBZ-instelling zouden kunnen krijgen, maar thuis verzorgd worden, wordt dus niet getoetst of de kinderen wérkelijk voor opname in aanmerking zouden komen. Bij de vaststelling van de regeling is dit zo afgesproken.

De meerderheid van de jongeren die uit de TOG uitstromen op 18-jarige leeftijd blijkt aansluitend een Wajong-uitkering te krijgen: minimaal 91% (de Jong, 2006).

TOG komt ook voor in combinatie met PGB, speciaal onderwijs, rugzakje (LGF), gebruik van jeugdzorg en jeugd-GGZ. Bijna eenderde van de TOG-ontvangers had in 2005 ook een CIZ-indicatie (brief VWS aan de Tweede Kamer, 2006).

Aanzuigende werking

De uitvoerders SVB en Client First hebben wel enige baat bij stijging van de instroom. Het levert beiden meer werk op. Bij de SVB is het toegestane aantal personen dat zich met de dossierafhandeling bezighoudt genormeerd op basis van de (verwachte) werkzaamheden (aantallen werksoorten maal normtijd). Begroot in 2005: 20,96 fte; 2006: 23,05; 2007: 28,66.

Referenties

- Jong, Ph, de, e.a.. Onderzoek TOG 2000. Den Haag, APE, oktober 2006.
- Covelli, P. TOG-stijging en diagnose kinderen. SVB Business Controling, december 2006.
- Brochure tegemoetkoming TOG, SVB.
- Kinderbijslag- en TOG-bedragen januari 2007. SVB.
- Wetstekst plus toelichting: Regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten Thuiswonende Gehandicapte Kinderen 2000 (TOG 2000). 20 december 1999, Staatscourant 1999, 249.
- Son, G. van, Aalst, M. van der. Evaluatie TOG-regeling; eindrapport. Leiden: Research voor beleid, 27 januari 1999.
- Persbericht 99/084. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Directie Communicatie, 20 mei 1999.
- Brief van staatssecretaris Hoogervorst over de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000 (TOG 2000), 16 augustus 2001.
- SBV beleidsregels 2006 deel1.
- SZW. Groei van de TOG en Wajong-regeling. Interne notitie.

- Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer betreffende de Voortgangsrapportage 10 groot project modernisering AWBZ (Kenmerk DLZ/KZ-2667269), 6 juni 2006.
- Schriftelijke informatie (antwoorden op vragen) van SVB.
- Schriftelijk commentaar van SZW.

G Wajong

Korte beschrijving regeling

Doel regeling

De Wajong is een inkomensvoorziening voor jonggehandicapten. Uit de Memorie van Toelichting: "Gekozen is voor een afzonderlijke wettelijke voorziening, omdat bij jonggehandicapten en studerenden, anders dan bij werknemers en zelfstandigen, geen sprake is van feitelijke inkomensderving maar van veronderstelde inkomensderving. Financiering door betrokkenen zelf via premieheffing is bij deze categorie, anders dan bij werknemers en zelfstandigen, niet aan de orde." Het begrip "jong" in "jonggehandicapte" betreft het moment waarop iemand gehandicapt is geraakt, niet de leeftijd waarop de rechthebbende de uitkering ontvangt. De uitkering kan namelijk doorlopen tot de 65^{ste} verjaardag.

Rechten en plichten

Een Wajonger heeft recht op ondersteuning bij het vinden of behouden van werk. Hij is verplicht mee te werken aan scholing en arbeidstoeleidingstrajecten, als dat zijn kans op werk groter maakt. De Wajonger kan onder voorwaarden gebruik maken van een groot aantal voorzieningen. Hij is op grond van de wet niet verplicht passend werk te aanvaarden, al kan dat wel in de re-integratievisie worden opgenomen.

Een werkgever van een Wajonger kan van veel meer voorzieningen gebruik maken dan een werkgever van een arbeidsongeschikte met een andere uitkering.

Voorwaarden

De Wajong geldt voor jonggehandicapte ingezetenen van Nederland van 18 tot 65 jaar die voor de leeftijd van 17 jaar arbeidsongeschikt zijn geworden. De regeling geldt ook voor studerenden die nadien tijdens hun studie, maar voor hun 30^{ste} jaar arbeidsongeschikt zijn geworden. Voorwaarden zijn dat zij in het voorafgaande jaar minimaal 6 maanden studeerden of stage liepen of dat zij studiefinanciering of een tegemoetkoming in de studiekosten ontvingen.

Als een aanvrager kan aantonen dat hij voor zijn 17^{de} jaar arbeidsongeschikt was, kan hij ook op latere leeftijd soms nog in aanmerking komen voor een Wajong-uitkering.

De aanvrager moet tenminste 25% arbeidsongeschikt zijn om een uitkering te kunnen krijgen.

Wie pas na zijn geboorte naar Nederland is gekomen en op moment van vestiging in Nederland al arbeidsongeschikt was, heeft niet altijd recht op Wajong⁵⁷.

Ook werknemers van 16 of 17 jaar met structurele functionele beperkingen en hun werkgevers kunnen onder voorwaarden gebruik maken van voorzieningen voor jonggehandicapten als een jobcoach, no-riskpolis en loondispensatie.⁵⁸

De woonsituatie van een jonggehandicapte (zelfstandig, bij de ouders, in een woonvorm voor gehandicapten, opname in een instelling) heeft geen (negatieve) invloed op

⁵⁷ Potentieel recht op Wajong ontstaat zodra iemand ingezetene van Nederland wordt. Er geldt een zogenaamde "zesjareneis". Als de cliënt vanaf zijn elfde jaar zes jaar aaneengesloten ingezetene was, en de arbeidsongeschiktheid pas ná vestiging in Nederland, maar voor het 17^{de} jaar (of voor het 30^{ste} jaar tijdens de studie) ontstond, kan hij onder voorwaarden rechten ontlenuen aan de Wajong.

⁵⁸ De loondispensatie eindigt op het 18^{de} jaar als een jongere niet in aanmerking komt voor een Wajong-uitkering. Dat is soms het geval vanwege de zesjareneis.

het recht op Wajong⁵⁹. Wonen in een woonvorm of een instelling betekent wel dat de jonggehandicapte een eigen bijdrage moet betalen voor de AWBZ.

Het recht op de Wajonguitkering vervalt

- als een ontvanger van Wajong 65 jaar wordt;
- als hij bij herkeuring minder dan 25 procent arbeidsongeschikt wordt verklaard;
- als hij vijf jaar inkomsten uit passende arbeid heeft en de arbeidsongeschiktheid mede op basis daarvan op minder dan 25% wordt vastgesteld;
- wanneer hij zich in het buitenland vestigt (hierop bestaan uitzonderingen, die zijn geformuleerd in een zogenaamde “hardheidsclausule”);
- bij detentie;
- bij illegaal verblijf in Nederland;
- bij overlijden.

Na detentie en bij terugkeer uit het buitenland kan het recht op Wajong herleven. Voor de werkende Wajonger die onder WSW-regiem valt (ook Begeleid Werken) of werkt met een jobcoach en loondispensatie, geldt dat de Wajong een slapend recht blijft (ook hier kan op gezette tijden een herbeoordeling plaatstvinden en wordt over de voortzetting van de instrumenten beslist).

Aanvraag

Wie Wajong wil ontvangen, moet dat zelf aanvragen. Een aanvraagformulier is te downloaden via www.uwv.nl of aan te vragen via de UWV werknemerstelefoon 0900-9294. In plaats van de belanghebbende zelf kan ook een wettelijke vertegenwoordiger de uitkering aanvragen. Wanneer de belanghebbende geen wettelijke vertegenwoordiger heeft (bijvoorbeeld omdat hij psychiatrisch patiënt is), is het UWV bevoegd de uitkering ambtshalve toe te kennen.

Voor het aanvragen van een Wajong-uitkering zijn twee momenten van belang. Het moment waarop een jongere zich *aanmeldt* en het moment waarop hij de uitkering *aanvraagt*. Is de aanvrager jonggehandicapt, dan dient deze zich uiterlijk binnen 13 weken nadat hij 17 jaar is geworden aan te melden bij het UWV. Studeert de jonggehandicapte, dan geldt de periode van 13 weken vanaf het moment dat hij arbeidsongeschikt is geworden. Na de melding begint een wachttijd van 52 weken waarin de aanvrager onafgebroken voor ten minste 25 procent arbeidsongeschikt moet zijn geweest. In deze periode bepaalt het UWV of er nog revalidatie mogelijk is. Wie voor zijn 17^{de} jaar arbeidsongeschikt is, moet de aanvraag voor een Wajong-uitkering binnen negen maanden nadat hij 17 jaar is geworden, indienen. Wie arbeidsongeschikt wordt terwijl hij studeert, moet de uitkering aanvragen binnen negen maanden nadat hij arbeidsongeschikt is geworden. Het UWV heeft op deze manier de mogelijkheid om een beslissing te nemen voor het einde van de wachttijd van een jaar.

De beslissing op een aanvraag moet binnen 13 weken na ontvangst van de complete aanvraag zijn afgegeven. Ingeval van ambtshalve toekenning is er geen wettelijk bepaalde termijn.

Bekostiging en hoogte uitkering

De Wajong uitkeringen en de indicatie en uitvoering door het UWV worden betaald uit het Wajongfonds (Arbeidsongeschiktheidsfonds Jonggehandicapten), dat is opgebouwd uit belastinggeld. De verbetering van het indicatie- en uitvoeringsproces wordt, in de vorm van extra capaciteit binnen de Wajongteams, ook bekostigd uit het Wa-

⁵⁹ Verblijf in een instelling kan wel een indicatie zijn voor het recht op Wajong (zie standaard GDBM).

jongfonds, waaraan extra middelen zijn toegevoegd vanuit de zogenaamde Verburg-gelden.

Als een Wajongere onder WSW-regiem werkt wordt de waarde van die uitkering overgeheveld naar de begrotingspost WSW.

Bij volledige arbeidsongeschiktheid bedraagt de uitkering 70% van het geldende minimum(jeugd)loon. De Wajong kent geen middelentoets op het vermogen of op het inkomen van de eventuele partner.

De hoogte van de Wajong-uitkering wordt bepaald door de hoogte van de grondslag en het percentage arbeidsongeschiktheid.

Per 1 januari 2007 is de grondslag Wajong per dag voor (in euro)

23 jaar en ouder	59,81
22 jaar	50,84
21 jaar	43,36
20 jaar	36,78
19 jaar	31,40
18 jaar	27,21

Bij een arbeidsongeschiktheid van	is de uitkering in percentage van de grondslag:
< 25%	nihil
25%-35%	21%
35%-45%	28%
45%-55%	35%
55%-65%	42%
65%-80%	50,75%
> 80%	70%

Bij hulpbehoevendheid kan de Wajong-uitkering verhoogd worden tot 85% of 100% van de grondslag. Dit is vastgelegd in het "Besluit verhoging arbeidsongeschiktheids-uitkering bij hulpbehoevendheid (Wao, Waz en Wajong) 1999".

Historisch perspectief

De Wajong is in werking getreden op 1 januari 1998. Tot dat moment ontvingen jonggehandicapten, net als arbeidsongeschikte zelfstandigen en werknemers die geen recht hadden op WAO, een uitkering van 70% van het minimumloon krachtens de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet AAW. De AAW kwam tot stand in 1976. Daarvoor bestond nog de "Tijdelijke Rijksgroepsregeling Mindervaliden", als onderdeel van de Algemene Bijstandswet. De invoering van een volksverzekering werd in de memorie van toelichting bij het toenmalige wetsvoorstel AAW gemotiveerd met de overweging dat het bij langdurige arbeidsongeschiktheid gaat om een sociaal risico. Dat sociale risico geldt voor de gehele bevolking en diende daarom gedekt te worden door middel van een volksverzekering. Gemeend werd dat "inkomensderving door arbeidsongeschiktheid van een jonggehandicapte noch door de betrokkene noch door zijn ouders is te dragen en dat via een volksverzekering de gemeenschap beter in staat is haar solidariteit ten aanzien van jonggehandicapten na te komen" (Kamerstukken II 1974-1975, 13 231, nrs. 1-4, blz. 42 e.v.).

Omdat jonggehandicapten, anders dan zelfstandigen en werknemers, niet in staat werden geacht zelf een inkomensvoorziening te financieren, werd voor deze groep bij de afschaffing van de AAW een aparte inkomensvoorziening opgezet. Volgens de Memorie van Toelichting is in het wetsvoorstel voor de Wajong voor de voorwaarden voor het recht op uitkering, het arbeidsongeschiktheids criterium en de duur en hoogte van de uitkering zo veel mogelijk aangesloten bij de systematiek van de AAW. De Wajong is echter anders dan de AAW geen verzekering, maar een voorziening.

De Wajong bleef lange tijd grotendeels buiten de beleidsaandacht. Er was wel de aanscherping van het schattingsbesluit, maar die had weinig invloed op de Wajong. In 2001 heeft het UWV de Wajong-teams heringericht (nadat die bij de privatisering van de re-integratie waren afgeschaft). In 2002 kregen de teams meer praktische invulling. Begin 2005 verscheen het onderzoeksrapport “Jonggehandicapten aan de slag” van het Verwey-Jonker Instituut. Dit rapport adviseerde de regie voor de overgang van school naar werk van jongeren met een beperking bij de Wajong-teams van het UWV te leggen, in verband met problemen bij de sluitende aanpak. De Minister van SZW heeft het UWV overeenkomstig verzocht.

Indicatiestelling

Wajong-teams

De intake en beoordeling gebeurt in speciale Wajong-teams: gespecialiseerde verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, aangevuld met een in Wajong gespecialiseerde procesbegeleider. Het UWV heeft deze werkwijze in 2005 en 2006 landelijk als 'de' werkwijze uitgerold.

Hoe wordt de indicatiegesteld

De beoordeling vindt in principe op dezelfde manier plaats als voor de WAO/WIA, met dezelfde beoordelingseisen, met uitzondering van de loonvergelijking. Na de Wajong-aanvraag ontvangt de aanvrager een oproep. De meeste aanvragen leiden tot een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en –advies, gevolgd door onderzoek en vaststelling van het eindadvies door de arbeidsdeskundige. Als er sprake is van ernstige tot zeer ernstige beperkingen, wordt beoordeling en advisering op de stukken verricht. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij een cliënt met een ernstige verstandelijke beperking die blijvend is opgenomen in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

De verzekeringsarts maakt gebruik van

- informatie die door de cliënt is meegezonden bij de aanvraag
- informatie die via het netwerk en/of de school is verstrekt
- eventueel informatie uit de door de aanvrager ingevulde vragenlijst
- eigen onderzoek: gesprek, hetero-anamnese (anamnese m.b.v. familie of verzorgers), soms kleine testjes, soms lichamelijk onderzoek

Op indicatie vult de verzekeringsarts dit aan met informatie die aan de behandelende sector wordt gevraagd, in zeldzame gevallen ook met expertise van een deskundige (veelal een psychiater of psycholoog).

De verzekeringsarts stelt dan op basis van alle beschikbare informatie vast welke mogelijkheden en beperkingen de cliënt heeft. Om zijn visie op de mogelijkheden te communiceren maakt de verzekeringsarts gebruik van de Functionele Mogelijkheden Lijst FML. De FML is opgebouwd uit zes rubrieken: persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, aanpassingen aan fysieke omgevingseisen, dynamische handelingen, statische houdingen en werktijden.

Het kan zijn dat de verzekeringsarts vaststelt dat de aanvrager voor een periode van tenminste drie maanden medisch gezien volledig arbeidsongeschikt is. Voor die situa-

tie kent het UWV een richtlijn: de standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden". Dit om de uniformiteit van de uitvoering te vergroten. In de standaard GDBM zijn de vier situaties beschreven op grond waarvan de verzekeringsarts tot het oordeel "medisch 80/100" kan komen:

- bij opname in ziekenhuis of instelling;
- bij bedlegerigheid;
- bij ADL-afhankelijkheid (het niet zelfstandig kunnen uitvoeren van alle dagelijkse levensverrichtingen);
- bij onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren.

Een cliënt kan alleen volledig arbeidsongeschikt worden verklaard op psychische gronden als er sprake is van een ernstige psychische stoornis, waardoor iemand niet meer goed voor zichzelf kan zorgen en ook niet in staat is persoonlijke, familie- en werkrelaties te onderhouden.

Als de arts van mening is dat de aanvrager mogelijkheden heeft tot normaal functioneren (medisch geen sprake is van GDBM), dan wordt de aanvrager opgeroepen voor een gesprek met een arbeidsdeskundige-jonggehandicapten (ADJ) van het UWV. Deze stelt vast of de cliënt gezien deze mogelijkheden en andere factoren als opleidingsniveau, in staat is arbeid te verrichten. De ADJ kijkt welke functies hij theoretisch gezien met zijn beperkingen nog wel zou kunnen vervullen en wat hij daarmee kan verdienen. Dat gebeurt met behulp van een computerprogramma, het Claimbeoordelings- en Boringssysteem CBBS. Het CBBS vergelijkt de mogelijkheden van de cliënt met de eisen die een bepaalde functie (beroep) stelt. De ADJ duidt met de uitkomsten van het CBBS een aantal functies die een persoon met de ingevoerde mogelijkheden en beperkingen nog zou kunnen vervullen. Dit is bepalend voor de mate van theoretische arbeidsongeschiktheid.

Voor een representatieve steekproef van het lopend bestand eind 2005 (voor Wajongers tot 45 jaar) en voor de einde wachttijd beoordelingen waarbij de Wajong uitkering is toegekend in 2006 heeft UWV een analyse uitgevoerd naar de verhouding medisch volledig arbeidsongeschikt (GDBM) en arbeidsdeskundig volledig arbeidsongeschikt. (zie onderstaande tabel) Van de nieuwe Wajong-toekenningen is 21% volledig arbeidsongeschikt op medische gronden. Van het lopende bestand is dit 39%.

Tabel 1 Wajong-bestand en Wajong-instroom naar medisch of arbeidskundig 80-100% arbeidsongeschikt of gedeeltelijk arbeidsongeschikt.

	Steekproef lopend bestand eind 2005 (Wajongers tot 45 jaar)	Toekenningen EWT beoordelingen 2006
Volledig AO op medische gronden (GDBM)	39%	21%
Volledig AO op arbeidsdeskundige gronden	59%	77%
Gedeeltelijk AO	2%	2%

Aanpassing schattingsbesluit en herindicatie

Op 1 oktober 2004 zijn de regels voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid veranderd als gevolg van een aanpassing in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Onder de nieuwe keuringsregels gaat het UWV uit van ruimere mogelijkheden om te werken dan voorheen. Het betreft hier een aanpassing in het aantal te duiden functies dat nodig is voor een geldige schatting. Voorheen waren er minimaal drie zogenaamde sbc-codes nodig met minimaal zeven arbeidsplaatsen per code en totaal minimaal 30 arbeidsplaatsen. Nu geldt dat minimaal drie sbc-codes nodig zijn en minimaal 3 arbeidsplaatsen per code met een totaal van minimaal negen arbeidsplaatsen.

Vanaf 1 oktober 2004 zijn/worden de meeste personen die al een arbeidsongeschiktheidsuitkering hadden eenmalig herbeoordeeld volgens nieuwe keuringsregels. Er wordt “een stofkam over het bestand gehaald.” Daarmee wordt beslist hoe in het vervolg met cliënten uit het bestand wordt omgegaan. De uitkomst kan zijn: volledig en duurzaam arbeidsongeschikt (geen herbeoordeling meer), na x jaar een professionele herbeoordeling, verlaging van de uitkering met aanbieden van een re-integratietraject of uit de uitkering met aanbieden van een re-integratietraject.

De aanpassing van het schattingsbesluit heeft weinig gevolgen voor de toekenning van een Wajong-uitkering. Dat komt doordat de wijzigingen vooral betrekking hebben op de arbeidsdeskundige kant van de beoordeling. De verzekeringsgeneeskundige kant is vrijwel ongewijzigd. Als eenmaal beperkingen op medische grond zijn vastgesteld, leidt de arbeidsdeskundige vaststelling van de verdien capaciteit op basis van het CBBS doorgaans tot de conclusie van volledige arbeidsongeschiktheid. Dit komt doordat de definitie van gangbare arbeid ongewijzigd is. Als onder het oude regime iemand niet kan werken, dan is dat ook zo onder het nieuwe regime. Het aantal door de ADJ te duiden functies heeft hierop slechts geringe invloed.

Kwaliteit indicatie

Toetsing beoordelingsproces

Het beoordelingsproces van verzekeringsartsen en ADJ's wordt voortdurend op verschillende niveaus op kwaliteit getoetst. Stafverzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen toetsen dossiers op lokaal niveau. Een centrale kwaliteitsafdeling trekt elk kwartaal een aantal dossiers om die te (laten) toetsen. Verder vindt aan de hand van speciale vraagstellingen dossieronderzoek plaats. Momenteel vindt bij het UWV dossieronderzoek plaats naar de claimbeoordeling.

Netwerkformule: kwaliteit onderliggende stukken stijgt

Beleidsmedewerkers van het UWV geven aan, dat het opzetten van netwerken ertoe heeft geleid dat de verzekeringsarts en ADJ bij de claimbeoordeling over veel extra informatie kunnen beschikken. Vaak is al duidelijk uit testen wat de mate van verstandelijke beperking is. Het is duidelijk waar de cliënt in stages faalde en wat daarvan de reden is. Ook de informatie over de schoolgang en de voortgang erin is meer beschikbaar (van belang voor de ADJ). Opvragen van dossiers, onder andere van de school, gaat via het netwerk steeds soepeler. Opvragen van het schooldossier zou volgens de beleidsmedewerkers standaard moeten plaatsvinden. MEE-consulenten zijn in toenemende mate betrokken bij de informatieverzameling ten behoeve van de indicatie. Ze spelen een faciliterende en bemiddelende rol, kunnen huisbezoek bij de ouders afleggen en aanvullend onderzoek doen en nemen deel aan het netwerk. UWV-medewerkers en MEE-consulenten leren van elkaar. De betrokkenheid van MEE verschilt per regio.

Onterecht niet toekennen

Onterecht niet toekennen Wajong is wel voorgekomen door beperkte kennis bij sommige verzekeringsartsen UWV over licht verstandelijke handicaps (interviews voor CWP-advies, 2004). Dat betreft volgens beleidsmedewerkers van het UWV incidentele gevallen, die steeds minder voorkomen door voortschrijdend inzicht bij de verzekeringsartsen zelf en meer kennis over oorzaken en diagnostiek van autistisch spectrumstoornissen.

Ten onrechte toekennen

Bij de start van de Wajong in 1998 is een groot aantal AAW-dossiers slechts marginaal getoetst, bijvoorbeeld ten aanzien van de mate van verstandelijke beperking. Dat blijkt momenteel volgens UWV-beleidsmedewerkers bij dossieronderzoek naar aanleiding van de vraag om ophoging van het arbeidsongeschiktheidspercentage wegens afnemend arbeidsvermogen bij oudere Wajongers in WSW-verband.

Er zijn geen signalen dat onterecht toelaten in het algemeen vaak voorkomt. Wel verandert het profiel van de jonggehandicapte, doordat de groei van de instroom vooral geconcentreerd bij de “overige psychische stoornissen”. Er ontbreekt goed inzicht door gebruik van de CAS-code. Voor verstandelijke beperking wordt één code voor alle gradaties gebruikt. Voor ADHD, autistisch spectrum stoornissen en enkele andere bij de Wajong voorkomende zaken, is slechts één verzamelcode beschikbaar. Het UWV-Dossieronderzoek Wajong zoekt nu uit of verfijning van de CAS-code mogelijk is.

Uitvoering: uitkering, re-integratie, voorzieningen

Uitkering en re-integratie

Na de vaststelling van het percentage arbeidsongeschiktheid verstrekt het UWV de uitkering en krijgt de cliënt indien gewenst en nodig een re-integratietraject aangeboden. De arbeidsdeskundige bespreekt met de Wajonggerechtigde wat voor hem de kortste weg naar werk is. De afspraken die ze daarover maken, legt de arbeidsdeskundige vast in een re-integratievisie. Als de Wajonger ondersteuning in de vorm van een re-integratietraject nodig heeft om aan het werk te komen (wat bij deze groep in de meeste gevallen zo zal zijn), kan deze kiezen tussen een door UWV via de aanbesteding ingekocht traject of voor een individuele re-integratieovereenkomst (IRO). Het kan gaan om toeleiding naar arbeid bij een werkgever of begeleiding bij het starten van een eigen bedrijf. Ook kan het zijn dat de cliënt in aanmerking komt voor WSW-arbeid. Als dat het geval is, volgt een re-integratietraject via het CWI, dat de indicatie voor de WSW verricht.

De ADJ biedt maatwerk, en kan daarbij soms van oordeel zijn dat het beter is om de Wajonger zelf via zijn netwerk Wajongers in contact te brengen met een werkgever. Hoe vaak dat voorkomt is onbekend, wel is duidelijk dat het ADJ- en regio-afhankelijk is.

Het UWV heeft met re-integratiebedrijven die trajecten voor Wajongers uitvoeren een opdrachtrelatie: trajecten worden aanbesteed. Daarbij geldt een “no-cure-less pay”-regeling om re-integratiebedrijven te stimuleren kwalitatief goede begeleiding te leveren. Ook IRO-trajecten kennen een no-cure-less-pay-financiering. De effectiviteit van een re-integratiebedrijf in eerdere aanbestede trajecten speelt een rol bij volgende aanbestedingen, wat een extra stimulans is voor deze bedrijven om zo veel mogelijk plaatsingen bij werkgevers te realiseren.

Bij IRO kan een Wajonger binnen bepaalde grenzen zelf een re-integratiebedrijf kiezen. Dat bedrijf moet voldoen aan het “beoordelingskader IRO.”

Afhankelijk van de ernst van de beperkingen kan een Wajonger die voor een IRO kiest een zogenaamde “zeer moeilijk plaatsbarenverklaring krijgen van het UWV. Bij Wajongers gaat het UWV standaard na of deze verklaring afgegeven moet worden. Een re-integratiebedrijf loopt bij een Wajonger met zo’n verklaring minder eigen risico (20% i.p.v. 50%).

Naast verantwoordelijkheid voor re-integratie van Wajongers, heeft het UWV ook de regierol voor de arbeidtoeleiding van 16- en 17-jarige schoolverlaters bij wie het eventuele recht op Wajong nog moet worden vastgesteld. Het UWV heeft naar aanleiding

van het rapport “Jonggehandicapten aan de slag” (Verwey-Jonkerinstituut, 2005) netwerken geïnitieerd en zoekt scholen voor VSO en Praktijkonderwijs in dat kader actief op. Verder zijn betrokken: de scholen (REC's/VSO en praktijkscholen, REC's ook voor de rugzakleerlingen op het regulier onderwijs, MEE-organisaties, CWI voor indicatiestelling WSW, ouders, ouderverenigingen en zorginstellingen. Uit mondelinge informatie van het UWV blijkt, dat het UWV de aandacht niet richt op schoolverlaters die met LGF het reguliere onderwijs bezocht hebben.

Vanwege wachtlijsten in de WSW (zo'n 15.000 personen) zijn schoolverlatende Wajongers moeilijker te plaatsen (Volgens Stavenuiter en Lammerts (2005) kan de wachttijd oplopen tot drie jaar). Voor licht verstandelijk gehandicapten is het niet goed enige tijd buiten het leer/ werkproces te staan. Ze raken hun vaardigheden dan snel kwijt. Het UWV subsidieert daarom extra plaatsen bij de WSW, zodat deze jongeren toch meteen aan de slag kunnen. Per 1 januari 2008 wordt deze mogelijkheid beëindigd. De enige mogelijkheid die dan nog overblijft bij het bestaan van een wachtlijst, is werken met behoud van uitkering.

Voorzieningen

Het UWV is ook één van de instanties⁶⁰ die Wajongers, jonggehandicapten van 16 en 17 jaar en hun werkgevers onder voorwaarden voorzieningen kan verstrekken. Dat betreft de no-riskpolis⁶¹, loondispensatie, begeleiding door een jobcoach (persoonlijke ondersteuningsregeling), werk(plek)aanpassingen, hulpmiddelen, vervoersvoorzieningen en proefplaatsing.

Kwaliteit uitvoering

In de UWV-kennismemo 06/03 wordt vermeldt dat de toename van Wajongers consequenties heeft voor de uitvoering. De doelgroep stelt volgens de auteurs specifieke eisen aan de expertise en werkwijzen van het UWV. Naarmate meer “nieuwe” ziektebeelden in de spreekkamer komen, moeten verzekeringsartsen-Wajong zich hier extra in bekwamen. Er zijn verschillende recente initiatieven zoals de nascholing over ASS in de regio Noord, pilots met de Melba-methodiek (capaciteitsprofielen van klanten vergelijken met het eisenprofiel van functies) in de Betuwe en een proef met de IDA-test (meten van arbeidscapaciteit) in Limburg.

Historie uitvoering

De uitvoering van de Wajong werd bij invoering van de wet in 1998, met het oog op de efficiency, opgedragen aan één bedrijfsvereniging, de Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging. Deze bedrijfsvereniging voerde op dat moment in de meeste gevallen ook de AAW uit ten aanzien van jonggehandicapten en studerende. Bij de vorming van het UWV is de uitvoering bij deze voormalige GAK-kantoren gebleven.

Effect regeling op participatie

De Wajong geeft jonggehandicapten zoals beoogd een inkomen op minimumniveau. Steeds meer jongeren uit de doelgroep worden via school op de hoogte van het bestaan van de Wajong. Wajong geeft een jonggehandicapte een grotere financiële zekerheid en daarmee een grotere mogelijkheid om zelfstandig te functioneren. De financiële

⁶⁰ Naast Belastingdienst, SW-bedrijf en gemeente

⁶¹ Bij de beoordeling of een jongere van 16/17 jaar in aanmerking komt voor de no-riskpolis, moet nu beoordeeld worden of deze belemmeringen ondervindt bij het volgen van onderwijs, in plaats van bij het werken.

zekerheid zou een jongere ook kunnen tegenhouden om aan het werk te gaan (voor zover de jonggehandicapte daartoe in staat is gezien zijn/haar beperkingen). Het hebben van een Wajong-uitkering kan naar ervaring van betrokkenen ook een stigma opleveren. (advies CWP, 2004).

Bekendheid en gebruik regeling

Niet-gebruik: onbekendheid, stigma en zorgmijden

Omdat er geen goed inzicht is in de omvang van de doelgroep, is onduidelijk welk deel van de doelgroep daadwerkelijk een Wajong-uitkering aanvraagt. Uit vragen van cliënten aan de helpdesk van het Breed Platform Verzekeren en Werk blijkt, dat lang nog niet alle burgers die recht zouden kunnen hebben op Wajong daarvan op de hoogte zijn (analyse helpdeskcontacten: Jonggehandicapten aan het woord, Breed platform Verzekeren januari 2006). Om hoeveel potentiële rechthebbenden het gaat is onbekend. Of door de publiciteit en voorlichting over de Wajong het niet-gebruik is afgenomen, is ook onbekend.

Er zijn ouders die liever geen Wajong voor hun kind aanvragen, omdat het stigmatiserend kan werken. Ook voor jonggehandicapten zelf speelt dat een rol: een ADJ van het UWV geeft aan vooral bij jonggehandicapten in het hoger onderwijs ervaren te hebben dat potentiële Wajonggerechtigden de uitkering niet aanvragen. Soms ontkennen ouders dat er problemen zijn. Soms zijn ouders zelf zorgmijders. In beide situaties kan het voorkomen dat ze voor hun gehandicapte kind geen Wajong aanvragen, blijkt in de praktijk. Hiernaar is geen onderzoek gedaan, dus de mate waarin dit voorkomt is onbekend.

Voorlichting

In 2004/2005 bleek de informatievoorziening over Wajong en werk nog zeer onvoldoende (CWP-advies, 2004; Huvernaars, 2005, a,b). Sindsdien is er veel gedaan aan verbetering op dit vlak.

Bij scholen voor speciaal voortgezet onderwijs en Praktijkscholen is de kennis over de Wajong toegenomen. Daaraan heeft het weer nieuw opzetten van Wajong-teams en hun netwerken bij het UWV bijgedragen. Scholen en UWV geven mondelinge voorlichting aan ouders op VSO en praktijkscholen. Deze scholen stimuleren het aanvragen van een Wajong-uitkering en verzorgen na overleg met ouders een aanmelding, die door de aanvrager zelf wordt ondertekend. Soms is er ook iets afgesproken over welke informatie meegaat tbv de beoordeling (bv. psychologisch onderzoek). Soms is er volgens een UWV-medewerker in een eerder stadium overleg met het UWV over de kans op Wajongaanvraag.

Het UWV geeft ook veel informatie over de Wajong op de website en verstrekt daarnaast telefonisch informatie aan cliënten.

Andere organisaties die via websites en folders voorlichting geven over het bestaan en mogelijkheden van de Wajong zijn onder meer het ministerie van SZW, MEE, ouderverenigingen, de CG-raad en het Breed Platform Verzekeren en Werk. Het Breed Platform heeft enkele Wajong-brochures beschikbaar en heeft in 2006 een speciale Wajongwegwijzer ontwikkeld (www.wajongwegwijzer.nl). Deze organisatie heeft bovendien een telefonische helpdesk waar cliënten met vragen terecht kunnen.

Ook het in 2006 opgerichte Kenniscentrum Crossover voor jongeren met een beperking en werk zal een rol gaan spelen in de informatievoorziening over jongeren met een beperking en werk. Voor informatievoorziening aan professionals over de Wajong

speelt ongetwijfeld de website www.vanwajongnaarwerk.nl een rol. Op deze UWV-website wordt informatie gegeven over alle Wajong-projecten die met de zogenaamde Verburggelden zijn gefinancierd.

Kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen

Omvang en ontwikkeling instroom en bestand

Tabel 2 Wajong-instroom, -uitstroom, lopend bestand (x 1000) (UWV Kwartaalverkenning 2006 IV; Kroniek van de sociale verzekeringen 2005)

Jaar	Instroom	Uitstroom	Lopend ultimo
1996	4,4	2,5	104,7
1997	5,4	2,7	110,8
1998	10,4	4,4	118,2
1999	6,9	3,6	121,5
2000	10,1	4,2	127,4
2001	7,0	3,7	130,6
2002	7,6	3,9	134,4
2003	8,2	4,4	138,5
2004	9,4	4,9	142,6
2005	10,4	5,6	147,2
2006	13,6	4,9	155,9
Raming 2007	12,6	4,8	163,6

Op grond van tabel 2 kunnen we concluderen dat de groei van het aantal nieuwe jonggehandicapten met een uitkering niet van de laatste jaren is. Reeds voor de start van de Wajong in 1998 is een gestage groei zichtbaar. Dat het Wajong-bestand groeit hoeft geen verbazing te wekken. Jonggehandicapten kunnen maximaal 47 jaar gebruik maken van de Wajong. De uitkering bestaat als Wajong weliswaar nog maar tien jaar, maar is een voortzetting van de AAW die in 1976 is geïntroduceerd. De regeling is qua bestand dus nog in een opbouwfase. De groei van de instroom vraagt wel om verklaringen, zie hierna.

Tabel 3 Verdeling Wajongers naar werk en leeftijdsklasse, ultimo 2005 (UWV kennismemo 06/05)

	<25 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	≥ 55 jaar	Totaal
Lopend bestand	33.047	36.629	35.001	27.062	15.412	147.161
Waarvan niet werkend	23.134	25.970	26.651	20.430	12.502	108.687
<i>Percentage totaal</i>	70	70,9	76,1	75,5	81,1	73,9
Waarvan werkend	9.913	10.659	8.360	6.632	2.910	38.474
<i>Percentage totaal</i>	30,0	29,1	23,9	24,5	18,9	26,1
Waarvan in WSW	3.736	5.923	6.714	6.106	2.747	25.226
<i>Percentage van werkend</i>	37,7	55,6	80,3	92,1	94,4	65,6

In 2005 werkte 26% van de Wajongers. Daarvan werkte tweederde in gesubsidieerd werk (WSW). Jongere Wajongers werken meer dan oudere Wajongers, en bovendien

meer in het reguliere bedrijf (zie tabel 3). Het grotere aantal werkenden onder jongeren hangt vermoedelijk onder andere samen met de toegenomen inzet voor arbeidstoeleiding van nieuw instromende Wajongers, het kleinere aantal onder ouderen met verlies van tijdelijk werk en toegenomen arbeidsongeschiktheid.

In 2005 was 73,0 % van de nieuwe instroom 18/19 jaar, 14,2% 20-24 jaar en 12,8 % ouder. De leeftijdsverdeling bij instroom is de laatste jaren vrij constant gebleven. In 2005 was 56,8% van de nieuwe instroom man en 43,2% vrouw. Het percentage mannen groeit de laatste jaren geleidelijk.

Tabel 4 Verdeling van de nieuw instroom naar diagnosegroep (UWV kennismemo 06.03)

Diagnose	2001	2002	2003	2004	2005
Aantallen					
Verstandelijk gehandicapten	2.170	2.406	2.717	3.193	3.895
Overige psychische codes	2.298	2.724	3.000	3.036	3.639
Fysieke codes	1.687	1.698	1.777	1.912	1.616
Totaal	6.155	6.828	7.494	8.141	9.150
Procentuele verdeling					
Verstandelijk gehandicapten	35,3	35,2	36,3	39,2	42,6
Overige psychische codes	37,3	39,9	40,0	37,3	38,8
Fysieke codes	27,4	24,9	23,7	23,5	17,7
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

In tabel 4 is zichtbaar dat vooral het percentage nieuw instromende Wajongers met een verstandelijke handicap sterk is toegenomen. De code verstandelijke en overige psychische codes maakten in 2001 72,6 % van de instroom uit, in 2005 81,4% (zie ook paragraaf 6b). Het percentage fysieke codes is in die vijf jaar gedaald (het aantal is ongeveer gelijkgebleven).

Van het aantal Wajongers dat een traject volgt hebben we gegevens over 2003.

Tabel 5 Aantal ontvangers van lopende en nieuwe Wajong-uitkeringen, aantal aangeboden trajecten naar arbeid, uitgesplitst naar leeftijdscategorie van de arbeidsgehandicapte. Peiljaar: 2003, voorlopige cijfers (Bron:SCP Rapportage gehandicapten, 2006)

Leeftijd Wajonger	Aantal lopende uitkeringen	Idem met traject	Aantal nieuwe uitkeringen	Idem met traject
< 25	27.142	2.891 (10,7%)	5.934	711 (12,0%)
25-35	35.645	1.250 (3,5%)	1.089	61 (5,6%)
35-45	33.180	376 (1,1%)	397	15 (3,8%)
45-55	25.221	82 (0,3%)	174	4 (2,3%)
>55	13.163	12 (0,1%)	60	1 (1,7%)
Totaal	134.351	4.611 (3,4%)	7.654	792 (10,4%)

Jongere Wajongers hebben vaker een traject dan oudere. Nieuw instromende Wajongers hebben in meer gevallen een traject dan Wajongers die al langer in het bestand zitten. Dat het percentage Wajongers met een traject zo laag is, is te begrijpen als we kijken naar het percentage Wajongers dat geen volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt (dus minder dan 80% arbeidsongeschikt is). Dat is heel laag: in 2003 2,2% van het bestand en 3,7% van de instroom (op basis van Kroniek van sociale

verzekeringen 2006). Dat betekent dat ook een flink aantal volledig arbeidsongeschikte Wajongers een traject volgt.

Oorzaken veranderingen in kwantitatieve instroom

De kennismemo's 06/3 en 06/5 en de geïnterviewde beleidsmedewerkers van het UWV noemen de vier groepen oorzaken van de stijging van de instroom, namelijk externe ontwikkelingen, (verandering in) uitvoering door het UWV, systeemwijzigingen bij het UWV en knelpunten in de indicatiestelling:

Maatschappelijke ontwikkelingen

Het aantal 18-jarigen fluctueert, en het aantal kinderen met beperkingen op 17-jarige leeftijd neemt toe. De UWV-onderzoekers kunnen op basis van statistische gegevens geen uitspraken doen over de realiteit en omvang van deze mogelijke oorzaken. Ze veronderstellen dat een deel van de stijging van de Wajong-instroom hierdoor veroorzaakt wordt, maar dat het niet de achtergrond kan zijn van de plotselinge grote stijging van de afgelopen jaren.

Het aantal leerlingen op het VSO en de praktijkscholen neemt toe en gemeenten hebben probleemjongeren meer in beeld. Waarschijnlijk worden daardoor ook voorheen moeilijker bereikbare groepen voorgelicht over het bestaan van de Wajong. De kennis over de Wajong in de omgeving van jonggehandicapten is waarschijnlijk in het algemeen toegenomen door allerlei onderzoek en (voorlichtings)projecten rond deze doelgroep.

Sinds gemeenten met de invoering van de WWB een grotere financiële verantwoordelijkheid hebben gekregen voor de bijstand, is er voor hen een prikkel om beter dan voorheen uit te zoeken of aanvragers en ontvangers van een bijstandsuitkering recht hebben op een andere uitkering. Dat leidt tot extra aanvragen voor een Wajonguitkering, enerzijds door opschoning van WWB-bestanden, anderzijds door een sterkere screening bij de poort.

Tot 2005 bedroeg de jaarlijkse instroom vanuit de Bijstand circa 800-850. In 2005 steeg dat naar 1.070. Dat leidt tot een toename van de Wajong-instroom in 2005 van 2,9%-punt. Het UWV geeft aan dat alleen doorstroom uit de Bijstand kan worden gemeten, niet de afgewezen WWB-aanvragen die doorverwezen worden naar de Wajong. De 2,9% is daarom een ondergrens. Waarschijnlijk is de invloed van de veranderde uitvoering van de WWB (strengere screening bij de poort op beperkingen) groter. De schoning van WWB-bestanden leidt tot een tijdelijk verhoogde instroom. Deze stijging zal naar verwachting van het UWV nog een of enkele jaren doorlopen, omdat nog niet alle gemeenten hun uitvoering al hebben aangepast. De scherpere screening aan de poort leidt tot een permanent hogere instroom (UWV Kwartaalverkenning 2006 IV). TNO veronderstelt dat ook het vaker inzetten van de Work-First-aanpak leidt tot eerder onderkennen van beperkingen bij WWB-cliënten.

(Wijzigingen in) de uitvoering door het UWV

Bij de start van de Wajong in 1998 is een groot aantal AAW-dossiers slechts marginaal getoetst, bijvoorbeeld ten aanzien van de mate van verstandelijke beperking. Dat blijkt momenteel volgens UWV-beleidsmedewerkers bij dossieronderzoek naar aanleiding van de vraag om ophoging van het arbeidsongeschiktheidspercentage wegens afnemend arbeidsvermogen bij oudere Wajongers in WSW-verband.

Sinds 2005 heeft het UWV de regierol binnen het netwerk rond jonggehandicapten geïntensiveerd. De kennis bij/rond de doelgroep wordt daardoor groter, het wordt ge-

makkelijker om een aanvraag in te dienen en het aanvraagproces verloopt efficiënter. De invoering van het nieuwe, strengere, schattingsbesluit heeft bij de Wajong nauwelijks effect gehad op de instroom.

Er blijken tussen UWV-regio's verschillen te bestaan in toekenningspercentages. De achtergrond is nog onduidelijk, mogelijkheden zijn regionale verschillen in de inrichting van Wajongteams en de aanwezigheid van instellingen voor gehandicapten.

Systeemwijzigingen bij het UWV

De registratieduur van de Wajong (de tijd tussen ingang van het recht en toewijzing) is verkort. Dit leidde in afzonderlijke jaren in de periode 2003-2005 tot een hogere instroom. De indruk is dat het telkens eenmalige effecten zijn die niet gecumuleerd mogen worden over de jaren en dat het dus niet zo is dat van 2002 naar 2005 sprake is van ongeveer 5% groei door de verkorting van de registratieduur. Ook is de telwijze van de instroom veranderd: uitkeringen die in dezelfde maand herleven als ze gestopt zijn, worden vanaf 2004 meegeteld. Dat leidde in 2004 tot een stijging van 7,3% (de uitstroom is op dezelfde manier gestegen). De vorming van het UWV leidde in 2004 tot een eenmalige instroom van 400 personen in de Wajong.

Knelpunten in de indicatiestelling

Binnen de diagnoses P697 "zwakzinnigheid" en P699 "overige psychische stoornissen" is de grootste groei van de instroom zichtbaar. Beleidsmedewerkers van het UWV geven aan het onwenselijk te vinden dat de CAS-code geen goede informatie geeft en heeft daarom behoefte aan een nadere differentiatie van deze codes. Dat geldt het meest voor de code P699, omdat deze aangeeft dat geen duidelijke diagnose te stellen is. Het UWV onderzoekt momenteel of nadere differentiatie mogelijk is.

Strengere screening WWB

Tabel 6 Opsplitsing instroommutatie 2003-2005 (UWV Kwartaalverkenning 2006 IV)

	2003	2004	2005
Mutatie instroom (%)	7,4	14,1	11,2
Mutatie risicopopulatie: 18-jarigen (%)	3,1	1,7	2,1
Mutatie als gevolg van telwijze (%)	0,0	7,3	0,0
Mutatie als gevolg van conversie (%)	0,0	3,7	0,0
Mutatie als gevolg van herleving (%)	1,4	2,2	1,0
Mutatie door doorstroom vanuit de Bijstand (%)	-0,7	0,0	2,9
Mutatie door verkorting registratieduur	4,1	0,3	0,5
Verklaarde mutatie (%)	7,9	15,2	6,5
Niet verklaarde mutatie (%)	-0,5	-1,1	4,7

De verandering in de instroom in de Wajong wordt in 2004 vooral verklaard door administratieve veranderingen en enigszins door groei van de populatie 18-jarigen. In 2005 wordt de verklaarde groei vooral veroorzaakt door instroom uit de Bijstand, naast groei van de populatie 18-jarigen.

Omvang en ontwikkeling uitstroom/doorstroom

Zoals we hebben aangegeven is het Wajong-bestand nog in opbouw. De voorloper van de Wajong is in 1976 gestart. De uitkering kan 47 jaar duren. Bij een constante instroom duurt het nog tot 2023 tot de regeling "volgelopen" is. Uitstroom wegens 65-jarige leeftijd is daardoor nog gering. Van 1996 tot 2005 is de uitstroom met 124%

toegenomen, tegen een groei van de instroom met 136% . Dat betekent dat het bestand in die periode is toegenomen.

Overlijden is de belangrijkste uitstroomreden, gevolgd door pensionering (UWV statistisch zakboekje 2005). Uitstroom door arbeid is heel gering. Doorstroom naar andere regelingen of uitstroom in verband met afgenomen arbeidsgeschiktheid komt relatief weinig voor.

De uitstroom door de herbeoordeling met het nieuwe schattingsbesluit is bij de Wajong veel geringer dan bij andere arbeidsongeschiktheidswetten: 7 % van de herbeoordeelden heeft de uitkering verloren, bij 2% is hij verlaagd, bij 1% verhoogd en bij 90% gelijkgebleven (tegenover 52 en 47% bij de WAO en WAZ; UWV Kwartaalverkenning IV, 2006)).

Oorzaken veranderingen kwantitatieve uitstroom/doorstroom

Het is onduidelijk of de bereidheid van werkgevers om jongehandicapten in dienst te nemen, afgenomen is. In het advies van CWP in 2004 werd opgemerkt dat de wet Poortwachter ervoor heeft gezorgd dat werkgevers meer eigen werknemer moeten herplaatsen. Dat zou het aantal beschikbare arbeidsplaatsen voor Wajongers verminderen (voor zover bekend is hiernaar geen onderzoek gedaan). De Minister van SZW heeft in oktober 2006 advies gevraagd aan de SER over hoe de arbeidsparticipatie van Wajongers verbeterd zou kunnen worden.

Voorliggende, alternatieve, parallelle en opvolgende regelingen

Voorafgaand aan ontvangen van de Wajong-uitkering heeft een klein deel (minder dan 10%) van de Wajongers een TOG-uitkering. Ongeveer 10% ontving voorafgaand aan de Wajong-uitkering een WWB-uitkering.

Een (groot?) deel van de Wajongers bezoekt voorafgaand aan de Wajong-aanvraag een school voor voortgezet speciaal onderwijs, praktijkonderwijs of een reguliere school voor voortgezet onderwijs met een rugzakje. De onderstaande tabel uit het CWP-advies (2004) geeft een inschatting van de relatie tussen het volgen van een type onderwijs en de kans op toekenning van een Wajong-uitkering.

Tabel 7 Relatie tussen schooltype en WAJONG-er en/of het arbeidsgehandicapt zijn van leerlingen

	Mate waarin leerlingen in aanmerkingen komen voor een WAJONG-uitkering (X) of arbeidsgehandicapt zijn (O)				
	Zelden	Veelal geen	'Midden'	Veelal wel	Vrijwel altijd
Praktijkschool: bovengrens MLK		X		O	
Praktijkschool: ondergrens MLK				X/O	
ZMLK				X/O	
REC: ZMLK					X/O
REC: Mytyl			X		O
REC: Tytyl					X/O
Overig speciaal onderwijs			X	O	
Voortgezet regulier onderwijs	X	O			
Middelbaar, hoger en univ.onderwijs	X/O				

Bron: CWP-advies 2004

Bron: Eigen bewerking van UWV typologie

Iets minder dan 20% van de Wajongeren heeft een WSW-dienstverband. Hoeveel Wajongeren precies gebruik maken van GGZ- of AWBZ-voorzieningen is onbekend. Lindner (CBS, 2003) geeft aan dat bijna tweederde van de inwoners van instellingen of tehuizen een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft, en dat dit grotendeels jonggehandicapten met een Wajong-uitkering betreft.

Een Wajong-uitkering kan samengaan met studiefinanciering. De studiefinanciering wordt niet in mindering gebracht op de Wajonguitkering. De Wajong-uitkering kan wel gevolgen hebben voor de studiefinanciering. De Informatie Beheer Groep (IB-groep) ziet de Wajong-uitkering als inkomen. Komen de uitkering en eventuele andere inkomsten boven de inkomensgrens dan wordt het meerdere in mindering gebracht op de studiefinanciering. Voor 2006 is de inkomensgrens vastgesteld op €10.527,57 netto (inclusief vakantiegeld). De Wajong-uitkering is in veel gevallen, en zeker voor 18- en 19-jarigen, lager dan deze inkomensgrens.

Naast de Wajong-uitkering heeft elke Wajong-gerechtigde onder de 23 jaar in 2007 recht op een tegemoetkoming om de negatieve inkomenseffecten van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag te compenseren. De tegemoetkoming bedraagt tussen de €13,80 per maand voor een 18-jarige en €1,61 voor een 22 jarige.

De Toeslagenwet vult de Wajonguitkering (en andere uitkeringen) aan tot het sociaal minimum, als het totale inkomen van de Wajonger en eventuele partner daaronder ligt. Het sociaal minimum bedraagt voor alleenstaanden 70% van het minimumloon, voor alleenstaande ouders 90% van het minimumloon en voor gehuwden of samenwonenden 100% van het minimumloon. Voor het bepalen van het recht op toeslag telt alles mee wat de aanvrager en de partner met werken verdienen en vrijwel alle uitkeringen. Vermogen, zoals een eigen huis of spaargeld, blijft buiten beschouwing. Bij de berekening van het recht op toeslag blijft een gedeelte van het arbeidsinkomen (ten hoogste 15% van het minimumloon) buiten beschouwing gedurende maximaal twee jaar. De uitvoering van de Toeslagenwet ligt ook bij het UWV.

Heeft iemand recht op een Wajonguitkering, maar ook op een uitkering volgens de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), dan gaat het recht op de WAZ-uitkering of WAO/WIA-uitkering voor. Er bestaat dan alleen recht op een Wajonguitkering voor het bedrag dat deze uitkering hoger is dan de WAZ- of WAO/WIA-uitkering.

Jonggehandicapten hebben bij hun belastingaangifte recht op jonggehandicaptenkorting als ze een Wajong-uitkering ontvangen, of als ze recht hebben op een Wajong-uitkering, maar die niet ontvangen omdat ze een andere uitkering of inkomen uit arbeid hebben. De jonggehandicaptenkorting bedroeg in 2006 €645.

Aanzuigende werking

De Wajong kent in tegenstelling tot de WWB geen middelen- of partnertoets en geen verplichting passend werk te aanvaarden. Die grotere financiële zekerheid is meteen ook een valkuil: de regeling dat een Wajonger bij een bepaald inkomen uit passend werk na vijf jaar het recht op Wajong verliest kan Wajongers weerhouden aan het werk te gaan. Bij vermindering van hun arbeidsgeschiktheid of verlies van werk zouden ze dan moeten terugvallen op de WIA of WW en uiteindelijk de WWB, wat financieel veel ongunstiger kan zijn, zowel voor henzelf als voor potentiële volgende werkgevers.

De re-integratiebedrijven die aanbestede trajecten en IRO uitvoeren hebben bij een grotere instroom meer werk. Ook aan de Wajong-teams (verzekeringartsen, arbeidsdeskundigen en anderen) en de uitkeringsadministratie van UWV levert een grotere instroom meer werk op.

Referenties

- Wetsvoorstel Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten, 24 april 1997, inclusief memorie van toelichting.
- Adviesaanvraag over de bevordering van de arbeidsparticipatie van Wajonggerechtigden. Ministerie van SZW, 31 oktober 2006.
- UWV Kwartaalverkenning 2006-IV. Kenniscentrum UWV, januari 2007.
- UWV. Kroniek van de sociale verzekeringen 2005. Amsterdam: UWV, 2005.
- UWV. Feiten en cijfers. Statistisch zakboekje 2005.
- UWV jaarverslag 2005, 16 maart 2006.
- UWV 1^e drie kwartalen 2006, november 2006.
- Kenniscentrum UWV. Kennismemo 06/03. Ontwikkelingen bij de Wajong. 30 mei 2006.
- Kenniscentrum UWV. Kennismemo 06/05, Startnotitie Wajong. Juni 2006.
- SZW. Groei van de TOG en Wajong-regelingen; Feiten, oorzaken, ontwikkelingen. (Alleen voor intern gebruik) 2006?
- Linder, F., Dynamiek in de WAO, WAZ en Wajong: een longitudinale analyse van personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, 1999–2002. CBS, 2003.
- UWV. De beperkingenlijst (FML), informatie voor cliënten.
- Commissie Werkend Perspectief Een werkend Perspectief voor jongeren met een arbeidshandicap. Advies aan minister De Geus van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. 5 mei 2004.
- Huvenaars, N. Jonggehandicapten, werk en inkomen. Een analyse van de contacten van de helpdeks van het BPV&W over Wajong. Amsterdam: Breed Platform verzekeren en Werk, september 2005.
- Huvenaars, N. Jonggehandicapten aan het woord; Inventarisatie van de informatiebehoefte op het gebied van werk en inkomen. Amsterdam: Breed Platform verzekeren en Werk, december 2005.
- Kools, Q, Mariën, H. Uitstroom Praktijkonderwijs vergeleken over de jaren 2001-2002 met 2004-2005. Tilburg: IVA, 2006.
- Andriessen, S. Factsheet: Informatie voor werkgevers van jongeren met een lichamelijke, psychische of verstandelijke handicap. TNO in opdracht van NIZW, september 2006.
- Stavenuiter, M, Lammerts, S. Jonggehandicapten aan de slag. Een onderzoek naar de stand van zaken met betrekking tot de overgang school-werk van Wajonggerechtigden, knelpunten, en good-practices. Utrecht Verwey-Jonkerinstituut, januari 2005.
- Haren, P van. Claimbeoordeling Wajong. Onderzoeksrapportage vervaardigd in het kader van de opleiding Sociale Geneeskunde voor Arbeid en Gezondheid. NSPOH. Maart 2006.
- www.szw.nl
- www.uwv.nl , <http://cba.uwv.nl>
- www.belastingdienst.nl
- www.ib-groep.nl
- www.bpv.nl
- www.handicap.nl

H Lvg-jeugdigen

Een van de groepen die gerekend kan worden tot de groep jongeren met psychiatrische en gedragsproblemen is de zogenoemde 'Lvg'er', de licht verstandelijk gehandicapte. We hebben om meerdere redenen een beschrijving gemaakt van de Lvg-groep. Op de eerste plaats om inzichtelijk te maken hoe een groep jongeren en hun ouders met hun problematiek te maken krijgen met verschillende regelingen gedurende de levensloop van de jongere. Door de levensloop van de jongere als uitgangspunt te nemen, zien we ook dat het beroep op regelingen cyclisch kan verlopen, bijvoorbeeld omdat Lvg'ers soms uit het professionele en steunsysteem vallen en dan weer moeten opkrabbelen met een herhaald beroep op regelingen. Ook biedt de beschrijving een beeld op de problemen met een goede indicatiestelling en de inzet van de juiste behandeling. Deze beschrijving is gemaakt in samenspraak met het Landelijk Kenniscentrum LVG

De jongere met Lvg-problematiek

Kenmerkend voor mensen met Lvg-problemen is dat zij:

- intellectueel laag functioneren;
- een beperkt sociaal aanpassingsvermogen hebben;
- behoefte hebben aan ondersteuning.

Deze kenmerken zijn wezenlijk voor de toegang tot AWBZ-zorg. Er moet bovendien sprake zijn van chroniciteit.

Volgens eigen inschattingen van het Landelijk Kenniscentrum LVG, mede gebaseerd op CIZ-gegevens, zijn er in 2006 bij benadering 30.000 AWBZ-indicaties gegeven voor zorg voor jongeren met Lvg-problemen met ernstige gedragsproblemen. 10.000 hiervan betroffen indicaties voor begeleiding door orthopedagogische behandelcentra, totaal voor rond de 2900 jongeren.

De oorzaak van moeilijk functioneren en ernstige gedragsproblemen ligt vaak niet alleen in de verstandelijke beperking. Er is een mix met bijvoorbeeld psychiatrische stoornissen of een anti-sociale leefomgeving.

Rond de 65% van de Lvg-groep is van het mannelijk geslacht. Mannen hebben genetisch een grotere kans op een verstandelijke beperking.

De verstandelijke beperking

De aanduiding Lvg (licht verstandelijk gehandicapt) betekent dat er in ieder geval sprake is van een licht verstandelijke handicap. Over het algemeen wordt deze groep onderscheiden via een IQ-score van tussen de 50 en 85. Ongeveer 440.000 jongeren tussen de 5 en 18 jaar, rond de 15% van de bijna 3 miljoen jeugdigen, valt binnen deze groep (Stoll e.a., 2004).

Niet al deze jongeren hebben problemen zich te handhaven of kennen een noodzaak voor ondersteuning.

De groep met een IQ-score van 71 tot 85 wordt ook als zwakbegaafd aangeduid (DSM-IV). Een IQ van 70 is de bovengrens voor AWBZ-zorg voor verstandelijk gehandicapten. Voor de groep met een score van 71 tot 85 is AWBZ-zorg ook mogelijk, mits er sprake is van meervoudige problematiek of problemen in de sociale aanpassing en leerproblemen.

De relatie met andere problemen

De prevalentie van psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld autisme) onder mensen met een verstandelijke handicap ligt een factor vier hoger.

De Lvg-jongere groeit vaak op in een anti-sociale omgeving (mishandeling, financiële problemen, relatieproblemen tussen ouders, pedagogische onmacht, psychiatrische problematiek van de ouders). Naar schatting 30% van de Lvg-jongeren heeft Lvg-ouders. De anti-sociale omgeving kan ook weer tot psychiatrische problemen leiden (bijvoorbeeld borderline).

Volgens deskundigen van het Kenniscentrum Landelijk Kenniscentrum Lvg verergert de problematiek vaak door late onderkenning van de verstandelijke beperkingen. Jeugdzorg, de jeugdpsychiatrie of in het onderwijs zetten trajecten in zonder rekening te houden met de verstandelijke vermogens en daarom mislukken ook veel van deze trajecten. Overigens wordt in toenemende mate samengewerkt tussen de verstandelijke zorg en de psychiatrie in zogenaamde multi-functionele centra; MFC. Vanaf 2008 wordt naar verwachting de indicatiestelling voor zorg voor de Lvg-groep door jeugdzorg verzorgd.

De problemen in het functioneren

De leerproblemen beginnen vaak op school wanneer de leerstof de mogelijkheden van het licht verstandelijk gehandicapte kind (vanaf 6 jaar, maar vaak rond 12 jaar) te boven gaat. Leren kost meer moeite omdat de leerstof moeilijker is te verwerken voor de Lvg-jongere, er minder begeleiding is en een veel groter beroep wordt gedaan op zelfwerkzaamheid. De Lvg-jongere verliest vaak het overzicht op de grote onderwijsinstellingen als het VMBO en haakt af. Stages vergen ineens heel veel meer van de Lvg'er en de overgang naar een baan kost de nodige moeite. Stagebegeleiding en jobcoaching zijn dan noodzakelijk.

Therapie van de jeugdGGZ mislukt vaak omdat veel behandelmethodes uitgaan van zelf leren, zelfinzicht en reflectie. Dat is voor deze groep heel erg moeilijk en daarom slagen behandelingen vaak niet.

Een andere manier waaraan het sociaal beperkt functioneren is te herkennen zien we terug bij de jongeren vanaf rond de vijftien jaar. Zij raken gemakkelijk onder invloed van andere jongeren die hen meesleuren in activiteiten waarvan zij onvoldoende de gevolgen overzien.

De Lvg-jongere wordt vaak overschat en dat leidt tot mislukkingen en frustraties. Deskundigen van het kenniscentrum Lvg geven aan dat dit vaak leidt tot verergering van de gedragsproblemen. Bovendien neemt de bereidheid om mee te werken aan behandeling en begeleiding af.

De jongeren met Lvg-problemen en zijn levenslijn

Hieronder geven we aan hoe de 'Lvg'er' opgroeit en in aanraking kan komen met verschillende regelingen. In de praktijk zijn er veel meer varianten dan hier worden beschreven, maar via deze weg wordt wel inzichtelijk hoe een Lvg-jongere tijdens zijnde levensloop gebruik maakt van voorzieningen.

Bij een deel van deze jongeren komen problemen aan de oppervlakte in de vroegere jeugd en via het loket van de jeugdzorg. Het kan dan gaan om probleemgezinnen waar jongeren in de knel zitten. Veelal leidt dit tot doorverwijzing naar jeugdggz (bijvoorbeeld hechtingstoornis), maar het kan ook voorkomen dat een onder toezichtstelling nodig is (OTS) / Kinderrechter.

In veel gevallen komen problemen in beeld op school, zo rond 12 jarige leeftijd. Er worden gedragsproblemen zichtbaar. Of er blijken leerproblemen te zijn. Er wordt meer van de leerlingen verwacht (rekenen, zelfstandig zaken oplossen) en dat gaat vaak niet goed. De jongeren met een lager IQ dan 60 komen op een ZMLK-school terecht (indicatiestelling SO). De jongeren met ernstige gedragsproblemen komen op

het ZMOK (indicatiestelling SO) terecht. Van de jongeren die op dat moment nog niet zoveel probleemgedrag vertonen komen er veel in PRO (indicatiestelling) of VMBO terecht. De schaal van die onderwijsinstellingen, onvoldoende individuele aandacht en docenten die geen ervaring hebben met moeilijk lerenden leiden tot aanvragen van LGF(rugzakje) (indicatiestelling LGF) of verwijzing naar speciaal onderwijs (Indicatiestelling cluster 4, ZMOK). Vaak duurt het een tijd voordat de juiste onderwijsondersteuning wordt gevonden en worden meerdere oplossingen uitgetoetst om te zien waar de Lvg'er het beste gedijt. In de praktijk levert dit vele problemen op zoals wachtlijsten en geschuif met de jongere. Er is een groep die nauwelijks in onderwijs is te plaatsen en die thuis komt te zitten, ondanks de leerplicht.

Als er ook sprake is van psychiatrische problematiek, wordt er alsnog behandeling ingesteld behandeling verzorgd vanuit de GGZ (indicatie stelling door jeugdzorg). Als de problematiek van de verstandelijke beperking zwaarder weegt, is behandeling vanuit orthopedagogische behandelcentra aan de orde (indicatiestelling CIZ).

Intussen kunnen ouders, die zich laten bijstaan, op de hoogte komen van het bestaan van de TOG (indicatiestelling TOG).

Bij 10 van de 21 Orthopedagogische Behandelcentra is, naast de woonfunctie, een ZMOK-school op de locatie aanwezig. Bij de andere centra gaan de kinderen naar een ZMOK-school in de nabijheid (vaak gecombineerde indicatiestelling CIZ). Ook zijn er werkprojecten De behandelcentra beschikken over een Arbeidstrainingcentrum en werken voor de arbeidstoeleiding samen met organisaties voor Begeleid Werken en SW-bedrijven. Op het arbeidstrainingcentrum leren Lvg'ers basale vaardigheden (indicatiestelling AWBZ, activerende en/of ondersteunende begeleiding of als onderdeel van de school). De centra werken samen met drie reïntegratiebedrijven om een goed aansluitende ondersteuning (logistiek en begeleiding) naar en op werk te organiseren met landelijke dekking (Vanrailproject).

Werken is voor deze groep moeilijk maar ook zeer essentieel. De groep is goed te prikkelen met beloning en bestraffing via prikkels met de Wajonguitkering (indicatie UWV op 18 jaar). Vrijwel alle jongeren met ernstige Lvg-problemen die in behandeling zijn van een behandelcentrum komen in aanmerking voor een Wajonguitkering.

De Lvg'r is vaak een zorgmijder. Hij zoekt niet snel hulp. Als hij naar bureau schuldhulpverlening wordt gestuurd omdat hij schulden heeft ('indicatie' schuldhulpverlening), ontkent hij een probleem te hebben.

De Lvg-jongere is te zelfstandig om voortdurend onder toezicht te staan. Dat wil hij ook niet. Dat is soms een risico. Hij is erg gevoelig voor het meedoen aan stoere dingen en gemakkelijk beïnvloedbaar. Daarom gaat een groot aantal Lvg-jongeren de fout in. 25-30% van de Lvg-jongeren belandt in justitiële jeugdinstellingen voor deze groep (Rentray en Den Engh) die ook vaak ZMOK-onderwijs verzorgen, er is immers nog leerplicht (ook indicering, 6000 personen). Andere Lvg-jongeren verdwijnen uit beeld van het gezin, de school of de zorg. Deze vinden we terug in de populatie van zwerfjongeren (25-30% van 5000-8000 jongeren). In het kader van afspraken om deze jongeren allemaal in traject te krijgen, wordt begeleid wonen ontwikkeld (CIZ-indicatie), wordt er dagbesteding georganiseerd (CIZ-indicatiestelling), uitkering aangevraagd (WWB, maar in toenemende mate Wajong).

Hoe de groep jongeren zich ontwikkelt op latere leeftijd is eigenlijk onvoldoende bekend. Aan de ene kant bestaat de indruk dat de problematiek afvlakt op latere leeftijd.. Er zijn ook Lvg'ers die ambulante begeleiding blijven krijgen. Er blijven risico's dat problemen terugkeren, bijvoorbeeld wanneer er kinderen in het gezin komen. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding is vaak erg groot voor de jonge ouder met Lvg-problematiek en het risico van intergeneratonele problematiek is reëel.

I Toename van jongeren met een ernstige gedragsstoornis in Vlaanderen.

Edwin de Vos

De quick scan geeft aan dat het niet aannemelijk is dat in België het aandeel jongeren met ernstige gedragsproblemen toeneemt. Ook het aantal kinderen met een lichamelijke of mentale beperking neemt relatief niet toe. In België is net als in Nederland een duidelijke toename in het gebruik door kinderen en hun ouders van (speciale) voorzieningen, zoals Speciaal Onderwijs en onkostensubsidies zoals de Belgische 'TOG'. Daarbij zijn echter trends lastig aantoonbaar door recente wijzigingen. Het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en subsidies voor extramurale zorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen stijgt ook in België, maar over het algemeen niet sneller dan bij andere leeftijdsgroepen ouder dan 18 jaar. Wel neemt het aandeel autisten onder de aanvragers van het Vlaams Fonds toe van 4% van de aanvragers in 2000 tot 12% in 2005 en is in dezelfde periode het aantal gezinnen met een bijkomende bijslag voor kinderen met een handicap met 45% gestegen.

Hierna gaan we nader in op enkele historische ontwikkeling in België en Vlaanderen.

1. Recent onderzoek door Vlaamse onderzoekers toont de toename aan van aanvragen en gebruik van voorzieningen, uitkeringen en speciale scholing. Maar ook dat dit ten onrechte doet vermoeden dat ook het aantal jongeren met een handicap of ernstige gedragsproblemen is toegenomen: "*Op bevolkingsniveau is er [in België] geen algemene stijging van het aantal gedragsmoeilijke kinderen en jongeren vast te stellen, dit in schril contrast met wat vaak in de publieke opinie wordt geopperd en ook bij beleidsmakers leeft*"⁶². Weliswaar is vastgesteld dat tussen 1990 en 1998 het aantal diagnoses voor ADHD bij kinderen tussen 5 en 18 jaar significant is toegenomen, maar dit heeft te maken met de toenemende bekendheid van het fenomeen bij hulpverleners, leerkrachten en ouders. Een zelfde fenomeen doet zich voor met betrekking tot de autismespectrumstoornissen, al zijn hierover nog geen tijdseffectstudies.

"Samenvattend mogen we besluiten dat er tot dusver geen duidelijke aanwijzingen zijn dat het aantal kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen in de bevolking toeneemt. Het lijkt daarom aannemelijk te veronderstellen dat de toename van het aantal leerlingen met ernstige gedragsproblemen niet evenredig spoort met een natuurlijke groei en niet zonder meer kan worden verklaard door een demografische tendens."

2. Het aantal kinderen met ernstige gedragsstoornissen (vanwege psychologische/psychiatrische stoornissen) neemt dus in België niet toe.⁶³ Daarbij dient wel opgemerkt dat hier, net als in Nederland, nog nimmer een trendstudie aan is gewijd. Wel zijn er longitudinale gegevens over het gebruik van voorzieningen en uitkeringen. Op basis daarvan is duidelijk dat het aantal kinderen met autisme (voornamelijk jongetjes)

⁶² Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en voortgezet onderwijs. Een Nederlands-Vlaamse vergelijking. Leuven, Groningen, 2006.

⁶³ NL kent 4 clusters voor een indicatie voor Speciaal onderwijs: Voor 1) Doven, 2) Blinden en slechtzienden, 3) Lichamelijk gehandicapten en 4) psychologische/psychiatrische stoornissen/ ernstige gedragsstoornissen. De groei betreft vooral cluster 4, kinderen met psychiatrische stoornissen voor zover geregistreerd is in het autismespectrum en ADHD-achtige stoornissen.

dat een eerste aanvraag voor een gehandicaptenvoorziening indient aanmerkelijk is gegroeid (zie tabel). Opvallend is dat er geen groei valt te constateren in de eerste aanvraag voor kinderen met mentale handicaps of ADHD.

Een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor jongeren, zoals de Wajong, heeft België niet. Wel zijn er uitkeringen voor gehandicapten met een medische indicatie, maar die zijn niet toegankelijk voor personen met ernstige gedragsstoornissen. Alleen jongeren met medisch aantoonbare psychiatrische afwijkingen, waaronder autisme, komen daarvoor in aanmerking. Jongeren die vanwege ernstige gedragsstoornissen niet aan het werk komen kunnen in aanmerking komen voor een werkloosheidsuitkering. Het is niet duidelijk hoeveel jongeren dit zijn omdat dit niet wordt geregistreerd.

3. Ook in België is er een duidelijke toename in het gebruik door kinderen en hun ouders van (speciale) voorzieningen, zoals Speciaal Onderwijs, geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en onkostensubsidies. Daarbij zijn echter trends lastig aantoonbaar. Het geheel aan reguleringen en subsidies en indicaties is de afgelopen tien jaar sterk in verandering waardoor vergelijkingen met het verleden nauwelijks mogelijk zijn. De volgende trends worden genoemd voor België.

Het gebruik van Speciaal Onderwijs neemt ook in België toe. Of het gebruik van speciaal onderwijs door kinderen met ernstige gedragsstoornissen toeneemt is lastig aan te tonen. Niet duidelijk is of autisten en ADHD-kinderen naar het speciaal onderwijs gaan, zoals kinderen met mentale handicaps duidelijk wel doen. Overigens wordt momenteel het gehele speciaal en gehandicaptenonderwijs herzien.

Het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door kinderen met ernstige gedragsstoornissen neemt toe, maar in vergelijking met andere leeftijdsgroepen is er geen grotere stijging.

Het gebruik van subsidies voor extramurale zorg door ouders met kinderen met ernstige gedragsstoornissen neemt ook toe. Maar in vergelijking met andere diagnosegroepen is er geen grotere stijging. Een uitzondering vormen de subsidies in verband met autisme.

Daarbij neemt ook het gebruik van professionele thuis(zorg) hulp voor kinderen met ernstige gedragsstoornissen toe. Ook hiervoor geldt weer dat in vergelijking met andere diagnosegroepen de hulp aan deze kinderen niet sneller stijgt, met uitzondering van de aan autisme gerelateerde gedragsstoornissen. Voor de aanvraag van thuishulp door ouders van autisten zouden er momenteel lange wachtlijsten zijn (krant van 1-2-2007). Tenslotte is onbekend of het gebruik van intramurale zorg door kinderen met ernstige gedragsstoornissen in dagbehandeling toeneemt. Het zelfde geldt voor de opname in instellingen.

4. In België kent men niet zoiets als een arbeidsongeschiktheidsuitkering (Wajong) voor jongeren van 18 jaar en ouder. Wel heeft men een systeem dat uitkeringen verstrekt aan gehandicapten. Daarvoor komen alleen in aanmerking de mentaal gehandicapten, die bijvoorbeeld vanaf hun geboorte een hersenafwijking hebben. Zoals gezegd komen de overige jongeren met ernstige gedragsstoornissen in de werkloosheidsuitkering en dat wordt verder niet als zodanig geregistreerd. In België zijn de uitkeringsinstellingen traditioneel erg selectief waar het gaat om een handicap: er moeten duidelijke medisch aantoonbare redenen zijn, en dat betekent dat gedragsstoornissen niet worden meegenomen als oorzaak voor een mogelijke handicap. Het gevolg is dat jongeren

ouder dan 18 jaar met gedragsstoornissen verborgen zitten in de werkloosheidsuitkeringen en dat men hen ook verder niets speciaals wordt gedaan om hen aan het werk te krijgen.

Uitstroom uit de uitkeringsregelingen voor gehandicapten is in België gering. Waarschijnlijk geldt dat ook voor de jongeren met ernstige gedragsstoornissen die in de werkloosheidsuitkering belanden, maar daar is zoals gezegd, niets over geregistreerd. Voor de groep van 18 en ouder is er verder ook niets speciaals geregeld en er is dus geen sprake van enige indicatie. Voor deze groep zijn er dus ook geen speciale sociale werkplaatsen of trajecten beschikbaar. Zij begeven zich tussen de andere werklozen.

5. Wat zijn de mogelijke oorzaken van de eventuele toename in België?

De groei van autisme signalering en in mindere mate ADHD heeft naar de mening van wetenschappers te maken met de psychologisering van de gezondheidszorg en niet met een verslechtering van de geestelijke gezondheid van jongeren of met meer ernstige gedragsstoornissen (door Multi-maatschappelijke, sociale en persoonsfactoren). Positief geformuleerd: Betere gezondheidszorg en diagnostiek leidt tot eerdere lokalisering van gedragsproblemen en stoornissen. Het bewijs is dat met name jongetjes dit stempel krijgen opgedrukt. Bij hen wordt storend gedrag als veel dramatischer ervaren door ouders, school en hulpverlening. Er is een ander belang van de omgeving die het afwijkend gedrag niet aanvaardt en daar wat aan wil (laten) doen. Bij meisjes wordt het afwijkend gedrag minder als storend ervaren. "Die worden gewoon thuis gehouden en men verwacht dat het op den duur vanzelf verbetert".

Aanvragen Vlaams Fonds

Er is een bestand opgemaakt met gegevens over de personen die in de jaren 1996 tot en met 2005 een eerste keer een aanvraag indienden bij het Vlaams Fonds, eventueel voor verschillende vormen van bijstand ineens. In al die jaren waren er 52 274 personen met minstens één goedgekeurde nieuwe aanvraag.

Bij de inschrijving in het Vlaams Fonds wordt de aard van handicap genoteerd op basis van een lijst van ongeveer 1 200 stoorniscodes (gebaseerd op internationale classificaties).

In het Vlaams Fonds zijn er drie grote types bijstandsvragen namelijk: 1. immobiliteit (imb), 2. werk en 3. zorg. Over de hele periode 1996-2005 zijn 6 op de 10 vragen imb, 2 op de 10 werk en eveneens 2 op de 10 zorg. Er is een samenhang tussen de soort vragen en aard van de handicap zodat men kan spreken van drie werelden in het Vlaams Fonds. Vragen 'imb' gaan overwegend uit van mensen met een fysieke handicap of een chronische ziekte en in bijkomende orde van mensen met een sensoriele handicap. Vragen *zorg* daarentegen worden veelal gesteld door mensen met een psychische of mentale handicap. De vragen 'werk' zijn het sterkst gespreid over alle handicapcategorieën.

Als we de 'handicap' bekijken op het algemeen niveau (5 hoofdcategorieën) dan zien we vooral stabiliteit in de Vlaams-Fonds instroom. Op een meer gedetailleerd niveau zijn er wel wat verschuivingen. De handicap wordt geregistreerd in 1 200 stoorniscategorieën. De sterkste stijger is autisme. De jaarlijkse instroom van mensen met autisme is verdrievoudigd en voor zowat de helft zijn dat mensen voor wie autisme de enige stoornis is. Dit is een ontwikkeling die zich hoofdzakelijk bij kinderen en jongeren voordoet (slechts 10% zijn volwassenen). In 2004 waren 10% van de nieuwe aanvragers mensen met autisme, in 2005 stijgt dit nog tot 12%. Op die manier is autisme de tweede belangrijkste categorie van alle instromers geworden (na licht mentale handicap).

Een categorie waarvan wel eens wordt verwacht dat ze sterk toeneemt is ADHD ('aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'). Het aandeel in de eerste aanvragen is echter vrij stabiel doorheen de onderzochte jaren (4%). Bovendien is dit slechts uitzonderlijk de enige stoornis. Er zijn nog enkele andere gedragstoornissen maar ook daar is weinig evolutie in te merken. Voor een aantal categorieën die in absolute aantallen vaak voorkomen (licht mentale handicap, matig mentale handicap, zwakbegaafdheid, multipole sclerose, epilepsie, depressie, enz.) zien we dat het aantal eerste aanvragers een top bereikt in de jaren dat het totaal aantal eerste aanvragers de hoogste inging (2002-2004) maar in 2005 is er meestal weer een belangrijke daling.

Aanvraag vanwege Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)

Bij 3257 personen die hun eerste aanvraag deden in de periode 1999-2005 werd de code 'autisme' geregistreerd. Onder die aanvragers zijn er 82% mannen. Op het moment van de eerste aanvraag is 70% beneden de 12 jaar, nog eens 20% is tussen 12 en 20 jaar en de rest (10%) is 21 jaar en meer. Tabel 1 toont de ontwikkeling van het aantal aanvragers met autisme in de onderzochte periode.

Tabel 1 Eerste aanvraag bijstand Vlaams Fonds door aanvragers met autisme

jaar	aantal	%	% van alle aanvragers
1999	194	6.0	4.6
2000	214	6.6	4.3
2001	337	10.3	5.6
2002	417	12.8	7.3
2003	615	18.9	8.4
2004	817	25.1	10.2
2005	663	20.4	12.3
Totaal	3257	100	7.8

Het aantal aanvragers met autisme gaat in stijgende lijn tot het jaar 2004 in absolute aantallen, maar in verhouding tot het totaal aantal aanvragers blijft het ook in 2005 stijgen.

In 1507 van de 3257 gevallen (46%) is autisme de enige stoorniscode die werd toegekend. In de volgende tabel zien we dat die situaties van enkelvoudig autisme sterker toenemen dan die waar er ook nog andere stoornissen zijn.

Tabel 2 Eerste aanvraag bijstand Vlaams Fonds voor autisme met andere stoornissen

jaar	enkel autisme	autisme + andere stoornis	totaal
1999	53	141	194
2000	74	140	214
2001	140	197	337
2002	198	219	417
2003	295	320	615
2004	393	424	817
2005	354	309	663
Totaal	1507	1750	3257
1999-2005	x 6.8	x 2.2	x 3.4

We stellen vast dat het aantal aanvragers met enkel autisme in deze periode bijna verzevenvoudigd is, terwijl dit voor de aanvragers met ook nog een andere stoornis maar een verdubbeling is.

Bij de 1750 aanvragers waar er ook nog minstens één andere stoornis is, is dit in 44% (761) van de gevallen een mentale handicap, in 19% (330) een fysieke of een chronische ziekte, in 4% (62) een oogstoornis, in 1% (22) een gehoorstoornis en in een niet nader bepaald aantal is er nog een andere psychische stoornis dan het autisme zelf.

ADHD (Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (F900))

Bij 1673 personen die hun eerste aanvraag deden in de periode 1999-2005 werd de code 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit' geregistreerd. Onder die aanvragers zijn er 86% mannen. Op het moment van de eerste aanvraag is 63% beneden de 12 jaar, nog eens 32% is tussen 12 en 20 jaar en de rest (5%) is 21 jaar en meer. Tabel 3 toont de ontwikkeling van het aantal aanvragers met die stoornis in de onderzochte periode.

Tabel 3 Eerste aanvraag bijstand Vlaams Fonds voor aanvragers met 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'

jaar	aantal	%	% van alle aanvragers
1999	203	12.1	4.8
2000	213	12.7	4.3
2001	225	13.4	3.9
2002	246	14.7	4.3
2003	245	14.6	3.3
2004	291	17.4	3.6
2005	250	14.9	4.7
Totaal	1673	100	4.0

Het aantal aanvragers is redelijk stabiel over de hele periode. Het jaar 2004 is een topjaar in absolute aantallen, maar niet in verhouding tot alle aanvragen.

De code aandachtstekort met hyperactiviteit is slechts in 7.5% van deze gevallen (126) de enige toegekende code. In alle andere gevallen is er nog een andere stoornis: een mentale stoornis in 26% van die gevallen (400), een fysieke handicap of chronische ziekte in 14% (217), een gezichtsstoornis in 3% (46), een gehoorstoornis in 1% (15) en een niet nader bepaald aantal gevallen waarin er ook een andere psychische aandoening is.

Bijslag voor kinderen neemt toe

In België kende men aanvankelijk kinderbijslag aan gezinnen uit in een zeer slechte economische situatie. Later is men meer rekening gaan houden met de belangen van het kind, bijvoorbeeld of het wezen of gehandicapten betreft. Vanaf 1947 is er in België een specifieke gezinsbijslag gecreëerd voor kinderen van werknemers die voor 66% invalide zijn. Ook voor gezinnen van ambtenaren werd een aparte bijslag gecreëerd voor kinderen met een handicap. Van oorspronkelijk 1,27% van alle bijslagtrekkende gezinnen, steeg het aandeel van de gezinnen van invalide kinderen tot 5,6% in 1985, en het daalde opnieuw tot 5,19% in 2004. In 2003 is een nieuw systeem geïntroduceerd, waarbij men andere categorieën van handicaps is gaan onderscheiden. (Gezien de complexiteit van de systemen voert het te ver hier nu nader op in te gaan.) Het is duidelijk dat een groeiend aantal gezinnen kinderbijslag ontvangt vanwege invaliditeit van één van de kinderen (tabel 4). Dit is voornamelijk vanwege een bredere erkenning van 'invaliditeit'.

Tabel 4 Gezinnen met een bijkomende bijslag voor kinderen met een handicap

Jaar	Oud systeem	Nieuw systeem	Totaal
1998	22250		22250
1999	21874		21874
2000	24189		24189
2001	26710		26710
2002	27410		27410
2003	26966	1238	28104
2004	26677	6649	33326
2005	24715	10428	35143

Totaal van:

I. Stelsel werknemers (Kinderbijslagfondsen, Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers)

II. Overheidsinstellingen bediend door de RKW (a. Artikel 101 al.3, 2-4 KBW ,b. Tijdelijke leerkrachten (art. 101, al. 3, 7° KBW) en Vaste leerkrachten (art. 101, al. 3, 8° KBW) van de Vlaamse Gemeenschap, Franstalige Gemeenschap en Duitstalige Gemeenschap, c. Artikel 101 al. 4 (Personeel van andere overheidsinstellingen), d. Buiten KBW (oorlogsslachtoffers) bediend door de RKW

III Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsinstellingen (RSZPPO)

IV. Rijksinstituut voor Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ)

Verantwoordelijkheid voor langdurige zorg

De (wettelijke) verantwoordelijkheid voor langdurige zorg voor gehandicapte kinderen ligt in België bij de ouders en niet zozeer bij de staat, zoals in Nederland. Daarmee stemt de praktijk in België overeen met andere Midden Europese landen zoals Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Luxemburg en Oostenrijk. In deze landen waar ouders en kinderen verplicht zijn wederzijds voor elkaar te zorgen hoeft dit niet te betekenen dat zij ook daadwerkelijk de verzorgenden zijn. Die taak kan bijvoorbeeld worden overgenomen door overheidsinstellingen. Wanneer een formele instelling de zorg op zich neemt dan kunnen de kosten worden verhaald op de betrokken familieleden. Wanneer noch de verzorgde, noch zijn familieleden de kosten van zorg kunnen betalen, neemt uiteindelijk de bijstand de kosten van de noodzakelijke zorg op zich. In België is daarbij een voorziening gecreëerd in de vorm van een financiële tegemoetkoming. Dat betekent, dat er extra geld voor zorgbehoevenden beschikbaar is op een wijze die wij als persoonsgebonden budget karakteriseren. (Men zou het overigens ook een uitkering kunnen noemen.) Daarmee kunnen de ontvangers de mantelzorger betalen of de zorg bij een professionele instelling kopen.

Voorbeeld

Ter illustratie van de zorg en inkomensvoorziening voor Vlaamse jonggehandicapten boven de 18 jaar beschrijven we hier de situatie van een dertigjarige man genaamd Benny in Vlaanderen. De man is van jongs af aan intellectueel gehandicapt maar heeft geen andere significante fysieke of sensorische handicaps en vertoont ook geen bedrijgend gedrag voor zijn omgeving. Zijn score op een standaard IQ test (45) en zijn score op gedragstesten plaatsen hem op een 'gemiddelde' van een schaal van personen met een intellectuele handicap. De man woont niet langer thuis bij zijn ouders maar in een 'Bezigheidstehuis' voor niet werkende gehandicapte mensen.

Benny werkt niet, heeft nooit gewerkt en heeft geen andere inkomsten dan zijn uitkering.

Hij komt in aanmerking voor twee uitkeringen: Een inkomensvervangende tegemoetkoming van 607 euro per maand. Dit is het bedrag voor mensen in een collectieve intramurale opvang.

Daarnaast ontvangt hij een integratietegemoetkoming van 290 euro per maand. Dit bedrag is gebaseerd op het niveau van zijn handicap (436 euro) dat met eenderde is verminderd omdat hij in een tehuis verblijft.

Zijn totale inkomen is daarmee $607 + 290 = 897$ euro per maand.

Bronnen en verwijzingen

Nieuwe instroom in het Vlaams Fonds : Onderzoek van de eerste bijstandsaanvragen, Erik Samoy - Studiecel VFSIPH , maart 2006

Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en voortgezet onderwijs. Een Nederlands-Vlaamse vergelijking. Onderzoek in opdracht van de Programmacommissie Beleidsgericht Onderzoek Primair Onderwijs. Promotor: Prof. dr. Hans Grietens (Centrum voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven), Co-promotoren: Prof. dr. Pol Ghesquière (Centrum voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven), Prof. dr. Sip Jan Pijl (afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen, Eindrapport, Juni 2006.

Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers,
Vijf generaties kinderbijslag, 1930-2005, Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers (RKW),
Trierstraat 70 – 1000 Brussel

Gesprek met Erik Samoy, op 1-2-2007

Erik Samoy

Departement Werk en Sociale Economie - Afdeling Beleid

Ellips - Koning Albert II-laan 35 bus 20

1030 Brussel / Belgium

tel : 32/2/5534027 fax : 32/2/5534010

erik.samoy@wse.vlaanderen.be, <http://www.vlaanderen.be/werk>

J Lijst van geraadpleegde personen

Mw. Bakker, MEE Rotterdam
Dhr. Berendsen, UWV
Mw. Brekelmans, GGZ- Nederland
Mw. Duijndam, Ministerie van VWS
Dhr. Beuving, BOSK
Mw. Egberts, verzekeringarts, UWV
Dhr. Elsing, Ministerie van OCW
Dhr. Van Eijck
Dhr. de Graaf, SVB
Dhr. Heydelberg, Bureau Jeugdzorg Rotterdam
Mw. Kool, Helpdesk invoering Wmo
Dhr. Reijneveld, hoogleraar Sociale Geneeskunde in Groningen
Mw. Roetering, ambtelijk secretaris LCR
Dhr. Stekelenburg directeur van de Nederlandse Vereniging voor Autisme, lid van het Landelijk Platform GGz.
Dhr. Veenhuis, Ministerie van VWS
Dhr. Voerman, UWV, arbeidsdeskundige UWV
Mw. Willems, beleidsmedewerker Expertisecentrum CIZ
Dhr. Ypma, Ministerie van VWS

Deelnemers expertmeeting 1 maart 2007

Mw. Van de Brenk, Riagg Zwolle
Mw. Callens, Departement Werk en Sociale Economie
Mw. Egberts, UWV
Mw. Gonggrijp, LCTI
Dhr. Greven Sardes
Dhr. Haasdijk, Stichting MEE
Dhr. Kooiker, Sociaal en Cultureel Planbureau
Dhr. Nicolaas, Sociale Verzekeringsbank
Mw. Schipper, Regionaal Expertise Centrum 4
Dhr. Verstegen, Landelijk Kenniscentrum LVG