



## Opdrachtgever

SZW



Ministerie van Sociale Zaken en  
Werkgelegenheid

## Opdrachtnemer

RvB // M. van Oploo, M. Diepenhorst,  
M. Hollander ... [et al.]

## Onderzoek

Vroegdiagnose en instroom Wajong

Startdatum – 1 februari 2011

Einddatum – 15 augustus 2011

## Categorie

Profilings-, diagnose en targeting-  
instrumenten

# Beter vroeg voor later?

## Doel en vraagstelling

In de Wajong stromen steeds meer jongeren in met een verstandelijke of psychische beperking. Deze instroom lijkt verband te houden met een toenemend aantal jongeren dat al jong een diagnose of een indicatie voor zorg krijgt of gebruik maakt van een speciale voorziening (jeugdzorg, speciaal onderwijs etc.) De vraag is hoe deze ontwikkeling uit pakt voor jongeren en met name wat de gevolgen zijn van deze vroege diagnose voor latere participatie de perspectieven van jongeren op de arbeidsmarkt en een mogelijk beroep op de arbeidsmarkt en een mogelijk beroep op de sociale zekerheid.

## Conclusie

De afgelopen jaren is er sprake geweest van een sterke groei van het aantal jongeren met een Wajong-uitkering. De vraag die het Ministerie van SZW door middel van onderzoek beantwoord wil zien, is wat de gevolgen voor arbeidsparticipatie zijn van vroege diagnose en door welke omstandigheden deze worden beïnvloed. Het onderzoek in deze publicatie zoekt antwoorden op de volgende vragen: Welke gevolgen heeft vroege diagnose van verstandelijke of psychische aandoeningen op de latere participatie op de arbeidsmarkt? Bij welke aandoeningen is vroege diagnose gunstig en bij welke niet of in mindere mate? Welke rol spelen personen zoals ouders, leraren en hulpverleners? (Hoe) kunnen zij een gunstige of juist ongunstige invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose? Welke rol spelen de interventies en voorzieningen waar de kinderen in de tussentijd al dan niet gebruik van maken zoals wel of geen behandeling, aard van de behandeling, reguliere of speciale kinderopvang, regulier of speciaal onderwijs, verblijf thuis of in een instelling? (Hoe) kunnen deze voorzieningen een gunstige of juist ongunstige invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose? Bron: Bibliotheek SZW

## Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/osrimbpz>





## **Beter vroeg voor later?**

### **Het effect van vroege diagnose op latere arbeidsparticipatie**

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Marcia van Oploo, Marjon Diepenhorst, Marieke Hollander  
Laura Stevens

Projectnummer: B3837

Zoetermeer, 15 augustus 2011

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

# Inhoudsopgave

1	Achtergrond van het onderzoek	5
1.1	Toename instroom in de Wajong	5
1.2	Doel van het onderzoek	5
1.3	Afbakening en analysemodel	6
1.4	Opzet van het onderzoek	8
1.5	Leeswijzer	10
2	Beperking	11
2.1	Beschrijving van de aandoeningen	11
2.2	Beperking en mogelijkheden voor arbeidsparticipatie	13
2.3	Factoren die de problematiek beïnvloeden	15
2.4	Samenvatting	16
3	Diagnose	19
3.1	Aard en moment van diagnosestelling	19
3.2	Invloed van de omgeving op diagnose	20
3.3	Invloed van de diagnose op stigmatisering	20
3.4	Samenvatting	21
4	Zorg	23
4.1	Preventieve werking van vroege interventies	23
4.2	Effectiviteit van zorg	25
4.3	Negatieve effecten van zorg	27
4.4	Arbeidsgerichtheid van de zorg	28
4.5	Samenvatting	28
5	Regulier onderwijs	31
5.1	Zorg en begeleiding binnen het reguliere onderwijs	31
5.2	Effectiviteit van de leerlingenzorg	34
5.3	Effecten op de leerprestaties	35
5.4	Effecten op de psychosociale ontwikkeling	36
5.5	Doorverwijzing naar speciaal onderwijs	37
5.6	Arbeidsgerichtheid van regulier onderwijs	39
5.7	Samenvatting	40
6	Speciaal onderwijs	43
6.1	Beperking en speciaal onderwijs	43
6.2	Kwaliteit van het onderwijs en de leerlingenzorg	44
6.3	Effecten op de leerprestaties	45
6.4	Effecten op de sociaal-psychologische ontwikkeling	45
6.5	Arbeidsgerichtheid van speciaal onderwijs	46
6.6	Samenvatting	47

7	Werk	49
7.1	Kans op werk op eigen kracht	49
7.2	Stimulering vanuit de Wajong	50
7.3	Slaagkans in de Wajong	51
7.4	Samenvatting	53
8	Conclusie	55
8.1	Rol van de aandoening	55
8.2	Rol van andere personen	56
8.3	Rol van interventies en voorzieningen	58
8.4	Gevolgen van vroege diagnose voor arbeidsparticipatie	60
8.5	Gevolgen van geen vroege diagnose	61
8.6	Slotconclusie	62

# 1 Achtergrond van het onderzoek

## 1.1 Toename instroom in de Wajong

De afgelopen jaren is er sprake geweest van een sterke groei van het aantal jongeren met een Wajong-uitkering. Vooral sinds 2002 is een sterke toename zichtbaar: in dat jaar bedroeg de instroom 7.700<sup>1</sup>; in 2009 was deze 17.600<sup>2</sup>, een ruime verdubbeling. Uitgaande van het jaarlijks aantal 18-jarigen (de potentiële instroom) van zo'n 200.000 gaat het om 8,8% van de jongeren die een Wajong-uitkering aanvragen. Hoewel recente cijfers van het UWV laten zien dat als gevolg van de nieuwe Wajong per 2010 de instroom is gedaald, is deze grote groep arbeidsongeschikte jongeren toch zorgwekkend.

In diverse beleidsstukken en onderzoeken is gekeken naar verklaringen voor de forse groei van de Wajong tussen 2002 en 2009. Onderzoek van het UWV uit 2007 laat zien dat hier verschillende verklaringen voor zijn. Als belangrijkste verklaringen worden genoemd de toegenomen instroom van jongeren uit de bijstand (als gevolg van de WWB in 2004), de toegenomen instroom van (met name licht verstandelijk gehandicapte) jongeren uit het Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO) en het Praktijkonderwijs (PrO) en de instroom van nieuwe diagnosegroepen, met name jongeren met een stoornis in het autistisch spectrum<sup>3</sup>.

Deze instroom blijkt verband te houden met een toenemend aantal jongeren dat al jong een diagnose of een indicatie voor zorg krijgt of gebruik maakt van een speciale voorziening (jeugdzorg, speciaal onderwijs, etcetera). Voor sommige kinderen zal een vroege diagnose van een stoornis of aandoening gunstig zijn, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een preventieve werking door tijdige behandeling, terwijl het kind in zijn eigen omgeving of op zijn eigen school mag blijven. In andere gevallen zijn de gevolgen misschien ongunstig en komt het kind in 'een trechter van voorzieningen' terecht waarbij deze telkens wordt bevestigd in zijn 'anderszijn' en normale participatie steeds moeilijker bereikbaar wordt.

Het Ministerie van SZW vraagt zich af of deze ontwikkeling gunstig of ongunstig uitpakt voor jongeren en heeft daarom laten onderzoeken wat de gevolgen zijn van deze vroege diagnose voor de perspectieven van jongeren op de arbeidsmarkt.

## 1.2 Doel van het onderzoek

De vraag die het Ministerie van SZW door middel van onderzoek beantwoord wil zien, is wat de gevolgen voor arbeidsparticipatie zijn van vroege diagnose en door welke omstandigheden deze worden beïnvloed.

---

<sup>1</sup> Kenniscahier 07-01. De groei van de Wajonginstroom. UWV 2007.

<sup>2</sup> UWV kwartaalverkenning 2010-IV.

<sup>3</sup> In tegenstelling tot de verwachtingen bleek de instroom van jongeren met ADHD (als eerste diagnose) beperkt. Het aantal kinderen met de diagnose ADHD neemt overigens wel sterk toe zo blijkt uit onderzoek van het Nivel uit 2008. Deze groep is echter niet verantwoordelijk voor de toegenomen instroom in de Wajong.

Het doel van dit onderzoek is tweeledig:

1. Door studie van bestaande wetenschappelijke literatuur zo concreet mogelijk inzicht bieden in de gevolgen van vroege diagnose voor latere kansen op de arbeidsmarkt.
2. Het verkennen van de mogelijkheden om beleidsmatig relevant onderzoek uit te voeren gericht op het in kaart brengen van de gevolgen van vroege diagnose, en het opstellen van een uitvoerbare opzet voor zo'n onderzoek.

De onderzoeksvragen, die door middel van het onder 1) genoemde literatuuronderzoek worden beantwoord, en die richtinggevend zijn voor de opzet van het onder 2) genoemde onderzoek, zijn de volgende:

- Welke gevolgen heeft vroege diagnose van verstandelijke of psychische aandoeningen op de latere participatie op de arbeidsmarkt?
- Hoe verhouden deze gevolgen zich tot de gevolgen van geen diagnose bij vergelijkbare problematiek?
- Welke rol speelt de aard en ernst van de aandoening en de aanwezigheid van comorbiditeit? M.a.w. bij welke aandoeningen is vroege diagnose gunstig en bij welke niet of in mindere mate?
- Welke rol spelen personen zoals ouders, leraren en hulpverleners? (Hoe) kunnen zij een gunstige of juist ongunstige invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose?
- Welke rol spelen de interventies en voorzieningen waar de kinderen in de tussentijd al dan niet gebruik van maken zoals wel of geen behandeling, aard van de behandeling, reguliere of speciale kinderopvang, regulier of speciaal onderwijs, verblijf thuis of in een instelling? (Hoe) kunnen deze voorzieningen een gunstige of juist ongunstige invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose?

### 1.3 Afbakening en analysemodel

#### Afbakening van het onderzoek

Met het Ministerie van SZW is afgesproken dat de focus in het onderzoek ligt bij de drie groepen die de sterke toename in de Wajong met name veroorzaken: licht verstandelijke gehandicapte jongeren (LVG) en jongeren met een autistisch-spectrumstoornis (ASS) of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

De onderzoeksvraag gaat om het effect van vroege diagnose, de eerste stap in het beantwoorden ervan betreft het vaststellen van een definitie van vroege diagnose. Uit de verschillende literatuurstukken blijkt dat de term vroege diagnose meestal refereert naar de vaststelling van de beperking vóór de gangbare leeftijd waarop de diagnose gebruikelijk wordt gesteld. Omdat wij focussen op drie verschillende ziektebeelden, zou dit leiden tot drie verschillende definities van vroege diagnose: voor elke ziektebeeld een aparte leeftijd. In dit onderzoek kiezen we in plaats daarvan voor een functionele aanpak. De focus in het onderzoek ligt op het effect van vroege diagnose, de mogelijkheid hiertoe ligt in het tijdstip besloten. Dit levert de volgende definitie op:



### **Definitie vroege diagnose**

Een vroege diagnose is een diagnose op een dusdanig vroeg tijdstip dat eventuele zorg de schoolloopbaan kan beïnvloeden, en (daarmee) effect op de latere arbeidsparticipatie kan hebben.

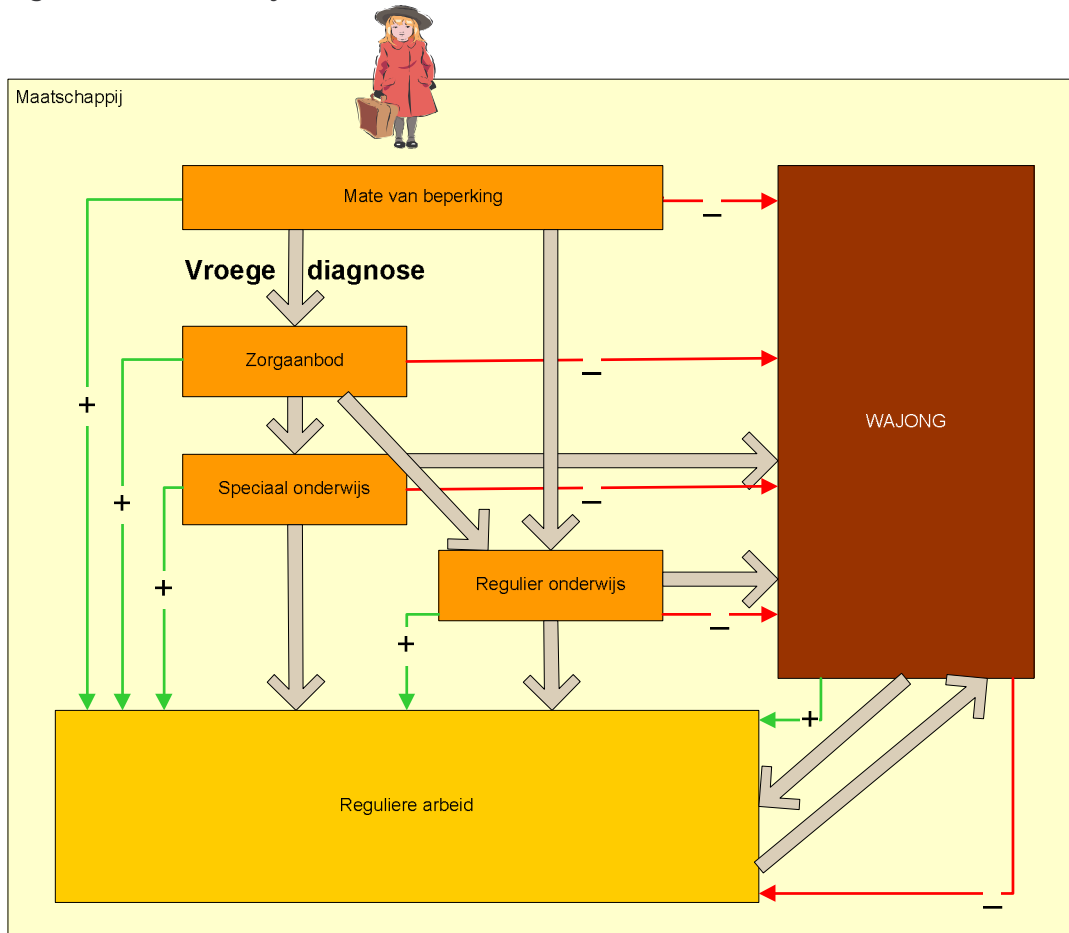
Dit betekent feitelijk dat een vroege diagnose in het onderhavige onderzoek een diagnose op de basisschoolleeftijd betekent.

### **Analysemodel**

Bij aanvang van het onderzoek was de verwachting dat op basis van beschikbare literatuur de onderzoeksvraag niet direct en eenduidig te beantwoorden is. Met behulp van onderstaand analysemodel (zie figuur 1.1) is de onderzoeksvraag daarom in stappen verdeeld. Door literatuur te zoeken over deze stappen, hebben we gedurende het onderzoek 'puzzelstukjes' verzameld die uiteindelijk een zo compleet mogelijk plaatje opleveren over de effecten van vroege diagnose op de latere arbeidsparticipatie.

Het analysemodel geeft de verschillende onderdelen weer die een rol spelen op de weg van beperking naar arbeidsparticipatie. Tussen deze onderdelen bestaat een causaal verband, weergegeven met de grijze pijlen. Een vroege diagnose kan leiden tot een bepaald zorgaanbod, deze kan de schoolkeuze (regulier of speciaal) beïnvloeden. Na afronding van onderwijs volgt de stap naar werk: reguliere arbeid of middels de Wajong. Na aanvang van werk kan hiertussen alsnog een overstap plaatsvinden. Bij elk van de onderdelen zijn zowel positieve als negatieve effecten voor de arbeidsparticipatie te benoemen, weergegeven met respectievelijk de groene en de rode pijlen. Zo is de kans op reguliere arbeid hoger als er sprake is van een lichte beperking, maar juist lager als er sprake is van een ernstige beperking. Regulier onderwijs kan gunstig uitpakken voor de latere arbeidsparticipatie doordat het kind wordt uitgedaagd, maar juist ongunstig als een kind niet voldoende kan meekomen.

**Figuur 1.1** Het analysemodel



## 1.4 Opzet van het onderzoek

De uitvoering van het onderzoek omvat een literatuurstudie en een aantal expertinterviews.

### Literatuurstudie

De literatuurstudie bestond uit het zoeken naar een verband tussen vroege diagnose en arbeidsparticipatie en het zoveel mogelijk invullen van de positieve en negatieve effecten van de verschillende onderdelen (zie het analysemodel in paragraaf 1.3).

Het zoeken naar literatuur is als volgt verlopen:

- Op internet is gezocht naar relevante literatuur. Hiervoor zijn trefwoorden gebruikt (zowel in het Nederlands als in het Engels) via wetenschappelijke zoekmachines zoals scholar.google, books.google. Trefwoorden zijn bijvoorbeeld 'early interventions, effects'; 'early diagnoses'; 'speciaal onderwijs en participatie', 'jonggehandicapt/Wajong', 'arbeidsparticipatie', 'autisme' en 'ADHD'. We hebben getracht zoveel mogelijk meta-literatuur te vinden, dat wil zeggen overkoepelende review van bestaande literatuurstukken.

- Vervolgens is de zogenoemde 'sneeuwbalmethode' toegepast: we scanden de literatuur op relevante bronnen en verwijzingen naar andere onderzoeken, we verzamelden vervolgens ook die bronnen en zochten daarbij wederom naar relevante verwijzingen, etcetera. Relevante bevindingen zijn genoteerd met bijbehorende bronvermelding.
- Ten slotte is het ook zinvol om andere bronnen dan wetenschappelijke literatuur te betrekken zoals rapporten en monitors van bijvoorbeeld kennisinstituten en onderzoeksbureaus zoals het Nji (Nederlands jeugdinstituut), het Trimbos Instituut, het SCP, het Nivel, CBS, TNO, de RWI en UWV.

Deze zoekacties leverden in totaal 93 literatuurstukken op. Hieronder beschrijven we hoe dit aantal is ingeperkt tot de meest bruikbare literatuur.

#### *Ordering van literatuur*

Om de verschillende bevindingen uit de literatuur op waarde te kunnen schatten, is een rangordening aangebracht in de gebruikte bronnen. Deze rangordening, op basis van 'wetenschappelijkheid' kan dienen als indicator voor het gewicht van de bevindingen:

- 1a. De bevinding is gebaseerd op onderzoek en gepubliceerd in een wetenschappelijk tijdschrift, waarbij de opzet en onderzoeksgroep het aannemelijk maken dat de resultaten generaliseerbaar zijn naar de populatie.
- 1b. De bevinding is gebaseerd op onderzoek en gepubliceerd in een wetenschappelijk tijdschrift, maar het is onduidelijk of, of niet aannemelijk dat de resultaten generaliseerbaar zijn naar de populatie.
- 2. De bevinding is gebaseerd op onderzoek maar niet gepubliceerd in een wetenschappelijk tijdschrift. Hieronder vallen bijvoorbeeld rapporten van onderzoeksbureaus of kennisinstituten.
- 3. De bevinding is niet gebaseerd op onderzoek maar op een mening of een ervaring van een erkend deskundige of kennisinstituut.

Daarnaast is de literatuur geclassificeerd op relevantie tot het thema. Er zijn geen stukken gevonden die de onderzoeksvraag in zijn geheel beantwoorden, geen van de artikelen bespreekt het effect van vroege diagnose op latere arbeidsparticipatie. De stukken zijn daarom ingedeeld naar subthema (zie ook het analysemodel in paragraaf 1.3).

De volgende stap was een selectie van literatuur die als 'heel relevant' is bestempeld. Dit leverde in totaal 42 artikelen op, waarvan 16 van categorie 1a, 3 van de categorie 1b, 20 van de tweede categorie en 3 van derde categorie. Deze laatste zijn alsnog buiten beschouwing gelaten omdat de deskundigheid van de betreffende persoon en daarmee de zeggingskracht van het stuk moeilijk was vast te stellen. Dit bracht het totaal op 39 stukken. Tijdens het verwerken van de literatuur is een aantal relevante verwijzingen alsnog in de literatuurlijst opgenomen. Daar waar het originele stuk niet in onze literatuurlijst is opgenomen, is in de tekst naast een verwijzing naar de literatuurlijst ook een directe verwijzing naar de betreffende bron opgenomen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Hierbij is in de tekst naast een nummer ook een tekstuele verwijzing opgenomen, bijvoorbeeld [29: Myles & Simpson, 1998].

## Expertinterviews

Verschillende hoogleraren zijn benaderd voor een expertinterview. Het doel van deze gesprekken was drievoudig:

- Het ontvangen van aanvullingen op de literatuurlijst
- Het toetsen van voorlopige bevindingen
- Het verkrijgen van de visie van de expert op de onderzoeksvragen

Er zijn in totaal vier gesprekken met de volgende experts op respectievelijk de terreinen onderwijs, participatie, en arbeid en gezondheid gevoerd:

- Prof. dr. Kees van der Wolf, hoogleraar verbonden aan de Anton de Kom Universiteit van Suriname en 'Honorary Professor' aan de Perm State Pedagogical University (Rusland), lid van de Evaluatie en Adviescommissie Passend Onderwijs ('de Commissie Lambrechts').
- Prof. dr. Jaap van Weeghel, hoogleraar rehabilitatie en maatschappelijke participatie aan de Universiteit van Tilburg, directeur van het Kenniscentrum Rehabilitatie in de GGZ en stafmanager zorgontwikkeling verbonden aan GGZ Dijk en Duin.
- Prof. dr. Rutger Jan van der Gaag, hoogleraar klinische kinder- & jeugdpsychiatrie aan het UMCN St Radboud in Nijmegen en hoofd behandelzaken van het Academisch Centrum Kinder- & Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland.
- Prof. dr. Jac van der Klink, hoogleraar arbeid en gezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen, drs. Sandra Brouwer en drs. Anja Holwerda.

Deze gesprekken hebben enkele literatuur aanvullingen opgeleverd.

## 1.5 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken komen de afzonderlijke onderdelen van het analysemodel apart aan bod.

Hoofdstuk 2 gaat over de gevolgen die de **bepanking**, los van het tijdstip van de diagnose, oplevert voor latere arbeidsparticipatie, en hoe de omgeving hierop van invloed kan zijn. Het derde hoofdstuk bespreekt de **diagnosestelling**, de invloed van omgeving hierop en de relatie met stigmatisering.

Hoofdstuk 4 gaat over de effectiviteit van het **zorgaanbod**. Hierbij komen ook omgevingsinvloeden en de arbeidsgerichtheid van de zorg aan bod.

Hoofdstuk 5 en 6 gaan respectievelijk over het **reguliere** en het **speciaal onderwijs**, en over de invloeden die een rol spelen bij succesvolle afronding van de opleiding en de stap naar werk.

Het zevende hoofdstuk bespreekt de factoren die een rol spelen bij het wel of niet slagen in **regulier werk** en werk in het kader van de **Wajong**.

In het laatste hoofdstuk komen de verschillende onderdelen samen tot een geïntegreerde **conclusie** waarin de effecten van vroege diagnose op latere arbeidsparticipatie worden benoemd.

## 2 Beperking

In dit hoofdstuk gaan we in op de beperkingen van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke handicap, een stoornis in het autismespectrum of ADHD. Besproken worden de kenmerken van de aandoening en de criteria voor het stellen van de diagnose. Verder gaan we in op de gevolgen van de (ernst van de) beperking voor de latere arbeidsparticipatie (onafhankelijk van het tijdstip van diagnosestelling). Tot slot komen factoren aan bod die de problematiek en daarmee de kansen op arbeidsparticipatie beïnvloeden.

### 2.1 Beschrijving van de aandoeningen

In deze paragraaf worden kort per groep de symptomen en de gevolgen daarvan voor het maatschappelijk functioneren beschreven om een indruk te krijgen van de problematiek waar jongeren met een licht verstandelijke handicap, een stoornis in het autismespectrum of ADHD mee kampen. Voor al deze drie aandoeningen geldt dat de ernst van de beperking kan variëren, wat betekent dat de mate waarin deze kinderen of jongeren last hebben van de genoemde problematiek sterk kan wisselen binnen een groep. Ook de mate waarin de jongere beperkt zal zijn in het functioneren op de arbeidsmarkt is afhankelijk van de ernst van de beperking.

#### Licht verstandelijke handicap (LVG)

De mate van een verstandelijke beperking wordt gebaseerd op de IQ-score. De term licht verstandelijke handicap kan tot verwarring leiden omdat hier soms verschillende IQ-categorieën onder worden verstaan. Op basis van IQ-scores wordt in het algemeen de volgende classificatie aangehouden:

- IQ-score tussen 70-85: zeer licht verstandelijk gehandicapt/ moeilijk lerend
- IQ-score tussen de 50-70 : licht verstandelijk gehandicapt

In dit rapport doelen we met de term LVG op beide groepen tenzij anders vermeld.

Mensen met een zeer licht verstandelijke beperking (IQ 70-85) zijn op basis van hun intelligentie in staat om voor zichzelf te zorgen en deel te nemen aan activiteiten, en zij kunnen zich in een veilige omgeving (met een steunend netwerk) handhaven. Zij kunnen zich goed uitdrukken in gesproken en geschreven taal en hebben begrip van de waarde van geld en kunnen hiermee omgaan. Voor complexe administratieve zaken en complexe sociale situaties hebben zij echter ondersteuning nodig [37].

Mensen met een licht verstandelijke handicap (IQ 50-70) kunnen redelijk goed leren om voor zichzelf te zorgen. Met enige hulp of vaste structuur zijn zij in staat om redelijk zelfstandig te reizen. Zij zijn in de meeste gevallen in staat om te lezen en kunnen zich redelijk uitdrukken in gesproken taal. Vaak kunnen zij leren omgaan met geld. Zij zijn niet in staat te generaliseren, dat wil zeggen geleerde vaardigheden in de een situatie ook toe te passen in een andere situatie. Dit betekent dat zij begeleiding nodig hebben in elke fase van hun leven, tijdens school, werk, vrijetijdsbesteding en bij het aangaan van relaties. Al bij eenvoudige administratieve taken is ondersteuning nodig.

Het niveau van functioneren wordt behalve door de hoogte van het IQ ook beïnvloed door de mate van sociale vaardigheden en de aan- of afwezigheid van structuur en begeleiding in de omgeving: het sociale netwerk, gezin van herkomst, de leefomgeving en maatschappij. De mate van sociale redzaamheid bepaalt voor een groot deel of er aanvullende ondersteuning nodig is. Afhankelijk van de omgevingsinvloeden en ervaringen van het individu kan de problematiek van mensen met een licht verstandelijke beperking zich uiten in gedrags- of psychiatrische problematiek [94].

### **Stoornissen in het autismespectrum (ASS)**

De term *spectrum* in deze groepsaanduiding geeft aan dat het om een zeer heterogene groep gaat waarbij de symptomen uiteenlopen van licht beperkend tot ernstig invaliderend voor deelname aan de maatschappij. De beperkingen doen zich voor op het gebied van sociale interactie, sociale communicatie en stereotype gedrag, zoals wiegen, hoofdbonken of het herhalen van steeds eenzelfde woord of zin.

De groep ervaart hierdoor problemen in het sociale verkeer en wederkerigheid. Het herkennen van emoties en rekening houden met anderen is een probleem. De invloed van de context, woordspelingen en beeldspraak worden niet begrepen. Mensen met ASS hanteren een andere logica in hun denkpatronen over en oorzaak en gevolg, wat hun gedrag voor de buitenwereld onvoorspelbaar maakt en waardoor de buitenwereld voor hen onvoorspelbaar blijft.

Tot de groep "stoornissen in het autismespectrum" behoort een aantal diagnoses die hieronder worden toegelicht.

#### *Autisme*

Volgens de DSM-IV<sup>1</sup> criteria kan de diagnose autisme gesteld worden als er sprake is van minstens twee kwalitatieve tekortkomingen op sociale interactie; minstens één kwalitatieve tekortkoming in de communicatie en daarnaast sprake is van beperkte, repetitieve en stereotype gedrags- en interessepatronen. Het vertraagd of abnormaal functioneren moet op één van deze gebieden voor het derde levensjaar begonnen zijn.

#### *Syndroom van Asperger*

Het syndroom van Asperger valt onder de "aan autisme verwante stoornissen". Mensen met dit syndroom hebben volgens de DSM-IV tekortkomingen in het sociaal functioneren en er is sprake van beperkte, repetitieve en stereotype gedrags- en interessepatronen die van dien aard zijn dat zij beperkend werken op het sociaal of beroepsmatig functioneren. Bijkomend is er geen beperking op taalontwikkeling of cognitieve ontwikkeling of zelfhulpvaardigheden.

#### *PDD-NOS*

PDD-NOS (pervasive developmental disorder not otherwise specified) valt ook onder de groepsaanduiding ASS. Ook hier spelen problemen met sociale vaardigheden en communicatie zoals het slecht herkennen van lichaamstaal en het letterlijk nemen van woordspelingen of beeldspraak. Daarnaast hebben deze mensen een probleem met het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid. Deze groep heeft behoefte aan structuur zodat zij om

---

<sup>1</sup> DSM-IV is het classificatiesysteem dat wordt gebruikt om vast te stellen of sprake is van een psychiatrische stoornis.

kunnen gaan met de onvoorspelbaarheid van de dag. Zij kunnen zich verliezen in details en daardoor het overzicht op de omgeving kwijt raken.

### **ADHD**

Bij ADHD is er sprake van aandachtstekort en hyperactiviteit. Bij ADD (Attention Deficit Disorder), een aan ADHD verwante stoornis, ontbreekt de hyperactiviteit. Omdat de omgeving minder "last" heeft van deze personen komt de problematiek vaak pas later aan het licht.

Volgens de DSM-IV criteria zijn minimaal zes van de negen beschreven symptomen voor aandachtstekort nodig gedurende zes maanden waarbij het aandachtstekort ongepast is of niet passend is bij de leeftijd. Om de hyperactiviteit-impulsiviteit te beschrijven zijn ook minimaal zes van de negen beschreven symptomen nodig. Een deel van de symptomen moet zich voor het zevende levensjaar hebben voorgedaan en daarnaast moeten de symptomen aanwezig zijn op minstens twee leefgebieden en significante beperkingen geven in het sociaal-, school- of beroepsmatig functioneren.

Mensen met ADHD hebben moeite aandacht te houden bij hun werkzaamheden. Zij verliezen snel de concentratie en reageren op prikkels uit de omgeving. Dit is van negatieve invloed op werk en schoolprestaties. Zij hebben moeite met het aanbrengen van orde en structuur en zijn vaak gebaat bij een omgeving die dit biedt. Ze hebben moeite met het stellen van prioriteiten, iets dat in gang gezet wordt zal ook moeten worden afgemaakt. Het impulsieve en drukke gedrag leidt tot problemen in communicatie waarbij zij een gesprek kunnen verstoren, niet op hun beurt wachten of zaken eruit flappen zonder na te denken over de gevolgen. Er kan sprake zijn van zowel innerlijke als motorische onrust. Stil zitten is een probleem en de onrustige motoriek kan storend overkomen op de omgeving. Mensen met ADHD hebben vanwege hun gedrag een grotere kans op sociale uitsluiting. Regelmatig wordt echter ook op de positieve kant gewezen van ADHD, waarbij creativiteit, originaliteit en ruimtelijk inzicht en het snel kunnen combineren van informatie worden genoemd.

## **2.2 Beperking en mogelijkheden voor arbeidsparticipatie**

### **Instroom in de Wajong**

Vanuit dossieronderzoek bij drie kantoren van het UWV over de jaren 2002 tot 2006 is voor de drie groepen (LVG, ASS, ADHD) gekeken naar de mogelijkheden voor arbeidsparticipatie. De instroom van het aantal jongeren met een licht of zeer licht verstandelijke handicap (LVG) blijkt het grootst. Samen zijn zij goed voor 28% van de instroom in de Wajong in 2006 [37]. Ook het aantal LVG-jongeren dat is geïndiceerd voor AWBZ-zorg neemt toe. Er wordt voor de komende jaren een verdere stijging van de zorgvraag van LVG-jongeren verwacht, niet doordat het aandeel van deze jongeren in de populatie groeit, maar door de groeiende instroom vanuit Bureaus Jeugdzorg en doordat het voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en verminderde zelfredzaamheid steeds moeilijker wordt om zich maatschappelijk staande te houden [77: SER 2009].

Jongeren met een stoornis in het autistisch spectrum vertegenwoordigen ruim 10% van de instroom in 2006 [37]. De groei van deze groep in de Wajong was in de onderzochte jaren (2002-2006) het grootst en nam sterker toe dan de groep LVG. De instroom van jongeren

met ADHD als primair ziektebeeld is beperkt (3% in 2006) en laat geen groei zien [37]. Dit is opvallend, gezien het wel stijgende gebruik is van ADHD-medicatie (zie hoofdstuk 3). Daarnaast blijkt dat bij jongeren in de Wajong met ADHD of autisme in 50% van de gevallen sprake is van aanvullende problematiek zoals een bijkomende verstandelijke beperking of een andere psychiatrische aandoening. Dit maakt het ziektebeeld van deze jongeren complex.

### **Beperking, comorbiditeit en kans op arbeidsparticipatie**

Het blijkt dat als er sprake is van comorbiditeit de kansen op de arbeidsparticipatie afnemen. Als oorzaak hiervan wordt beschreven dat jongeren met psychiatrische of somatische comorbiditeit vaker emotionele en gedragsproblematiek vertonen dan jongeren zonder comorbiditeit [104] en dat gedrags- en emotionele problematiek een groot effect hebben op deelname aan onderwijs, kansen op werk, en kunnen wonen in de wijk [104: Einfield 2006; Emerson 2007; Turk 2007]. In tabel 2.1 staat weergegeven welk deel van de jongeren met een licht verstandelijke handicap, zeer licht verstandelijke handicap of stoornis in het autismespectrum in de Wajong blijvend niet kunnen deelnemen aan werk<sup>1</sup>.

**Tabel 2.1** Aandeel van Wajongers met (Z)LVG of autisme in combinatie met andere aandoeningen, dat duurzaam geen participatie-mogelijkheden heeft [73]

	LVG	ZLVG	Autisme
sec	30%	16%	24%
Met autisme	39%	32%	nvt
met overige ontwikkelingsstoornis	19%	8%	44%
met overige secundaire diagnose	35%	12%	37%

In tabel 2.1 is af te lezen welk percentage van de jongeren met LVG, ZLVG of autisme in de Wajong, blijvend niet kan deelnemen aan werk, afhankelijk van de aanwezigheid van comorbiditeit. Zo is af te lezen dat 30% van de LVG-ers sec, dus zonder comorbiditeit, geen participatiemogelijkheden heeft. Indien er daarnaast sprake is van autisme, stijgt dit percentage naar 39%. Uit de tabel blijkt dat met name bij jongeren in de Wajong met autisme, als primaire of als secundaire diagnose, de kans op arbeidsparticipatie sterk negatief beïnvloed wordt.

Opmerkelijk is dat het hebben van een overige ontwikkelingsstoornis bij jongeren met een (zeer) lichte verstandelijke handicap juist gunstig lijkt te zijn voor de arbeidsparticipatie. Het percentage in deze groepen dat duurzaam geen participatiemogelijkheden heeft ligt lager. Waarom dit zo is, is niet duidelijk. Mogelijk berusten deze cijfers op toeval, het gaat hierbij namelijk om kleine aantallen.

<sup>1</sup> Voor de diagnose ADHD hebben wij hierover geen aparte gegevens gevonden, deze gegevens zijn in de rapportage van het dossieronderzoek meegenomen onder "overige ontwikkelingsstoornissen" en derhalve hier niet apart gemeld.



## 2.3 Factoren die de problematiek beïnvloeden

Naast de aard van de beperking zijn ook andere factoren van invloed op de mate waarin de LVG-, ASS- of ADHD-problematiek tot uiting komt daarmee op de kansen op arbeidsparticipatie. Dit kunnen factoren in de omgeving zijn, maar ook het karakter en de competenties van de jongere. Omgevingsinvloeden zijn de invloed van ouders, school, sociaal netwerk, maatschappij en cultuur. Hieronder beschrijven we bevindingen uit de literatuur over invloeden die positief of negatief bijdragen aan de ernst van de problematiek en daarmee de kans op arbeid beïnvloeden.

### **Positief effect van persoonlijke vaardigheden**

Het hebben van sociale vaardigheden, probleemoplossend vermogen, assertiviteit, zelfhulpvaardigheden en aanpassingsvermogen, waartoe ook het kunnen beheersen van onaangepast gedrag of stereotype gedrag behoort, zijn van positieve invloed op de arbeidskansen. Zo kan een grotere mate van zelfstandigheid en het (kunnen) nemen van initiatief bij autistische jongeren de kans op werk krijgen en behouden te verhogen [31]. Gunstige factoren die voor autisten meespelen voor het verkrijgen van werk zijn verder communicatieve vaardigheden, sociale vaardigheden en het onderdrukken en beheersen van stereotype gedrag en patronen [29]. Ook bij jongeren met een licht verstandelijke beperking of leerproblemen blijkt dat jongeren die een hogere mate van zelfbeschikking hebben bij het verlaten van school het beter doen in het vinden van werk en een hoger salaris hebben dan jongeren met dezelfde problematiek en een lage mate van zelfbeschikking [89].

Deze vaardigheden bepalen de draagkracht van het individu. Ze zijn deels aangeboren, maar omdat het gaat om vaardigheden is ook de omgeving van invloed op het tot ontwikkeling komen van de competenties. Aandacht hiervoor en een goed leer- en ontwikkelingsklimaat geboden door ouders, school en maatschappij is hierbij van belang [29, 34, 77].

### **Gunstige omgevingscondities beperken problematiek**

Mensen met LVG, autisme of ADHD hebben door hun beperking een aantal kwetsbaarheden en stoornissen in gedrag die door ongunstige omgevingscondities worden getriggerd en versterkt [77]. Gunstige omgevingscondities zoals een gestructureerde omgeving, een steunend netwerk en een benadering die passend is bij het niveau van het kind kunnen deze kwetsbaarheden verminderen of deels ondervangen. Dit maakt dat omgevingscondities mede bepalend worden geacht voor de uitkomst van interventies, en dat de focus van interventies en ontwikkeltrajecten daarom ook bij deze omgevingsfactoren kan liggen [73]. Bij het verkrijgen van een baan kunnen omgevingsfactoren ook een belangrijke rol spelen. Jongeren die beschikken over een beter netwerk doordat ze voor hun start op de arbeidsmarkt al ervaring hebben opgedaan via stage of vrijwilligerswerk, hebben een grotere kans op het vinden van een baan. Zij hebben meer contacten met andere personen via wie ze op de hoogte kunnen worden gebracht van vacatures [109: Timmerman en Mallee, 2006]

### **Houding van ouders en hulpverleners beïnvloeden de mogelijkheden**

De inschatting door de ouders en hulpverleners van de mogelijkheden van het kind om aan het arbeidsproces deel te nemen, is van invloed [80, 107]. Deze invloed kan zowel positief als negatief zijn [109]. Zo blijken ouders over het algemeen de mogelijkheden van hun kind hoger in te schatten dan bijvoorbeeld de school dat doet, hetgeen een directe en positieve stimulans is voor de jongere [77]. Echter een beschermende houding van de ouders kan ook juist belemmerend werken [107]. Zo wordt gezien dat ouders nuttig werk niet "ge-

schikt" of goed genoeg vinden voor hun kinderen en de jongere vertellen het werk niet te moeten doen [109]. Ook bij hulpverleners kan soms een beschermende houding gezien worden die de arbeidsgerichtheid van de jongere negatief beïnvloedt [77]. Daarnaast beïnvloedt de houding van ouders en verzorgers over zelfstandigheid en arbeidsparticipatie de houding van de jongere en de mate waarin de jongere zich richt op het toewerken naar en verkrijgen van arbeid [77]. Ouders hebben hierin een voorbeeldfunctie, de eigen cognities over het belang van (betaald) hebben invloed op die van hun kinderen [108: van Lierop 2002].

### **Stigmatisering**

Kinderen met (hoogfunctionerend) autisme die deelnemen aan sociale situaties zoals normaal onderwijs of reguliere sportverenigingen, worden soms geconfronteerd met sociale uitsluiting. Zij worden gepest op school of op sportclubs en hebben moeite om een goed netwerk aan vrienden op te bouwen [45]. Dit zorgt ervoor dat het kind beperkt blijft in het ontwikkelen van sociale vaardigheden. Het hebben van sociale vaardigheden [29] heeft een positieve invloed op de arbeidsparticipatie.

Ouders proberen op verschillende manieren stigmatisering van hun kinderen te vermijden. Enerzijds kan de reactie zijn een zo normaal mogelijk leven te leiden, waarbij bijvoorbeeld het zoeken van (medische) hulp of het aansluiten bij patiëntenverenigingen of zelfhulpgroepen wordt vermeden [45, 46]. Anderzijds kunnen ouders proberen het aantal situaties waarin stigmatisering voor kan komen te verkleinen door alleen sociale contacten aan te gaan met mensen die begrip hebben voor de situatie, zo min mogelijk de publieke confrontatie op te zoeken en maar aan een beperkt groepje mensen te vertellen dat hun kind een beperking heeft.

Ouders kunnen zich (sociaal) genegeerd voelen of ervaren dat zij worden nagestaard [45]. Deze negatieve ervaringen van ouders kunnen van invloed zijn op de houding van de ouders over de mogelijkheden van het kind of op het laten deelnemen aan sociale activiteiten. Indirect kan dit van invloed zijn op de arbeidskansen.

## **2.4 Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn de aandoeningen LVG, ASS en ADHD beschreven en is ingegaan op de gevolgen hiervan voor arbeidsparticipatie en de invloed van de omgeving.

Personen met een licht verstandelijke beperking (LVG) hebben een IQ tussen de 50 en 85. Hun niveau van functioneren wordt behalve door de hoogte van het IQ ook beïnvloed door de mate van sociale vaardigheden en de aan- of afwezigheid van structuur en begeleiding in de omgeving: het sociale netwerk, gezin van herkomst, de leefomgeving en maatschappij. Er kan sprake zijn van aanvullende gedrags- of psychiatrische problematiek.

De groep met een stoornis in het autismespectrum (ASS) is zeer heterogeen: de symptomen kunnen variëren van licht beperkend tot ernstig invaliderend voor deelname aan de maatschappij. De beperkingen doen zich voor op het gebied van sociale interactie, sociale communicatie en stereotype gedrag. Tot de groep ASS behoren de diagnoses autisme, syndroom van asperger en PDD-NOS.

Bij ADHD is er sprake van aandachtstekort en hyperactiviteit. Personen met ADHD hebben moeite aandacht te houden bij hun werkzaamheden. Zij hebben moeite met het aanbrengen

van orde en structuur en zijn vaak gebaat bij een omgeving die dit biedt. Ook zijn er vaak problemen in communicatie en innerlijke of motorische onrust.

Het hebben van een licht verstandelijke beperking, een autismespectrumstoornis (ASS) of ADHD is van (grote) invloed op de kansen voor werk. De grootste instroom in de Wajong komt vanuit de LVG-groep en de grootste groei wordt gezien bij ASS. ADHD maakt maar een klein percentage van de instroom uit en vertoont geen groei. Dit is opvallend, gezien het wel stijgende gebruik is van ADHD-medicatie. Met name bij jongeren in de Wajong met autisme, als primaire of als secundaire diagnose, is de kans op arbeidsparticipatie sterk negatief beïnvloed.

De volgende factoren zijn van invloed op het arbeidsperspectief van jongeren met LVG, ASS of ADHD:

- de ernst van de beperking: hoe ernstiger de problematiek, of bijkomende comorbiditeit, hoe lager de kans om deel te nemen aan regulier of beschermt werk;
- persoonlijke vaardigheden, waarbij er een positief effect uit gaat van goede sociale vaardigheden, probleemoplossend vermogen, assertiviteit, zelfhulpvaardigheden en aanpassingsvermogen;
- de houding van ouders: een te beschermende houding kan beperkend werken; maar een positieve houding ten aanzien van de zelfredzaamheid van de jongere en het belang van arbeidsparticipatie werkt stimulerend, evenals positieve verwachtingen van ouders en omgeving over de kansen op arbeidsparticipatie;
- de houding van hulpverleners ten aanzien van het belang van arbeidsparticipatie: dit bepaalt mede of arbeidsparticipatie een doelstelling van de interventies zal zijn;
- de reactie van de maatschappij in de vorm van stigmatisering en sociale uitsluiting of juist acceptatie. Dit beïnvloedt de sociale participatie, het ontwikkelen van sociale vaardigheden en het zelfbeeld, en beïnvloedt daarmee de mogelijkheden voor (arbeids)participatie.
- de mate waarin er structuur en steun is vanuit de omgeving.



## 3 Diagnose

In dit hoofdstuk komt de diagnosestelling aan bod. Per aandoening wordt het tijdstip besproken waarop de diagnose gesteld wordt. Ook wordt ingegaan op de invloed die de ouders of jongeren zelf hebben op het moment van diagnosestelling. Tot slot komt de invloed van het hebben van een diagnose op stigmatisering aan de orde.

### 3.1 Aard en moment van diagnosestelling

#### LVG

Een licht verstandelijke handicap komt meestal pas vrij laat aan het licht [71, 77]. Op jonge leeftijd kunnen deze kinderen nog goed meekomen met hun leeftijdsgenootjes, pas rond de leeftijd van 14-15 jaar merken deze kinderen dat ze achterblijven en in hun ontwikkeling niet geheel mee kunnen.

Opvallend is dus dat deze groep die het sterkst vertegenwoordigd is in de Wajong, juist relatief laat wordt gediagnosticeerd. Van vroegdiagnose is - volgens de hier gehanteerde definitie (zie paragraaf 1.3) - bij deze groep eigenlijk geen sprake. Voor deze groep is een interessante vraag of vroegdiagnose preventief zou kunnen werken, dan wel of intensiever interveniëren na diagnostiek een betere arbeidsparticipatie tot gevolg zou kunnen hebben. Hierbij moet wel in ogenschouw genomen worden dat deze jongeren beperkt zijn in hun intellectuele vermogens, iets dat niet door behandeling "te genezen" of te verbeteren is. Diagnostiek van een verstandelijke beperking bestaat uit het testen van het IQ door middel van psychologisch onderzoek. Indien er sprake is van bijkomende gedragsproblematiek of psychiatrische problematiek kan ook een orthopedagoog, gedragswetenschapper of psychiater betrokken zijn bij het stellen van de diagnose.

#### ASS

Aanwijzingen voor autisme komen al veel vroeger aan het licht dan aanwijzingen voor LVG of ADHD. Eén van de criteria in de DSM-IV is dat het kind al voor het derde levensjaar problemen moet ervaren op communicatie, sociale interactie, of stereotye dan wel afwijkend gedrag. Ouders van kinderen merken vaak al op jonge leeftijd (14 tot 18 maanden) dat hun kind "anders" is. Door verbeterde diagnostiek en screeningsmogelijkheden wordt autisme op steeds jongere leeftijd gediagnosticeerd (rond 4 jaar). Kinderen die nu gediagnosticeerd worden als autistisch werden vroeger gezien als traag of zouden een andere vorm van mentale retardatie hebben. De gemiddelde leeftijd waarop het syndroom van asperger gediagnosticeerd wordt ligt hoger (rond 8 jaar) omdat de problemen in de sociale interactie zich pas op latere leeftijd voordoen [110] en kent een brede variatie, mede afhankelijk van de ernst van de symptomen. Soms wordt de diagnose pas op volwassen leeftijd duidelijk.

#### ADHD

De diagnose ADHD kan volgens de DSM-IV pas na het zevende jaar gesteld worden. Dit heeft mede te maken met het feit dat iemand met ADHD problemen ondervindt met taken (schoolwerk, langdurige concentratie, verantwoordelijkheid, planning en zelf structuur aanbrengen) die op jongere kinderen nog niet van toepassing zijn. Daarnaast zijn de ernst van de problematiek en kenmerken van de omgeving (gestructureerd versus niet gestructu-

reerd) bepalend voor het moment waarop de problematiek ook daadwerkelijk hinderlijk wordt voor de jongere of zijn omgeving.

Gezien het toenemend gebruik van ADHD-medicatie lijkt het erop dat de diagnose ADHD steeds vaker wordt gesteld. De verwachting is dat deze toename veroorzaakt wordt door een betere herkenning van de diagnose [40, 60]. Bij ADHD is daarnaast de kans op overdiagnostisering aanwezig [60, 74]. De diagnose wordt meestal gesteld door de huisarts die medicatie voorschrijft en niet doorverwijst naar een specialist. Echter de diagnose is soms moeilijk te stellen omdat de gedragsproblematiek ook andere oorzaken kan hebben. Het effect van de medicatie is ook geen indicator van de juistheid van de diagnose, deze heeft bij 'normale' kinderen hetzelfde effect [60].

### **3.2 Invloed van de omgeving op diagnose**

De omgeving kan het stellen van een diagnose in de weg staan. Dit is bijvoorbeeld het geval als ouders het probleem ontkennen [77]. Dit kan een mechanisme van ouders zijn om stigmatisering van het kind te voorkomen. Ook komt het voor dat signalering door de ouders niet serieus genomen worden, waardoor het traject naar diagnostiek en zorg niet wordt ingezet [77: Van den Berg e.a., 2008].

Er zijn echter ook factoren die diagnosestelling stimuleren. Een diagnose is nodig om toegang te krijgen tot diverse voorzieningen in zorg en onderwijs. De noodzaak of wens van ouders om hun kind van deze voorzieningen gebruik te laten maken zal hen daarom stimuleren hun kind te laten diagnosticeren. Toegang tot zorg brengt tevens financiële mogelijkheden met zich mee (pgb, rugzakje, financiering voor zorgleerlingen op school). Hierdoor kan strategisch gedrag in de hand gewerkt worden om alle financiële mogelijkheden zoveel mogelijk te benutten [71]. Dit stimuleert het vooraf screenen van jongeren in plaats van te reageren op het moment dat een problemen vertoont om mee te komen met leeftijdsgenoten [112] waardoor het aantal gestelde diagnoses toeneemt.

### **3.3 Invloed van de diagnose op stigmatisering**

Een diagnose of label kan stigmatisering tot gevolg hebben. Een stigma kan de kwaliteit van het leven van mensen negatief beïnvloeden, dit is bekend van mensen met een psychiatrische stoornis zoals schizofrenie [46]. Verscheidene onderzoeken hebben aangetoond dat het hebben van een stigma vanwege een psychiatrische ziekte mensen beperkt in het krijgen en behouden van een goede baan vanwege de vooroordelen van werkgevers of collega's<sup>1</sup>. Het kan voorkomen dat mensen diagnosticering of medische hulp vermijden om het stigma te voorkomen.

De vraag is nu in hoeverre het afwijkende gedrag aan sich of de diagnose tot het sociale stigma leidt. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van een diagnose bij kinderen met autisme niet leidde tot een vermindering of vermeerdering van stigmatisering [45]. Van daaruit zou geconcludeerd kunnen worden dat (vroeg)diagnose geen invloed heeft op het

---

<sup>1</sup> Volgens Farina & Felner, 1973; Farina, Felner, & Boudreau, 1973; Link, 1982,1987; Wahl, 1999 in [46].

krijgen van een stigma, maar dat andere factoren (het afwijkende gedrag bij iemand die "normaal" oogt) van grotere invloed zijn op stigmatisering.

Een diagnose kan behalve tot een sociaal stigma echter ook leiden tot een zelfstigma: mensen kunnen gaan geloven dat zij minder waard zijn vanwege hun stoornis, dit is bekend van psychiatrische patiënten [46]. Dit zelfstigma kan een gedragsmatig effect hebben: mensen gaan niet op zoek gaan naar werk of een zelfstandige woning terwijl zij hierin anders succesvol zouden kunnen zijn [46].

### **3.4 Samenvatting**

Bij ADHD en ASS is in de regel sprake van vroegdiagnose: in beide groepen wordt op jonge leeftijd (gemiddeld respectievelijk 7 en 4 jaar voor klassiek autisme, 8 jaar voor het syndroom van asperger) de diagnose gesteld. Een licht verstandelijke beperking wordt echter veelal pas op de leeftijd van 14-15 jaar vastgesteld. Opvallend is dus dat de groep die het sterkst vertegenwoordigd is in de Wajong (LVG), juist relatief laat wordt gediagnosticeerd. Voor deze groep is een interessante vraag of vroegdiagnose preventief zou kunnen werken. De omgeving kan het stellen van een diagnose in de weg staan, bijvoorbeeld met het doel stigmatisering te vermijden, of dit juist stimuleren, vanuit de wens of noodzaak om toegang te krijgen tot diverse voorzieningen in zorg en onderwijs.

Een diagnose kan leiden tot een sociaal stigma, er zijn echter aanwijzingen dat dit stigma evengoed veroorzaakt wordt door het afwijkende gedrag aan zich. Een zelfstigma kan ook het gevolg zijn van een diagnose, en zich uiten in verminderde activiteiten om de eigen situatie te verbeteren.





## 4 Zorg

Dit hoofdstuk gaat in op de effecten van de zorg die kinderen en jongeren met LVG, ASS of autisme kunnen ontvangen. We gaan in op de preventieve werking van vroege interventies, de succesfactoren en de positieve en negatieve effecten van de zorg in relatie tot (toekomstige) arbeidsparticipatie. Tot slot komt de arbeidsgerichtheid van het zorgaanbod aan de orde.

Hieraan voorafgaand beschrijven we in onderstaand kader hoe de toegang tot zorg voor de kinderen en jongeren met LVG, ASS of ADHD geregeld is.

### **Toegang tot de zorg**

Toegang tot zorg voor jeugdigen wordt geboden door de huisarts, Bureau jeugdzorg of het CIZ. De versnippering van zowel de toegang tot als de financiering (AWBZ, zorgverzekeringswet, justitie, provincie en gemeente) en de uitvoering van de zorg aan jeugdigen is al jaren een discussiepunt, onder andere omdat het een integrale aanpak van de problematiek in de weg staat [3, 40, 67, 75]. Daarbij ontvangen kinderen met ADHD, LVG of ASS niet alleen zorg voor hun beperking maar ook zorg op school. Bij de indicatiestelling voor deze diverse voorzieningen is er onvoldoende afstemming tussen de verschillende circuits. Bij hulpverleners ontbreekt het aan overzicht op de sociale kaart voortkomend uit de verschillende toegangscircuits [79]. Niet alleen de problematiek maar ook de toegangsroute is bepalend voor het traject waarin het kind terecht komt en de zorg die het kind krijgt [77]. Dit maakt dat er voornemens zijn de zorg aan jeugdigen anders te organiseren. We beschrijven hieronder de toegang tot zorg zoals deze is geregeld op 1 januari 2011.

Kinderen en jongeren met een zeer licht verstandelijke beperking (IQ tussen de 70 en 85) en een zorgvraag worden over het algemeen geholpen via de reguliere jeugdzorg (toegang bureau jeugdzorg). Indien er bij deze groep sprake is van bijkomende gedragsproblematiek valt de zorg aan deze jongeren onder de verstandelijk gehandicaptenzorg vanuit de AWBZ. Het CIZ verleent hiervoor de toegang op basis van indicatiestelling.

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen de 50 en 70) vallen onder de verstandelijk gehandicaptenzorg vanuit de AWBZ. Het CIZ verleent hiervoor de toegang op basis van indicatiestelling. Voor de AWBZ-zorg geldt dat de diagnose de basis vormt op grond waarvan de grondslag (verstandelijke handicap) wordt toegekend. Vervolgens bepaalt de mate van de beperking op verschillende deelgebieden het recht op zorg.

De zorg en behandeling van autisme en ASS vallen onder de jeugd-GGZ. Bureau Jeugdzorg en de huisarts kunnen hiervoor de toegang verlenen. Bureau Jeugdzorg doet dit op basis van indicatiestelling, de huisarts via een verwijzing.

### **4.1 Preventieve werking van vroege interventies**

De verwachting is dat vroeg ingrijpen bij problemen op het gebied van de lichamelijke, psychische of sociale ontwikkeling, waardoor een jongere op de lange termijn beperkt wordt in de maatschappelijke participatie, (ergere) problemen voorkomt [40, 77]. Bij kinderen met ADHD, autisme en LVG, zou dit pleiten voor een vroege diagnosestelling.

Voor LVG-jongeren geldt bijvoorbeeld dat het tijdstip van ingrijpen bijkomende problemen kan voorkomen. Omdat een licht verstandelijke beperking vaak pas laat wordt ontdekt, wordt op jonge leeftijd veelal geen extra zorg ingezet [71, 77]. Uiteindelijk kan het niet of laat onderkennen van de problematiek tot meer of in ieder geval intensievere zorg en grotere kosten voor de samenleving [71, 77] leiden. Deze jongeren kunnen problemen krijgen met schulden en huisuitzetting en zijn vatbaar voor slechte invloeden en daardoor voor drugsgebruik, diefstal, het in handen komen van loverboys of het ten prooi vallen aan misbruik. Bijkomend kan psychiatrische of gedragsproblematiek ontstaan. Dit alles draagt bij aan een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid [77].

De preventieve werking waar men bij vroegdiagnostiek van uitgaat richt zich op zowel het gebied van de aandoening van de jongere, waarbij wordt voorkomen dat de problematiek zich uitbreidt naar andere levensdomeinen, als op verergering van problematiek voortkomend uit de gezinssituatie. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om ongezond gedrag van ouders, een slecht opvoedingsklimaat, slechte woonsituatie, schulden, of depressie bij ouders, die de problematiek van de jongere kunnen vergeren [77].

Bij de doelgroepen LVG, ADHD en ASS zijn zowel de persoonlijke- als de gezinsaspecten van belang en van invloed op de uitkomst in arbeidsparticipatie. Daarom dient idealiter zowel het effect van de interventie gericht op de problematiek van de jongere als de interventie gericht op de gezinssituatie meegenomen te worden bij het bepalen van de effectiviteit van zorg.

De vroege diagnose moet echter gevolgd worden door de juiste interventie die (ook) gericht is op de toekomst om een gunstig invloed hierop te kunnen hebben. Uit de literatuur blijkt dat verschillende knelpunten de inzet van de juiste interventie in de weg staan. Een knelpunt is bijvoorbeeld dat vanuit de jeugdzorg bijvoorbeeld geen langdurige ondersteuning mogelijk is voor LVG-jeugdigen. Bij het bereiken van de volwassen leeftijd, tijdens een belangrijke ontwikkelingsfase, valt deze zorg weg waardoor jeugdigen alsnog in de criminaliteit, verslavingszorg of psychiatrie terecht komen [79].

Daarnaast dient de diagnostiek handelingsgericht te zijn [112], met andere woorden, na het vaststellen van de diagnose is een interventie beschikbaar die kan ingrijpen op de problematiek, omdat bekend is welke mogelijkheden en specifieke beperkingen het kind heeft [110]. Diagnostiek leidt nu echter vaak tot een classificatie omdat deze nodig is voor het verkrijgen van een indicatie. Met het geven van een classificatie wordt het voor ouders en leerkrachten echter niet duidelijk wat het kind thuis en op school nodig heeft om op de juiste wijze ondersteund te worden [110].

Een ander knelpunt in het verkrijgen van de juiste interventie is dat het aanbod en de vraag niet altijd op elkaar aansluiten [79] waardoor het traject tussen diagnostiek en starten van zowel de behandeling middels zorg als interventies in het onderwijs lang kan zijn [110, 113].

## 4.2 Effectiviteit van zorg

### **Arbeidsparticipatie vaak geen parameter in effectonderzoek**

In een aantal onderzoeken is naar de effectiviteit van behandelmethodes gekeken. Hierin is de effectiviteit beoordeeld door de volgende parameters als uitkomstmaat te nemen:

- symptomen (ADHD, autisme)
- IQ, taal, sociaal gedrag, ontwikkeling (autisme, ontwikkelingsstoornissen)
- psychologische problemen (autisme)
- schoolprestaties (autisme en ADHD)

In het kader van dit onderzoek, waarbij het eindpunt arbeidsparticipatie is, zou effectieve zorg volwaardige deelname aan de maatschappij (zelfzorg, zelfstandige woonvorm, sociaal netwerk) inclusief het hebben van arbeid als eindpunt moeten hebben. Geen van deze onderzoeken gaat in op het effect van zorg op de uiteindelijke arbeidsparticipatie. Enkele onderzoeken gaan in op sociale vaardigheden en schoolprestaties, voorwaarden die van belang zijn op arbeidsparticipatie.

### **Effectiviteit van interventies bij ontwikkelingsstoornissen**

Uit onderzoek naar effectiviteit van interventies bij ontwikkelingsstoornissen in het algemeen (waaronder ook LVG, ASS en ADHD vallen), komen de volgende succesfactoren naar voren:

#### *Vroeg beginnen en een blijvend ondersteuningstraject die direct toegepast wordt*

Uit Amerikaans onderzoek waarbij beschikbare onderzoeken zijn gereviewd over een periode van 25 jaar blijkt dat interventies die vroeg beginnen en langer doorlopen tot een groter ontwikkelingsvoordeel leiden voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen dan interventies die later beginnen en kort duren [17]. Langdurige en intensieve programma's (waarbij met intensief het aantal huisbezoeken of contacturen per week bedoeld wordt) hebben positieve effecten op de cognitieve en sociale ontwikkeling van het kind. Hetzelfde geldt voor brede programma's waarbij ook het gezin wordt betrokken [17, 20]. Daarbij blijkt dat programma's die direct toepasbaar zijn in de onderwijsomgeving, grotere en langer durende voordelen laten zien dan programma's die gebruik maken van meer indirecte wegen (zoals oudertraining) [17, 77]. Opgemerkt wordt echter dat de zorg nu vaak niet wordt geboden in de omgeving waarin het probleemgedrag zich voordoet [67].

Programma's met een smalle focus zijn minder effectief, evenals specifieke interventies gericht op specifieke uitkomsten voor specifieke doelgroepen [17, 20]. Programma's waarin niet was voorzien in meerdere huisbezoeken per week of dagbehandeling hadden geen effect [17].

De mate van vooruitgang is verder afhankelijk van individuele kenmerken en de ernst van de beperking bij aanvang [17]. Tot slot blijkt dat het aanvankelijke positieve effect van de vroege interventie na een tijd weer afneemt als er geen adequate ondersteuning in de omgeving is om de vooruitgang te behouden [17].

#### *Juiste diagnostiek van belang voor juiste interventie*

Correcte diagnostiek en probleemanalyse is van belang. Het inzetten van de verkeerde interventie zou de problematiek juist kunnen verergeren. Ook gebeurt het soms dat een lichte interventie wordt ingezet, passend bij de problematiek en symptomen van dat moment, zonder rekening te houden met de te verwachte toename van de problematiek tijdens de ontwikkeling van het kind. Met andere woorden: de interventie is niet toekomstgericht.

Wanneer vervolgens de problematiek ondanks de interventie toch toeneemt, wordt afgezien van een nieuwe of zwaardere interventie *omdat* de interventie het probleem niet heeft kunnen wegnemen (Inventgroep 2005, volgens [77]). Ook zijn verhalen bekend waarbij de verkeerde diagnose werd gesteld en de ingezette zorg vervolgens niet aansloeg waardoor de problematiek verergerde (The New York Times, 11 november 2006 volgens [77]) [40]. De meerwaarde van vroegdiagnostiek ligt naast het stellen van de juiste diagnose ook bij het inzetten van de juiste interventie.

In een aantal onderzoeken is voor één van de specifieke doelgroepen LVG, ASS of autisme de effectiviteit van de zorg beschreven. Hieronder gaan we in op deze onderzoeken.

### **Effectiviteit van interventies bij een licht verstandelijke handicap (LVG)**

Er is voor zorg aan LVG weinig tot niets bekend over de effectiviteit van de zorg en daarnaast speelt de discussie over de juiste wijze van interventie. Waarbij experts het erover eens zijn dat de interventie direct toepasbaar moet zijn in de situatie van de jongere omdat deze groep moeite heeft met generaliseren hetgeen betekent dat zij geleerde vaardigheden niet zomaar in een andere situatie kunnen toepassen. Met de richtlijn effectieve interventies LVB, ontwikkeld door het landelijk Kenniscentrum LVG, wordt een eerste stap gezet naar het (verder ontwikkelen van) meer effectieve interventies voor de LVG. Daarnaast loopt een uitgebreid 4 jaar durend onderzoeksprogramma gericht op het verkrijgen van wetenschappelijke onderbouwing voor het specialistisch behandelaanbod dat in de afgelopen jaren voor deze doelgroep is ontwikkeld. Via dit onderzoek wordt antwoord gekregen op de vraag wat effectieve behandelmethode(n) zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking.<sup>1</sup>

### **Effectiviteit van interventies bij ADHD**

In de behandeling van ADHD is de medicamenteuze behandeling het bekendst, maar ook gedragstherapeutische interventies kunnen bij deze groep effectief zijn.

Onderzoek naar het effect van medicatie heeft voor Ritalin bij zo'n 70% tot 95% van de kinderen een sterk effect op de drie kernsymptomen aangetoond [60, 74]. Dit effect geldt echter niet zonder meer in het geval van ernstige comorbiditeit [60].

Intensieve gedragstherapie is ook werkzaam voor de verbetering van de symptomen van ADHD [60, 74]. Van zelfinstructie en sociale vaardigheidstrainingen is aangetoond dat ze de aandacht kunnen versterken en de impulsiviteit verminderen [74]. Andere cognitieve therapieën zijn voor de behandeling van jeugdigen met ADHD niet effectief gebleken [74]. Het verschil in effect tussen beide behandelvormen (gedragstherapie of medicatie) op andere domeinen zoals sociale interactie, psychische problemen en schoolprestaties is nihil. Het effect van gedragstherapie houdt wel langer aan. Van opvoedingsondersteuning is niet specifiek aangetoond dat het een meerwaarde biedt voor ADHD [60].

Door medicatie met psychologische interventies te combineren kan de dosis medicatie verlaagd worden en bovendien zouden de effecten langer kunnen aanhouden [74]. Dit is echter nog niet onomstotelijk bewezen [74].

Er zijn nog geen overtuigende aanwijzingen dat de prognose van ADHD op langere termijn door behandeling — welke dan ook — verbetert; dit geldt zowel voor korter durende als voor gecontinueerde behandeling [60]. Er is dan ook behoefte aan longitudinaal onderzoek

---

<sup>1</sup> <http://www.lvgnet.nl/lkc/kennisontwikkelen.html>

waarbij naast de uitkomst op de kernsymptomen en bijwerkingen ook gekeken wordt naar aspecten als sociale vaardigheden, psychische problemen, schoolprestaties en arbeidsparticipatie [60].

### **Effectiviteit van interventies bij autisme**

Over het effect van vroege interventie bij kinderen met autisme is een redelijk aantal onderzoeken te vinden. Hoewel de onderzoeken methodologisch niet allemaal even sterk zijn, wijzen de uitkomsten van de onderzoeken erop dat kinderen met autisme veel voordeel hebben van vroege interventie (in de leeftijd van 2 tot 4 jaar) [4, 18, 23, 62: Symes, Remington, & Brown 2006, 69]. Er zijn aanwijzingen dat er bij jonge kinderen met autisme veel ontwikkelingsmogelijkheden zijn, meer dan bij kinderen met andere neurologische ontwikkelingsstoornissen waaronder ook verstandelijke beperkingen [18]. De ontwikkeling dat sinds de jaren '80 de diagnostiek voor autisme is verbeterd en autisme veel vaker en in een veel vroeger stadium herkend wordt, leidt er toe dat er meer mogelijkheden zijn voor vroege interventie bij autisme.

Onderzoek wijst uit dat succesvolle interventies hebben geleid tot minder psychologische problemen voor autistische kinderen [69]. De kinderen lieten een forse en significante verbetering zien op cognitieve ontwikkeling, sociaal gedrag en schoolprestaties ten opzichte van kinderen die geen langdurige en intensieve interventie hadden ondergaan. Kinderen konden na een interventie vaker deelnemen aan normaal onderwijs dan kinderen die geen interventie hadden ondergaan, en de stress in het gezin verminderde.

De intensiteit van de interventie is in grote mate bepalend voor de effectiviteit [4, 23, 62: Schreibman 2000]. Daarnaast speelt mogelijk de leeftijdsaanvang mee bij de effectiviteit [18]. Ook bij autisme geldt, net als bij ADHD, dat intensieve behandeling bij kinderen een groter effect heeft op verbetering van de symptomen dan een indirecte benadering via oudertraining [23]. Echter de uitkomst op verbetering op gedragsproblematiek en sociaal aanpassingsvermogen laat weinig verschil zien tussen oudertraining en intensieve behandeling.

Individuele kinderen variëren enorm in reactie op de interventies; sommige kinderen maakten vooruitgang terwijl anderen dit niet deden [69]. Een verklaring voor dit verschil is niet gegeven.

Er bestaan studies met een longitudinale component die lieten zien dat de vooruitgang jaren na de interventie nog bestond [18, 69]. Echter of deze vooruitgang ook positief heeft bijgedragen aan maatschappelijke en arbeidsparticipatie is niet bekend.

### **4.3 Negatieve effecten van zorg**

Er is een aantal gevolgen van zorgverlening bekend die ongunstig zijn voor het kind en de omgeving. Zo kan de intrinsieke motivatie van het kind of de ouders om zelf aan de problemen te werken als gevolg van de geboden zorg afnemen. Er schuilt het gevaar dat er een te zorgzaam klimaat ontstaat. Jongeren kunnen vanuit de thuissituatie, de school of de instelling eraan gewend zijn geraakt dat er voor ze gezorgd wordt [77]. Deze jongeren voelen zich onvoldoende verantwoordelijk voor het eigen leven en dus ook voor het vinden van werk [109]. Ze zien de Wajong-uitkering als een recht en zien voor zichzelf geen plicht zich actief op te stellen om de Wajongclaim te verminderen [77].

Anderzijds kunnen jongeren een negatief zelfbeeld ontwikkelen wanneer zij continu bevestigd worden in het hebben van een stoornis, bijvoorbeeld door herhaalde intakes voor dia-

gnostiek en zorg [77]. Ook de ouders en betrokken instanties kunnen dit negatieve beeld ontwikkelen [73, 40, 67]. Daarnaast kan het negatieve beeld ook een gevolg zijn van het inzetten van (de verkeerde) interventies. Wanneer een te lichte of verkeerde interventie niet tot het gewenste effect leidt wordt het kind en de omgeving bevestigd in het idee dat het kind niet geholpen kan worden en dat de problematiek ernstig is. Dit brengt het gevaar met zich mee dat het kind of de omgeving zich naar het negatieve beeld gaat gedragen [46].

De negatieve effecten van zorg kunnen volgens experts ondervangen worden door minder door te verwijzen naar speciale zorg of speciaal onderwijs en dichter bij huis en school laagdrempelige professionele hulp bieden. Het idee is om de ouders en kinderen te ondersteunen om hun problemen op te lossen [77] vanuit de verwachting dat de omgeving het kind juist positief kan beïnvloeden [73]. Hierbij moet gezien de bovenstaande bevindingen echter wel opgemerkt worden dat de zorg naast laagdrempelig ook voldoende intensief moet zijn om daadwerkelijk effectief te kunnen zijn. Het toepassen van de zorg in de situatie waar het probleemgedrag zich voordoet blijkt vanuit onderzoek effectiever dan indirect interveniëren, of in een setting die niet aansluit bij de dagelijkse leefomstandigheden.

#### **4.4 Arbeidsgerichtheid van de zorg**

##### **Hoe kan zorg een bijdrage leveren aan de kansen op arbeidsparticipatie?**

Het kunnen onderdrukken van stereotype gedrag, met anderen kunnen communiceren en het bezitten van sociale vaardigheden, dragen bij aan de kans op succes in werk [29: Burt, Fuller & Lewis, 1991]. Gespecialiseerde interventies en behandelingen kunnen de jongere daarom voorbereiden op arbeidsparticipatie door deze belangrijke vaardigheden aan te leren die nodig zijn op de werkplek [29].

De zorg lijkt nu echter vooral gericht op (psychische) gezondheid en niet op participatie [3, 67]. Daarbij komt dat de doelstelling van een zorgvoorziening zelden expliciet maatschappelijke participatie is [77]. Wel groeit het besef dat participatie bijdraagt aan zorgherstel en dat arbeid ondersteuning kan geven aan het verminderen van problematiek [77: Duinkerken e.a., 2009]. Doordat de zorg veelal niet gericht is op toeleiding naar de arbeidsmarkt ziet men dat een deel van de jongeren alsnog terecht komt in de verslavingszorg, psychiatrie of criminaliteit als onderwijs en jeugdzorg wegvallen [79].

#### **4.5 Samenvatting**

Vroeg ingrijpen bij problemen op het gebied van lichamelijke, psychische of sociale ontwikkeling, kan (ergere) problemen voorkomen. Voor LVG-jongeren geldt bijvoorbeeld dat het tijdstip van ingrijpen bijkomende sociale-, gedrags- of psychiatrische problematiek kan voorkomen. Een interventie kan een preventieve werking hebben door zich te richten op de aanpak, maar ook door zich te richten op de gezinssituatie. Voor een optimale preventieve werking dient de interventie zich (ook) te richten op de toekomst. .

Effectiviteit van zorg wordt vaak gemeten door te kijken naar vermindering van symptomen en verbetering van het IQ en cognitieve vaardigheden. Enkele onderzoeken kijken ook naar

verbetering van sociale vaardigheden en schoolprestaties. Er zijn geen onderzoeken gevonden die naar het effect op de arbeidsparticipatie hebben gekeken.

Een aantal punten van de interventie zijn van belang voor de effectiviteit:

- De zorg moet een juiste mate van intensiviteit (in uren en contactmomenten) bevatten. Een te lichte interventie kan meer schade veroorzaken dan goed doen. Het gevaar is dat de problematiek ondanks de interventie toeneemt waardoor het kind en de omgeving bevestigd worden in de beperkte mogelijkheden.
- De zorg kan het beste worden gegeven in de situaties waarin de gedragsproblematiek zich voordoet.
- Het traject dient vroeg te beginnen en langdurig door te gaan waarbij een steunende omgeving ook na beëindiging van het traject van belang is.
- De interventie dient goed aan te sluiten op de (zorgvuldig) gestelde diagnose.
- Voor LVG-jongeren is niet bekend wat het effect van interventie is op de vaardigheden of arbeidsparticipatie. Experts zijn van mening dat ook hier geldt dat de zorg direct toepasbaar moet zijn in de situatie omdat deze jongeren niet kunnen generaliseren.
- Voor ADHD geldt dat medicatie of gecombineerde behandeling met gedragstherapie een positief effect heeft op de symptomen en de schoolprestaties. Ook hierbij geldt dat meerdere contactmomenten per week noodzakelijk zijn. Er zijn nog geen overtuigende aanwijzingen dat de prognose van ADHD op langere termijn door behandeling — welke dan ook — verbetert.
- Kinderen met autisme kunnen veel voordeel hebben van met name vroege, intensieve, interventie. Positieve effecten zijn gemeten op cognitieve ontwikkeling, sociaal gedrag en schoolprestaties.

Zorg kan echter ook tot negatieve effecten leiden zoals een te zorgzaam klimaat waarbij jongeren er aan gewend raken dat er voor ze gezorgd wordt. Deze jongeren voelen zich onvoldoende verantwoordelijk voor het eigen leven en dus ook voor het vinden van werk. Ook kunnen jongeren een negatief zelfbeeld ontwikkelen wanneer zij continu bevestigd worden in het hebben van een stoornis.

De negatieve effecten van zorg kunnen ondervangen worden door minder door te verwijzen naar speciale zorg of speciaal onderwijs en dichter bij huis en school laagdrempelige professionele hulp te bieden. Deze zorg dient echter ook voldoende intensief te zijn en toegepast te worden in een situatie waarin het probleemgedrag zich voordoet. Aanvullend hierop is van belang dat de zorg jongeren voorbereidt op arbeidsparticipatie door sociale- en communicatievaardigheden aan te leren die nodig zijn op de werkplek. Dit lijkt nog nauwelijks te gebeuren: zorg is vaker gericht op het onderdrukken van de symptomen van het moment dan op de toekomstige participatie. Langdurige en doorlopende ondersteuning ontbreekt waardoor kinderen na het wegvallen van jeugdzorg en onderwijs alsnog terecht kunnen komen in de verslavingszorg, psychiatrie of criminaliteit. Ook is de juiste zorg niet altijd tijdig beschikbaar.





## 5 Regulier onderwijs

Dit hoofdstuk bespreekt de mogelijkheden voor zorg en begeleiding die kinderen met een beperking in het reguliere onderwijs hebben, de kwaliteit van de geboden zorg, de prestaties van leerlingen met beperkingen, de doorverwijzing naar het speciaal onderwijs en de arbeidsgerichtheid van het onderwijs. Op deze manier wordt inzicht verkregen in hoeverre het regulier onderwijs een bijdrage levert aan de latere arbeidsparticipatie van kinderen met een beperking. Het hoofdstuk focust op basisonderwijs en voortgezet onderwijs<sup>1</sup>. Zijdelingen komt ook het middelbaar en hoger (beroeps)onderwijs ter sprake.

### 5.1 Zorg en begeleiding binnen het reguliere onderwijs

De huidige ontwikkelingen in het basis- en voortgezet onderwijs, het zogenaamde 'Nieuwe Leren', vragen meer zelfsturing van de leerlingen en doen een groter beroep op communicatieve en sociale vaardigheden [72, 77]. Bovendien zijn er vaak onvoldoende aanpassingen in bijvoorbeeld de vorm van specifiek leermateriaal, is er minder persoonlijke aandacht en ligt het tempo hoger [82]. Vooral bij jongeren met psychische beperkingen, stoornissen in het autistisch spectrum en gedragsproblemen, ontbreken als gevolg van hun beperking veelal enkele van de binnen het onderwijs vereiste competenties [67, 77].

In het reguliere onderwijs zijn veel mogelijkheden voor leerlingen die extra aandacht of begeleiding nodig hebben, kortweg zorgleerlingen genoemd. Hieronder vallen zowel vormen waarvoor een indicatie en daarmee een diagnose nodig is, als algemeen toegankelijke zorg en begeleiding.

#### Algemeen toegankelijke leerlingenzorg en -begeleiding

##### *Basiszorg*

Basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs zijn verplicht leerlingen die extra zorg nodig blijken te hebben, dat te bieden<sup>2</sup>. In veel mbo- en hbo-instellingen en universiteiten is zorg in en om de instelling een integraal onderdeel van het onderwijsaanbod. Elke school en onderwijsinstelling biedt basiszorg, die toegankelijk is voor alle leerlingen die om welke reden dan ook moeite hebben mee te komen.

Een onderwijsinstelling kan zelf bepalen hoe de zorgfunctie precies wordt ingericht. Veel basisscholen werken met scholen in de omgeving samen, in een Weer Samen Naar Schoolverband (WSNS), om te bevorderen dat kinderen met een zorgbehoefte zo lang mogelijk van regulier onderwijs gebruik kunnen blijven maken (inclusief onderwijs). In de meeste scholen voor basisonderwijs, voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs is een zorg- en adviesteam (ZAT) aanwezig. Dit is een multidisciplinair team dat aansluit bij de

<sup>1</sup> Hier is voor gekozen omdat basis- en voortgezet onderwijs een tegenhanger kennen in het speciaal onderwijs dat in hoofdstuk 5 aan bod komt. Dit biedt daarmee een basis voor de vergelijking tussen regulier en speciaal onderwijs.

<sup>2</sup> Toezichtkader PO/VO, Inspectie van het Onderwijs, kwaliteitsaspect 8.

leerlingenzorg van het onderwijs. De samenstelling van het team verschilt per school. Het kan onder andere worden gevormd uit de intern begeleider of zorgcoördinator, een vertegenwoordiger van de jeugd(gezondheids)zorg, een psycholoog of orthopedagoog, een vertegenwoordiger van de politie of een leerplichtambtenaar.

Als er bij een leerling een probleem wordt geconstateerd, volgt er een handelingsplan waarin naast de probleemanalyse ook de oplossingsrichting is beschreven. De maatregelen die een basisschool neemt en open staan voor alle leerlingen, kunnen uiteenlopen van het bieden van remediale hulp, de inzet van onderwijsassistenten, de begeleiding en coaching door de intern begeleider en/of de inzet van externe deskundigen (bijvoorbeeld taal- en rekenaarspecialisten). Ook op het voortgezet onderwijs zijn diverse begeleidingsmogelijkheden.

#### *Leerwegondersteunend onderwijs (LWOO) en praktijkonderwijs*

Leerlingen die voldoende capaciteiten hebben om een vmbo-diploma te halen, maar door een leerachterstand of andere omstandigheden extra hulp nodig hebben, kunnen in het voortgezet middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) volgen. Scholen kunnen zelf bepalen of en hoe zij lwoo aanbieden. Dat kan variëren van bijlessen en huiswerkbegeleiding tot trainingen om een leerling beter te laten studeren.

Het praktijkonderwijs (pro) is een vorm van voortgezet onderwijs die leerlingen voorbereidt op de arbeidsmarkt. Praktijkonderwijs is bedoeld voor leerlingen die naar verwachting geen vmbo-diploma kunnen halen. Het praktijkonderwijs duurt 4 jaar. Leerlingen krijgen in kleine groepen les in de vakken van de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Deze vakken zijn afgestemd op de arbeidsmarkt. Leren doen de leerlingen vooral in de praktijk door bijvoorbeeld stages te lopen bij bedrijven en organisaties. Als leerlingen het praktijkonderwijs hebben doorlopen, ontvangen ze het getuigschrift praktijkonderwijs.

Of een kind in aanmerking komt voor lwoo of praktijkonderwijs, bekijkt de school in samenspraak met de ouders. Er volgt een onderzoek naar het leervermogen, eventueel aangevuld met een onderzoek naar het persoonlijk functioneren van het kind. Ook het advies van de basisschool wordt hierbij betrokken. De regionale verwijzingscommissie voortgezet onderwijs (rvc-vo) beslist of de school inderdaad het geld krijgt voor de begeleiding van het kind. Hiervoor is een diagnose niet per se noodzakelijk.

#### **Leerlingenzorg waarvoor een indicatie is vereist**

In het reguliere onderwijs zijn aanvullende mogelijkheden voor kinderen die door een handicap, ziekte, ernstige gedragsstoornis of psychisch probleem een extra ondersteuningsbehoefte hebben.

#### *Leerlinggebonden financiering*

Een school krijgt extra geld voor deze leerlingen in de vorm van leerlinggebonden financiering (lgf), ook wel 'rugzak' genoemd. Leerlinggebonden financiering dient door de ouders voor hun kind te worden aangevraagd, hiervoor is een indicatie van Commissie voor de Indicatiestelling (CvI) nodig.

Het geld van de leerlinggebonden financiering stelt een reguliere school in staat onderwijs op school mogelijk te maken voor de zorgleerling. De leerlinggebonden financiering is niet bedoeld voor zorg, maar uitsluitend voor onderwijsdoeleinden. Het budget in de Rugzak kan

door de school worden ingezet voor formatie-uitbreiding, in de vorm van een klassenassistent, extra leerkracht of remedial teacher. Ook is ambulante begeleiding mogelijk, deze begeleiding bestaat uit ondersteuning vanuit het speciaal onderwijs (in het geval van basisonderwijs) of REC (voortgezet onderwijs). Ook kan vanuit de leerlinggebonden financiering ander lesmateriaal beschikbaar worden gesteld.

Een Rugzak (leerlinggebonden financiering) is mogelijk in het<sup>11</sup>:

- basisonderwijs (reguliere basisschool en speciale basisschool (sbo))
- voortgezet onderwijs (inclusief leerwegondersteuning (lwoo) en praktijkonderwijs (pro))
- middelbaar beroepsonderwijs (mbo, roc)

#### *Passend Onderwijs*

Het is de bedoeling dat (de wetgeving voor) passend onderwijs op 1 augustus 2012 in werking treedt<sup>12,13</sup> voor zowel het basisonderwijs, voortgezet onderwijs alsook het middelbaar beroepsonderwijs. Daarmee verdwijnt ook de leerlinggebonden financiering (rugzakje) en de landelijke indicatiestelling. De financiering van passend onderwijs verloopt via samenwerkingsverbanden van scholen. Scholen en schoolbesturen in een geografisch samenwerkingsverband krijgen een zorgplicht, wat inhoudt dat zij verplicht worden een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die zich aanmelden. Nu ligt de verantwoordelijkheid voor het vinden van een geschikte schoolplek nog bij de ouders. Onderdeel van passend onderwijs is deskundigheidbevordering van leraren, zij dienen beter te worden toegerust om met diversiteit in de klas om te gaan. De verwachting is dat de invoering van passend onderwijs meer maatwerk mogelijk maakt.

#### *AWBZ*

In gevallen waarbij de -nu nog - leerlinggebonden financiering niet toereikend is, is het voor kinderen die een indicatie hebben van het CIZ vanwege een verstandelijke, psychische of lichamelijke beperking, mogelijk op school zorg te krijgen vanuit de AWBZ<sup>14</sup>, al dan niet in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Afhankelijk van de situatie van het kind kan de begeleiding bestaan uit het aanleren van vaardigheden, uit het ondersteunen bij activiteiten en/of bij de noodzaak tot toezicht bij activiteiten die te maken hebben met problemen bij onder andere sociale redzaamheid, gedrag en psychisch functioneren. De inzet van AWBZ-zorg is mogelijk bij alle vormen van onderwijs, van basisonderwijs tot universiteit.

#### *Speciaal basisonderwijs*

Kinderen met gedrags- of leerproblemen die het reguliere tempo niet kunnen bijhouden, kunnen na verwijzing door bij een Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL) naar het speciaal basisonderwijs gaan. Speciale basisscholen hebben dezelfde kerndoelen als reguliere basisscholen, maar de leerlingen hebben meer tijd deze te behalen. Speciaal basisonderwijs valt wettelijk gezien onder regulier onderwijs, maar vanwege het geïsoleerde karakter ervan - de leerlingen zijn afgezonderd van reguliere kinderen - komt deze onderwijssoort in hoofdstuk 6 over speciaal onderwijs aan bod.

<sup>11</sup> <http://www.oudersenrugzak.nl>

<sup>12</sup> TK 31497 nr 31, 10-02-2010. Brief met bijlagen aan de Tweede Kamer over voortgang nieuwe koers passend onderwijs.

<sup>13</sup> <http://www.rijksoverheid.nl>

<sup>14</sup> AWBZ-zorg op school of opleiding? Brochure voor (ouders van) leerlingen of studenten met een beperking. www.oudersenrugzak, CG-raad. Editie 2010.

## 5.2 Effectiviteit van de leerlingenzorg

In de vorige paragraaf is beschreven dat er veel leerlingenzorg in en om de school is. Deze paragraaf gaat nader in op de kwaliteit van de geboden zorg.

Een deel van de scholen slaagt er te weinig in goede zorg te bieden. Dat geldt voor 23 procent van de basisscholen en 17 procent van de scholen voor voortgezet onderwijs [98]. De problemen zijn gelegen in het vaststellen van de benodigde zorg, het uitvoeren ervan en als belangrijkste knelpunt de evaluatie van de geboden leerlingenzorg.

Verder bestaat er een vertraging tussen het stellen van diagnostiek en het in kunnen zetten van zorg op school. In 2006-2007 bleek de gemiddelde wachttijd tot het krijgen van een indicatie voor cluster 4-onderwijs 7 weken. Als besloten wordt tot een doorverwijzing naar het speciaal onderwijs (zie paragraaf 5.5 en hoofdstuk 6) dan komt daar nog extra wachttijd bij. De wachttijd tot plaatsing in cluster 4 onderwijs was in 2006-2007 9,6 weken. Het traject van diagnosestelling gaat hier nog aan vooraf [110].

### Handelingsplan

In 2004 heeft de Inspectie van het Onderwijs geconcludeerd dat te weinig basisscholen beschikken over adequate handelingsplannen, waaronder ook die voor leerlingen met ADHD of autisme [95, 96]. Bovendien voldoet van de beoordeelde plannen respectievelijk slechts 37% en 42% procent aan de minimeisen die de Inspectie van het Onderwijs aan een handelingsplan stelt [96]. Deze minimale eisen zijn een beschrijving van de hulpvraag, specifieke leerdoelen en de aanpak. In de plannen ontbreekt meestal informatie over belangrijke strategieën gericht op het begeleiden van de leerlingen in kwestie. Daarnaast hebben de meeste handelingsplannen een looptijd van maximaal een jaar. Omdat de problemen van de leerlingen in kwestie structureel van karakter zijn, zou een lange termijnplanning veel meer voor de hand liggen [96]. Ook het voortgezet onderwijs en het mbo beschikken niet altijd over de wettelijk verplichte handelingsplannen. Slechts de helft van de scholen met lwoo-leerlingen heeft voor al deze leerlingen een handelingsplan en de invulling van die plannen laat te wensen over [98]. De zorg is vaak eenzijdig gericht op sociaal-emotionele ondersteuning en niet op beter presteren, terwijl veel zorgleerlingen op dat vlak juist problemen hebben [98]. Ook geven veel handelingsplannen geen uitsluitend over besluitvorming over een eventueel vervolgtraject.

### Uitvoering

De meest genoemde knelpunten die de uitvoering van de leerlingenzorg betreffen, zijn tijdgebrek van interne hulpverleners, te hoge werkdruk bij leerkrachten en wachtlijsten bij hulpverlenende instanties [96: Verhoef & Eimers, 2003]. Veel leraren in het voortgezet onderwijs hebben moeite met het afstemmen van het onderwijs op verschillen tussen leerlingen. Ook verloopt de overgang van zorgleerlingen tussen en binnen sectoren (bijvoorbeeld van basisonderwijs naar voortgezet onderwijs; van HAVO naar VMBO) moeizaam: er gaat veel tijd en informatie verloren [98].

### Evaluatie

Een belangrijke tekortkoming in de leerlingenzorg binnen zowel het basisonderwijs als het voortgezet onderwijs, is dat de manier waarop de geboden hulp wordt geëvalueerd, doorgaans niet of niet duidelijk in het plan is beschreven. Scholen en leraren weten vaak niet of

de zorg effectief is, omdat ze te weinig opbrengstgericht met hun zorgleerlingen werken [98]. In algemene zin is er ook nauwelijks onderzoek naar de effecten van leerlingenzorg gedaan [97], waardoor niet duidelijk is of leerlingen baat hebben bij de geboden zorg. Door het gebrek aan onderzoek naar effecten van leerlingenzorg is er ook te weinig gefundeerde kennis over vormen van opvang die beter zijn dan andere [98]. Dit geldt zowel voor het basisonderwijs, als voortgezet onderwijs inclusief leerwegondersteunend onderwijs. Aan de hand van leerprestaties is echter wel iets af te leiden over de effectiviteit van leerlingenzorg, de volgende paragraaf gaat hier nader op in.

### **5.3 Effecten op de leerprestaties**

In deze paragraaf gaan we in op de mogelijkheden voor kinderen met een beperking om goede leerprestaties te behalen in het regulier onderwijs, al dan niet met behulp van extra begeleiding.

Het is lastig de effecten van de zorg op de leerprestaties vast te stellen. Veel onderzoeken zijn relatief in de zin dat er een vergelijking wordt gemaakt met de vorderingen in het speciaal onderwijs. Voor zover er absolute resultaten beschikbaar zijn, is het moeilijk deze op waarde te schatten omdat de maximale capaciteiten van de leerlingen met beperkingen niet bekend zijn.

#### **Effecten van inclusief onderwijs**

Onderzoeken die naar de prestaties van rugzakleerlingen in absolute zin kijken melden neutrale tot positieve resultaten. Scholen die volgens de visie van inclusief onderwijs werken, merken dat dit inclusief onderwijs zowel voor de kinderen met een rugzakje, als voor de andere kinderen neutrale en positieve effecten heeft [2, 3]. Wanneer kinderen met beperkingen naar dezelfde school gaan als kinderen zonder beperkingen, krijgen de eerstgenoemden de mogelijkheid zich op te trekken aan het hogere niveau en tempo in de reguliere klas [5], bijvoorbeeld op het gebied van begrijpend lezen [15, 95]. Het niveau van de klasgenoten gaat overigens niet naar beneden. De prestaties en het welbevinden van klasgenoten van zorgleerlingen zijn in klassen met meer dan 10 procent zorgleerlingen niet anders dan in klassen met weinig zorgleerlingen [99: Ruijs, Peetsma en Van der Veen, 2009].

#### **Prestaties afhankelijk van beperking**

Duidelijk is dat de effecten van onderwijs binnen de reguliere setting niet gelijk zijn voor leerlingen met verschillende beperkingen [95]. Ook bij intensieve training en begeleiding van leraren, onder andere door leraren uit het speciaal onderwijs (ambulante begeleiding), blijken bepaalde typen zorgleerlingen onvoldoende voortgang te boeken in het regulier onderwijs [95: Klinger, Vaughn, Hughes, Schumm, & Elbaum, 1998; Zigmond & Baker, 1995]. Verder blijkt dat leerlingen in het reguliere basisonderwijs die ambulante begeleiding ontvangen -voornamelijk autisten en ADHD-ers -, ondanks een gemiddeld IQ, toch enkele maanden tot meer dan een half jaar achterstand hebben in technisch en begrijpend lezen, spelling en rekenen [103]. Ook adolescenten met autisme doen het niet zo goed op school als normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten [29: Thoma & Sale, 2005; Wagner, Marder et al., 2003]. Ondanks dat de ASS-jongeren in reguliere klassen hoge cijfers halen en de lesstof bijhouden lopen zij gemiddeld meer dan 4 tot 5 jaar achter in lezen en wiskunde [29: Myles & Simpson, 1998].

De resultaten lijken positiever voor moeilijk lerende leerlingen. Leerlingen die moeilijk leren als gevolg van een laag IQ bleken beter te presteren in het regulier onderwijs dan in het speciaal onderwijs [95: Carlberg en Kavale, 1980]. Dit geldt niet voor leerlingen met specifieke leerstoornissen. Deze kinderen hebben een gemiddeld of hoog IQ, maar kunnen vaak om onduidelijke redenen niet meekomen. Leerlingen met leermoeilijkheden (lichte LVG) maken na 2 jaar plaatsing in regulier onderwijs iets meer vorderingen op het gebied van cognitieve ontwikkeling (rekenen) dan vergelijkbare leerlingen in het speciaal onderwijs [34]. Uit deze onderzoeken wordt niet duidelijk of de gemaakte vooruitgang voldoende is om in het regulier onderwijs mee te komen. De precieze ontwikkeling verschilt tussen LVG-leerlingen, deze hangen samen met kenmerken van het kind, de school en de thuisomgeving [34].

Algemeen geldt dat het volgen van regulier onderwijs verschillende effecten heeft op de prestaties van zorgleerlingen afhankelijk van de beperking en aard van de inclusie [2]. Specifiek onderzoek is gewenst, ook omdat er een helder inzicht ontbreekt over welke aanpakken worden toegepast in het onderwijsveld en over de effectiviteit ervan [77, 98, 99] (zie ook de vorige paragraaf).

#### **Lwoo**

Lwoo-leerlingen zakken vaker dan andere vmbo-leerlingen in alle leerwegen [99]. Dat ligt vooral aan slechter presteren op het centraal examen. Lwoo-leerlingen halen lagere cijfers voor Nederlands, Engels en vooral wiskunde dan de andere vmbo-leerlingen. De achterstanden waar ze het vmbo mee binnenkomen, zijn dus niet of in elk geval niet geheel weg-gewerkt [99]. De bedoeling van het lwoo is dat leerlingen met extra aandacht en ondersteuning een vmbo-diploma halen. Dat resultaat wordt slechts gedeeltelijk bereikt: lwookandidaten zakken vaker dan overige vmbo-leerlingen, halen lagere examencijfers voor vakken waar ze bij hun entree in het vmbo al een achterstand op hadden en vallen vaker voortijdig uit [99].

## **5.4 Effecten op de psychosociale ontwikkeling**

In deze paragraaf komt aan bod wat het effect van regulier onderwijs is op de psychosociale ontwikkeling van een kind met een beperking. Deze ontwikkeling is van belang voor de latere arbeidsparticipatie.

#### **Integratie en acceptatie**

Uit onderzoek bleek dat probleemgedrag van rugzakleerlingen in reguliere scholen niet verminderde vergeleken met dat van reguliere leerlingen uit dezelfde klas, en ook niet vergeleken met de rugzakleerlingen met dezelfde indicaties in het speciaal basisonderwijs [15]. Desalniettemin bestaat in de omgeving soms de indruk dat leerlingen met beperkingen wel afwijkend gedrag afdelen door andere leerlingen te observeren [5]. In hoeverre hier gewenningsverschijnselen van de omgeving meespelen is niet duidelijk.

Eén van de effecten van integratie in een reguliere school is namelijk dat er een positievere beeldvorming rondom kinderen met beperkingen ontstaat [5]. Reguliere scholen met een inclusieve oriëntatie kunnen in die zin een effectieve manier zijn om discriminatie te bestrijden en samenlevingen te creëren die mensen met beperkingen verwelkomen [2]. Dat kinderen profiteren van de gang naar een school in de buurt, blijkt uit het feit dat ze meer

vriendjes hebben in de buurt, vaker worden uitgenodigd op verjaardagen en begroet worden op straat en in de winkels [5]. Toch is acceptatie in de klas zeker niet vanzelfsprekend [82]. Leerkrachten geven aan dat in de omgang tussen klasgenoten en het kind met beperkingen soms ingegrepen moet worden, omdat niet alle klasgenoten de leerling met een beperking accepteren [5]. In dat geval kan er sprake zijn van een negatief effect op de psychosociale ontwikkeling van het kind.

Aan de ene kant voorkomt plaatsing in reguliere scholen stigmatisering die zou ontstaan als het kind naar een speciale school zou zijn gegaan, maar tegelijkertijd verhoogt het sociaal contact met kinderen zonder beperkingen de kans om afgewezen te worden [45]. Het is daarmee niet duidelijk of plaatsing van kinderen in reguliere scholen zal resulteren in een vermindering van stigma [45].

### **Zelfstigma**

Het blijkt dat leerlingen met (cognitieve) beperkingen die in een reguliere klas zijn geplaatst, zichzelf met hun klasgenoten zonder beperkingen vergelijken en op grond daarvan negatieve denkbeelden over zichzelf kunnen gaan ontwikkelen [95]. De competentiebeleving van rugzakleerlingen die in het regulier onderwijs zijn geplaatst ging in de loop van het schooljaar achteruit [15, 95]. De competentiebeleving van rugzakleerlingen in het reguliere onderwijs was zelfs slechter dan die van rugzakleerlingen in het speciaal basisonderwijs [15], waar kinderen feitelijk dezelfde competenties hebben. Ook op het gebied van sociale acceptatie en sportiviteit voelen rugzakleerlingen zich minder competent dan kinderen zonder beperkingen, echter niet minder dan rugzakleerlingen in het speciaal basisonderwijs [15]. Eenderde van de integrerende leerlingen heeft mede als gevolg van een negatieve vergelijking een zorgelijke sociaal-emotionele ontwikkeling [5].

Ook hierbij lijkt wel verschil te bestaan tussen de verschillende aandoeningen. Voor kinderen met een licht verstandelijke handicap is op psychosociaal gebied na 4 jaar geen verschil tussen kinderen in het speciaal onderwijs en in het regulier onderwijs [34]. Het blijkt dat zelfvertrouwen, sociaal gedrag, houding tegenover schoolwerk, gezondheid en steun voor school vanuit huis, positiever uitwerken voor kinderen in het regulier basisonderwijs dan voor kinderen in het speciaal onderwijs. Er lijkt geen negatief effect van het volgen van regulier onderwijs te zijn op het zelfvertrouwen van deze kinderen. Licht verstandelijk gehandicapte kinderen vergelijken hun eigen leervermogen met dat van kinderen met vergelijkbare intellectuele capaciteiten, het plaatsen van deze leerlingen in een reguliere school doet vermoedelijk niets af aan hun zelfbeeld [34: Harter 1986]. Dit hangt wellicht wel af van het gemiddelde niveau in de klas. Voor kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden pakt de vergelijking minder gunstig uit. Zij zouden in staat moeten zijn om het gemiddelde onderwijsniveau te behalen, waardoor de beter presterende leerlingen wel als referentiegroep dienen. Dit lijkt nadelig te zijn voor de psychosociale ontwikkeling [34].

## **5.5 Doorverwijzing naar speciaal onderwijs**

Hoewel beleid sterk gericht is op inclusief onderwijs, worden de voordelen van het speciaal onderwijs soms toch groter geacht, zowel voor de leerling als voor de reguliere basisschool [3]. Het huidige beleid laat scholen de ruimte 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, met verwijzing naar speciaal onderwijs tot gevolg [71]. Hieronder volgen enkele factoren die van invloed zijn op verwijzing naar het speciale circuit.

### **Houding van school en leerkrachten**

De houding van de leerkrachten ten opzichte van leerlingen met beperkingen, hun standpunt over verschillen tussen leerlingen en hun bereidheid om daar effectief mee om te gaan, zijn van groot belang voor de mate waarin inclusief onderwijs kan worden gerealiseerd [95: Meijer 2003,106]. Door die handelingsverlegenheid - de wil en de kunde om met beperkingen om te gaan - blijft de 'uitstoot' naar speciale voorzieningen optreden [77]. Geconstateerd wordt dat de (toenemende) vraag naar diagnostiek en behandeling direct samenhangt met de mate waarin het reguliere onderwijs zelf adequaat onderwijs en adequate zorg kan en wil bieden [77, 106]. Het blijkt dat scholen met veel leerlingen uit achterstandsgroepen doorgaans meer leerlingen verwijzen, dat scholen in stedelijk gebied gemiddeld meer verwijzen dan scholen in weinig stedelijk gebied, dat grote scholen relatief minder verwijzen dan kleine scholen en dat openbare en protestants-christelijke scholen in verhouding meer naar het sbo verwijzen dan rooms-katholieke scholen en scholen van overige denominatie [106].

### **Financiële prikkels**

Daarnaast richt strategisch gedrag van scholen - net als dat bij hulpverleners of bij ouders het geval kan zijn - zich op de maximale benutting van de financiële mogelijkheden die de overheid biedt [77]. Het reguliere onderwijs heeft belang bij doorverwijzing naar het speciale onderwijs, omdat noodzakelijke extra begeleiding van moeilijk lerende kinderen uit het reguliere onderwijsbudget gefinancierd dient te worden, terwijl er voor regulier onderwijs met een rugzak of voor speciaal onderwijs aparte financiering is [72].

### **Kwaliteit van de school uitgedrukt in prestaties van leerlingen**

De kwaliteit van een school wordt steeds vaker gekoppeld aan het percentage geslaagden en/of het percentage zittenblijvers. Ook dit bevordert het verwijzen naar speciaal onderwijs [71, 77]. Onderzoek suggereert dat er sprake is van een selectie-effect [15]. Rugzakleerlingen in het reguliere basisonderwijs hadden gemiddeld een hoger IQ, betere werkgeheugencapaciteit en presteerden beter op schoolvaardigheden dan leerlingen in het speciaal basisonderwijs [15]. Het lijkt erop dat scholen door middel van hun plaatsingsbeleid alleen leerlingen met beperkingen accepteren die binnen bepaalde grenzen van normaliteit vallen [15]. Dit staat haaks op het streven naar integratie [15]. Leerlingen in beter presterende klassen lopen meer kans om te worden verwezen naar het speciaal (basis)onderwijs dan leerlingen met vergelijkbare problematiek in minder goed presterende klassen [95: Jepma & Meijnen, 2001; Jepma, 2003].

### **Indicatiecriteria cluster vier te ruim**

Een ander probleem is dat de criteria voor de indicatie speciaal onderwijs cluster 4 onvoldoende zouden discrimineren in de ernst van de beperking. Zowel ernstige als minder ernstige gevallen kunnen een indicatie speciaal onderwijs cluster 4 krijgen, met als gevolg dat meer leerlingen voor de zorg van cluster 4 in aanmerking zouden komen dan strikt noodzakelijk is [77]. Hierdoor is in de huidige setting ook nauwelijks een tussenweg tussen veel zorg en weinig zorg mogelijk [77]. De nieuwe wetgeving Passend Onderwijs moet hier ver-



andering in brengen door introductie van budgetfinanciering, waarmee maatwerk wel mogelijk is.

Het feit dat er andere prikkels bij doorverwijzing naar het speciaal onderwijs meespelen dan alleen het welzijn van de leerling, leidt ertoe dat leerlingen met een beperking soms op oneigenlijke gronden worden doorverwezen. Wat hiervan de gevolgen zijn, komt in het volgende hoofdstuk over speciaal onderwijs aan bod.

## 5.6 Arbeidsgerichtheid van regulier onderwijs

Voor jongeren met gedragsproblemen is het van het allergrootste belang dat ze hun werknemersvaardigheden oefenen. Deels kan dat door de praktijk op scholen na te bootsen, maar beter nog is dat ze in de praktijk kunnen leren via stages bij bedrijven. Het regulier onderwijs bereidt jongeren met een beperking onvoldoende voor op hun arbeidsdeelname. Specifieke begeleiding in het omgaan met de beperking in een arbeidssituatie, is onvoldoende aanwezig [77]. Dit geldt in algemene zin voor het voortgezet onderwijs [77], en in mindere mate voor het praktijkonderwijs [67].

Hieronder wordt nader ingegaan op de arbeidsgerichtheid van het regulier onderwijs voor jongeren met een beperking.

### Praktijkonderwijs

Uit een recente inventarisatie blijkt dat alle scholen voor praktijkonderwijs (PRO-scholen) zich bezig houden met een vorm van arbeidstoeleiding [100]. Dit doen zij op verschillende manieren, waarvan het belangrijkste de stages zijn. Daarnaast besteden scholen aandacht aan arbeidsoriëntatie, training van specifieke vaardigheden en bieden driekwart van de gevraagde scholen nazorg na afronding van de opleiding.

De leerlingen lopen op meerdere momenten tijdens hun schoolloopbaan stage. Alle scholen benadrukken het belang van maatwerk: het is afhankelijk van de leerling hoeveel stages er zijn, voor welke periode en voor hoeveel uur per week. Vaak gaat aan de externe stage een interne stage vooraf. Naast interne stages bieden veel scholen leerwerkplekken. Dit kan intern zijn (bedrijven brengen dan werk naar de school), maar veel praktijkscholen hebben een (apart) terrein waar leerlingen werkervaring kunnen opdoen in een bedrijf. Bovendien blijkt dat een groot deel van de praktijkscholen (94%) de leerwegen en activiteiten afstemt op de nabije arbeidsmarkt.

Alle praktijkscholen besteden aandacht aan werknemersvaardigheden. Voorbeelden van werknemersvaardigheden waar aandacht aan wordt besteed zijn op tijd komen, omgang met instructies, werkhouding, tempo en het afronden van een opdracht. Bijna alle scholen noemen in dit kader ook de training van sociale vaardigheden, waarbij veel van de werknemersvaardigheden aan bod komen.

Praktijkscholen zijn verplicht een leerling twee jaar te volgen en hebben daarom goed zicht op de loopbaan van hun leerlingen gedurende die twee jaar. De scholen voelen zich in deze periode ook verantwoordelijk voor het slagen van de arbeidsparticipatie en bieden nazorg. De meest voorkomende contacten zijn een bezoek van school aan de werkplek en telefonisch contact op initiatief van school. Verder organiseren scholen terugkomavonden voor oud-leerlingen en wordt er soms een brief of enquête naar de leerling gestuurd. Het algemene beeld dat deze scholen schetsen is dat na twee jaar bijna alle leerlingen nog steeds werk hebben, maar dat een gedeelte van de jongeren wel gewisseld is van werkplek. Dit

kan te maken hebben met interesses van de jongere, maar ook met tijdelijke jaarcontracten die niet worden verlengd. De arbeidsparticipatie komt vaak wel tot stand met een Wajong-indicatie, vanuit het praktijkonderwijs hebben leerlingen ongeveer 50% kans om direct door te stromen naar de Wajong [37].

### **LWOO/VMBO**

Ook in het vmbo is sprake van een sterke arbeidsgerichtheid. Alle leerlingen lopen stage. Er zijn snuffelstages, waarin leerlingen een indruk krijgen van een beroep en de beroepspraktijk. In de arbeidsoriënterende stage kan werkervaring worden opgedaan met hulp van een bedrijfsgerelateerde stagebegeleider. Tijdens de beroepsvoorbereidende stage wordt een leerling voorbereid op de arbeidsmarkt. De leerlingen krijgen inzicht in hun mogelijkheden, beperkingen en kansen op de arbeidsmarkt. Verder is er voor leerlingen die de basisberoepsgerichte leerweg volgen - en lwoo-leerlingen - het leerwerktraject, waarbij de leerling een deel van het onderwijsprogramma bij een bedrijf volgt.

### **Havo/Vwo**

Steeds meer jongeren met autisme behalen een Havo- of Vwo-diploma [77]. Hoewel ze dan officieel een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt hebben, hebben deze jongeren onvoldoende basale arbeidsvaardigheden als ze van school komen [77]. Ze zijn vaak heel beschermd opgeleid binnen de schoolmuren en zijn te weinig zelfstandig [77]. In het reguliere Havo/Vwo is weinig aandacht voor arbeidsvaardigheden, ook omdat de meeste leerlingen doorstromen naar een vervolgopleiding.

## **5.7 Samenvatting**

In dit hoofdstuk is besproken in hoeverre het regulier onderwijs een bijdrage levert aan de latere arbeidsparticipatie van kinderen met een beperking.

### **Leerlingenzorg**

Het regulier onderwijs is voor kinderen met een beperking veelal niet eenvoudig, gezien de competentie-eisen die worden gesteld. In het regulier onderwijs bestaan daarom veel mogelijkheden voor extra zorg en begeleiding voor leerlingen die moeilijk kunnen meekomen. Vrijwel alle scholen op alle niveaus bieden basiszorg aan, die toegankelijk is zonder indicatie en dus ook zonder diagnose. Wel is er extra zorg - met name ambulante begeleiding - mogelijk voor kinderen die wel een diagnose en daarmee indicatie hebben.

In algemene zin is de kwaliteit van de geboden leerlingenzorg voor verbetering vatbaar. De scholen hebben moeite de specifieke aanpak goed te beschrijven en uit te voeren. Dit geldt zowel voor de basiszorg, als ook voor de ambulante begeleiding. Het belangrijkste struikelblok is echter de evaluatie. Het is vrijwel niet bekend of de geboden zorg effectief is en of de leerlingen er daadwerkelijk mee geholpen zijn.

### **Leerprestaties en psychosociale ontwikkeling**

Het is lastig vast te stellen wat het effect van het reguliere onderwijs is op de leerprestaties van kinderen met een beperking, al dan niet in samenhang met de geboden leerlingenzorg. In absolute zin lopen de leerprestaties van kinderen met een beperking in het regulier onderwijs achter in vergelijking met die hun klasgenoten. Echter, de leerprestaties van deze kinderen doen niet onder voor of zijn zelfs beter dan de leerprestaties van kinderen met

een beperking in het speciaal onderwijs. Het is echter moeilijk hieruit conclusies te trekken over de effectiviteit van de geboden zorg in het regulier onderwijs omdat de groepen niet vergelijkbaar zijn.

Er is sprake van een verschil in prestaties in het regulier onderwijs tussen kinderen met verschillende aandoeningen. Kinderen die moeite hebben met leren als gevolg van een laag IQ (licht verstandelijk gehandicapten), leveren betere prestaties in het regulier onderwijs dan kinderen met specifieke leerstoornissen die niet IQ-gerelateerd zijn. Ook in hun sociaal-psychologische ontwikkeling vergaat het LVG-kinderen in het regulier onderwijs beter dan kinderen met gedragsmoeilijkheden. Daarbij kan het afwijkende gedrag van kinderen met gedragsmoeilijkheden voor sociale uitsluiting zorgen, waardoor het zelfvertrouwen afneemt. Of deze effecten optreden, is afhankelijk van de schoolkenmerken (waaronder het niveau van de klas) en kenmerken van het kind (waaronder de thuissituatie).

### **Doorverwijzen naar speciaal onderwijs**

Het blijkt dat bij het doorverwijzen naar speciaal onderwijs andere factoren meespelen dan het competentieniveau en de psychosociale ontwikkeling van de leerling met beperking alleen. Zo spelen er ook financiële, competitieve en persoonlijke factoren van de school en/of de leerkracht mee. Er kan dus sprake zijn van doorverwijzing op oneigenlijke gronden.

### **Arbeidsgerichtheid**

Een goede voorbereiding op de arbeidsmarkt vergroot de kans op participatie. Voor leerlingen met een beperking is dit essentieel. Het praktijkonderwijs en het vmbo zijn sterk gericht op arbeidsparticipatie, en bereiden de leerlingen voor op werk door middel van stages. Echter, specifieke begeleiding in het omgaan met de beperking in een arbeidssituatie, is onvoldoende aanwezig. Dit geldt ook voor Havo/Vwo, waar de arbeidsgerichtheid beperkt(er) is vanwege de grote doorstroom naar het vervolgonderwijs.



## 6 Speciaal onderwijs

Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden voor zorg en begeleiding die kinderen met een beperking in het (voortgezet) speciaal onderwijs hebben, de kwaliteit van de geboden zorg, de prestaties van leerlingen met beperkingen, en de arbeidsgerichtheid van het onderwijs.

Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven, wordt hierbij ook ingegaan op het speciaal basisonderwijs. Hoewel deze onderwijsvorm wettelijk gezien onder regulier onderwijs valt, plaatsen we het in dit rapport, vanwege het geïsoleerde karakter ervan - de leerlingen zijn afgezonderd van reguliere kinderen - onder het speciaal onderwijs.

### 6.1 Beperking en speciaal onderwijs

Om in aanmerking te komen voor het speciaal onderwijs is leerlinggebonden financiering via een indicatie nodig. In het speciaal onderwijs wordt het onderwijs afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden van de leerling. Het onderwijs richt zich op de emotionele en verstandelijke ontwikkeling, maar ook op het verwerven van noodzakelijke kennis en van sociale, culturele en lichamelijke vaardigheden. Uitgangspunt daarbij is een ononderbroken ontwikkelingsproces. Als het mogelijk is brengt het speciaal onderwijs kinderen zover dat ze regulier onderwijs kunnen volgen [101], de terugstroom van leerlingen van het sbo naar het basisonderwijs is echter gering [3].

Speciaal onderwijs is onderverdeeld in vier clusters:

- Cluster 1: Onderwijs voor kinderen met een visuele beperking.
- Cluster 2: Scholen voor dove en slechthorende kinderen, kinderen met ernstige spraak/taalmoeilijkheden en kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum waarbij de focus ligt op communicatie.
- Cluster 3: Scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen, scholen voor leerlingen met lichamelijke én/of verstandelijke beperkingen, langdurig zieke kinderen en scholen voor leerlingen met epilepsie.
- Cluster 4: Scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen, kinderen met psychiatrische stoornissen of ernstige gedragsproblemen, langdurig zieke kinderen zonder een lichamelijke beperking en scholen die verbonden zijn aan pedologische instituten. Pedologische instituten doen onderzoek naar kinderen met ingewikkelde leerproblemen, gedragsproblemen of emotionele problemen. De kinderen krijgen ook behandeling en begeleiding van het instituut.

Leerlingen in het speciaal onderwijs gaan meestal na hun twaalfde jaar naar het speciaal voortgezet onderwijs. Het vso is bedoeld voor lichamelijk gehandicapte jongeren, slechthorende/-ziende jongeren, zeer moeilijk lerenden en voor langdurig zieke leerlingen van 12 tot 20 jaar. De leerlingen die naar het voortgezet onderwijs gaan, nemen bij afsluiting deel aan een eindonderzoek. Dat betreft niet alleen de schoolprestaties, maar ook hun lichamelijke en geestelijke ontwikkeling. De resultaten van dat onderzoek bepalen mede de keuze voor het vervolgonderwijs. Afhankelijk van de leeftijd en de handelingsbekwaamheid van de leerling ontvangen de ouders of de leerling zelf een afschrift van dit rapport. Op verzoek

van de ouders of de leerling kan een leerling van het voortgezet speciaal onderwijs eind-examen afleggen aan een school voor regulier onderwijs [101].

Kinderen met een stoornis in het autismespectrum of ADHD die naar het speciaal onderwijs gaan, komen in de meeste gevallen in cluster 4 terecht. Kinderen met een IQ < 60 komen in aanmerking voor cluster 3. Bij kinderen met een licht verstandelijke beperking en een IQ boven de 60, kan een gedragsstoornis de doorslag geven om naar cluster 4 te gaan. De precieze plaatsing is in alle gevallen afhankelijk van comorbiditeit, en welke stoornis de grootste beperking oplevert. De instroom in de Wajong is vooral afkomstig uit de cluster 3 en 4 scholen [37].

## **6.2 Kwaliteit van het onderwijs en de leerlingenzorg**

De kwaliteit van het (voorgezet) speciaal onderwijs is een indicatie van het effect op de leerprestaties van het (voortgezet) speciaal onderwijs. De inspectie van het onderwijs heeft in 2010 bijna een kwart van de scholen in het (voortgezet) speciaal onderwijs als zwak bestempeld en 1,8% als zeer zwak [98]. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van 2009 en een grote verbetering ten opzichte van enkele jaren geleden, toen rond de helft van de scholen zwak of zeer zwak was. De inspectie stelt dat de percentages echter nog steeds veel te hoog zijn in vergelijking met andere sectoren.

Het speciaal basisonderwijs heeft zich sinds 2006, toen de kwaliteit van de helft de basisscholen als onvoldoende werd bestempeld sterk verbeterd. In 2010 had 85% van de speciale basisscholen een basisarrangement, wat wil zeggen dat de kwaliteit voldoende is bevonden [98]. Dit ligt wel onder het gemiddelde van de reguliere basisscholen (93%). Eenderde van de scholen voor speciaal basisonderwijs had te weinig vorderingen gemaakt bij de verbetering van de ontwikkelingsperspectieven of de vertaling daarvan in een leerstofaanbod. De scholen hebben niet voor al hun leerlingen een ontwikkelingsperspectief opgesteld, of het te verwachten niveau voor de komende periode ontbreekt [98].

De zwakke en zeer zwakke (V)SO-scholen schieten vooral tekort in hun zorg voor individuele leerlingen, maar laten ook op praktisch alle andere indicatoren minder kwaliteit zien dan de andere scholen [98]. Met name de onderwijstijd wordt in het speciaal (voortgezet) onderwijs vaak niet afgestemd op onderwijsbehoeften van leerlingen [98].

Het merendeel van de scholen brengt de beginsituatie van leerlingen voldoende in kaart en stellen in overeenstemming met ouders handelingsplannen op. Veel zwakke en zeer zwakke scholen volgen daarna echter de ontwikkeling van leerlingen onvoldoende. De handelingsplannen zijn op slechts de helft van de zwakke en zeer zwakke scholen voldoende, en de uitvoering hiervan is veelal onvoldoende.

## 6.3 Effecten op de leerprestaties

### Keuzemogelijkheden

In principe kan een leerling op het voortgezet speciaal onderwijs kiezen uit alle schoolsoorten en leerwegen die het reguliere voortgezet onderwijs kent. Echter, vso-scholen zijn veel kleinschaliger en beschikken niet vanzelfsprekend over bevoegde leraren en passende voorzieningen voor alle schoolsoorten, leerwegen, sectoren en profielen. Zij kunnen weliswaar een beroep doen op scholen voor regulier onderwijs om samen te werken, maar de reguliere school is hiertoe niet verplicht. Het is dan ook niet haalbaar alle leerlingen de garantie te bieden dat zij het onderwijsprogramma kunnen volgen waar hun voorkeur naar uitgaat<sup>15</sup>. Voor sommige leerlingen zal er dan ook minder uitdaging op een school voor speciaal onderwijs zijn dan op een reguliere school [82].

### Prestaties

De prestaties in het (voortgezet) speciaal onderwijs zijn tot nu toe niet systematisch in kaart gebracht. Dit betekent dat de vraag of de scholen het maximale uit hun leerlingen halen niet te beantwoorden is [98]. De inspectie ontwikkelt, samen met het onderwijsveld, standaarden om opbrengsten van scholen te vergelijken. In de toekomst leveren alle scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs en het speciale basisonderwijs opbrengstgegevens aan, zodat de inspectie risicogericht toezicht kan uitvoeren.

Uit onderzoek is wel bekend dat leerlingen in het cluster4-onderwijs een leerachterstand hebben op het gebied van technisch en begrijpend lezen, spelling en rekenen, van meer dan een halfjaar tot een jaar [103]. Op de laatste drie onderdelen was de achterstand significant meer dan van rugzakleerlingen in het regulier onderwijs [103]. Op het speciale basisonderwijs hebben de leerlingen ook een sterke leerachterstand in vergelijking met leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs, maar dit ligt ook in de aard van de onderwijssoort besloten: leerlingen mogen er langer over doen om dezelfde kerndoelen te behalen. Het is echter, net als bij het regulier onderwijs, ook hier lastig om een oordeel over het effect van speciaal (basis)onderwijs en op de leerprestaties te vellen. Ten eerste is niet bekend wat de maximale competenties van de kinderen zijn (er is geen absolute norm), ten tweede kan de vergelijking met het reguliere onderwijs mank gaan vanwege het selectie-effect (kinderen met minder competenties worden vaker doorverwezen), eerder besproken in paragraaf 5.5.

## 6.4 Effecten op de sociaal-psychologische ontwikkeling

De nadelen die regulier onderwijs een leerling met een beperking biedt, zijn de voordelen van het speciaal (basis)onderwijs, en vice versa. Dit geldt ook voor de sociaal-psychologische ontwikkeling van de leerling (zie paragraaf 5.4). Het speciaal onderwijs biedt de geborgenheid van kleinschalig aangepast onderwijs met een tempo dat goed bij te houden is [82]. Kinderen die veel steun en geborgenheid nodig hebben, lijken het beste af op een speciale school [82]. Bij jongeren die niet mee konden komen in het reguliere onderwijs en tussen de wal en het schip dreigden te raken verbeterden de schoolprestaties

---

<sup>15</sup> Concept wet kwaliteit VSO - Toelichting [www.wetkwaliteitvso.nl](http://www.wetkwaliteitvso.nl)

aanzienlijk nadat zij de overstap hadden gemaakt naar speciaal onderwijs [109: kooiker, 2006].

Er wordt niet gepest, zoals in het regulier onderwijs vaak wel het geval is; er wordt minder van het kind geëist, de verwachtingen zijn aangepast; het tempo ligt er lager, zodat er minder snel sprake is van achterstanden; er is meer begeleiding en aandacht, er is ruimte voor de handicap, het kind mag 'anders' zijn. Veel gehandicapte leerlingen vinden de meer ontspannen en begripvolle benadering op het speciaal onderwijs prettig [41, 82: De Boer en Claessens 2001].

Echter, er is minder contact met valide kinderen dan op een reguliere school [82]. Dat komt ook omdat de speciale school vaak ver(der) weg is, wat het contact met kinderen in de buurt bemoeilijkt [82]. De verwachting is dat kinderen die op deze manier buiten de maatschappij geplaatst worden, hier later problemen van ondervinden, bijvoorbeeld bij de overgang naar regulier werk (zie ook paragraaf 2.3).

## **6.5 Arbeidsgerichtheid van speciaal onderwijs**

De al jarenlang bestaande groei van het voortgezet speciaal onderwijs zorgt ook voor een toename van het aantal Wajong-toekenningen [77]. Vrijwel alle kinderen uit cluster 3 stromen door naar de Wajong, vanuit cluster 4 gaat het om 10% [37, 72]. Voor een deel van de onderzochte cluster 4-leerlingen is de toekomst nog zeer ongewis of onbekend, aangezien deze leerlingen thuiszitten of uit beeld zijn geraakt [78].

Voor het voortgezet speciaal onderwijs (vso) is een belangrijk knelpunt dat het wettelijk niet onder het voortgezet onderwijs valt en dat daarmee de onderwijsdoelen ook niet arbeidsgericht zijn [67]. Cluster 4-scholen zijn ook niet verplicht om onderwijs en ondersteuning aan te bieden gericht op werk [78]. Cluster 4-scholen zijn meer gericht op doorstroom naar vervolgonderwijs en de ontwikkeling van de leerling dan op uitstroom naar werk. Het merendeel van de leerlingen stroomt daadwerkelijk door naar een vervolgonderwijsopleiding.

De meeste scholen in cluster 3 en 4 zijn van oudsher weinig op arbeid gericht [77]. Ze doen daarmee dus ook weinig aan preventie van instroom in de Wajong [77]. Gerapporteerd wordt dat cluster 4-scholen in de praktijk veelal meer bezig zijn met de beheersbaarheid van de jongeren in de klas dan met arbeidstoeleiding [77]. De laatste tijd richten de scholen zich echter wel meer op het (arbeids)perspectief van de jongere [77, 100]. Zo organiseren alle cluster 4-scholen en vrijwel alle cluster 3-scholen stages. Arbeidsoriëntatie vindt op driekwart van de cluster 4-scholen plaats en 90% van de cluster 3-scholen [100]. Wel is het activiteiten aanbod op VSO-scholen eenzijdiger dan dat op het praktijkonderwijs [100]. Er is geen verplichting tot nazorg, dat gebeurt dan ook aanzienlijk minder dan op praktijkscholen [100]. In algemene zin is de arbeidstoeleiding nog te weinig gestructureerd en er zijn grote verschillen tussen de scholen [77]. Het hangt van de individuele school af hoe deze arbeidsoriëntatie is vormgegeven [73].

De invoering van Passend Onderwijs beoogt hierin verbetering te brengen [67, 77]. Voor het voortgezet speciaal onderwijs impliceert dit bijvoorbeeld dat arbeidstoeleiding ook voor deze onderwijsvorm een wettelijke taak wordt [40, 77]. Om afhankelijkheid van voorzie-



ningen te voorkomen is het belangrijk dat er standaarden worden ontwikkeld om jongeren systematisch van de bescherming van de school naar een volwaardige arbeidsbetrekking toe te leiden [29].

Bijkomend knelpunt is dat vso-scholen met een imagoprobleem kampen. Werkgevers hebben het idee dat vso-scholen te beschermend zijn, en te veel afstand hebben tot de maatschappij. Dit zorgt bij werkgevers voor een belemmering om jongeren van een vso-school aan te nemen [80]. Het niet behalen van een diploma brengt bovendien de beperking met zich mee dat er daardoor minder mogelijkheden voor de jongere zijn op passend werk [80]. Een jongere met beperking zonder diploma heeft een meer kwetsbare positie dan een jongere met dezelfde beperking maar met diploma, omdat werkgevers van de jongere met diploma beter kunnen inschatten wat zij kunnen verwachten [109].

### **Afstemming met andere partijen**

De zorg over de toekomst van cluster 4-leerlingen is niet alleen een zorg van het onderwijs [78]. Zeker als het om transitie naar werk gaat, zouden meerdere organisaties onderling moeten afstemmen hoe zij deze jongeren gezamenlijk naar een goede toekomst kunnen begeleiden [78]. UWV en gemeenten zijn belangrijke organisaties in de fase van overgang van school naar werk [78]. De inzet op interventies en samenwerking rond (gedrags)problemen en de individuele ontwikkeling van leerlingen is intensief - er zijn veel contactmomenten -, onder meer via samenwerking met zorginstellingen en ouders. Stages vormen zonder meer een goede voorbereiding op de arbeidsmarkt, maar de vraag is of de speciale scholen wel beschikken over voldoende variëteit aan stages, over stages die ook een kwalificatie opleveren, of ze gebruik maken van andere werkorganisaties en of zij niet te veel schoolbegeleiders zijn in plaats van werkbegeleiders [78]. Intensivering van de samenwerking met jobcoachorganisaties, maatschappelijke ondernemingen of andere instellingen voor kwetsbare jongeren kunnen de mogelijkheden om cluster 4-leerlingen te ondersteunen aanzienlijk vergroten [78].

## **6.6 Samenvatting**

In het speciaal onderwijs wordt het onderwijs afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden van de leerling, zowel verstandelijke als emotionele zin.

Speciaal onderwijs is onderverdeeld in vier clusters, waarbij met name jongeren afkomstig uit cluster 3 (onder andere zeer moeilijk lerende kinderen) en cluster 4 (onder andere kinderen met gedragsproblemen) verantwoordelijk zijn voor de instroom in de Wajong.

### **Kwaliteit van onderwijs en zorg**

De kwaliteit van het (voortgezet) speciaal onderwijs is volgens de Inspectie van het Onderwijs ondermaats. Dit betreft zowel de geboden zorg als ook het onderwijsproces. De kwaliteit van speciaal basisonderwijs is sterk verbeterd, maar nog wel iets onder het niveau van het reguliere basisonderwijs.

### **Leerprestaties**

Leerlingen in het speciaal onderwijs gaan meestal na hun twaalfde naar het speciaal voortgezet onderwijs. Hoewel een leerling op het voortgezet speciaal onderwijs in principe kan

kiezen uit alle schoolsoorten en leerwegen die het reguliere voortgezet onderwijs kent, zijn keuzemogelijkheden inde praktijk soms beperkt.

Er worden tot op heden geen opbrengsten van het speciaal onderwijs gemeten, wat betekent dat het niet bekend is of de leerprestaties voldoende zijn. Het is net als bij regulier onderwijs lastig om een oordeel over het effect van speciaal onderwijs op de leerprestaties te vellen, omdat leerprestaties van kinderen met een beperking in het speciaal onderwijs niet zonder meer vergeleken kunnen worden met de leerprestaties van kinderen met een beperking in het regulier onderwijs.

### **Psychosociale effecten**

Speciaal (basis)onderwijs kan een kind met een beperking een veilige omgeving bieden, wat de psychosociale ontwikkeling ten goede komt. Tegelijkertijd kan dit het kind buiten de maatschappij plaatsen, waardoor integratie en participatie op latere leeftijd bemoeilijkt wordt.

### **Arbeidsgerichtheid**

De arbeidsgerichtheid van voortgezet speciaal onderwijs kan worden verbeterd. Hoewel de meeste scholen stages aanbieden, is het aanbod beperkter dan bijvoorbeeld in het praktijkonderwijs. Ook kan de samenwerking met andere partijen - zoals het bedrijfsleven - worden verbeterd.

Concluderend kan het speciaal onderwijs een bijdrage leveren aan latere arbeidsparticipatie, doordat een kind met een beperking meer ruimte krijgt zich te ontwikkelen. Deze bescherming kan echter ook een keerzijde hebben. Tegelijkertijd biedt speciaal onderwijs minder uitdaging, leidt het vaak niet tot een diploma en is de arbeidsgerichtheid voor verbetering vatbaar.

## 7 Werk

Een succesvol doorlopen school of studie staat nog niet garant voor een succesvolle overgang naar werk. Dit hoofdstuk bespreekt de mogelijkheden die iemand met een beperking heeft om werk te vinden en te houden, en in hoeverre de Wajong hier aan bijdraagt.

### 7.1 Kans op werk op eigen kracht

De eisen die een werkgever stelt bij het aannemen van werknemers zijn volgens het UWV toegenomen. De jongeren met gedrags- en psychiatrische problemen voldoen vaak niet aan de eisen. Daarbij gaat het niet alleen om ontbrekende startkwalificaties, maar om de beperkte sociale vaardigheden [29: Hurlutt & Chalmers, 2004, 77, 82] of gedragsproblemen [78]. Zo is van mensen met een stoornis in het autismespectrum bekend dat zij voortdurend problemen hebben bij het vinden en behouden van werk, ook als zij geen verstandelijke beperking hebben [54]. Hierbij spelen diverse factoren mee, zoals de beschikbaarheid van geschikte banen, van stageplekken en het zelfbeeld van de jongeren.

Ten eerste hebben de economische crisis en de veranderende maatschappij tot gevolg dat er minder geschikte banen zijn voor jongeren met een handicap [37]. In het algemeen geldt voor jongeren met autisme, ADHD of een licht verstandelijke beperking dat ze het best zullen gedijen in werk dat goed gestructureerd en georganiseerd is, met rust, orde en regelmaat [40]. Het is daarom soms nodig om de werkomstandigheden en -inhoud aan te passen voor jongeren met een stoornis in het autismespectrum [31]. Ook houden autistische jongeren die parttime werken, de werkzaamheden langer vol [31].

Daarnaast speelt ook het zelfbeeld van jongeren met een beperking een belangrijke rol. Werkgevers blijken te weinig stageplekken beschikbaar te (kunnen) stellen voor jongeren met beperkingen (zie ook hoofdstuk 4 en 5). Daardoor leren de jongeren te weinig hun basale werknemersvaardigheden te oefenen en het versterkt hun zelfbeeld dat ze niet geschikt zijn om deel te nemen aan betaalde arbeid [77]. Veel jongeren met beperkingen hebben het idee dat werkgevers niet op hen zitten te wachten en dat ze vooral worden gezien als iemand die iets niet kan en niet als iemand die iets wél kan [82]. Tegelijkertijd kan het ervaren van succes op het werk en het gevoel erbij te horen hebben een gunstig effect op de mentale gezondheid en daardoor mogelijk een zichzelf versterkend positief effect op arbeidsparticipatie. Van mensen met een licht verstandelijke beperking is bekend dat het hebben van regulier werk een positieve invloed heeft op de autonomie, zelfwaardering en kwaliteit van leven [108; van Lierop 2008].

Er zijn geen cijfers bekend over hoeveel jongeren met autisme, ADHD of lichte verstandelijke handicap erin slagen om op eigen kracht een reguliere baan te vinden en te behouden. Over de jongeren daar niet in slagen, zijn wel indicatieve cijfers bekend. Cijfers van de instroom in de Wajong over vier jaargangen (2002-2006) voor jongeren onder de 27 jaar wijzen uit dat 8% instroomt vanuit werk [102]. Nog eens 19% komt vanuit een ZW/WAO/WIA-

uitkering of uit de bijstand. Ter vergelijking: de instroom vanuit onderwijs of studie voor jongeren onder de 27 jaar bedraagt in dezelfde periode 38%. De instroom van jongeren met een cluster 4-achtergrond is sterker gegroeid dan op grond van de directe instroom vanuit het onderwijs te verwachten is [37]. Er zijn dus jongeren die tijdens of na een vervolgopleiding na cluster 4-onderwijs alsnog in de Wajong terecht komen. Dit suggereert dat een deel van de jongeren met gedragsproblematiek het niet redt op eigen kracht. Hoe groot dat deel precies is, is moeilijk te zeggen omdat er geen compleet inzicht is in het aantal jongeren met een beperking dat geen Wajong-uitkering heeft.

## 7.2 Stimulering vanuit de Wajong

Voor jongeren die niet op eigen kracht een baan kunnen vinden of houden kan de Wajong-regeling een uitkomst zijn. Voor een Wajong-indicatie komt een jongeren in aanmerking na een keuring door een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige. Het hebben van een beperking is geen garantie voor het verkrijgen van een Wajong uitkering. In een cohort onderzoek bleek 34% van de Wajong aanvragers die voldeden aan de juridische gronden voor een Wajong-uitkering een afwijzing van de aanvraag te krijgen [105]. De kans op afwijzing in de Wajong was groter als de jongere werkervaring had. Jongeren met vergelijkbare problematiek en een MBO-opleiding werden vaker afgewezen dan jongeren met een opleiding in het speciaal of praktijkonderwijs. Hieronder gaan we in op de manier waarop wordt gestimuleerd dat Wajongers aan het werk komen.

### Begeleiding

Een Wajong-indicatie geeft een jongere toegang tot voorzieningen die kunnen helpen bij het vinden van werk. Als er een goede 'job match' is, is de kans van slagen uiteindelijk groter [54]. De begeleiding kan bijvoorbeeld bestaan uit een jobcoach of de inzet van een re-integratiebedrijf. Er zijn diverse methoden en programma's om jongeren te helpen bij het verkrijgen van werk. Er zijn voorbeelden bekend van trajecten die gericht zijn op het trainen van communicatie, sociale vaardigheden en/of het verbeteren van zelfvertrouwen en het werkgedrag, die de participatiestatus kunnen vergroten [29, 54, 87].

Het lijkt erop dat trajecten die individueel gericht zijn, een grote kans van slagen hebben [29, 54, 82]. Algemene trajecten zoals bij re-integratiebedrijven duren lang en bieden vaak niet de deskundigheid in de problematiek van de jongeren [82]. Zo hebben jongeren met autisme een andere ondersteuning nodig – die de nadruk legt op hun unieke moeilijkheden met sociale cognitie en gewoontevorming - dan mensen met andere ontwikkelingsstoornissen en meer algemene verstandelijke beperkingen [54]. Jobcoaching lijkt één van de belangrijkste instrumenten voor het slagen van Wajongers [92]. Daarom is de wens uitgesproken om jobcoaching uit te breiden van vast dienstverband naar uitzendwerk, werkervaring en stages. Van Individual Placement en Support (IPS) is aangetoond dat het een effectievere methode is om mensen met een ernstige psychische aandoeningen aan het werk te krijgen dan de reguliere arbeidstrajecten. [111].

Ook kan het werken met een multi-disciplinair team succesvol zijn, doordat er aandacht is voor meerdere leefgebieden [29, 87]. Sommige hiervan gaan specifiek in op de overgang van school naar werk [29].

### Beleid gericht op werkgevers

De overheid tracht door diverse beleidsmaatregelen de risico's voor werkgevers te beperken en het aannemen van Wajongers aantrekkelijk te maken. De effectiviteit van dergelijk beleid is relatief beperkt en meestal het meest effectief bij werkgevers die al positief staan tegenover het aannemen van de doelgroep [77]. Voor veel werkgevers die ervaring hebben met jonggehandicapten is het besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid doorslaggevend geweest, daarnaast raken steeds meer werkgevers ervan overtuigd dat ze van het in dienst nemen van jonggehandicapten ook economisch profijt kunnen hebben.

Echter, een Wajong kan ook een averechts effect op werkgevers hebben: zij kunnen het label als bevestiging zien van het idee dat er iets mis is met de jongere [37]. Ook kan het instrumentarium dat ingezet wordt voor iemand uit de WSW aantrekkelijker zijn dan dat voor iemand uit de Wajong [92] waardoor een Wajonger met gelijke competenties als iemand uit de Wsw minder aantrekkelijk is voor de werkgever.

Tot slot kan bekendheid met een beperking als autisme op de werkplek begrip en hulp van collega's en leidinggevende opleveren, maar ook tot stress, onzekerheid en soms zelfs tot beëindiging van de aanstelling leiden [31].

### Financiële prikkel

Het ontvangen van een Wajong-uitkering is mogelijk een financiële prikkel die een veilige basis biedt van daaruit werk te vinden [31]. De meningen lopen hierover echter uiteen. Sommigen stellen dat het vooruitzicht om een Wajong-uitkering te ontvangen de beperkingen voor de jongere benadrukt en prikkels wegneemt om te proberen zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering in het eigen inkomen te voorzien. Een uitkering zou gemakkelijker te regelen zijn dan een baan [82]. Anderen stellen dat de Wajong-uitkering een veilige basis biedt om stappen te durven te zetten richting werk en extra ondersteuning/begeleiding te ontvangen [77: Duinkerken e.a. 2009].

## 7.3 Slaagkans in de Wajong

Uit tabel 7.1 blijkt dat van de jongeren met een Wajong-indicatie ongeveer eenderde bij een reguliere werkgever terecht komt. Of dit blijvend is, en of dit inclusief Wajong-uitkering is, is uit de cijfers niet op te maken.

**Tabel 7.1** Participatiestatus eind 2006 van jongeren in de Wajong onder de 27 jaar (gemiddelde procentuele verdeling over 2002-2006, excl. heropeningen)

Participatiestatus	Eind 2006
Reguliere werkgever (incl. in het traject)	31%
Sociale werkplaats (incl. op de wachtlijst)	9%
Dagbesteding/vrijwilligerswerk	11%
Geen participatie	29%
Participatie onbepaald (incl. school/studie)	20%
Totaal	100%

Bron: [102]

Tamelijk recent is het inzicht ontstaan dat voor een substantieel deel van de Wajongers het belangrijkste knelpunt niet lijkt te zijn om de stap naar een arbeidsplek te maken maar om

die plek te behouden. Circa eenderde van de Wajongers valt binnen een jaar na het verkrijgen van een baan uit of vindt geen aansluiting tussen stage en werk [77].

Tabellen 7.2a t/m c gaan over de slagingskansen op het vinden van regulier werk door Wajongers met verschillende achtergronden.

**Tabel 7.2a** Participatiestatus eind 2006 van jongeren in de Wajong onder de 27 jaar (gemiddelde procentuele verdeling over 2002-2006, excl. heropeningen)<sup>16</sup>, bij instroom vanuit school of werk

Eind 2006	Regulier werk of in het traject naar regulier werk	Niet-regulier werk <sup>17</sup>	Geen participatie <sup>18</sup>	Totaal
Bij instroom vanuit school of studie algemeen (regulier of speciaal)	37%	21%	42%	100%
Bij instroom vanuit werk	61%	18%	20%	100%

Bron: [102]

Jongeren die vanuit school of studie de Wajong instromen, hebben een lagere kans in regulier werk te eindigen (28%) dan jongeren die vanuit werk instromen (52%).

**Tabel 7.2b** Participatiestatus eind 2006 van jongeren in de Wajong onder de 27 jaar (gemiddelde procentuele verdeling over 2002-2006, excl. heropeningen)<sup>1</sup>, bij instroom vanuit diverse typen onderwijs

Eind 2006	Regulier werk of in het traject naar regulier werk	Niet-regulier werk <sup>2</sup>	Geen participatie <sup>3</sup>	Totaal
Bij instroom uit Praktijkonderwijs	51%	30%	20%	100%
Bij instroom uit onderwijscluster 4	39%	20%	42%	100%
Bij instroom uit onderwijscluster 3	15%	29%	55%	100%

Bron: [102]

De kansen op het vinden van regulier werk vanuit de Wajong zijn het grootst voor leerlingen die Praktijkonderwijs hebben gevolgd, ongeveer de helft van hen slaagt daarin. Voor

<sup>16</sup> Inclusief de jongeren van wie de uitkering inmiddels is beëindigd.

<sup>17</sup> Wachtlijst sociale werkplaats, sociale werkplaats, dagbesteding/vrijwilligerwerk.

<sup>18</sup> Inclusief participatie onbepaald. Het gaat daarbij om de statussen "school/studie", "zit thuis zonder participatie", "mogelijkheden worden nog onderzocht", en "onbekend". Voor een deel kan hier op termijn dus alsnog participatie uit ontstaan.

jongeren die als laatste onderwijscluster 4 hebben gevolgd, is dat 39%, voor cluster 3 is dat 15%.

**Tabel 7.2c** Participatiestatus eind 2006 van jongeren in de Wajong onder de 27 jaar (gemiddelde procentuele verdeling over 2002-2006, excl. heropeningen)<sup>19</sup>, per type beperking

Eind 2006	Regulier werk of in het traject naar regulier werk	Niet-regulier werk <sup>20</sup>	Geen participatie <sup>21</sup>	Totaal
Bij instroom vanuit werk	61%	18%	20%	100%
Jongeren met ZLVG (IQ 70-85) <sup>22</sup>	48%	26%	26%	100%
Jongeren met LVG (IQ 50-70)	35%	35%	30%	100%
Jongeren met autisme	38%	24%	39%	100%
Jongeren met ADHD	47%	16%	37%	100%

Bron: [102]

Wajongers die zeer licht verstandelijk gehandicapt of licht verstandelijk gehandicapt zijn, hebben respectievelijk 48% en 35% kans in regulier werk te eindigen, jongeren met autisme of ADHD respectievelijk 38% en 47% kans.

## 7.4 Samenvatting

Er zijn verschillende belemmeringen voor jongeren met een beperking bij het vinden van regulier werk. Deze zijn vooral de beperkte beschikbaarheid van banen die geschikt voor hen zijn gezien de aard van hun beperking, en de beperkte beschikbaarheid van stageplekken. De ervaring dat er geen geschikte werk- of stageplek te vinden is, werkt negatief op het zelfbeeld van de jongeren, die bevestigd worden in hun 'anders-zijn' en hierdoor gedemotiveerd kunnen raken.

Veel jongeren met een beperking lukt het niet om op eigen kracht werk te vinden en een deel van hen komt terecht in de Wajong. Vervolgens wordt op diverse wijzen gestimuleerd dat zij aan het werk komen. Zo worden hen verschillende vormen van begeleiding geboden zoals een jobcoach, de inzet van een reïntegratiebedrijf of trainingen. Individueel gerichte begeleiding heeft hierbij de grootste kans van slagen.

Verder zijn er beleidsmaatregelen vanuit de overheid gericht op werkgevers om de beeldvorming over arbeidsgehandicaptten te verbeteren.

Tot slot kan het feit dat de jongere een uitkering ontvangt ook een stimulerende werking hebben omdat dit een veilige basis biedt om van hieruit werk te zoeken. Hierover verschillen echter de meningen.

<sup>19</sup> Inclusief de jongeren van wie de uitkering inmiddels is beëindigd.

<sup>20</sup> Wachtlijst sociale werkplaats, sociale werkplaats, dagbesteding/vrijwilligerwerk.

<sup>21</sup> Inclusief participatie onbepaald. Het gaat daarbij om de statussen "school/studie", "zit thuis zonder participatie", "mogelijkheden worden nog onderzocht", en "onbekend". Voor een deel kan hier op termijn dus alsnog participatie uit ontstaan.

<sup>22</sup> Zie paragraaf 2.1.

Uiteindelijk komt van de jongeren met een Wajong-indicatie ongeveer eenderde bij een reguliere werkgever terecht. Vervolgens is het voor hen de uitdaging dit werk te behouden. De kansen op het vinden van regulier werk vanuit de Wajong zijn het grootst voor leerlingen die Praktijkonderwijs hebben gevolgd (zo'n 50%). Slagingskansen van jongeren uit het speciaal onderwijs zijn lager. Jongeren die vanuit school of studie de Wajong instromen, hebben in het algemeen een lagere kans op regulier werk dan jongeren die vanuit werk instromen. Wajongers met een zeer licht verstandelijke beperking of ADHD hebben zo'n 50% kans regulier werk te krijgen, voor jongeren met een licht verstandelijke beperking of autisme is dit ruim eenderde.



## 8 Conclusie

De afgelopen jaren is er sprake geweest van een sterke groei van het aantal jongeren met een Wajong-uitkering. Deze instroom blijkt verband te houden met een toenemend aantal jongeren dat al jong een diagnose of een indicatie voor zorg krijgt of gebruik maakt van een speciale voorziening zoals zorg of speciaal onderwijs.

Het Ministerie van SZW vraagt zich af of vroege diagnose gunstig of ongunstig is voor jongeren en heeft daarom laten onderzoeken wat de gevolgen zijn van deze vroege diagnose voor de perspectieven van jongeren op de arbeidsmarkt. Het onderzoek heeft zich gefocust op jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVG), een autismespectrumstoornis (ASS) en/of ADHD.

Hieronder volgen de antwoorden op de onderzoeksvragen, op basis van literatuuronderzoek. In de antwoorden wordt verwezen naar de verschillende hoofdstukken uit het rapport waaruit het antwoord afkomstig is<sup>23</sup>.

### 8.1 Rol van de aandoening

Onderzoeksvraag:

*Welke rol speelt de aard en ernst van de aandoening en de aanwezigheid van comorbiditeit? Met andere woorden: bij welke aandoeningen is vroege diagnose gunstig en bij welke niet of in mindere mate?*

Het eerste deel van de vraag wordt beantwoord door inzicht te geven in de mate waarin de aandoening de jongere beperkt. Het laatste gedeelte van het antwoord gaat in op vroege dan wel late diagnostiek. Mogelijke gevolgen hiervan komen bij de beantwoording van de overige onderzoeksvragen aan de orde.

#### **Beperking**

De aandoening beïnvloedt de kansen op werk. De grootste instroom in de Wajong vormen jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVG). De grootste groei wordt gezien bij ASS (autismespectrumstoornis). ADHD maakt maar een klein percentage van de instroom uit en vertoont geen groei. Als er sprake is van comorbiditeit nemen de kansen op de arbeidsparticipatie af. Met name bij jongeren in de Wajong met autisme, als primaire of als secundaire diagnose, is de kans op arbeidsparticipatie sterk negatief beïnvloed (H2). Echter niet alleen de aandoening is bepalend voor de latere arbeidsparticipatie. Persoonlijke vaardigheden, waarbij er een positief effect uit gaat van goede sociale vaardigen, probleemoplossend vermogen, assertiviteit, zelfhulpvaardigheden en aanpassingsvermogen, bepalen in hoeverre de mogelijkheden voor (arbeids)participatie beperkt zijn. Ook de rol van anderen is van belang (onderzoeksvraag 2).

---

<sup>23</sup> Bijvoorbeeld: (H2) verwijst naar hoofdstuk 2.

### **Vroege diagnose**

Voor ADHD en ASS wordt de diagnose op jonge leeftijd gesteld (gemiddeld respectievelijk 7 en 4 jaar). Van vroege diagnose is bij de LVG-groep echter geen sprake (gemiddeld 14-15 jaar) (H3). Dit is opvallend: de groep die het sterkst vertegenwoordigd is in de Wajong, wordt juist relatief laat gediagnosticeerd. Hierbij geldt dus in ieder geval niet dat de instroom in de Wajong verband houdt met een vroege diagnose. De vraag is eerder of een vroege diagnose bij deze groep een positief effect op de arbeidsparticipatie zou kunnen hebben. Zou deze een preventieve werking kunnen hebben doordat vroegtijdige interventie mogelijk is? En hoe zit dat bij ADHD en ASS, in hoeverre lijkt vroege diagnose bij de groepen gunstig of ongunstige effecten te hebben? Het antwoord op die vragen komt in onderstaande tot stand.

## **8.2 Rol van andere personen**

Onderzoeksvraag:

*Welke rol spelen personen zoals ouders, leraren en hulpverleners? (Hoe) kunnen zij een gunstige of juist ongunstige invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose?*

Bij het beantwoorden van deze vraag spelen twee componenten mee, te weten directe en indirecte sturing. Hieronder beschrijven we hoe ouders, leraren of scholen en de zorgverlening op beide manieren invloed uitoefenen.

De invloed die van specifieke *interventies* in zorg of onderwijs uitgaat komt bij onderzoeksvraag 3 aan de orde.

### **Directe sturing**

Tegenstanders van vroege diagnose vrezen dat er een trechterfunctie of glijbaanffect van het zorgcircuit uitgaat: zodra een kind een diagnose heeft wordt het klaargestoomd voor de Wajong. Algemeen kan gesteld worden dat ouders, zorgverleners en scholen financieel baat kunnen hebben bij het verkrijgen of in stand houden van een zorg- of onderwijsvoorziening. Zodra een kind een diagnose heeft, is er immers extra geld beschikbaar. Ook vanuit de Wajong gaat een zekere aanzuigende werking uit. Deze financiële pikfels dragen, via sturing door ouders en scholen, bij aan het zogenoemde 'glijbaanffect'. Hieronder beschrijven we in hoeverre ouders en scholen het pad bepalen dat het kind bewandelt.

#### *Ouders*

Ouders hebben de meeste invloed op de keuzes die voor het kind worden gemaakt. Om te beginnen hebben zij invloed op het wel of niet stellen van een vroege diagnose. Ouders kunnen het probleem ontkennen waardoor er geen diagnose volgt, of juist bij hulpverleners aandringen op erkenning ervan (H3). Verder hebben ouders een dringende stem in de keuze voor regulier of speciaal onderwijs (H5 & H6), en indien voor de laatste wordt gekozen: of het kind voor een diploma opgaat (H6). Ook bij de overgang naar werk is de invloed van ouders bepalend, zij zijn - hoewel vaak wel ondersteund door school - verantwoordelijk voor het wel of niet aanvragen van een Wajong-uitkering (H7).

### *Onderwijs*

De vraag naar diagnostiek en behandeling hangt direct samen met de mate waarin het reguliere onderwijs zelf adequaat onderwijs en adequate zorg kan en wil bieden (H5). Daarnaast zijn er voor het reguliere onderwijs financiële prikkels om een kind met een beperking door te verwijzen naar het speciaal onderwijs. Ook verwijzen reguliere scholen uit imago behoud zwakkere leerlingen door naar het speciaal onderwijs. De kwaliteit van de school wordt immers bepaald door de resultaten van de leerlingen (H5). En hoewel binnen het speciaal onderwijs wordt beoogd een kind terug te geleiden naar het reguliere onderwijs, gebeurt dit in praktijk zelden (H6).

### **Indirecte sturing door stigma**

De wijze waarop het kind wordt behandeld kan indirect een positieve dan wel negatieve invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose. Zoals bij onderzoeksvraag 1 aangegeven, is niet alleen de beperking bepalend voor de uiteindelijke gevolgen, maar ook de attitude van de jongere zelf en de steun die uit de omgeving wordt geboden. Ook stigma, het beeld dat de omgeving van een kind en zijn mogelijkheden heeft, is van invloed. Deze externe stigma kan worden geïnternaliseerd, waardoor er een zelfstigma, ofwel negatief zelfbeeld ontstaat. Een zelfstigma heeft een negatieve invloed op de kansen van een kind. Van zowel ouders, de zorg, de school als ook de Wajong gaat indirecte sturing uit.

### *Ouders*

Ouders zijn in de opvoeding sterk bepalend voor de ontwikkeling van sociale vaardigheden, assertiviteit, probleemoplossend - en aanpassingsvermogen van het kind (H2). Ouders kunnen een kind stimuleren, maar ook juist afremmen door te weinig zorg of juist teveel zorg en bescherming te bieden. Ook de verwachtingen die ouders hebben van de mogelijkheden van hun kind en hun houding ten aanzien van het belang van arbeidsparticipatie, zijn bepalend. Ouders kunnen de zorg (H4), de schoolsituatie (H5 & H6) en de uiteindelijke arbeidsparticipatie (H7) positief dan wel negatief beïnvloeden.

### *Diagnose en inzet van zorg*

De diagnose an sich, en de hierop volgende zorg, kunnen ook de uiteindelijke gevolgen indirect beïnvloeden. Het hebben van een diagnose kan tot een negatief (zelf)beeld leiden, zeker als de beperking door de inzet van zorg vaak wordt benadrukt. Overigens ontstaat stigmavorming ook zonder diagnose: alleen het afwijkende gedrag is soms al voldoende voor negatieve beeldvorming (H3).

Zorg kan tot negatieve effecten leiden zoals een te zorgzaam klimaat waarbij jongeren er aan gewend raken dat er voor ze gezorgd wordt. Deze jongeren voelen zich onvoldoende verantwoordelijk voor het eigen leven en dus ook voor het vinden van werk. Ook het inzetten van (de verkeerde) interventies kan leiden tot stigmavorming. Wanneer een te lichte of verkeerde interventie niet tot het gewenste effect leidt, worden het kind en zijn omgeving bevestigd in het beeld dat de problematiek ernstig is (H4). Met de juiste insteek - bijvoorbeeld extra ondersteuning voor ouders en kinderen in het probleemoplossend vermogen - kunnen zorgverleners (zelf)stigma juist voorkomen.

### *Onderwijs*

In het onderwijs speelt indirecte sturing door positieve dan wel negatieve beïnvloeding een grote rol. Als een kind of jongere met een beperking in het regulier onderwijs wordt geplaatst, kan de sociale omgang met valide klasgenoten het zelfvertrouwen vergroten (H5).

Echter, als het kind niet wordt geaccepteerd tast dat het zelfbeeld ernstig aan (H5) en is het kind beter af in de beschermde omgeving van het speciaal onderwijs (H6). Speciaal onderwijs kan het kind echter uit de maatschappij plaatsen waardoor de kansen op latere (arbeids)participatie afnemen. De afweging tussen regulier en speciaal onderwijs dient dus zorgvuldig en afgewogen gemaakt te worden, waarbij de mate waarin het kind in de reguliere klas wordt geaccepteerd een grote rol zou moeten spelen.

#### *Werk*

Bij het verkrijgen en behouden van werk speelt de houding van de omgeving ook een belangrijke rol. De beperking kan tot onbegrip leiden bij werkgevers, waardoor een jongere moeite heeft een baan te vinden (H1, H2). Een Wajong-uitkering kan de stigmavorming versterken, doordat een werkgever deze als een bevestiging van de problematiek ziet. Hoe de (potentiële) werkgever en de collega's omgaan met de beperking, is bepalend voor de steun en begeleiding die de jongere in zijn werk ondervindt en daarmee voor de kans van slagen (H7).

### **8.3 Rol van interventies en voorzieningen**

Onderzoeksvraag:

*Welke rol spelen de interventies en voorzieningen waar de kinderen in de tussentijd al dan niet gebruik van maken zoals wel of geen behandeling, aard van de behandeling, reguliere of speciale kinderopvang, regulier of speciaal onderwijs, verblijf thuis of in een instelling?<sup>24</sup> (Hoe) kunnen deze voorzieningen een gunstige of juist ongunstige invloed hebben op de gevolgen van vroege diagnose?*

Deze vraag wordt beantwoord door in te gaan op de effectiviteit van de geboden interventies, zowel in de zorg als in het onderwijs, en op leerprestaties. Ook de arbeidsgerichtheid van de voorzieningen komt aan bod. De indirecte effecten die een rol spelen, zijn beschreven in paragraaf 8.2.

#### **Kenmerken van effectieve zorg**

#### *Zorg*

In het kader van dit onderzoek zien we zorg als effectief indien deze de kansen op arbeidsparticipatie vergroot. Daarom is van belang dat de zorg jongeren voorbereidt op arbeidsparticipatie door sociale- en communicatievaardigheden aan te leren die nodig zijn op de werkplek. Dit lijkt echter nog nauwelijks te gebeuren: zorg is vaker gericht op het onderdrukken van de symptomen van het moment dan op de te doorlopen ontwikkeling van het kind. Effectiviteit van zorg wordt vaak gemeten door te kijken naar vermindering van symptomen en verbetering van IQ en cognitieve vaardigheden. (H4).

---

<sup>24</sup> Voortschrijdend inzicht heeft ertoe geleid de kinderdagverblijven en het verblijf in een instelling buiten beschouwing te laten. Verblijf in een kinderdagverblijf gaat vaak vooraf aan de diagnose, zeker in het geval van ADHD of LVG. Ook autisme is dan veelal nog niet vastgesteld. Het verblijf in een instelling is buiten beschouwing gelaten, omdat kinderen die dit betreft veelal een ernstige beperking kennen of een problematische thuissituatie. In het eerste geval zal arbeidsparticipatie veelal moeilijk zijn, in het tweede geval is er sprake van een complicerende factor die het inzichtelijk maken van de effecten van vroege diagnose bemoeilijkt.

Intensieve zorg blijkt veelal het meest effectief te zijn. Een te lichte interventie kan meer schade veroorzaken dan goed doen. De zorg kan verder het beste worden gegeven in de situaties waarin de gedragsproblematiek zich voordoet. Het traject dient vroeg te beginnen en langdurig door te gaan waarbij een steunende omgeving ook na beëindiging van het traject van belang is.

Voor LVG-jongeren is niet bekend wat het effect van de interventie is op de vaardigheden of arbeidsparticipatie. Experts zijn van mening dat ook hier geldt dat de zorg direct toepasbaar moet zijn in de situatie omdat deze jongeren niet kunnen generaliseren. Voor ADHD geldt dat medicatie of gecombineerde behandeling met gedragstherapie een positief effect heeft op de symptomen en de schoolprestaties. Er zijn echter nog geen overtuigende aanwijzingen dat de prognose van ADHD op langere termijn door behandeling — welke dan ook — verbetert. Kinderen met autisme kunnen veel voordeel hebben van met name vroege, intensieve, interventie. Positieve effecten zijn gemeten op cognitieve ontwikkeling, sociaal gedrag en schoolprestaties. (H4).

#### *Leerlingenzorg*

Vrijwel alle reguliere scholen op alle niveaus bieden basiszorg aan, die toegankelijk is zonder indicatie en dus ook zonder diagnose. Wel is er extra zorg - met name ambulante begeleiding - mogelijk voor kinderen die wel een diagnose en daarmee een indicatie hebben (H5). Voor kinderen die niet kunnen meekomen in het reguliere onderwijs is er het speciaal onderwijs (H6).

In algemene zin is de kwaliteit van de geboden leerlingenzorg voor verbetering vatbaar. De reguliere scholen hebben moeite de specifieke aanpak goed te beschrijven en uit te voeren. Dit geldt zowel voor de basiszorg, als ook voor de ambulante begeleiding (H5). Ook de leerlingenzorg op het speciale (voortgezet) onderwijs is ondermaats (H6). Het belangrijkste struikelblok voor het gehele systeem is de evaluatie. Het is vrijwel niet bekend of de geboden zorg effectief is en of de leerlingen er daadwerkelijk mee geholpen zijn (H5 & H6).

#### **Leerprestaties**

Het is lastig vast te stellen wat het effect van het reguliere onderwijs en het speciale onderwijs is op de leerprestaties van kinderen met een beperking, al dan niet in samenhang met de geboden leerlingenzorg.

In absolute zin lopen de leerprestaties van kinderen met een beperking in het regulier onderwijs én in het speciaal onderwijs achter in vergelijking met die van hun klasgenoten. Wel doen kinderen met een beperking in het regulier onderwijs qua leerprestaties niet onder voor of hebben zelfs betere leerprestaties dan kinderen in het speciaal onderwijs. Dit verschilt per type aandoening. Kinderen die moeite hebben met leren (licht verstandelijk gehandicapten), leveren betere prestaties in het regulier onderwijs dan kinderen met specifieke leerstoornissen (waarbij het kind wel een normaal IQ heeft maar om vaak onduidelijke redenen toch moeite heeft met leren). Hieruit kunnen echter geen conclusies getrokken worden over de effecten van regulier versus speciaal onderwijs. Er kunnen namelijk ook selectie-effecten meespelen: er zijn aanwijzingen dat de zwakkere leerlingen sneller afstromen naar speciaal onderwijs, waardoor de prestaties daar lager uitvallen (H5 & H6).

Nadeel van het speciaal onderwijs is dat er tot op heden geen opbrengsten worden gemeten, wat betekent dat het niet bekend is of de leerprestaties voldoende zijn. Ook wordt er geen diploma verstrekt en is in die zin geen vergelijking met het regulier onderwijs te maken. Leerlingen die toch examen willen doen of een schoolsoort of leerweg die door hun vso-school niet wordt aangeboden, zijn afhankelijk van de wil van regulier onderwijs om dit

aan te bieden. Dit kan ertoe leiden dat sommige leerlingen op het speciaal onderwijs niet voldoende worden uitgedaagd en daarmee niet hun maximale capaciteiten behalen (H6).

### **Arbeidsgerichtheid van zorg en onderwijs**

De toeleiding naar arbeid - arbeidsgerichtheid - van de verschillende voorzieningen is van belang bij het beantwoorden van de vraag naar de invloed van deze voorzieningen op de kansen voor arbeidsparticipatie.

De zorg is primair gericht op (psychische) gezondheid. De doelstelling van een zorgvoorziening is zelden expliciet participatie (H4).

Het regulier onderwijs - met name praktijkonderwijs en vbmo - is wel sterk gericht op arbeidsparticipatie en bereidt de leerlingen voor op werk door middel van stages. Echter, specifieke begeleiding in het omgaan met de beperking in een arbeidssituatie, is onvoldoende aanwezig (H5).

De arbeidsgerichtheid van speciaal onderwijs is voor verbetering vatbaar. Hoewel de meeste scholen voor voortgezet speciaal onderwijs stages aanbieden, is het aanbod beperkter dan bijvoorbeeld in het praktijkonderwijs. Ook kan de samenwerking met andere partijen - zoals het bedrijfsleven - worden verbeterd (H6).

In het algemeen lijkt er weinig samenhang in de zorg, onderwijs en de toeleiding naar arbeid voor jeugdigen met een beperking. Er bestaan netwerkoeverleggen waarin het UWV participeert met scholen voor voortgezet speciaal onderwijs, MEE en zorginstellingen zoals instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Onderzoek naar de effectiviteit van de netwerken en hun verschillende werkwijze is niet beschikbaar (H4). Voor jeugdigen met een Wajong-indicatie lijkt begeleiding naar en in werk door een multidisciplinair team een vruchtbare werkwijze (H7). Of het eerder inzetten van een dergelijke werkwijze instroom in de Wajong ook kan voorkomen, is niet bekend.

## **8.4 Gevolgen van vroege diagnose voor arbeidsparticipatie**

Onderzoeksvraag:

*Welke gevolgen heeft vroege diagnose van verstandelijke of psychische aandoeningen op de latere participatie op de arbeidsmarkt?*

Er zijn, zoals de antwoorden op bovenstaande vragen duidelijk maken, verschillende effecten die meespelen bij de gevolgen van een vroege diagnose op de uiteindelijke arbeidsparticipatie.

### **Negatieve gevolgen: 'glijbaanefect' en stigmatisering**

Een kind dat vroeg een diagnose krijgt, heeft toegang tot verschillende voorzieningen: de zorg, leerlingenzorg, al dan niet in de vorm van speciaal onderwijs, en uiteindelijk de Wajong. In hoeverre wordt deze route in de regel ook gevolgd? Er zijn verschillende factoren die een 'trechter- of glijbaanefect' stimuleren. Er zijn aanwijzingen dat er oneigenlijke argumenten (geld, imago van een school) meespelen bij het inzetten of in stand houden van voorzieningen. Ook kan het krijgen van een vroege diagnose en het gebruik maken van de verschillende voorzieningen - zorg, leerlingenzorg, speciaal onderwijs Wajong - stigmatisering en daardoor een negatieve spiraal teweeg brengen, waardoor het kind wordt geremd in zijn of haar ontwikkeling en juist meer is aangewezen op voorzieningen. Voor met

name kinderen met gedragsproblemen maar een normaal IQ kan gelden dat zij op het speciaal onderwijs niet voldoende worden uitgedaagd en dus onder hun niveau presteren. Gezien deze factoren is een zekere mate van een 'glijbaan-effect' richting de Wajong aanmerkelijk, niet bekend is echter hoe groot dit effect is.

### **Positieve gevolgen: succesvolle zorg en begeleiding**

Bovenstaande wil uiteraard niet zeggen dat een diagnose of voorziening altijd negatief uitpakt. Ten eerste is het niet zo is dat indien het traject wel tot de Wajong leidt, de jongere verloren is voor de arbeidsparticipatie. De Wajong is in de meeste gevallen namelijk niet het eindstation, maar juist vaak het vertrekstation. Juist door de Wajong kan een jongere begeleid worden naar en in werk, wat de arbeidsparticipatie ten goede kan komen. Dit kan als voordeel van een vroege diagnose worden gezien, er is immers een indicatie - en dus diagnose - nodig om in aanmerking te komen voor de Wajong.

Als we kijken naar de bijdragen van de verschillende zorgvoorzieningen aan arbeidsparticipatie, komt bovendien het beeld naar voren dat intensieve, vroegtijdige zorg voor kinderen met autisme en ADHD veelal effectief is en daarmee ook een positief effect heeft op de psychosociale en cognitieve ontwikkeling, en op de schoolprestaties. Voor LVG-jongeren is een dergelijke effectiviteit niet aangetoond, maar daarmee ook niet afwezig. Mogelijk kan deze zorg effectiever worden (in de zin dat bijkomende gedrags- en psychiatrische problematiek kan worden voorkomen) als signalering eerder plaatsvindt.

Over de effectiviteit van de leerlingenzorg rondom het reguliere en speciaal onderwijs is niets bekend.

## **8.5 Gevolgen van geen vroege diagnose**

Onderzoeksvraag:

*Hoe verhouden deze gevolgen zich tot de gevolgen van geen diagnose bij vergelijkbare problematiek?*

Een kind dat geen diagnose krijgt, heeft geen toegang tot het zorgaanbod. Het zal naar het regulier onderwijs gaan, waar het wel aanspraak kan maken op de basiszorg, mits eventuele problemen die de beperking geeft worden opgemerkt. Echter, zoals eerder geconstateerd, is effectiviteit van de leerlingenzorg niet bekend.

Kinderen met een beperking die geen vroege diagnose hebben en dus ook geen gebruik maken van voorzieningen, ontlopen wel het stigma dat de diagnose en de voorzieningen met zich mee kunnen brengen. Echter, het blijkt dat het afwijkende gedrag soms al voldoende is voor stigmatisering. Ook kan juist de erkenning van de beperking positieve gevolgen hebben voor de acceptatie, omdat er een verklaring aan het afwijkend gedrag ten grondslag ligt.

Of een kind het zonder de extra (leerlingen)zorg in het regulier onderwijs redt, is moeilijk te zeggen. Er zijn geen onderzoeken die daar nader op ingaan. Als een kind voldoende capaciteiten heeft en, misschien nog belangrijker, wordt geaccepteerd in de klas, biedt het reguliere onderwijs zeker voordelen ten opzichte van het speciaal onderwijs. Deze hangen vooral samen met de keuzemogelijkheden en de daarmee samenhangende uitdaging die het regulier voortgezet onderwijs biedt en het feit dat er diplomering volgt. Als een kind niet

voldoende capaciteiten heeft om goed mee te komen in het regulier onderwijs en/of niet wordt geaccepteerd, kan dit de ontwikkeling juist schaden.

## **8.6 Slotconclusie**

Op basis van de bestudeerde literatuur kan worden geconcludeerd dat een vroege diagnose zowel positieve als negatieve gevolgen kan hebben voor de arbeidsparticipatie van jongeren in Nederland. Enerzijds is duidelijk dat het hebben van een diagnose belangrijke voordelen met zich meebrengt zoals de toegang tot voorzieningen zoals zorg en de begeleiding naar werk die de Wajong biedt. Anderzijds zijn er nadelen van een diagnose zoals stigmavorming. Stigmavorming vindt echter ook plaats op basis van andere factoren dan een diagnose (zoals afwijkend gedrag).

Uit de literatuur komt naar voren dat vroege diagnose vooral een positief effect heeft als het kind vervolgens tijdig toegang krijgt tot effectieve en passende voorzieningen, zeker als deze voorzieningen zich ook richten op (arbeids)participatie. Echter, een vroege diagnose is niet altijd noodzakelijk noch voldoende voor toekomstige arbeidsparticipatie, individuele factoren spelen ook een belangrijke rol. De arbeidskansen van een jongere worden namelijk ook sterk beïnvloed door het type en de ernst van de beperking en de houding van het kind, de ouders en de omgeving.



## Literatuurlijst

- [2] Ruijs, N. M., & Peetsma, T. T. D. (2009). Effects of inclusion on students with and without special educational needs reviewed. *Educational Research Review*, 4, 67 - 79.
- [3] Sleeboom, I., Hermanns J. en Hermanns, V. (2010) Meedoen leer je door mee te doen. Den Haag/Nieuwegein: ZonMW, Crossover.
- [4] Lovaas, I. O. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 3- 9.
- [5] Hamstra. Gewoon en Anders: Integratie van leerlingen met beperkingen in het regulier onderwijs in Almere
- [15] Kroesbergen, E. H., Sontag, L., Steensel, R. C. M. van, Leseman, P. P. M. Ven, S. H. G. van der. (2010). Plaatsing van leerlingen met een beperking in het reguliere onderwijs: de ontwikkeling van schoolvaardigheden, competentiebeleving en probleemgedrag. *Pedagogische Studiën*, 87, 350-366.
- [17] Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early Intervention and Early Experience. *American Psychologist*, 53, 2, 109-120.
- [18] Rogers, S. J. (1996). Brief Report: Early Intervention in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 2, 243 – 246.
- [20] McCollum, J. A. (2002). Influencing the Development of Young Children with Disabilities: Current Themes in Early Intervention. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 1, 4-9.
- [23] Smith, T., Groen, A., Wynn, J. (2000). Randomized trial of intensive early intervention of children with Pervasive Development Disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 105, 4, 269-285.
- [29] Hendricks, D. R., & Wehman, P. (2009). Transition From School to Adulthood for Youth With Autism Spectrum Disorders : Review and Recommendations. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 2, 77-88.
- [31] Cuppen, A. Dekker, F. Brouwer, S., Holwerda, A., Groothoff, J.W., Klink, van der J.J.L. (2010) Voorspellende factoren voor arbeidsparticipatie van Wajongers met Autisme Spectrum Stoornis. Nijkerk: Arbeidsdeskundig Kennis Centrum.
- [34] Peetsma, T., Vergeer, M., Roeleveld, J., & Karsten, S. (2001). Inclusion in Education: comparing pupils' development in special and regular education. *Educational Review*, 53, 2, 125-135.
- [37] Stoutjesdijk, M., Berendsen, E. (2007). Kenniscahier 07-01 De groei van de Wajonginstroom. UWV Kenniscentrum.
- [40] Sociaal Economische Raad (2009). De winst van maatwerk: Je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn; advies over de voorbereiding op participatie van jongeren met ontwikkelings- of gedragsstoornissen. Publicatienummer 7.
- [41] Allan, J., & Brown, S. (2001). Special Schools and Inclusion. *Educational Review*, 53, 2, 199-207.
- [45] Gray, D. E. (2002). Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*, 24, 6, 734–749.

- [46] Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52, 31-49.
- [54] Mullera, E., Schuler, A., Burton, B. A., & Yates, G. B. (2003). Meeting the vocational support needs of individuals with Asperger Syndrome and other autism spectrum disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 163-175.
- [57] Schall, C. M. (2010). Positive behavior support: Supporting adults with autism spectrum disorders in the workplace. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32, 109-115
- [60] Gezondheidsraad (2000). Diagnostiek en behandeling van ADHD. Publicatie nr 2000/24. Gezondheidsraad: Den Haag.
- [62] Matson, J. L. (2007). Determining treatment outcome in early intervention programs for autism spectrum disorders: A critical analysis of measurement issues in learning based interventions *Research in Developmental Disabilities*, 28, 207-218.
- [67] Sociaal Economische Raad (2007). Meedoen zonder beperkingen Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten. Publicatienummer 6. Den Haag.
- [69] Smith, T. (1999). Outcome of Early Intervention for Children With Autisme. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 33-49.
- [71] Besseling, J., Hagen, B., Andriessen, S., Peele te A., Crone, M., Kok L., Vos de E. (2007) Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking. Nummer 385. TNO.
- [72] Suijker, F.W. (2007) Verdubbeling van de instroom in de Wajong: oorzaken en beleidsopties. (Publicatie nr 156. Den Haag: Centraal Planbureau.
- [73] Besseling, J., Andriessen, S., Vos, de E. en Wevers, C. (2008) Participatiemogelijkheden van Wajongers. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- [74] Konijn, C. (red.) (2003) Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg. Utrecht: NIZW.
- [75] Veen, van D., Lieshout, van M., Doorduijn, A. (2004). Naar betere zorg voor kinderen met ADHD; Regionale samenwerking tussen onderwijs, gezondheidszorg en jeugdzorg. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- [77] Besseling, B., Andriessen, S., Wevers, C. (2010). Contourennotitie Wajongrisicomodel. Hoofddorp: TNO
- [78] Hagen, B., Overmars-Marx, T. (2009). De werktoekomst van VSO Cluster 4-leerlingen; Een studie naar de bijdrage van cluster 4-scholen aan de (werk)toekomst van hun leerlingen. Utrecht: Vilans.
- [82] Kooiker, S.E. (red.) (2006). Jeugd met beperkingen; Rapportage gehandicapten 2006. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- [87] Vos, de E. (2010). Routekaart naar werk voor jongeren met ernstige gedragsmoeilijkheden. Hoofddorp: TNO.
- [95] Smeets, E., Veen, van der I., Derriks, M., Roeleveld, J. (2007). Zorgleerlingen en leerlingenzorg op de basisschool. ITS – Radboud Universiteit Nijmegen SCO-Kohnstamm Instituut.
- [96] Inspectie van het Onderwijs (2004). De zorg voor leerlingen met dyslexie, ADHD, autisme en hoogbegaafdheid. Een onderzoek naar de kwaliteit van handelingsplannen in het basisonderwijs in 2004. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- [97] Algemene rekenkamer (2010). Zorgleerlingen in het primair en voortgezet onderwijs. Terugblik 2010. Den Haag: Algemene rekenkamer.
- [98] Inspectie van het Onderwijs (2011). De staat van het onderwijs. Onderwijsjaarverslag 2009/2010. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.

- [99] Inspectie van het Onderwijs (2010). Onderwijsjaarverslag 2008/2009. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- [100] Weijsschede, S., Engelen, M. (2010). Arbeidstoeleiding en de Wajong: een estafette? Een onderzoek naar de visie en werkwijze van VSO- en PRO-scholen. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- [101] Eurydice - EACEA. Organisatie van het onderwijssysteem in Nederland 2008/2009.
- [102] Berendsen, E., Havinga, H., Stoutjesdijk, M. (2008). Kenniscahier 08-01. De participatiemogelijkheden van de Wajonginstroom. UWV Kenniscentrum.
- [103] Stoutjesdijk, R. & Scholte, E.M (2009). Cluster 4 speciaal onderwijs: een vergelijking tussen leerlingen op cluster 4 scholen en cluster 4 rugzakleerlingen. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 48 161-169.
- [104] Oeseburg, B., Jansen, C.E.M, Groothoff, J.W. (2009). Emotional and behavioral problems in adolescents with intellectual disability with and without chronic diseases. Journal of intellectual disability Research 45 81-89.
- [105] Holwerda, A., van der Klink, J.L., Groothoff, J.W (2010). Wajong cohort in Noord-Nederland: kenmerken van Wajong aanvragers.
- [106] Smeets, E. (2007). Speciaal of apart. Onderzoek naar de omvang van het speciaal onderwijs in Nederland en andere Europese landen. ITS - Radboud Universiteit Nijmegen.
- [107] Verhoof, E.J.A, Maurice-Stam, H., Grootenhuis, M.A. (2010) EMWajong Onderzoek: Opgroeien naar een Wajong-uitkering Rotterdam
- [108] Cardol, M., Speet, M., Rijken, M. (2007) Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking. Utrecht Nivel
- [109] Jepma, I.J., De Visser, S. (2010) De Beste start? Kansen op de arbeidsmarkt voor jongeren met een beperking. Utrecht Sardes
- [110] Gezondheidsraad (2009). Autismspectrumstoornissen: een leven lang anders. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr. 2009/09.
- [111] Michon, H., van Busschenbach, J.T., van Vucht, M. (2011) Effectiviteit van individuele Plaatsing en Steun in Nederland. deel rapport 1 bevindingen na 18 maanden follow up. Groningen Rob Giel Onderzoekscentrum & Trimbos instituut
- [112] van der Wolf, K. (2007) Het wassende water van de leerlingenzorg. MESO magazine, 154 5-9
- [113] Hollander, M., Diepenhorst, M. (2009) Wachtlijsten voor jeugd-LVG: aantallen en achtergronden. Zoetermeer Research voor Beleid



Research voor Beleid  
Bredewater 26  
Postbus 602  
2700 MG Zoetermeer  
tel: 079 322 22 22  
fax: 079 322 22 12  
e-mail: [info@research.nl](mailto:info@research.nl)  
[www.research.nl](http://www.research.nl)

