

JONGEREN INCLUSIEF

MICRODATA-ONDERZOEK NAAR PARTICIPATIEACHTERSTANDEN VAN JONGEREN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING

AUTEUR(S) Maartje Gielen, Wijnand Plaggenhoef, Joeri Athmer, Leo Aarts en Ilse Kalisvaart

DATUM 1 augustus 2021
VERSIE Definitief

Inhoudsopgave

1 Inleiding 3
1.1 Aanleiding 3
1.2 Aanpak in het kort 3
1.3 Afbakening onderzoekspopulatie 4
1.4 Leeswijzer 4

2 Inhoudelijke basis dashboard 6
2.1 Opbrengsten interviews 6
2.2 Dashboard 10

3 Participatieachterstanden en belemmeringen 11
3.1 Participatieachterstanden van jongeren met een chronische aandoening in het onderwijs 11
3.2 Participatieachterstanden van jongeren met een chronische aandoening in werk, inkomen en zelfstandigheid 14
3.3 Subgroepen met grotere participatieachterstanden 18
3.4 Samenvatting grootste participatieachterstanden 21

4 Kansrijke interventies en mogelijkheden resultaatfinanciering 22
4.1 Kansrijke interventies 22
4.2 Haalbaarheid resultaatfinanciering 29

5 Conclusie 32
5.1 Samenvatting van de bevindingen 32
5.2 Aanbevelingen ten aanzien van data 33

A. Gesprekspartners 34

B. Onderzoeksverantwoording 35
B.1 Gebruikte databestanden 35
B.2 Kenmerken 37
B.3 Indicatoren 38

C. Indeling categorieën chronische aandoeningen Vektis 42

D. Beoordelingskader mogelijkheden resultaatfinanciering 44

E. Zorgkosten Zorgverzekeringswet 46

F. Verantwoording Vektisdata 49

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

FNO vindt dat een kwetsbare gezondheid een volwaardig leven niet in de weg mag staan. Daarom zetten zij zich als vermogensfonds in voor het vergroten van kansen op meer gezondheid, kwaliteit van leven en toekomstperspectief. FNO is van start gegaan met het programma Jongeren INC. Het uiteindelijk doel van dit programma is dat jongeren (0 tot en met 25 jaar) met een chronische aandoening naar wens en vermogen kunnen meedoen in de samenleving.

Startpunt van het programma is het microdataproject dat Significant APE samen met de programmaleiding uitvoert. In dit project brengen we in beeld hoe de participatie van jongeren met een chronische aandoening achterblijft bij hun leeftijdsgenoten op verschillende domeinen, waaronder werk en onderwijs. We brengen in kaart wat passende voorzieningen zouden zijn en of het mogelijk is om te komen tot resultaatfinanciering. Resultaatfinanciering is belangrijk omdat het gericht is op het daadwerkelijk verkleinen van participatieachterstanden. Het bevordert de inzet van interventies die daadwerkelijk effect hebben.

1.2 Aanpak in het kort

Startpunt van dit onderzoek waren **oriënterende gesprekken**. Dit waren inhoudelijke gesprekken met jongeren en experts om richting te geven aan de microdata-analyse. Daarnaast hebben we gesprekken gevoerd met dataleveranciers om na te gaan welke data we konden gebruiken om te meten wat we willen weten. In bijlage A staat een overzicht van de gesprekspartners.

Op het moment dat we in beeld hadden wat wij wilden meten zijn we gestart met de **dataverzameling**. Voor de kenmerken van jongeren en de indicatoren die wij wilden meten hebben we gebruik gemaakt van data die al aanwezig was in de CBS-omgeving. Zie voor meer informatie de onderzoeksverantwoording in bijlage B. Voor het identificeren van jongeren met een chronische aandoening hebben we gebruik gemaakt van Vektisdata en gemeentedata over Jeugd ggz. Zie voor meer informatie over de aangeleverde Vektisdata bijlage F.

We hebben voor jongeren met en zonder chronische aandoening in beeld gebracht wat de waardes zijn op verschillende indicatoren om **participatieachterstanden in beeld** te brengen. Naast het hebben van een chronische aandoening zijn er andere factoren die samenhangen met de waardes van de indicatoren. Wij hebben onderzocht welke factoren dit zijn door gebruik te maken van regression trees. Met een regression tree kan in beeld worden gebracht welke combinaties van kenmerken van jongeren bepalend zijn in bijvoorbeeld de kans op arbeidsparticipatie. Zo hebben wij geconstateerd dat naast een chronische aandoening, een migratieachtergrond (1^{e} of 2^{e} generatie), het wonen in een stedelijke buurt (hoge omgevingsadressendichtheid) en het wonen in een buurt met relatief veel huishoudens (meer dan 7%) met een laag inkomen (hierna: lage sociaaleconomische status, oftewel SES) belangrijke factoren zijn in de kans op arbeidsparticipatie en de waardes van andere indicatoren. Wij hebben in een **dashboard** van elk van de indicatoren in beeld gebracht wat de participatieachterstanden zijn voor jongeren met een chronische aandoening en wat de participatieachterstanden zijn van jongeren met een chronische aandoening die daarnaast een migratieachtergrond hebben of die in een buurt wonen met een lage SES of die in een stedelijke buurt wonen. Er zit veel samenhang tussen buurten met een lage SES en stedelijke buurten. De lage SES is inhoudelijk meer verklarend voor achterstanden. In een aanvullende analyse (niet in het dashboard) hebben we aanvullend gekeken naar het verschil bij psychische of niet-psychische chronische aandoeningen.

Wij hebben vervolgens uit de analyseresultaten gehaald waar de grootste participatieachterstanden zitten. Wij hebben een **beoordelingskader** ontwikkeld, waarmee beoordeeld kan worden of resultaatfinanciering mogelijk is. Zie bijlage D.

Onderdeel van het beoordelingskader zijn het identificeren van kansrijke interventies en het maken van een inschatting van de kosten van deze interventies. Hiervoor hebben wij informatie benut uit de oriënterende gesprekken en hebben we aanvullend twee expertsessies georganiseerd: één met jongeren en één met professionals.

1.3 Afbakening onderzoekspopulatie

In dit onderzoek is de belangrijkste databron om jongeren met een chronische aandoening te identificeren Vektis-data. Vektis bepaalt op basis van de declaratiegegevens van zorgverzekeraars welke jongeren (0 tot en met 25 jaar) in 2018 in datzelfde jaar te maken hadden met een chronische aandoening. Dit is gebeurd op basis van de vereveningskenmerken[1] farmaceutische kostengroepen (FKG's) en hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) en prestatiecodes langdurige zorg zintuiglijk gehandicapt (ZG). Zo konden jongeren met een chronische aandoening worden geïdentificeerd.

Jeugd ggz valt sinds 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Daarom is in aanvulling op de Vektis-data gekeken welke jongeren tot 18 jaar drie maanden of langer gebruik hebben gemaakt van jeugdzorg in 2018, niet zijnde pleegzorg. Dit betekent dat jongeren met een chronische aandoening zonder Zvw- of jeugdzorggebruik niet zijn geïdentificeerd als jongeren met een chronische aandoening. Deze jongeren vallen in de referentiegroep. In totaal hebben we 335 duizend jongeren met een chronische aandoening op basis van Zvw- of jeugdzorggebruik geïdentificeerd en zitten er 4,7 miljoen jongeren in de referentiegroep. In deze referentiegroep zitten dus waarschijnlijk wel jongeren met een chronische aandoening zonder zorggebruik.

Deze aantallen wijken sterk af van de aantallen in eerder onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut.[2] De belangrijkste verklaringen voor de verschillen zijn dat er in het onderzoek van Verwey-Jonker (1) meerdere jaren terug is gekeken en dat er (2) meerdere verschillende databronnen zijn gebruikt. In het onderzoek van Verwey-Jonker zijn bijvoorbeeld FKG-gegevens over de jaren 2013 tot en met 2017 gebruikt. Dit kan betekenen dat een jongere bijvoorbeeld in 2013 gebruik heeft gemaakt van een inhalator voor astma en op basis daarvan wordt geclassificeerd als een jongere met astma in 2018, terwijl de jongere mogelijk inmiddels niet of nauwelijks meer last heeft van de astma.

Omdat het onderzoek gericht is op participatie hebben wij jongeren die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt en/of verstandelijk gehandicapt (VG) zijn buiten beschouwing gelaten. Zij hebben ook met ondersteuning nauwelijks participatiemogelijkheden. Voor het onderzoek gaan we uit van jongeren met een zekere mate van zelfstandig functioneren. Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) kunnen wel te maken krijgen met dezelfde problemen als jongeren met een chronische aandoening, zoals niet makkelijk aan het werk komen. Idealiter hadden we deze groep uitgelicht. Echter met de data van Vektis kon deze groep niet goed geïdentificeerd worden. Zie ook de onderzoeksverantwoording in bijlage B. De bevindingen in dit rapport kunnen wel ook relevant zijn voor jongeren met een LVB.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de bevindingen uit de oriëntatiefase die richting hebben gegeven aan de microdata-analyse. In dit hoofdstuk beschrijven wij ook hoe we dit vertaald hebben naar de microdata-analyse en we geven een korte toelichting

[1] Vereveningskenmerken zijn kenmerken die worden gebruikt in de risicoverevening. Zorgverzekeraars hebben acceptatieplicht en mogen geen premiedifferentiatie toepassen voor de basisverzekering. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars met veel verzekerden uit risicogroepen (zoals chronisch zieken) aan hun acceptatieplicht kunnen blijven voldoen, voert Zorginstituut Nederland de risicoverevening uit. Door middel van risicoverevening worden zorgverzekeraars die meer verzekerden hebben met hoge zorgkosten, hiervoor financieel gecompenseerd. Dat gebeurt via de zogeheten vereveningsbijdrage die het Zorginstituut aan verzekeraars uitkeert.

[2] Verwey-Jonker Instituut (2019). *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland: Omvang, samenstelling en participatie.*

op het dashboard. In hoofdstuk 3 gaan we in op de geconstateerde participatieachterstanden en belemmeringen. In hoofdstuk 4 beschrijven we kansrijke interventies en geven wij een inschatting van de haalbaarheid van resultaatfinanciering. We sluiten af met de conclusies in hoofdstuk 5. Hierin vatten wij de belangrijkste bevindingen samen en geven we een aantal adviezen.

2 Inhoudelijke basis dashboard

2.1 Opbrengsten interviews

In deze paragraaf doen wij beknopt verslag van de bevindingen uit de gesprekken met de geraadpleegde organisaties. In bijlage A staan de organisaties weergegeven. In deze paragraaf presenteren we de bevindingen die komen uit de gesprekken. Deze bevindingen geven richting aan de microdata-analyse en het dashboard.

2.1.1 Doelgroep

In de interviews hebben we gesproken over de doelgroep waar de betreffende organisaties zich op richten en welke subgroepen zij terugzien binnen de doelgroep 'jongeren met een chronische aandoening'. Volgens onze gesprekspartners gaat het om jongeren met levenslange en levensbrede aandoeningen met gevolgen voor diverse domeinen van participatie. In veel gesprekken komt als belangrijke boodschap terug dat de jongeren vaak te maken hebben met een combinatie van aandoeningen die naast elkaar voorkomen (comorbiditeit), of die elkaar opvolgen, die hun zelfredzaamheid in de maatschappij belemmert.

> *"Kwetsbaarheid is niet aan één kenmerk te koppelen, maar aan een combinatie van kenmerken"*

Onze gesprekspartners vinden het belangrijk dat in de voorzieningen voor jongeren met een chronische aandoening de focus ligt op de concrete ondersteuningsbehoefte (niet op de diagnose). Immers, mensen met verschillende diagnosen hebben soms dezelfde ondersteuningsbehoeften, terwijl mensen met dezelfde diagnose soms heel verschillende ondersteuningsbehoeften hebben, bijvoorbeeld omdat de impact van de aandoening op hun persoonlijke situatie verschilt. Het merendeel van de ondersteunende organisaties geeft aan dat de behoefte van de jongere centraal moet staan voor passende ondersteuning. Jongeren ervaren dat deze ambitie in de praktijk niet altijd wordt waargemaakt. Zo geven zij bijvoorbeeld aan dat er grote verschillen bestaan tussen scholen in de manier waarop deze omgaan met hun ondersteuningsbehoefte. Ook binnen scholen zijn er verschillen; de ene of de andere mentor kan een groot verschil uitmaken.

2.1.2 Subgroepen

Binnen de brede doelgroep 'jongeren met een chronische aandoening' onderscheiden onze respondenten zeven verschillende subgroepen van jongeren met een vergelijkbare ondersteuningsbehoefte: gedragsproblemen, autisme, ADHD, depressie/burn-out, angststoornissen, niet aangeboren hersenletsel en jongeren met een fysieke beperking. In grote lijnen zijn deze subgroepen terug te brengen tot: fysieke aandoeningen (inclusief zintuigelijk), psychische aandoeningen, en gedragsproblemen. Gesprekspartners wijzen erop dat lang niet in alle gevallen de aandoening voor de buitenwereld zichtbaar is en dat dit gevolgen heeft voor de problemen die de betreffende jongeren tegenkomen.

Overigens wijzen de gesprekspartners erop dat er vaak sprake is van een combinatie van fysieke en psychische klachten en sommige jongeren daarom tot meer dan één subgroep moeten worden gerekend (bijvoorbeeld jongeren met een combinatie van fysieke en psychische klachten zoals reuma en depressie). Verder komt uit de gesprekken met mensen van de ondersteunende organisaties naar voren dat veel jongeren in hun doelgroepen kampen met psychische of psychosociale problemen en dat dit een belangrijk aandachtspunt is. Temeer omdat over de omgang met deze problemen nog heel veel onbekend is.

Respondenten wijzen de jaren tussen +/- 14 en 30 jaar aan als de levensfase waarin veel veranderingen plaatsvinden en waarin mensen belangrijke keuzes maken die bepalend zijn voor de rest van het leven.

> *"In de leeftijdsfase van 13 à 15 tot 30 jaar, daar komt het hele leven samen; dat is de fase waar mensen een opleiding kiezen en nadenken hoe ze willen werken, relaties aangaan en uit huis gaan."*

Jongeren met chronische aandoeningen ervaren meer beperkingen bij deze keuzes dan andere jongeren. In de gesprekken wordt naar voren gebracht dat de meeste ondersteunende voorzieningen zijn gericht op het hier en nu, terwijl er grote behoefte is aan ondersteuning in het perspectief van de eigen persoonlijke ontwikkeling in de toekomst en gericht op het verlichten van de beperkingen daarin. Bijzondere aandacht in het ontwikkelingsperspectief van jongeren met een chronische aandoening verdient de overgang naar volwassenheid. Wanneer een jongere 18 wordt, krijgt hij of zij te maken met andere wetgeving (van Jeugdwet naar Wmo of Wlz) en wordt er meer zelfstandigheid verwacht. Dit is voor sommige jongeren problematisch.

2.1.3 Participatie en knelpunten

In de interviews hebben we gevraagd op welke domeinen jongeren met een chronische aandoening achterstand ervaren in de participatie. Hierbij hebben de respondenten de volgende domeinen als belangrijk aangemerkt: werk, onderwijs, financiën, wonen, netwerk/relaties, gezin, zorg en omgaan met veranderingen. We gaan hierna in op de bevindingen per type chronische aandoening, per domein en op overige knelpunten en ondersteuningsbehoeften.

Bevindingen per chronische aandoening

Jongeren met een fysieke beperking hebben veelal praktische belemmeringen, zoals de beperkte toegankelijkheid van openbare ruimten en voorzieningen. Veel van hen zijn afhankelijk van hulpmiddelen. Jongeren met een psychische aandoening (zoals psychische klachten door niet aangeboren hersenletsel[3], autisme, ADHD) lopen risico op problemen met informatieverwerking, concentratie en overprikkeling. Ook hebben zij binnen de sociale context het meest te maken met onbekendheid en stigmatisering. Voor jongeren met zintuiglijke aandoeningen (auditief en visueel) lijken de voorzieningen, in vergelijking met de andere subgroepen, relatief goed ingericht. Waarschijnlijk hangt dit samen met de algemene bekendheid met deze aandoeningen. Desondanks ervaren ook deze jongeren veel beperkingen, onder meer in de mogelijkheden tot participatie in passend werk. Voor nagenoeg alle subgroepen geldt dat ze te maken hebben met beperkte inzetbaarheid, energietekort en vermoeidheid. De verschillende gesprekspartners geven aan dat met name deze klachten aanpassingen vragen en invloed hebben op de mate van participatie. Dit is niet het enige waar de jongeren tegenaan lopen. We gaan hierna in op de bevindingen per domein.

Bevindingen per domein

Uit de gesprekken blijkt dat de achterstand in participatie niet tot één domein beperkt blijft. Allereerst hebben de (gevolgen van) de aandoeningen impact op alledaagse dingen. Dit vraagt om aanpassingen bij diverse 'vanzelfsprekende' activiteiten, zoals boodschappen doen. De meeste jongeren met een chronische aandoening hebben daarnaast participatie-achterstanden op meerdere domeinen. Onderwijs en werk worden gezien als de domeinen waar de participatieachterstand het grootst is, gevolgd door financiën en wonen. Deze vier domeinen verdienen hoge prioriteit in de bevordering van de maatschappelijke participatie. Deze stelling wordt door de geraadpleegde gesprekspartners breed gedeeld.

> *"Inkomen, onderwijs en arbeidsmarkt zijn de sleutel om mensen deel te laten nemen aan de samenleving"*

[3] Niet aangeboren hersenletsel kan zowel psychisch als fysiek zijn. Lichamelijke gevolgen van NAH zijn meestal zichtbaar. Denk aan een gehele of gedeeltelijke verlamming.

Onderwijs: Onderwijs is een domein waar veel belemmeringen in de participatie worden ervaren. De jongeren hebben onder andere te maken met regelmatige afwezigheid door ziekenhuisopnames of revalidatietrajecten, met als gevolg dat het onderwijsprogramma niet volledig gevolgd kan worden. Daarnaast hebben veel jongeren een lagere belastbaarheid of een lager energieniveau, waardoor het onderwijsprogramma te veel kan zijn. Jongeren met een chronische aandoening hebben verder te maken met leerproblemen, stromen vaker af naar een lager niveau, hebben vaker uitval, maken vaker gebruik van speciaal onderwijs en doen er langer over om een diploma te behalen aldus onze gesprekspartners. Knelpunten binnen het onderwijs hebben betrekking op de gebrekkige aansluiting van het onderwijsaanbod op de leerbehoeften en persoonlijke situatie van de jongeren en bij hun specifieke leermogelijkheden (waarop het traditioneel ingericht onderwijs niet goed inspeelt, bij toetsing bijvoorbeeld). Over het algemeen zijn scholen weinig flexibel in aanpassingen binnen het onderwijsprogramma. De mate van flexibiliteit verschilt wel per school of persoon waar de jongeren mee te maken krijgen.

Voor jonge kinderen is het vooral belangrijk om ‘mee te doen’, zowel op sociaal gebied als met het onderwijs. Kinderen hebben vaak te maken met onbekendheid over de aandoening bij klasgenoten, wat kan leiden tot een gevoel van onbegrip. Voor de leeftijdsgroep binnen het basisonderwijs en voortgezet onderwijs is met name de kwaliteit van ondersteuning die geboden kan worden in het onderwijs een belangrijk aandachtspunt.

Meer algemeen betwijfelen onze gesprekspartners of er binnen het onderwijsklimaat voldoende ruimte is voor een adequate respons op de ondersteuningsbehoefte van een kind of jongere met een chronische aandoening. Men wijst hierbij op de beperkte bekendheid bij de onderwijsprofessional met chronische aandoeningen en op de aarzelingen om waar nodig medische handelingen te verrichten, omdat dit buiten de verantwoordelijkheid (en bevoegdheid) van docenten zou vallen. Daarnaast is goede begeleiding niet altijd beschikbaar, terwijl persoonlijk contact en een vast aanspreekpunt van belang zijn. Ook ontbreekt het vaak aan duidelijke informatie over de ondersteuningsmogelijkheden binnen de school. De goede aansluiting tussen onderwijs en werk wordt algemeen als belangrijk knelpunt genoemd. De jongeren voor wie werk geen passende optie is, zouden toegang moeten hebben tot passende vormen van zinvolle dagbesteding. Dat is gunstig voor de ontwikkeling en het onderhouden van sociale contacten en voor de eigenwaarde.

Werk: jongeren met een chronische aandoening hebben minder vaak werk of stromen vaker vanuit onderwijs door naar dagbesteding. Omdat ze minder werkervaring opdoen, wordt hun achterstand op de arbeidsmarkt steeds groter en daardoor moeilijker in te halen. Bij het zoeken naar werk zijn de ervaren klachten voor een deel van de jongeren van invloed op de keuze voor een baan. Ook speelt de onzekerheid of er wel een passende functie is, een rol in dit proces. Knelpunten die jongeren binnen het werk ervaren zijn: de beperkte toegankelijkheid (voor jongeren met fysieke aandoeningen), lagere belastbaarheid en energietekort en een goede balans tussen werk en privé. De flexibiliteit die kan worden geboden vanuit het werk is een belangrijk punt, bijvoorbeeld minder uren kunnen werken of flexibiliteit in inzet als je een ‘mindere dag’ hebt.

Een algemene belemmering is dat veel werkgevers onvoldoende bekend zijn met specifieke aandoeningen, waardoor goede, potentieel haalbare matches toch niet tot stand komen. Daarnaast ervaren werkgevers praktische drempels die tewerkstelling van jongeren met een chronische aandoening minder aantrekkelijk maakt. Wel geven andere gesprekspartners aan dat er voor werkgevers momenteel al veel geregeld is om een jongere met een chronische aandoening in dienst te nemen. Ook bekendheid van de werkgever met de aandoening van een jongere uit bijvoorbeeld de privésfeer bevordert het succes sterk.

Financiën: Veel jongeren met een chronische aandoening hebben onvoldoende inkomen, onder meer doordat zij geen of minder arbeidsinkomsten hebben. Dat wordt lang niet in alle gevallen gecompenseerd met een sociale uitkering. En voor de jongeren met een bijstandsuitkering is die lager dan van andere jongeren omdat veel van hen vanwege hun aandoening bij hun ouders blijven wonen. Verder wijzen onze gesprekspartners erop dat jongeren met een chronische aandoening vaker problematische schulden hebben, mede vanwege hun lagere inkomen, hun hogere studielening en hun hogere zorgkosten.

Wonen: Veel jongeren met een chronische aandoening wonen lang bij hun ouders. Op het moment dat zij graag anders willen wonen is er vaak geen passende woning beschikbaar. Er is beperkte keuze voor een woning en de jongeren zijn vanwege de benodigde aanpassingen vaak aangewezen op duurdere woningen. Ook vergt het vinden van een passende woning veel regelwerk. De indruk onder onze gesprekspartners is dat dit probleem voor jongeren met een chronische aandoening nog groter is dan voor andere jongeren. Ook omdat, voor jongeren met fysieke beperkingen, de eventueel beschikbare woningen ook nog moeten passen bij de specifieke beperkingen. Daarnaast geven de jongeren aan dat het niet mogelijk is om, zoals leeftijdsgenoten, gedurende de studententijd op kamers te gaan of te wonen in een studentenhuis, omdat dit te belastend is of te veel prikkels geeft.

Netwerk/relaties: Onze gesprekspartners weten dat jongeren met een chronische aandoening gemiddeld minder sociale contacten hebben en meer te maken hebben met verlies van vrienden. Daarnaast voelen zij zich meer buitengesloten en worden ze meer gepest. Vermoeidheid of andere aan de aandoening gerelateerde belemmeringen maken het moeilijk om deel te nemen aan sociale activiteiten. Bij het aangaan van nieuwe contacten lijkt de constante afweging om de aandoening wel of niet te vertellen een rol te spelen, wat het soms lastiger maakt om nieuwe mensen te leren kennen. Het positieve netwerk van de jongeren bestaat met name uit vrienden die begrip hebben voor de situatie en mensen die soortgelijke dingen hebben meegemaakt.

Gezin: Uit de gesprekken maken wij op dat jongeren met chronische aandoeningen meer dan gemiddeld te maken hebben met kwetsbare gezinssituaties en overbelaste ouders die niet goed worden ondersteund. Daarnaast kan de situatie van de jongeren zijn weerslag hebben op de gezinssituatie.

Zorg: Voor jongeren met chronische aandoeningen is het heel belangrijk dat zij zelf de regie hebben bij het ontvangen van zorg en dat er goed wordt geluisterd naar wat ze nodig hebben. In de gesprekken komt meerdere malen naar voren dat de zorg op dit punt tekortschiet. Enkele gesprekspartners geven aan dat veel jongeren met een chronische aandoening moeite hebben met de wisseling van zorgverleners. Tot slot ontbreekt het vaak aan standaard (psychologische) hulp en ondersteuning tijdens het zorgtraject.

Transities: Uit de verschillende gesprekken komt naar voren dat transitiemomenten belangrijke momenten zijn waarop een grote behoefte is aan een vorm van ondersteuning. Bijvoorbeeld bij transities van kindzorg naar volwassenzorg, de stap naar zelfstandig wonen, de overgang tussen onderwijsvormen of de overgang van onderwijs naar werk. Er is op deze momenten behoeften aan persoonlijke begeleiding en een toegankelijke informatievoorziening over de mogelijkheden tot hulp en ondersteuning.

Overige knelpunten en ondersteuningsbehoeften

Andere knelpunten die niet direct raken aan deze participatiedomeinen zijn terug te brengen tot knelpunten op individueel en maatschappelijk niveau.

Op individueel niveau noemen de geïnterviewden een aantal factoren die nu als belemmering worden ervaren of positieve factoren die juist kunnen worden ingezet voor een betere participatie. Veelgenoemd is het feit dat jongeren met een chronische aandoening niet altijd erkennen of accepteren dat ze een bepaalde aandoening hebben. Om zelf regie te houden en te kunnen participeren is het belangrijk om volledig bewust te zijn van de eigen aandoening en van wat dat voor henzelf en anderen betekent. Het is belangrijk dat jongeren zichzelf niet overschatten, maar ook een te negatief zelfbeeld hindert de kansen op participatie. Evenmin bevorderlijk is het dat sommige jongeren de vaardigheden missen om de eigen hulpvraag te formuleren en uit te leggen. In de gesprekken wordt gewezen op de bovengemiddeld hoge sociale risico's waaraan veel jongeren met een chronische aandoening bloot staan. Dit geldt vooral voor jongeren met een verstandelijke beperking. Hierbij doelt men op dak- en thuisloosheid, middelenverslaving en crimineel gedrag. De algemeen gedeelde opvatting is dat assertiviteit voor jongeren met een chronische aandoening een heel belangrijke eigenschap is: voor jezelf kunnen opkomen en in staat zijn om 'de schouders eronder te zetten'.

Op maatschappelijk niveau wordt vooral de sociale druk als belangrijk knelpunt genoemd. Veel jongeren ervaren grote sociale druk of prestatiedruk. Voor jongeren met een chronische aandoening voelt die druk mogelijk nog zwaarder omdat de afstand tot het sociale ideaalbeeld voor hen persoonlijk nog groter is. Een ander knelpunt op maatschappelijk niveau is het gebrek aan breed in de samenleving gedeelde kennis over de verschillende aandoeningen en de effecten daarvan op het maatschappelijk functioneren. Dit leidt tot misplaatste gevoelens van schaamte. Vooral jongeren met 'niet zichtbare' psychische aandoeningen zouden hiermee te maken hebben. Onze gesprekspartners tekenen hierbij aan dat er wel de nodige kennis is. Het probleem is dat die kennis niet breed in de samenleving gedeeld wordt.

Als aandachtspunt voor de microdata-analyse geven onze gesprekspartners mee dat maatschappelijke participatie moet worden opgevat als een persoonlijk doel dat afhangt van persoonlijke wensen en vermogens. Niet als een absoluut doel dat voor alle jongeren met een chronische aandoening zou moeten gelden.

2.2 Dashboard

2.2.1 Vertaling naar microdata

Wij hebben de bevindingen uit de interviews vertaald naar indicatoren. Zie bijlage B.3 voor een overzicht van deze indicatoren. Niet van alle indicatoren die we zouden willen meten zijn er gegevens. Zo zijn er bijvoorbeeld geen goede gegevens beschikbaar over schulden[4]. De bevindingen uit de gesprekken worden vaak bevestigd in de data-analyse, maar niet altijd. We zien bijvoorbeeld niet terug dat jongeren met een chronische aandoening langer over hun studie doen en een hogere studieschuld hebben dan jongeren zonder een chronische aandoening. Dit sluit niet uit dat individuele jongeren door hun chronische aandoening wel degelijk te maken krijgen met studievertraging en meer studieschuld, maar dat geldt ook voor jongeren zonder een chronische aandoening. Maar in de vergelijkende analyse van groepsgemiddelden zien we het niet terug.[5]

2.2.2 Toelichting op het dashboard

In het dashboard is per domein op een groot aantal indicatoren te zien hoe groot de verschillen zijn tussen jongeren met en zonder chronische aandoening en hoeveel jongeren het betreft. Voor het dashboard zijn twee soorten indicatoren gebruikt:

a. Indicatoren die gebaseerd zijn op integrale data, en
b. Indicatoren die gebaseerd zijn op enquêtedata.

Integraal betekent dat de gegevens beschikbaar zijn voor alle jongeren. Dat maakt verdere uitsplitsing mogelijk. Deze indicatoren zijn dan ook uitgesplitst naar combinaties van kenmerken:

a. Wel/geen chronische aandoening en wel/geen migratieachtergrond;
b. Wel/geen chronische aandoening en wel/niet woonachtig in een buurt met een lage SES;
c. Wel/geen chronische aandoening en wel/niet woonachtig in een zeer stedelijke buurt.

Enquêtedata geven bijvoorbeeld inzicht in belemmeringen en zijn daarmee heel relevant. Deze data kunnen echter niet verder uitgesplitst worden omdat het aantal waarnemingen daarvoor te klein is. Uitsplitsen levert geen betrouwbare output. Bovendien kunnen we dan niet voldoen aan de privacyregels van het CBS. Uitgebreidere informatie is te lezen in bijlage B.

[4] CBS onderzoekt momenteel of er gegevens over schulden kunnen worden ontsloten.

[5] Om het causaal verband tussen chronische aandoeningen en studievertraging en studieschuld te toetsen is een multivariate analyse noodzakelijk. Die hebben wij niet uitgevoerd.

3 Participatieachterstanden en belemmeringen

Wij constateren op basis van onze microdata-analyses de grootste participatieachterstanden in het onderwijs en in werk en, daaraan gerelateerd, in inkomen en zelfstandigheid. Wij brengen deze achterstanden hierna in beeld. De geconstateerde achterstanden baseren we op een analyse van integrale data. We benoemen hierbij ook de onderliggende belemmeringen die uit enquêtedata komen.

3.1 Participatieachterstanden van jongeren met een chronische aandoening in het onderwijs

Tabel 1 toont de participatieachterstanden in het onderwijs. In de eerste kolom staat telkens de indicator waar het om gaat. In de tweede en derde kolom staat de waarde van de indicator voor de jongeren met en zonder een chronische aandoening. Zo heeft 0,7% van de jongeren met een chronische aandoening in de leeftijd 5 t/m 18 een vrijstelling van het onderwijs en is dit in de groep jongeren zonder een chronische aandoening 0,4%. De participatieachterstand is het verschil hiertussen: in dit geval 0,3 procentpunt. Dit noemen we de participatieachterstand. In de laatste twee kolommen is te zien hoe groot de totale groep jongeren is met en zonder de chronisch aandoening waarvoor we de indicator hebben gemeten. Er zijn dus 236.162 jongeren met een chronische aandoening in de leeftijd 5 t/m 18 jaar. Hiervan heeft 0,7% een vrijstelling van het onderwijs. De laatste kolom laat zien hoeveel jongeren met een chronische aandoening er geen vrijstelling van het onderwijs zouden moeten hebben, zodanig dat er geen verschil zou zijn tussen de jongeren met en zonder chronische aandoening. Dit zijn er 742. Als er 742 minder jongeren met een chronische aandoening een vrijstelling zouden hebben dan zijn het er nog 841 en dat is 0,4% net als in de groep jongeren zonder een chronische aandoening.

Indicator	Aandeel in groep jongeren met een chronische aandoening	Aandeel in groep jongeren zonder chronische aandoening	Participatie achterstand (procent-punt)	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening	Aantal jongeren met een chronische aandoening met achterstand
Vrijstelling onderwijs (leeftijd 5 t/m 18)	0,7%	0,4%	0,3	236.162	2.460.390	742
Voortijdig school verlaten[6]	4,3%	2,4%	1,9	112.341	1.273.311	2.169
Afstroming middelbare school (leeftijd 21 t/m 25)	10,4%	8,5%	1,9	54.214	996.013	1.028
Afstroming vervolgopleiding (leeftijd 25)	13,3%	10,9%	2,4	11.760	201.120	278

Tabel 1. Participatieachterstanden jongeren met een chronische aandoening in het onderwijs

Jongeren met een chronische aandoening hebben bijna twee keer zo vaak een vrijstelling van het onderwijs. Daarbovenop verlaten zij ook nog bijna twee keer zo vaak voortijdig hun school. Dit betekent dat zij zonder startkwalificatie (een diploma havo, vwo, mbo niveau 2 of hoger) het onderwijs verlaten. De jongeren stromen daarnaast vaker af, zowel op de middelbare school als in het vervolgonderwijs.

Uit een enquête onder schoolverlaters die hun vo- of mbo-diploma hebben behaald of die het onderwijs voortijdig verlaten hebben, blijkt dat bij ruim een derde van de voortijdig schoolverlaters in het voortgezet onderwijs of in het mbo **de ziekte hierbij een heel belangrijke rol speelde**.[7] Bij 4 op de 10 jongeren met een chronische aandoening zijn **psychische problemen** een reden om te stoppen. **Persoonlijke problemen** of **schoolgerelateerde problemen** spelen ook vaker een rol bij jongeren met een chronische aandoening ten opzichte van jongeren zonder een chronische aandoening.[8] Jongeren met een chronische aandoening zijn daarnaast **minder tevreden met de begeleiding vanuit beroepspraktijkvormings- of stageplaats, de begeleiding vanuit de school, de kwaliteit van docenten, huisvesting, manier van examineren, manier waarop leraren lesgeven, schoolvoorzieningen, sfeer op school en studiebegeleiding**.[9]

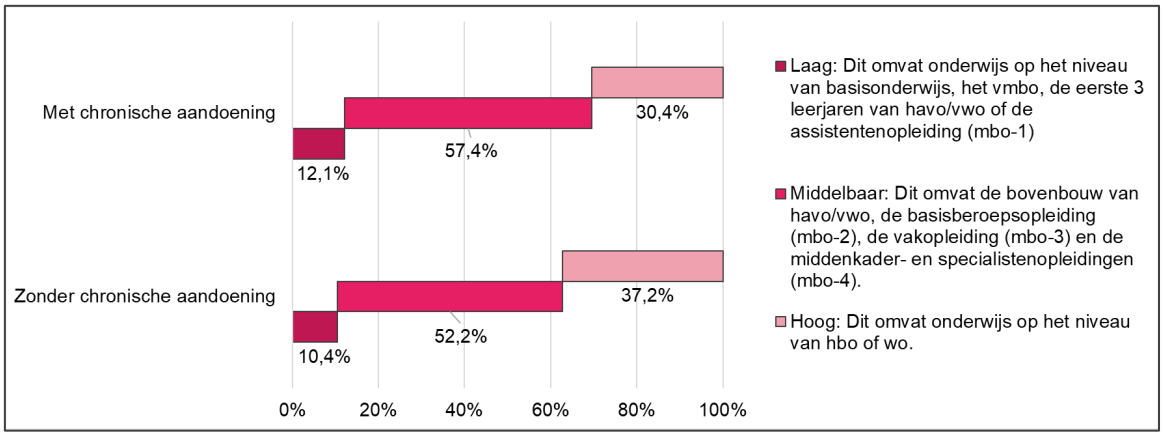
De jongeren met een chronische aandoening behalen uiteindelijk ook een lager diploma. Zie figuur 1 en tabel 2.

[6] Deze indicator laat zien of een persoon die op peilmoment (1 oktober van een schooljaar) stond ingeschreven in het bekostigd voortgezet onderwijs (vo), middelbaar beroepsonderwijs (mbo) of voortgezet algemeen volwassenen onderwijs (vavo), een jaar later het bekostigd onderwijs al dan niet heeft verlaten en zo ja of deze persoon dit met een startkwalificatie (havo- of vwo-diploma of diploma op ten minste mbo niveau 2) heeft gedaan of wordt gezien als voortijdig schoolverlater (vsv'er).

[7] Zie dashboard tabblad Onderwijs - SVO 1.

[8] Zie dashboard tabblad Onderwijs - SVO 2.

[9] Zie dashboard tabblad Onderwijs - SVO 3.



Figuur 1. Hoogst behaalde opleiding (leeftijd 25 jaar); jongeren met en zonder een chronische aandoening (N=11.541; N=184.039)

	Met chronische aandoening	Zonder chronische aandoening	Verschil
Basisonderwijs gr1-2	0,3%	0,6%	-0,2%
Basisonderwijs gr3-8	1,5%	1,4%	0,1%
Praktijkonderwijs	-	-	-
Vmbo-bk	4,8%	4,0%	0,8%
Mbo 1	1,6%	1,5%	0,1%
Vmbo-g/t	2,3%	2,1%	0,3%
Havo-onderbouw	1,3%	0,8%	0,5%
Vwo-onderbouw	0,2%	0,1%	0,1%
Mbo 2	8,9%	8,3%	0,6%
Mbo 3	9,7%	10,0%	-0,3%
Mbo 4	23,9%	22,2%	1,6%
Havo-bovenbouw	8,6%	7,1%	1,6%
Vwo-bovenbouw	6,3%	4,7%	1,6%
Hbo-associate degree	0,4%	0,4%	0,0%
Hbo-bachelor	15,6%	19,0%	-3,3%
Wo-bachelor	7,6%	8,1%	-0,5%
Hbo-master	0,2%	0,2%	-0,1%
Wo-master	6,6%	9,5%	-2,9%

Tabel 2. Hoogst behaalde opleiding (leeftijd 25 jaar); jongeren met en zonder een chronische aandoening (N=11.541; N=184.039)

In de groep jongeren met een chronische aandoening ligt het percentage met een hoge opleiding (hbo of wo) 6,8 procentpunt lager ten opzichte van de groep jongeren zonder een chronische aandoening. Het aandeel met een lage opleiding ligt juist 1,6 procentpunt hoger.

De verschillen in uiteindelijk behaald opleidingsniveau zijn groter dan de verschillen in het aandeel jongeren dat afstroomt. Dat betekent dat **jongeren met een chronische aandoening niet alleen vaker afstromen maar ook al lager instromen in het onderwijs**. Dat horen we ook terug in de gesprekken met de jongeren. Zij krijgen vaak het advies om 'voor de zekerheid' een richting onder hun niveau te kiezen. Er zullen ook jongeren zonder een chronische aandoening zijn die zo'n voorzichtig schooladvies krijgen, maar bij jongeren met chronische aandoening komt het dus vaker voor.

Jongeren met een chronische aandoening die hun opleiding met een diploma afronden doen niet langer (in jaren) over hun opleiding (vmbo, havo of vwo) dan leeftijdsgenoten in de referentiegroep. Ook wat de hoogte van de studieschuld betreft, is er weinig verschil tussen jongeren met en zonder chronische aandoening.[10] Jongeren met een chronische aandoening geven in gesprekken wel aan dat zij door hun aandoening langer over hun opleiding doen en een hogere

[10] Zie dashboard tabblad Onderwijs - Duur Opleiding.

studieschuld hebben.[11] Jongeren zonder chronische aandoening kunnen om andere redenen langer over hun studie doen en een hogere studieschuld hebben waardoor het niet terug te zien is in de cijfers. Dit kan bijvoorbeeld een bestuursjaar of een reis naar het buitenland zijn waarvan de jongeren met een chronische aandoening aangeven dat dit voor hen vaak niet mogelijk of veel moeilijker is.

3.2 Participatieachterstanden van jongeren met een chronische aandoening in werk, inkomen en zelfstandigheid

Na het onderwijs gaan de meeste jongeren aan het werk. Tabel 3 brengt de participatieachterstanden in werk in beeld.

Indicator	Aandeel in groep jongeren met een chronische aandoening	Aandeel in groep jongeren zonder chronische aandoening	Participatie-achterstand (procent-punt)	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening	Aantal jongeren met een chronische aandoening met achterstand
Ingeschreven bij UWV WERKbedrijf (leeftijd 18 t/m 25)	13,0%	6,8%	6,2	95.835	1.598.922	5.924
Arbeidsparticipatie (december, leeftijd 21 t/m 25)	56,0%	58,9%	2,9	54.214	996.013	1.575
Arbeidsparticipatie (op enig moment in het jaar, leeftijd 21 t/m 25)	82,5%	84,3%	1,8	54.214	996.013	962

Tabel 3. Participatieachterstanden jongeren met een chronische aandoening arbeidsparticipatie

In de groep jongeren met een chronische aandoening in de leeftijdscategorie 18 t/m 25 is het **percentage dat ingeschreven staat bij UWV Werkbedrijf bijna twee keer zo hoog** ten opzichte van leeftijdsgenoten (13,0% t.o.v. 6,8%).[12] Gemiddeld staan de jongeren **bijna een jaar** ingeschreven, iets langer dan jongeren zonder chronische aandoening. De jongeren met een chronische aandoening staan ook gemiddeld langer ingeschreven, namelijk 11,6 maanden ten opzichte van 10,4 maanden. De jongeren die staan ingeschreven met een chronische aandoening willen gemiddeld iets minder uren werken (34,9) dan de jongeren zonder chronische aandoening (36,5).

Jongeren met een chronische aandoening van 21 jaar en ouder werken minder vaak dan leeftijdsgenoten in de referentiegroep.[13] Dit verschil is het grootste als we in een bepaalde maand kijken: zo had in december 56,0% van de jongeren met een chronische aandoening een baan tegenover 58,9% van de jongeren zonder een chronische aandoening. Als zij werken, dan is dat **vaker in deeltijd**.[14]

Jongeren met een chronische aandoening hebben in het werk **significant vaker last van vermoeidheidsklachten**. Van de jongeren met een chronische aandoening is 2,9% elke dag compleet uitgeput door het werk. Bij leeftijdsgenoten

[11] Om het causaal verband tussen chronische aandoeningen en studievertraging en studieschuld te toetsen is een multivariate analyse noodzakelijk. Die hebben wij niet uitgevoerd.

[12] Zie dashboard tabblad Werk - UWV WERKbedrijf.

[13] Zie dashboard tabblad Werk - Contractueel 1.

[14] Zie dashboard tabblad Werk - Contractueel 2.

is dit 1,2%.[15] Jongeren met een chronische aandoeningen hebben **vaker aanpassingen nodig in de hoeveelheid werk, hulpmiddelen en meubilair**.[16]

Indicator	Gemiddelde jongeren met een chronische aandoening	Gemiddelde jongeren zonder chronische aandoening	Inkomens-achterstand	Procentueel verschil	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening
Basisloon hoofdbaan dec (leeftijd 21 t/m 25 en participerend)	€ 1.394	€ 1.499	€ 105	7,0%	30.352	586.560
Basisloon hoofdbaan per jaar (leeftijd 21 t/m 25 en participerend)	€ 10.926	€ 11.932	€ 1.006	8,4%	44.721	839.275
Basisloon totaal per jaar (leeftijd 21 t/m 25 en participerend)	€ 12.687	€ 13.808	€ 1.121	8,1%	44.721	839.275

Tabel 4. Participatieachterstanden jongeren met een chronische aandoening in basisloon

Het basisloon[17] van jongeren met een chronische aandoening is iets lager. Het uurloon ligt gemiddeld iets lager € 12,16 tegenover € 12,43.[18] De jongeren met een chronische aandoening werken bovendien gemiddeld net iets minder. Zie tabel 5. Jongeren met een chronische aandoening die in december een baan hadden, werkten gemiddeld 5,9 uur minder dan jongeren zonder een chronische aandoening met een baan in december. Jongeren met een chronische aandoening kunnen soms minder uren werken of minder uren achter elkaar. De achterstanden in het basisloon zijn het gevolg van zowel minder contracturen als lagere uurlonen.

[15] Zie dashboard tabblad Werk - Operationeel 2 en Werk - Operationeel 3.

[16] Zie dashboard tabblad Werk - Operationeel 3.

[17] Dat is het bedrag aan loon exclusief bijzondere beloningen, toeslagen en overwerkloon. Het wordt benaderd door uit te gaan van het fiscaal loon en daar diverse componenten van af te halen zoals overwerkloon, bijzondere beloningen, bedrag rente- en of kostenvoordeel personeelslening en loon in natura (bijvoorbeeld het bedrag aan bijtelling bij het loon voor privégebruik auto van de zaak). Het deel van de pensioenpremie dat de werknemer betaalt, is wel onderdeel van het basisloon. Het basisloon bevat wel het loon voor meeruren (dat zijn extra gewerkte uren voor hetzelfde uurloon) en bevat geen loon voor minderuren (dat zijn uren die minder gewerkt zijn en ook niet uitbetaald zijn). Bij onbetaald verlof is het basisloon nul.

[18] Om het causaal verband tussen chronische aandoeningen en het uurloon te toetsen is een multivariate analyse noodzakelijk. Die hebben wij niet uitgevoerd.

Indicator	Gemiddelde jongeren met een chronische aandoening	Gemiddelde jongeren zonder chronische aandoening	Verschil	Procentueel verschil	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening
Basisuren hoofdbaan dec (leeftijd 21 t/m 25 en participerend)	114,6	120,5	5,9 uur in de maand	4,9%	30.352	586.560
Baandagen hoofdbaan per jaar (leeftijd 21 t/m 25 en participerend)	298,6	304,0	5,3 dagen per jaar	2,1%	44.721	839.275
Baandagen totaal per jaar (leeftijd 21 t/m 25 en participerend)	249,1	254,4	5,3 dagen per jaar	1,8%	44.721	839.275

Tabel 5. Gemiddelde uren en baandagen jongeren met en zonder een chronische aandoening

Dat jongeren met een chronische aandoening minder vaak werken, zien we terug in het hogere percentage jongeren met een chronische aandoening met een **bijstandsuitkering**. Zie tabel 6.

Indicator	Aandeel in groep jongeren met een chronische aandoening	Aandeel in groep jongeren zonder chronische aandoening	Participatie-achterstand (procent-punt)	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening	Aantal jongeren met een chronische aandoening met achterstand
Bijstandsuitkering (leeftijd 18 t/m 25)	7,5%	2,9%	4,6	94.997	1.503.220	4.335
Ziektewetuitkering (leeftijd 18 t/m 25)	3,1%	1,6%	1,5	95.073	1.504.479	1.432
Wajonguitkering (leeftijd 18 t/m 25)	2,4%	1,0%	1,3	95.096	1.504.697	1.278

Tabel 6. Participatieachterstanden jongeren met een chronische aandoening in uitkeringen

De jongeren die wel werken hebben een hoger **ziekteverzuimpercentage** (3,5% t.o.v. 1,9%).[19] Jongeren met een chronische aandoening zitten ook vaker in de **Ziektewet**[20]. Als we vier jaar terugkijken ontving 5,2% van de jongeren in ten minste één jaar een Ziektewetuitkering.[21] Van de leeftijdsgenoten in de referentiegroep was dit 3,2%. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Om een Ziektewetuitkering te ontvangen moet de jongere daar immers wel voor in aanmerking komen. Uitzendkrachten en eindedienstverbanders komen in aanmerking voor een Ziektewetuitkering. Jongeren met een chronische aandoening werken niet vaker dan hun leeftijdsgenoten in de referentiegroep als

[19] Ibidem.

[20] Dat betekent dat het UWV een Ziektewetuitkering verstrekt aan de werkgever, omdat de werknemer ziek is. De werkgever heeft loondoorbetalingsplicht.

[21] Zie dashboard tabblad Inkomen en financiën 1.

uitzendkracht.[22] Over eindedienstverbanders hebben we geen informatie. Het is dus aannemelijk dat het voornamelijk echt zit in het vaker ziek zijn dat jongeren met een chronische aandoening vaker aanspraak maken op de Ziektewet. Naast meer gebruik van de Ziektewet, zien we ook meer gebruik van Wajong- en bijstandsuitkeringen.[23]

Indicator	Gemiddelde jongeren met een chronische aandoening	Gemiddelde jongeren zonder chronische aandoening	Inkomens-achterstand	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening
Bijstand (leeftijd 18 t/m 25)	€ 5.471	€ 6.599	€ 1.128	7.117	44.021
Ziektewetuitkering leeftijd 18 t/m 25)	€ 4.799	€ 3.038	€ 1.761	2.951	24.033
Wajong (leeftijd 18 t/m 25)	€ 4.747	€ 3.367	€ 1.380	2.253	15.433
Besteedbaar inkomen huishouden (leeftijd 0 t/m 25)[1]	€ 52.969	€ 57.618	€ 4.649	327.870	4.369.221
Persoonlijk inkomen (leeftijd 16 t/m 25)[1]	€ 8.184	€ 10.667	€ 2.483	129.756	1.825.199

Tabel 7. Gemiddelde bedragen uitkeringen en inkomen jongeren met en zonder een chronische aandoening

Jongeren met een Wajonguitkering en een chronische aandoening hebben gemiddeld een hogere uitkering dan jongeren met een Wajonguitkering zonder chronische aandoening. Dit geldt ook voor de jongeren met een Ziektewetuitkering. Ook de duur van de uitkeringsperiode is langer bij jongeren met een chronische aandoening. Jongeren met een chronische aandoening zitten ook gemiddeld twee keer zo lang als jongeren zonder chronische aandoening in de bijstand. De **gemiddelde bijstandsuitkering ligt juist iets lager**. Jongeren met een chronische aandoening hebben een lagere bijstandsuitkering omdat ze vaker bij hun ouders blijven wonen. Van de jongeren met een chronische aandoening in de leeftijd 18 t/m 25 woont 35,4% op zichzelf. Van de jongeren zonder chronische aandoening is dit 39,4% (zie tabel 8). Een jongere met een chronische aandoening geeft daarnaast aan dat de partnertoets lastig is als je op jezelf wilt gaan wonen. Als je partner een goed inkomen heeft, dan word je gekort op de bijstand. Dit gaat ten koste van je **zelfstandigheid**. Tabel 8 brengt dit in beeld.

[22] Zie dashboard tabblad Werk - Contractueel 1.

[23] Zie dashboard tabblad Inkomen en financiën 1.

Indicator	Aandeel in groep jongeren met een chronische aandoening	Aandeel in groep jongeren zonder chronische aandoening	Participatie-achterstand (procent-punt)	Aantal jongeren met een chronische aandoening	Aantal jongeren zonder chronische aandoening	Aantal jongeren met een chronische aandoening met achterstand
Woont op zichzelf (leeftijd 18 t/m 25)	35,4%	39,4%	4,1	95.835	1.598.922	3.889
Economisch zelfstandig (leeftijd 16 t/m 25[24])	16,8%	24,9%	8,1	134.091	1.861.170	10.872
Financieel zelfstandig (leeftijd 16 t/m 25[25])	16,0%	23,4%	7,4	134.091	1.861.170	9.987

Tabel 8. Participatieachterstanden jongeren met een chronische aandoening in mate van zelfstandigheid

Economisch zelfstandig is iemand die tenminste 70% van het wettelijk minimumloon verdient met betaalde arbeid. Van de jongeren met een chronische aandoening in de leeftijd van 16 tot 25 jaar is 16,8% economisch zelfstandig, terwijl van de jongeren zonder een chronische aandoening 24,9% economisch zelfstandig is. Dit is een verschil van 8,1 procentpunt.

Een jongere is financieel zelfstandig als het persoonlijke netto-inkomen uit arbeid of eigen onderneming en ook uit sociale verzekeringen hoger is dan de lage inkomensgrens voor een alleenstaande. We zien dat jongeren met een chronische aandoening veel minder vaak financieel zelfstandig (16,0%) zijn dan jongeren zonder chronische aandoening (23,4%). Ook dit kan een belemmering vormen in het op zichzelf gaan wonen.

3.3 Subgroepen met grotere participatieachterstanden

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 hebben we onderzocht welke andere kenmerken, naast het hebben van een chronische aandoening, samenhangen met achterstanden in onderwijs en werk. Dit zijn migratieachtergrond, het wonen in een stedelijke buurt en een lage-SES-buurt. De laatste twee factoren hangen onderling ook sterk samen. Ook het type aandoening kan bepalend zijn in de achterstanden. Audiovisueel, fysiek, psychisch, verstandelijk of gedragsproblemen zijn belangrijk om onderscheid in te maken. In de Vektis-data zijn er echter maar heel weinig mensen geïdentificeerd met een licht verstandelijke beperking, audiovisuele aandoeningen of gedragsproblemen. Hier konden we in de analyses het onderscheid niet goed maken. De uitsplitsing naar psychische of niet-psychische aandoeningen konden we wel maken.

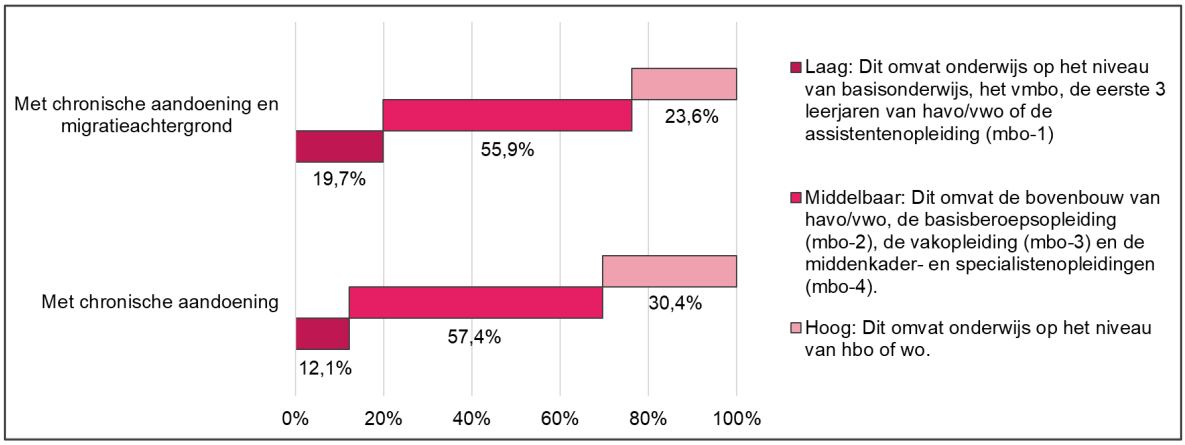
Jongeren die naast een chronische aandoening een migratieachtergrond hebben of in een lage-SES-buurt wonen hebben op dezelfde gebieden achterstanden als jongeren met een chronische aandoening zonder verdere specificatie. De achterstanden zijn bij deze subgroepen nog groter. Dit geldt ook voor jongeren met een psychische aandoening. We geven hierna inzicht in deze verschillen. We maken hierbij steeds een vergelijking van de verder gespecificeerde groep ten opzichte van de jongeren met een chronische aandoening.

[24] Dit komt uit belastinggegevens en betreft vrijwel uitgezonderd jongeren van 16 t/m 25.

[25] Ibidem.

3.3.1 *Jongeren met een chronische aandoening en een migratieachtergrond*

Van de jongeren met een chronische aandoening heeft 22% een migratieachtergrond.[26] We zien dat de achterstanden van deze jongeren nog groter zijn dan bij de jongeren die alleen een chronische aandoening hebben. Deze jongeren hebben nog vaker een vrijstelling van het onderwijs (1,0% tegenover 0,7%) en verlaten nog vaker voortijdig school (6,1% tegenover 4,3%) dan jongeren met alleen een chronische aandoening. Ze stromen wel minder vaak af op de middelbare school (9,0% tegenover 10,4%) en op de vervolgopleiding (11,1% tegenover 13,3%). Dat is opvallend omdat we zien dat deze jongeren uiteindelijk toch een lager opleidingsniveau halen. Zie figuur 2. Ze zijn vaker laag opgeleid (19,7% tegenover 12,1%) en minder vaak hoog opgeleid (23,6% tegenover 30,4%). Dit betekent dat jongeren met naast een chronische aandoening een migratieachtergrond nog lager instromen.



Figuur 2. Hoogst behaalde opleiding (leeftijd 25 jaar); jongeren met chronische aandoening en een migratieachtergrond en jongeren met een chronische aandoening (N=2.248; N=11.541)

Deze jongeren staan ook nog vaker ingeschreven bij UWV WERKbedrijf (19,2% tegenover 13,0%). Ze staan niet langer ingeschreven. De arbeidsparticipatie op enig moment in het jaar van jongeren van 21 t/m 25 jaar ligt ook lager (75,1%) dan jongeren met alleen een chronische aandoening (82,5%). In december heeft 47,0% van de jongeren met een chronische aandoening en een migratieachtergrond een baan tegenover 56,0% van de jongeren met alleen een chronische aandoening. Zij werkten in die maand gemiddeld 107,4 uur en verdienden daarmee € 1.286. Dat betekent dat ze gemiddeld nog een iets lager uurloon hebben namelijk € 11,97 en dat ze gemiddeld 7,2 uur minder werkten in december dan jongeren met alleen een chronische aandoening.

De jongeren met naast een chronische aandoening een migratieachtergrond ontvangen nog veel vaker een bijstandsuitkering (12,6% tegenover 7,5% in de totale groep van jongeren met een chronische aandoening) en iets vaker een Ziektewetuitkering (3,9%) en een Wajonguitkering (2,7%).

Het persoonlijke inkomen ligt lager € 7.544, evenals het besteedbaar inkomen van het huishouden € 43.326. Dat zien we terug in een nog lager aandeel jongeren in deze subgroep dat economisch zelfstandig (12,0%) en financieel zelfstandig (11,6%) is. De jongeren met een chronische aandoening met leeftijd 18 t/m 25 wonen wel weer vaker op zichzelf (38,2%). Dit lijkt positief, maar dit kan ook een effect zijn van de kostendelersnorm.[27]

[26] Dit zijn jongeren met een eerste generatie migratieachtergrond (de jongere is zelf in het buitenland geboren en heeft ten minste één in het buitenland geboren ouder) en jongeren met een tweede generatie migratieachtergrond (de jongere is in Nederland geboren en ten minste één ouder is in het buitenland geboren.

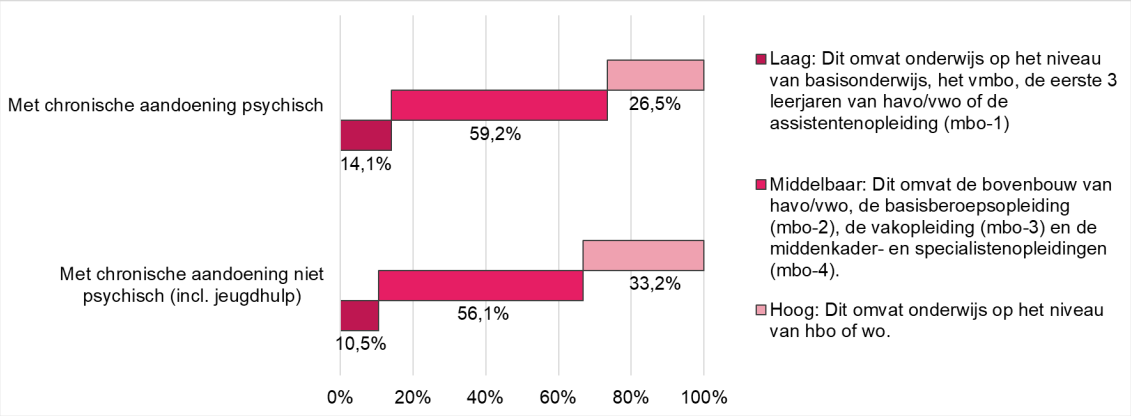
[27] Sinds de invoering van de kostendelersnorm op 1 januari 2015 daalt de bijstandsuitkering, zodra thuiswonende kinderen 21 jaar worden. De gedachte achter de kostendelersnorm is dat bijstandsontvangers de woonkosten kunnen delen met hun volwassen kinderen, en daardoor lagere vaste lasten hebben. De invoering van de kostendelersnorm creëert echter ook een prikkel om het ouderlijk huis te verlaten.

3.3.2 *Jongeren met een chronische aandoening in een lage-SES-buurt*

Van de jongeren met een chronische aandoening woont 43% in een buurt met een lage SES. We zien dat de jongeren met een chronische aandoening die in een buurt met een lage SES wonen ook relatief vaak op zichzelf wonen (48%). Dat kan juist ook de reden zijn dat ze in deze buurt wonen, omdat ze daar een betaalbare starterswoning of huurwoning hebben gevonden. Het is vooral opvallend in deze groep dat er weinig verschillen zijn in participatieachterstanden in het onderwijs, behalve dat ze iets vaker voortijdig hun school hebben verlaten (5,4%). Desondanks zijn zij ongeveer even hoog opgeleid op 25-jarige leeftijd. We zien zelfs dat ze iets vaker een wo-bachelor (2,3 procentpunt verschil) of wo-master (1,3 procent) hebben behaald. Dat zou de arbeidsmarktkansen kunnen verbeteren. Toch zien we dat zij vaker staan ingeschreven bij UWV WERKbedrijf (16,7%). In de peilmaand december hebben zij minder vaak een baan (51,9%). Deze jongeren ontvangen ook vaker een bijstandsuitkering (10,3%).

3.3.3 *Jongeren met een psychische aandoening*

Ruim twee op de drie jongeren met een chronische aandoening heeft een psychische aandoening.[28] Jongeren met een psychische aandoening verlaten vaker voortijdig school (5,3%) en stromen vaker af zowel op de middelbare school (11,4%) als in de vervolgopleiding (14,4%) ten opzichte van de totale groep jongeren met een chronische aandoening. Deze jongeren zijn vaker laag opgeleid en minder vaak hoog opgeleid.



Figuur 3. Hoogst behaalde opleiding (leeftijd 25 jaar); jongeren met een psychische en een niet-psychische aandoening (N=4.808; N=6.735)

Jongeren met een psychische aandoening staan vaker ingeschreven bij UWV WERKbedrijf (16,1%), en hebben een lagere arbeidsparticipatie in december (50,1%) en gedurende het jaar (77,2%). Het basisloon in december ligt lager, namelijk € 1.240. Deze groep werkt gemiddeld ook iets minder uur als ze werken, namelijk 107,4 in de maand december. Het gemiddelde uurloon ligt ook iets lager (€ 11,55). Van de jongeren met een chronische aandoening ontvangt 10,4% een bijstandsuitkering. Dit resulteert in een lagere economische zelfstandigheid (10,4%) en een lagere financiële zelfstandigheid (9,9%). We zien geen grote verschillen in aandeel dat op zichzelf woont.

3.3.4 *Jongeren met een niet-psychische aandoening*

Jongeren met een niet-psychische aandoening hebben nauwelijks vaker dan de jongeren zonder chronische aandoening een vrijstelling van het onderwijs (0,5%). Datzelfde geldt voor voortijdig school verlaten (2,5%). Jongeren met een niet-psychische aandoening stromen wel vaker af op de middelbare school (9,6%) en in het vervolgonderwijs

[28] Hierbij moet opgemerkt worden dat de minderjarigen met een psychische aandoening zijn geïdentificeerd met gemeentelijke data over jeugdhulp. Dat is niet geheel vergelijkbaar met de Vektis-data. Bij de achterstanden kijken we vooral naar de oudere leeftijdsgroepen (vaak 18plus) en maakt dit minder uit.

(12,5%) dan jongeren zonder chronische aandoening, maar veel minder vaak dan bij een psychische aandoening. Jongeren met een niet-psychische aandoening zijn alleen **minder vaak hoog opgeleid** en niet vaker laag opgeleid.

Van de jongeren met een niet-psychische aandoening staat 9,8% ingeschreven bij UWV werkbedrijf en ontvangt 4,4% een bijstandsuitkering. Dit is meer dan bij jongeren zonder chronische aandoening, maar beduidend minder dan jongeren met een psychische aandoening. We zien geen grote verschillen in arbeidsparticipatie van jongeren met een psychische aandoening ten opzichte van jongeren zonder chronische aandoening. Van de jongeren die werken in december zien we ook geen grote verschillen in het loon of de uren. We zien in de economische en financiële zelfstandigheid en het op zichzelf wonen ook geen duidelijke verschillen tussen jongeren met een niet-psychische aandoening en jongeren zonder chronische aandoening.

3.4 Samenvatting grootste participatieachterstanden

Wij zien de grootste achterstanden in het onderwijs en in werk, inkomen en zelfstandigheid.

De jongeren met een chronische aandoening:

a. Starten lager in het onderwijs;
b. Hebben vaker een vrijstelling van het onderwijs;
c. Verlaten vaker voortijdig school;
d. Stromen vaker af op de middelbare school en in het vervolgonderwijs;
e. Behalen uiteindelijk een lager opleidingsniveau;
f. Hebben meer moeite met het vinden van een baan;
g. Ontvangen vaker een bijstandsuitkering.

Dit is ook terug te zien in een lagere economische en financiële zelfstandigheid en een lager aandeel jongeren dat op zichzelf woont. Jongeren die naast een chronische aandoening een migratieachtergrond hebben, hebben (nog) grotere achterstanden. Ook zijn de achterstanden groter bij jongeren met een psychische aandoening.

4 Kansrijke interventies en mogelijkheden resultaatfinanciering

We gaan in de eerste paragraaf in op kansrijke interventies. In de daaropvolgende paragraaf gaan we in op de haalbaarheid van de resultaatfinanciering waar de inschatting van de kosten van de interventies onderdeel van is.

4.1 Kansrijke interventies

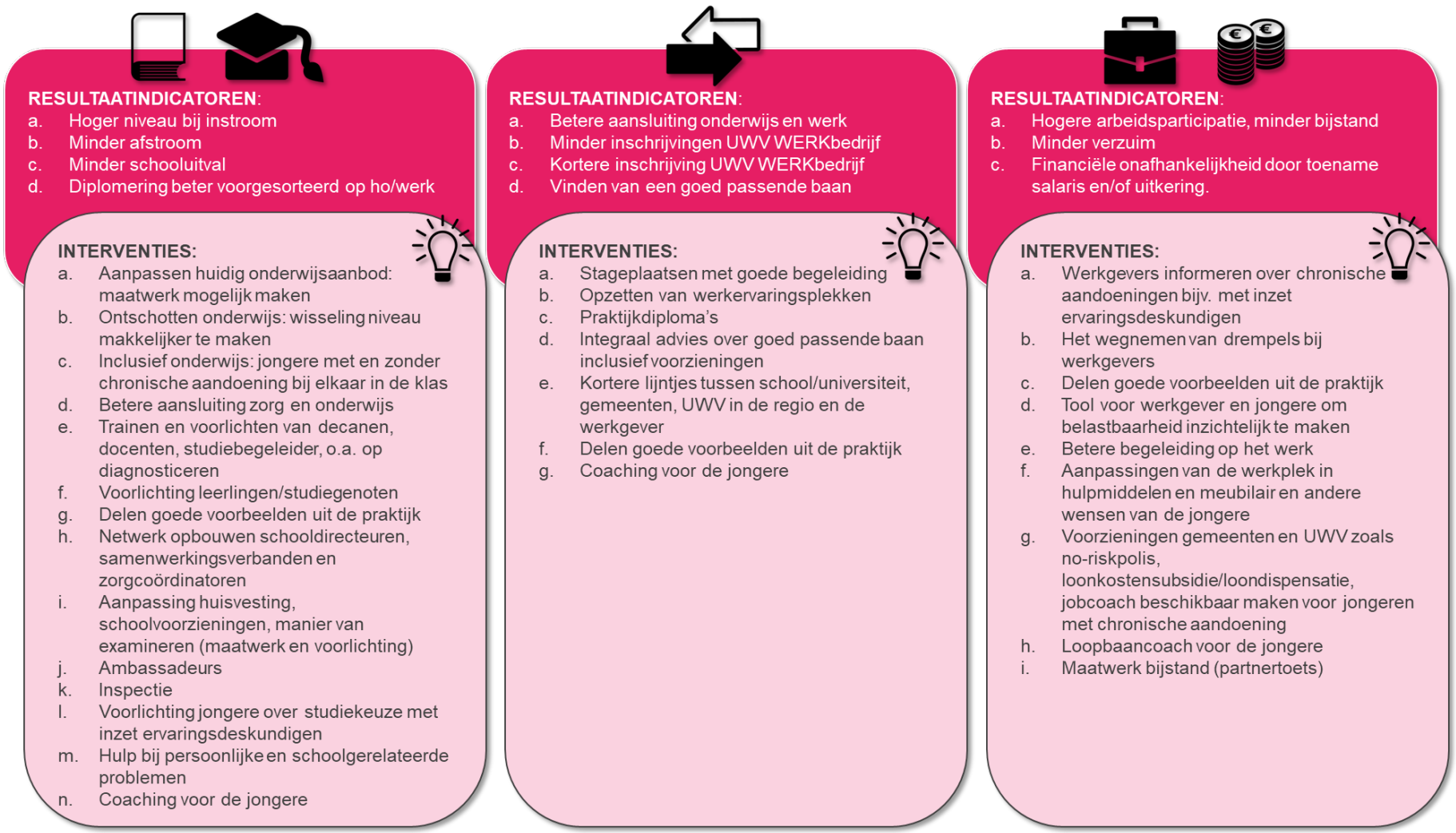
In deze paragraaf gaan we in op het type maatregelen en voorzieningen dat nodig is om de achterstand van jongeren met een chronische aandoening te reduceren (bijvoorbeeld fysieke voorzieningen, begeleiding). Deze interventies komen uit de oriënterende gesprekken en twee expertsessies, waarvan één met de jongeren en één met professionals. We geven in dit hoofdstuk een overzicht van goede suggesties die zijn gedaan, die gericht zijn op het reduceren van de achterstanden in onderwijs en werk. Het is geen uitputtend overzicht.

Het is belangrijk om bij de inzet van interventies rekening te houden met de kenmerken zoals benoemd in de vorige paragraaf. Zo zijn benodigde aanpassingen voor iemand met een fysieke beperking heel anders dan voor iemand met een psychische aandoening of bijvoorbeeld iemand met een auditieve of visuele beperking. Ook kunnen bijvoorbeeld vermoeidheidsklachten en pijn een rol spelen.

Belangrijke boodschap die volgde uit de oriënterende gesprekken is verder dat ‘dé oplossing’ niet bestaat. Het is belangrijk om te kijken naar (de mens achter) het individu en de individuele behoeften. Hierbij staat het breed en toekomstgericht kijken naar de persoonlijke situatie binnen verschillende domeinen en denken vanuit mogelijkheden van de persoon centraal. Een gesprekspartner benoemt dat zodra iemand een diagnose krijgt, de jongere vooral vanuit dit label gaat denken en de eigen belemmeringen ziet. Het is dus van belang om te kijken naar wat iemand vooral wel kan. Daarnaast wordt benoemd dat, hoewel het van belang is om te kijken naar een passende uitvoering van de aanpak voor verschillende doelgroepen, er veel interventies zijn die voor diverse chronische aandoeningen werkzaam kunnen zijn omdat mogelijk dezelfde ondersteuningsbehoeften aanwezig zijn.

Tot slot merken we op dat het succes van interventies voor een belangrijk deel samenhangt met de mate van inbedding in beleid en samenwerkingsafspraken.

Figuur 4 geeft een overzicht van kansrijke interventies die wij hebben opgehaald uit de gesprekken op het gebied van onderwijs, de toeleiding naar werk en werk, inkomen en zelfstandigheid. Deze lichten we na de figuur toe.



Figuur 4. Kansrijke interventies **onderwijs**, **toeleiding naar werk** en **werk, inkomen en zelfstandigheid**

4.1.1 *Onderwijs*

We lichten hierna toe waar kansrijke interventies in het onderwijs zich op zouden moeten richten.

Aanpassen huidig onderwijsaanbod: maatwerk mogelijk maken

Het huidige onderwijsaanbod is een knelpunt, zowel op de basisschool, de middelbare school als in vervolgonderwijs. De knelpunten zijn het grootst in het vervolgonderwijs. Jongeren met een chronische aandoening hebben behoefte aan iemand die meedenkt en aan maatwerk: bijvoorbeeld dat niet alle studiepunten in het eerste jaar behaald hoeven te worden, dat het mogelijk is om te betalen per vak of dat er flexibel wordt omgegaan met aanwezigheidsplicht. In het voortgezet onderwijs spelen grotere problemen omdat er voor bijna elk vak een andere docent is met wie opnieuw afspraken moeten worden gemaakt. Het is per docent sterk wisselend hoeveel ruimte je krijgt. Van de een mag je een dag later een opdracht inleveren, bij de ander niet. Bij de een mag je rustig op een aparte kamer iets uitwerken, bij de ander niet. Zo moet de jongere bij ieder nieuw vak ‘onderhandelen’ over de mogelijkheden. Dit geven de jongeren aan. Hier is vooral voorlichting aan de docenten en andere professionals gewenst. Daarnaast is het belangrijk dat de faciliteiten, zoals een kamer waar de jongere rustig kan werken er zijn.

Ontschotten onderwijs: wisseling niveau makkelijker maken

In het onderwijs ontstaan meer categorale scholen. Dat betekent dat er enkel één type onderwijs wordt aangeboden, bijvoorbeeld havo of vwo. Dat maakt de drempel hoger om te switchen. Een omgekeerde beweging zou juist wenselijker zijn omdat jongeren nu vaak een te laag schooladvies krijgen. Dit wordt beaamd door de jongeren. Zij kunnen makkelijker switchen als de schoolvormen bij elkaar zitten. Dit is echter meer een systeemverandering. Interventies gericht op het makkelijker maken van het veranderen van niveau zijn wenselijk.

Inclusief onderwijs: jongere met en zonder chronische aandoening bij elkaar in de klas

Waar het mogelijk is, is de wens van jongeren en professionals om zoveel mogelijk jongeren met verschillende achtergronden en kenmerken bij elkaar in de klas te hebben, dus met en zonder chronische aandoening en bijvoorbeeld met of zonder migratieachtergrond en met verschillen in sociale-economische status. Het wordt dan ook normaal voor kinderen en jongeren om met elkaar om te gaan, geven de jongeren aan. Dat is ook positief voor in het latere werk. De professionals geven aan dat dit in het voorgezet onderwijs wel lastiger is, omdat er elk uur een ander vak is met een andere samenstelling van de klas. Dit vraagt om specifieke vaardigheden, kennis en tijd van de docent. Onze aanbeveling is om dit nader te verkennen. Kan dit verholpen worden met training en voorlichting? Dit is belangrijk omdat juist op het vervolgonderwijs grote knelpunten bestaan. Dit blijkt zowel uit de microdata-analyse als uit de gesprekken.

Netwerk opbouwen schooldirecteuren, samenwerkingsverbanden passend onderwijs en zorgcoördinatoren

Bij een interventie is het volgens de professionals kansrijk om deze te richten op netwerken van schooldirecteuren, samenwerkingsverbanden passend onderwijs, arbeidsdeskundigen en re-integratie adviseurs bij de gemeenten en zorgcoördinatoren, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en het Landelijk expertisecentrum speciaal onderwijs (LECSO). Deze laatste partij heeft veel ervaring met begeleiding naar werk. Er zijn goede voorbeelden waarbij zorgverleners en onderwijzers samen aan tafel zitten, de arts contact heeft met de mentor of dat een diabetesverpleegkundige een workshop geeft aan juffen en meesters. Initiatieven bestaan wel, maar op middelbare school en vervolgonderwijs zijn deze minder standaard. De jongeren en professionals geven aan dat het veel op kan leveren aan kennis om te kijken naar scholen waar ze al bezig zijn met voorzieningen. Volgens de professionals zijn interventies (kennis delen) het meest effectief als ze gericht zijn op de netwerken. Hierin moet ook aandacht worden gevestigd op overgangen van basisonderwijs naar de middelbare school naar vervolgonderwijs naar

werk. Veel leerlingen hebben het gevoel dat ze telkens opnieuw moeten beginnen. Wat goed werkt op de middelbare school, moeten ze opnieuw uitleggen bij vervolgonderwijs.

Betere aansluiting zorg en onderwijs

Interventies gericht op betere samenwerking tussen zorg en onderwijs zijn nodig volgens de jongeren en de professionals. Onderwijs en zorg zijn nu vaak gescheiden werelden. Zorg op scholen kan helpen om beter te functioneren en is kosteneffectiever omdat zorgverleners niet naar scholen hoeven om daar ingezet te worden. De jongeren geven aan dat het ook handig zou zijn als docenten de mogelijkheid krijgen om behandelingen uit te voeren. Bij kleine behandelingen die vaak moeten gebeuren, zoals het prikken van insuline, is dit heel efficiënt. De jongeren geven aan dat het belangrijk is om in te zetten op beeldvorming hierover zodat het normaal wordt. Ook handelingsadviezen voor decanen kunnen bijdragen. Het is daarnaast volgens de professionals belangrijk dat er sociaal-medisch en paramedische ondersteuning is in het onderwijs. Daarnaast is een directere vorm van communicatie tussen zorgverlener/behandelaar en docenten wenselijk.

Trainen en voorlichten van decanen, docenten, studiebegeleiders, onder andere op diagnosticeren van de ondersteuningsbehoefte

Het begint volgens de professionals bij het diagnosticeren door de school wat de jongere nodig heeft, bijvoorbeeld extra begeleiding, bijscholing van de docent of rustmomenten. Bij het creëren van de juiste pedagogische omgeving, ervaart de jongere minder sociale druk en is er ruimte voor hulpvraag. Als inzichtelijk is wat nodig is kan de school ook nagaan wat mogelijk is en wat daarvoor nodig is en wat niet mogelijk is. Dat is dan ook duidelijk voor de jongere. De jongeren geven aan dat dat prettig is: weten wat wel en niet mogelijk is. Als inzichtelijk is wat nodig is kunnen de betrokkenen hierop inspelen. Bijvoorbeeld leren herkennen wanneer de jongere even apart wil gaan zitten en een omgeving creëren waarin de jongere dat ook aangeeft. Dit hoeft niet moeilijk te zijn. Niet elke decaan hoeft van alle aandoeningen iets te weten en niet alle leraren hoeven op cursus. De professionals geven aan dat je specialisten ook naar de school kunt sturen en laten meelopen met leraren en hen begeleiden in hoe ze iets moeten aanpakken.

Voorlichting leerlingen/studiegenoten

Ook voorlichting aan andere leerlingen/studiegenoten in de klas is belangrijk. Je zou dit bijvoorbeeld een keer in de les aan bod kunnen laten komen of de leerlingen met een aandoening vragen erover te vertellen geven de jongeren als suggestie.

Delen goede voorbeelden uit de praktijk

Er zijn goede praktijkvoorbeelden. Die zijn echter verspreid over verschillende scholen en kennis zit bij een beperkte groep mensen. Interventies gericht op het verbeteren van de vindbaarheid van informatie over chronische aandoeningen en mogelijke interventies en het delen en verspreiden van kennis en goede voorbeelden is wenselijk.

Aanpassing huisvesting, schoolvoorzieningen, manier van examineren (maatwerk en voorlichting)

Er is regelmatig nieuw- of verbouw van scholen. De professionals geven aan dat dat een goed moment is om ook te kijken naar aanpassingen gericht op jongeren met een chronische aandoening. Zorg bijvoorbeeld voor een ontmoetingsplek voor paramedische ondersteuning.

Ook de toegankelijkheid van het gebouw en de website is belangrijk. Dit blijkt uit de praktijk en andere onderzoeken. Hier kan ook informatie uit andere sectoren benut worden. Zie bijvoorbeeld het onderzoek naar toegankelijkheid in de cultuursector. Voor verschillende type aandoeningen (verstandelijk, prikkelgevoeligheid, fysieke aandoeningen,

audiovisuele beperkingen) zijn er verschillende benodigdheden om het gebouw, de website en andere voorzieningen toegankelijk te maken. Hiervoor zijn richtlijnen en handreikingen onder andere vanuit de overheid beschikbaar.[29]

Schoolvoorzieningen en hulpmiddelen kunnen eenvoudig te organiseren zijn geven de professionals en de jongeren aan, zoals een aangepaste bureaustoel. Dit is vaak maatwerk.

Aanpassen van examineren gebeurt soms (bijvoorbeeld extra tijd of een ander tijdstip). Bij schoolexamens is het vaak wel mogelijk, maar bij centrale examens is veel minder mogelijk geven de jongeren aan. Dit komt volgens jongeren doordat docenten bang zijn dat examens niet meer geldig zijn. Ook hier zit dus een belangrijk punt van informatievoorziening aan de degenen die de examens afnemen.

Ambassadeurs

Jongeren krijgen vaker aanpassingen als ze steun hebben van ouders en zelf assertief zijn en iemand tegen het lijf lopen die welwillend is om mee te denken. Niet alle jongeren zijn even assertief of krijgen de juiste ondersteuning van hun ouders. Interventies gericht op de rol van de ouders zijn daarom nuttig. Empowerment van de jongeren en ouders is wenselijk. Dit kan door een ambassadeur of schoolmaatschappelijk werker, onafhankelijk van de school die de jongere en de ouders bijstaat.

Inspectie

Basisscholen en scholen in het voortgezet onderwijs hebben zorgplicht. De Wet passend onderwijs ziet hierop toe. Het toezicht zou erop gericht moeten zijn dat de juiste voorzieningen er moeten zijn geven de professionals aan: pas het waarderingskader hier ook op aan. Neem hier bijvoorbeeld in op dat de scholen verantwoording moeten afleggen over diagnosticeren en de geboden ondersteuning en aanpassingen.

Voor hogescholen en universiteiten is er geen wet die toeziet op de zorgplicht. Ook hier zou getoetst moeten worden of jongeren met een chronische aandoening ondersteuning krijgen. Het gaat nu volgens de jongeren en de professionals mis op vaak simpele dingen, zoals de examinering. Hier moeten scholen op aangesproken kunnen worden geven de professionals aan.

Voorlichting jongere over studiekeuze met inzet ervaringsdeskundigen

De studiekeuze kan lastig zijn omdat de leerling niet weet welke mogelijkheden er zijn op een school. De jongeren geven als suggestie om hier aandacht aan te besteden in de brochure van school: ‘Heb jij een ondersteuningsbehoefte of heeft je kind een ondersteuningsbehoefte?’ De jongeren geven aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen hierbij ook fijn is. Wat is hun ervaring?

Hulp bij persoonlijke en schoolgerelateerde problemen/coaching voor de jongere

Een laatste belangrijke interventie is coaching gericht op verschillende thema’s, zoals acceptatie van de aandoening, persoonlijke ontwikkeling, zelfinzicht, toekomstperspectief, regiehouden, schoolgerelateerde problemen, werk-/privé-balanscoaching, ondersteuning bij werk. Bij voorkeur is dit een coach die hetzelfde blijft bij de transitie van de basisschool, naar de middelbare school, naar vervolgeonderwijs en naar werk.

[29] Significant APE (2020). Onbeperkt Cultuur beleven. Onderzoek in opdracht van het ministerie van OCW. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/10/06/significant-ape-eindrapport-toegankelijkheid-culturele-instellingen.

4.1.2 *Toeleiding naar werk*

In de transitie van onderwijs naar werk is allereerst een belangrijk aandachtspunt dat veel interventies die we hier noemen wel beschikbaar zijn voor jongeren die onder het doelgroepregister vallen. Jongeren met een chronische aandoening vallen hier heel vaak niet onder en vallen daardoor tussen wal en schip, geven zij zelf aan.

Stageplaatsen met goede begeleiding en opzetten van werkervaringsplekken en praktijkdiploma's

Stages en werkervaringsplekken zijn een goede manier om kennis te maken met de werkgever. De werkgever kan zo de talenten van de jongere ontdekken. Hierbij is goede stagebegeleiding gewenst. Als het een goede match is, kan het uitkomst bieden om praktijkdiploma's te kunnen halen.

Integraal advies over een goed passende baan inclusief voorzieningen zoals no-riskpolis

De jongeren vinden voorlichting aan werkgevers belangrijk en zouden graag een integraal advies krijgen over een goed passende baan. Hierbij kunnen ervaringsdeskundigen behulpzaam zijn. Er is ook behoefte aan een tool om te bepalen wat een goed passende baan is. Wat is de belastbaarheid en welke baan past daarbij? Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van kennis en protocollen van UWV.[30] Het zou, aldus de jongeren, fijn zijn als in dit advies ook al wordt meegenomen welke voorzieningen nodig zijn.

Kortere lijntjes tussen school/universiteit, gemeenten, UWV in de regio en de werkgever

De jongeren geven aan dat het prettig is om op school al aandacht te besteden aan het werk dat de jongere wil gaan doen en hierin de onderwijsinstelling en de werkgever en bijvoorbeeld gemeenten en UWV in te betrekken. Hier zijn al **goede voorbeelden** van, zoals de transitieroute en de pilot extra begeleidingsbehoefte. In de pilots werken gemeenten en mbo-scholen samen met werkgevers en leerbedrijven om kwetsbare jongeren meer kansen te bieden om duurzaam aan het werk te gaan. Zowel de transitieroute als de pilot extra begeleidingsbehoefte zijn gericht op mbo-scholen. Juist in het hoger onderwijs en universiteiten zijn dergelijke interventies gewenst. En ook wanneer een jongere stopt met de opleiding is het belangrijk om goede toeleiding naar werk te hebben geven de jongeren aan.

Coach

Ook in deze fase is de coach belangrijk. Daarnaast kunnen breed trainingen worden ingezet, alles wat nodig is voor de stap naar de arbeidsmarkt te maken (bijvoorbeeld praktische vaardigheden, communicatie, belemmerende gedachten).

4.1.3 *Werk, inkomen en zelfstandigheid*

We gaan tot slot in op kansrijke interventies binnen het domein werk. Net als bij de toeleiding naar werk geldt dat er veel voorzieningen al bestaan waar jongeren met een chronisch aandoening baat bij zouden hebben geven zij zelf aan. Deze zijn nu niet altijd beschikbaar voor hen omdat van de jongeren met een chronische aandoening een kleine minderheid onder het doelgroepregister valt. De meeste jongeren met een chronische aandoening moeten concurreren met jongeren die onder het doelgroepregister vallen en met gezonde jongeren.

Werkgevers informeren over chronische aandoeningen

Interventies gericht op mentaliteitsverandering van werkgevers zijn belangrijk geven de jongeren aan. Voorlichting (van ervaringsdeskundigen) aan werkgevers kan hieraan bijdragen. Het gaat om bewustwording. Werkgevers zien nu mogelijk meer de risico's in plaats van de kansen zeggen de jongeren.

[30] Zie bijvoorbeeld Compendium Participatiewet v.1.0 (uwv.nl).

Het wegnemen van drempels bij werkgevers

Het wegnemen van drempels bij werkgevers zoals administratieve handelingen en financiële risico's is een belangrijke randvoorwaarde geven de professionals aan. Een van de suggesties is om dit te doen met een fonds waarbij werkgever en werknemer een voorziening kunnen aanvragen om dat uit te proberen.

Delen goede voorbeelden uit de praktijk

Ook hier helpt het delen van goede voorbeelden uit de praktijk. Zo vertelt één van de jongeren over de aanpak bij een start-up. Daar zochten ze niet zozeer naar iemand die een specifieke een functie kun vervullen maar zij zochten een nieuw teamlid. Ze vroegen om een presentatie over: Wie ben jij? Wat denk je te kunnen bijdragen aan het bedrijf? Pas nadat een overeenkomst is gesloten gaan ze precies kijken hoe de nieuwe werknemer in het bedrijf past. Dit zou een enorme uitkomst zijn voor jongeren met een chronische aandoening. De focus ligt dan ook niet op de aandoening.

Tool voor werkgever en jongere om belastbaarheid inzichtelijk te maken

Een tool over belastbaarheid is nuttig bij toeleiding naar werk, maar ook als er eenmaal een werkplek gevonden is. Met de tool kan getoetst worden hoe inzetbaar een jongere is. Het is prettig om daar duidelijkheid over te hebben, zowel voor de werkgever als de werknemer. Hierbij kan naar dezelfde dingen worden gekeken als bij een beoordeling door een verzekeringsarts en arbeidsdeskundige van het UWV. Een beoordeling van UWV is gekoppeld aan de uitkering. Jongeren hebben liever een onafhankelijke partij die ondersteuning biedt bij het beoordelen van de belastbaarheid.

Betere begeleiding op het werk is belangrijk. Dit kan in de vorm van een jobcoach (intern of extern). Daarnaast kunnen er **aanpassingen van de werkplek in hulpmiddelen en meubilair en andere wensen van de jongere** nodig zijn. Dat is echt maatwerk. Zoals eerder benoemd zijn er al veel voorzieningen **vanuit gemeenten en UWV** waar jongeren met een chronische aandoening gebaat bij zouden kunnen zijn, zoals een **no-riskpolis**, **loonkostensubsidie/loondispensatie** en een **jobcoach**. Zij komen hier nu vaak niet voor in aanmerking.

Loopbaancoach voor de jongere

Jongeren met een chronische aandoening kunnen geneigd zijn om langer bij een werkgever te blijven als die werkgever goed omgaat met de aandoening en de juiste ondersteuning biedt. Dat kan een voordeel zijn voor de werkgever en de werknemer, maar het kan ook de jongeren beperken in de loopbaan geven de jongeren aan. Jongeren durven mogelijk minder snel van baan te veranderen. De jongeren hebben behoefte aan een loopbaancoach, zodat ze goed duidelijk kunnen krijgen wat ze willen en kunnen doen.

Een combinatie van persoonlijke coaching én een groepsvorm met andere jongeren wordt genoemd als goede combinatie. Eén-op-één coaching kan helpen in te zoomen op de persoonlijke behoeften, terwijl het groepsproces kan bijdragen aan (h)erkenning, samenwerken, van elkaar leren en mensen kan samenbrengen.

Maatwerk bijstand (partnertoets)

Naast inkomen uit arbeid zien we dat het persoonlijk inkomen van de jongeren een stuk lager is. De bijstandsuitkering is vaak lager omdat de jongeren vaker thuis wonen. Het vormt ook een belemmering als de jongeren een partner hebben of met vrienden willen gaan wonen als zij zelf nog geen baan hebben geven zij aan. Maatwerk vanuit de gemeente zou hier uitkomst kunnen bieden. Ook hier gaat het om goede voorlichting van medewerkers van de gemeente in de uitvoering. Maatwerk toepassen is wettelijk gezien mogelijk.

4.1.4 Overkoepelend aandachtspunt

Het is tot slot altijd belangrijk om de jongeren een rol te geven in het meebeslissen in beleid of regie op hun eigen zorg, waarbij de jongere vanaf het begin wordt meegenomen in besluitvorming en het bedenken van oplossingen. Regie op de eigen zorg en ondersteuning kan bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van een participatiebudget dat de jongere zelf kan inzetten voor ondersteuningsmogelijkheden en eigen onderhoud.

4.2 Haalbaarheid resultaatfinanciering

We hebben nu in beeld gebracht waar de participatieachterstanden het grootst zijn (hoofdstuk 3) en welke interventies zouden passen om deze achterstanden te verkleinen (paragraaf 4.1). We gaan tot slot in op de aard en omvang van de kosten, de meetbaarheid van de resultaten en identificatie van belanghebbende derden om een inschatting te kunnen maken van de haalbaarheid van resultaatfinanciering.

4.2.1 Aard en omvang van de kosten

Mogelijke interventies om participatieachterstanden van jongeren met een chronische aandoening op te heffen hebben betrekking op:

a. Begeleiding en coaching (van de jongeren);
b. Fysieke voorzieningen (in scholen en op de werkplek);
c. Voorlichting (gericht op ouders, scholen, bedrijven);
d. Empowerment (van jongeren en hun ouders);
e. Training (van professionals in onderwijs, jeugdzorg, arbeidsintegratie);
f. Coördinatie (zorg, onderwijs, gemeenten) en ondersteuning bij professionele netwerken.

De aard van de kosten (vast, variabel, eenmalig, structureel) verschilt per type interventie. Vaste kosten zijn kosten die niet variëren met het aantal jongeren. Dit in tegenstelling tot variabele kosten. Structurele kosten zijn doorlopend en incidentele kosten zijn eenmalig of tijdelijk.

De kosten van coaching en begeleiding zijn grotendeels variabel (afhankelijk van het aantal jongeren), deels structureel (langlopend), deels incidenteel (tijdelijk). De kosten van fysieke voorzieningen zijn structureel (vanwege afschrijvingen) en grotendeels vast (niet afhankelijk van het aantal jongeren). De kosten van voorlichting zijn structureel en grotendeels vast (niet afhankelijk van het aantal jongeren). De kosten van empowerment (van jongeren en hun ouders), van training van professionals en van coördinatie zijn structureel en grotendeels vast.

De omvang van de kosten hangt af van de intensiteit van de interventie als het gaat om interventies die menskracht vragen (begeleiding, coaching, voorlichting, training). Deze interventies zijn enerzijds gericht op jongeren en hun ouders. De intensiteit hangt dan af van de impact van de aandoening, de ernst van de problematiek en de wensen van de jongere. Zoals eerder aangegeven kan coaching een combinatie zijn van persoonlijke coaching en groepscoaching. Groepscoaching kost minder per individu. Anderzijds zijn er interventies die menskracht vragen gericht op professionals. De intensiteit hiervan hangt eveneens af van de doelgroep waar de professionals mee te maken hebben. Onze inschatting, naar aanleiding van de gesprekken met professionals, is dat dit vooral zit in een goede organisatie en de interventies richten op de juiste plek zoals netwerken van schooldirecteuren, samenwerkingsverbanden passend onderwijs en zorgcoördinatoren. De interventies hoeven dan helemaal niet zo intensief te zijn.

Naast interventies die menskracht vragen zijn er fysieke voorzieningen. De omvang van de kosten hangt af van de benodigde aanpassing. Vaak kan met hele simpele eenmalige aanpassingen al veel bereikt worden, zoals het aanpassen van de hoogte van een jashaakje zodat iemand in een rolstoel erbij kan of een goede bureaustoel in elk klaslokaal. Grote voorzieningen zoals een lift inbouwen kosten wel veel.

4.2.2 *Meetbaarheid van de resultaten*

Voor het maken van de businesscases is het belangrijk dat de bruto-effecten van interventies meetbaar zijn. Voor alle in deze rapportage aangetoonde achterstanden geldt dat met de data in de CBS-microdata-omgeving gemeten kan worden of de achterstanden kleiner zijn geworden. Ook buiten de CBS-omgeving zijn er meetmogelijkheden. Wij geven hierna een overzicht van de meetbaarheid buiten de CBS-omgeving.

Indicator	Meetbaarheid
Schooladviezen (niet in dit onderzoek gebruikt) Geoorloofd thuis zitten Voortijdig schoolverlaten Afstromen middelbare school (leeftijd 21 t/m 25), Afstromen vervolgonderwijs (leeftijd 25), Hoogst behaalde opleiding	Basisscholen, middelbare scholen en hoge scholen en universiteiten in de regio
Ingeschreven bij UWV WERKbedrijf (leeftijd 18 t/m 25)	UWV, eventueel in combinatie met gemeenten i.v.m. Participatiewet.
Arbeidsparticipatie (leeftijd 21 t/m 25)	Hiervoor zijn gegevens nodig over arbeid. Dat kan via werkgevers of de Belastingdienst.
Wajonguitkering (leeftijd18 t/m 25) Ziektewetuitkering (leeftijd18 t/m 25)	UWV
Bijstandsuitkering (leeftijd 18 t/m 25)	Gemeenten.
Basisloon totaal of alleen van de hoofdbaan per jaar (leeftijd 21 t/m 25 en participerend) Besteedbaar inkomen huishouden Persoonlijk inkomen Economisch zelfstandig (leeftijd 16 t/m 25) Financieel zelfstandig (leeftijd 16 t/m 25)	Hiervoor zijn inkomensgegevens nodig. Dat kan via werkgevers of de Belastingdienst.
Woont op zichzelf (leeftijd 18 t/m 25)	Basisregistratie Personen (BRP) van gemeenten.

Tabel 9. Meetbaarheid van resultaten per indicator

4.2.3 *Identificatie van belanghebbende partijen*

Voor het maken van een maatschappelijke businesscase moeten er ook partijen geïdentificeerd worden die baat hebben bij het behalen van de resultaten. Deze baten kunnen kostenbesparingen zijn. Het kan ook het voldoen aan wet- en regelgeving of contracteisen betreffen. Wij noemen hierna mogelijke belanghebbende partijen.

Gemeenten

Gemeenten hebben een direct financieel belang bij het voorkomen van bijstandsafhankelijkheid. En alles wat bijdraagt om bijstandsafhankelijkheid te voorkomen (dus ook bij interventies om achterstand in het onderwijs te verkleinen). Los van het financieel belang, hebben gemeenten de opdracht de participatie van burgers met arbeidsbeperkingen te bevorderen. Zij ontvangen middelen om die opdracht waar te maken. In principe worden gemeenten door hun eigen gemeenteraad (en de Inspectie SZW) 'afgerekend' op de resultaten die zij boeken. Gemeenten zijn financieel en organisatorisch verantwoordelijk voor de levering van jeugdzorg. Zij hebben belang bij de bevordering van effectiviteit en doelmatigheid van de jeugdzorg, en op basis daarvan, bij interventies gericht op de afstemming tussen jeugdzorg en onderwijs.

Scholen

Scholen hebben de wettelijke opdracht passend onderwijs te bieden. De onderwijsinspectie houdt toezicht op de naleving van de wet. Daarnaast lopen er programma's ter bekostiging van inspanningen van de scholen gericht op schooluitval.

Samenwerkingsverbanden passend onderwijs

De samenwerkingsverbanden passend onderwijs hebben een wettelijke taak in de realisatie van passend onderwijs. Zij hebben in principe belang bij alle interventies gericht op reductie van de achterstanden in het onderwijs.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een financieel belang bij de reductie van participatie-achterstanden voor zover meer participatie leidt tot lagere zorguitgaven. In bijlage E is terug te zien wat de Zvw-zorgkosten zijn van jongeren met een chronische aandoening in vergelijking tot de zorgkosten van jongeren zonder een chronische aandoening.

Zorgaanbieders

Afhankelijk van de inrichting en specificatie van hun contracten met gemeenten (en zorgverzekeraars) hebben zorgaanbieders een belang bij verbetering op dossierniveau van de afstemming tussen de domeinen zorg, onderwijs en arbeid.

5 Conclusie

5.1 Samenvatting van de bevindingen

5.1.1 Bevindingen ten aanzien van participatieachterstanden

We zien de grootste achterstanden in onderwijs en werk en de overgang daartussen. De jongeren met een chronische aandoening:

a. Starten lager in het onderwijs;
b. Hebben vaker een vrijstelling van het onderwijs;
c. Verlaten vaker voortijdig school;
d. Stromen vaker af op de middelbare school en in het vervolgonderwijs;
e. Behalen uiteindelijk een lager opleidingsniveau;
f. Hebben meer moeite met het vinden van een baan;
g. Ontvangen vaker een bijstandsuitkering.

Dit is ook terug te zien in een lagere economische en financiële zelfstandigheid en een lager aandeel jongeren dat op zichzelf woont.

Jongeren die naast een chronische aandoening een migratieachtergrond hebben, hebben grotere achterstanden. Ook zijn de achterstanden groter bij jongeren met een psychische aandoening.

5.1.2 Bevindingen ten aanzien van mogelijkheden resultaatfinanciering

Voor resultaatfinanciering is het belangrijk dat de resultaten meetbaar zijn. Alle participatieachterstanden die in dit onderzoek in kaart zijn gebracht zijn meetbaar in de CBS-omgeving. Daarbuiten zijn de resultaten meetbaar te maken door gegevens van basisscholen, middelbare scholen en hoge scholen en universiteiten in de regio, UWV, gemeenten, belastingdienst of werkgevers.

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van interventies zijn als volgt:

a. Kansrijke interventies zijn voorlichting en trainen van professionals, coördinatie, fysieke voorzieningen en empowerment en coaching van de jongere en hun ouders;
b. Het is belangrijk om na te gaan wat het individu nodig heeft. Dit hangt af van onder meer het type aandoening (fysiek, psychisch, audiovisueel, LVB), andere kenmerken (zoals migratieachtergrond), assertiviteit van de jongeren en de ouders en de ervaren belemmeringen (zoals pijn en vermoeidheid);
c. Aanpassingen voor fysieke en audiovisuele aandoeningen zijn over het algemeen eenvoudiger omdat het vaker eenmalige aanpassingen van gebouwen of hulpmiddelen betreft. Jongeren met een psychische aandoening of een verstandelijke beperking zijn hier niet mee geholpen. Dit vraagt om andere interventies zoals coaching en begeleiding.

De kosten van **coaching en begeleiding** zijn grotendeels variabel (afhankelijk van het aantal jongeren), deels structureel (langlopend), deels incidenteel (tijdelijk). De kosten van **fysieke voorzieningen** zijn structureel (vanwege afschrijvingen) en grotendeels vast (niet afhankelijk van het aantal jongeren). De kosten van **voorlichting** zijn structureel en grotendeels vast (niet afhankelijk van het aantal jongeren). De kosten van **empowerment** (van jongeren en hun ouders), van **training van professionals** en van **coördinatie** zijn structureel en grotendeels vast.

Mogelijke belanghebbende partijen zijn:

a. **Gemeenten** hebben een direct belang bij effectieve interventies gericht op het verminderen van bijstandsafhankelijkheid daarnaast hebben zij zorgplicht;
b. **Samenwerkingsverbanden passend onderwijs en scholen** hebben een zorgplicht in het kader van de wet passend onderwijs;
c. **Zorgverzekeraars** hebben een financieel belang bij de reductie van participatie-achterstanden voor zover meer participatie leidt tot lagere zorguitgaven;
d. **Zorgaanbieders** krijgen een belang bij verbetering op dossierniveau van de afstemming tussen de domeinen zorg, onderwijs en arbeid zodra contracten met de gemeenten hierin voorzien.

Op het vervolgonderwijs zijn de belemmeringen waar jongeren tegenaan lopen relatief groot. Dat kan te maken hebben met het ontbreken van een wet die toeziet op zorgplicht en toetsing hierop. De businesscase op dit onderwerp is belangrijk, maar door het ontbreken van wetgeving of (directe) kostenbesparingen moeilijker te maken.

5.2 Aanbevelingen ten aanzien van data

In dit onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van Vektis-data en van data over jeugdzorg van de gemeenten als aanvullende databron voor ggz voor minderjarige kinderen. Het voordeel van deze data is dat het integrale data betreft. Daarnaast is het objectieve data omdat het gebaseerd is op zorggebruik. Dat is tegelijkertijd een nadeel van deze data: de gegevens beperken zich tot jongeren met een chronische aandoening die gebruik maken van zorg. In het geval van de Vektis-data beperkt het zich zelfs (bijna alleen) tot jongeren die gebruik maken van medicijnen. Niet alle jongeren met een chronische aandoening zijn gebaat bij medicijnen. Hierdoor blijft een deel van de populatie buiten beeld.

Voor het identificeren van jongeren met een chronische (of langdurige) aandoening kan in vervolgonderzoek ook gebruik worden gemaakt van morbiditeitgegevens van huisartsen via Nivel Zorgregistraties. Dit is geen integrale data. Dat is een kanttekening omdat dit de mogelijkheden beperkt om de data te combineren met andere datasets waar informatie over de participatie uit gehaald wordt. Het is wel een omvangrijke dataset. De huisartsengegevens 2018 betreffen 1,7 miljoen patiënten, ingeschreven bij ongeveer 419 huisartsenpraktijken.[31] In deze data worden veel meer mensen met een chronische aandoening geïdentificeerd dan in de Vektis-data en het bevat meer gespecificeerde informatie over verschillende type aandoeningen.

Een nadeel van beide databronnen (Vektis en Nivel) is dat het uitgaat van diagnoses of zorggebruik, terwijl het inhoudelijk passender zou zijn om te kijken naar de door de jongeren ervaren belemmeringen, zoals pijn en vermoeidheid. Pijn en vermoeidheid vallen in de Nivel-data onder subcodes. Nivel kijkt niet naar subcodes. Het registreren van subcodes wordt (nog) niet altijd consequent gedaan en is nog niet gevalideerd. Daarom wordt er ook niet over gerapporteerd.

En nadeel van objectieve data is dat de ernst van de aandoening en de impact ervan voor de jongeren niet wordt gemeten, terwijl dit naast de ervaren belemmeringen juist heel relevant is. Het gebruik van enquêtes is in sommige gevallen dan aan te bevelen. In de gezondheidsenquête van het CBS komen bijvoorbeeld wel pijn en vermoeidheid terug. Deze enquête is niet zo omvangrijk en daarom minder geschikt voor het brede onderzoek dat wij nu hebben gedaan. Wanneer het gecombineerd wordt met alleen integrale data kan het wel nuttig inzicht geven.

[31] Nivel (2019). *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2018 en trendcijfers 2014-2018.*

A. Gesprekspartners

In de onderstaande tabel staan de organisaties die we hebben gesproken in de oriënterende fase van het onderzoek en de dataleveranciers die we gesproken hebben.

Organisaties oriënterende gesprekken
Buzinezzclub Nederland
Ieder(in)
IPH
Jongerenpanel ZèP / JongPIT[32]
LOC
Movisie
Nivel
NCOJ
NJI
Studeren en Werken op Maat
Verwey-Jonker Instituut
UMC Utrecht
UWV
Dataleveranciers
CBS
Vektis

We hebben in de oriënterende fase twee keer vier jongeren met een chronische aandoening vanuit Jongerenpanel ZèP gesproken in digitale groepsbijeenkomsten. Met dank aan Eline van der Meulen en de andere jongeren.

In de laatste fase van het onderzoek hebben we twee expertbijeenkomsten georganiseerd over kansrijke interventies op het gebied van onderwijs en werk. Hiervoor hebben we weer met vier jongeren met een chronische aandoening vanuit JongPIT gesproken. In de andere expertsessies hebben we gesproken met een medewerker van het UWV en een medewerker van de NCOJ die we in de oriënterende fase ook hebben gesproken en Olaf McDaniel die expertise heeft op het gebied van onderwijs.

[32] JongPIT (in de zomer 2020 tot stand gekomen door het samengaan van ALL OF ME, Ervaringscentrum Jong Perspectief (ECJP) en Jongerenpanel ZeP), expertsessie kansrijke interventies 1

B. Onderzoeksverantwoording

We beschrijven in deze bijlage de gebruikte databestanden en de analyses die we gedaan hebben om het dashboard samen te stellen. Gezien het grote aantal bestanden en analyses geven we in deze onderzoekverantwoording alleen de hoofdlijnen weer.

B.1 Gebruikte databestanden

In de onderstaande tabel hebben we bestanden met een beknopte beschrijving van de inhoud weergegeven. Al deze bestanden zijn gekoppeld in een analysebestand op basis van het RINpersoonsnummer. Dit zijn burgerservicenummers die door het CBS zijn geanonimiseerd. Het startbestand is het GBAPERSOONTAB-bestand uit 2018. Jongeren met een indicatie verstandelijk gehandicapt (VG) en personen die duurzaam volledig arbeidsongeschikt zijn hebben we uit de dataset gehaald. Jongeren met licht verstandelijke beperking konden met de Vektis-data niet goed geïdentificeerd worden. Volgens de Vektis data zijn er 161 jongeren met een indicatie sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG) en 1.638 jongeren met een indicatie licht verstandelijk gehandicapt (LVG). Er zijn veel verschillende definities van een licht verstandelijke beperking. De aantallen die in andere bronnen worden genoemd liggen veel hoger. Het Nederlands Jeugdinstituut geeft bijvoorbeeld aan dat er 313.300 jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn.[33]

Bestand	Omschrijving en doel
GBAPERSOONTAB	De GBAPERSOONTAB bevat de persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens ingeschreven personen vanaf 1 oktober 1994[34]. Op basis van dit bestand hebben wij alle personen geselecteerd die op 31 december 2018 25 jaar of jonger waren. Jongeren die in 2018 deels 25 jaar waren zijn niet meegenomen in het onderzoek. De jongeren hebben we ingedeeld in drie klassen die terugkomen in het dashboard: 1. Jonger dan 12 jaar, 2. 12 tot en met 17 jaar, 3. 18 jaar tot en met 25 jaar.
GBAHUISHOUDENSBUS	De GBAHUISHOUDENSBUS2018V1 bevat huishoudenskenmerken van in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens ingeschreven personen, bijvoorbeeld plaats in het huishouden. Personen die in de GBAPERSOONTAB voorkomen, moeten ook in de GBAHUISHOUDENSBUSV1 voorkomen.
GBAADRESOBJECTBUS	De GBAADRESOBJECTBUSV1 hebben we gebruikt om te controleren of iemand op 31 december 2018 in Nederland woonachtig was. Indien dat niet het geval was, hebben we deze persoon verwijderd. Verder bevat de GBAADRESOBJECT2018BUSV1 zogenoemde Rinobjectnummers die de mogelijkheid bieden om informatie over woonplaatsen, wijken en buurten toe te voegen.
VSLGWBTAB	Met het koppelbestand VSLGWBTAB hebben we via de Rinobjectnummers gekoppeld in welke gemeente, wijk en buurt de woning waar de jongere woont staat. We weten op deze manier waar de jongeren wonen en in welke buurt. Deze informatie is nodig om de kenmerken van de wijken en buurten te kunnen koppelen.
KWB	De KWB-bestanden bevatten kerncijfers over wijken en buurten. Voorbeelden zijn gemiddelde WOZ-waarde, percentage personen die behoren tot de landelijke 40%

[33] https://www.nji.nl/Licht-verstandelijk-beperkte-jeugd-Probleemschets-Cijfers. Geraadpleegd op: 10-2021.

[34] Het GBA bevat ook gegevens van personen die voor 1994 ingezetenen zijn geweest, maar deze groep is niet volledig. Voor dit onderzoek is dat nauwelijks een belemmering, de oudste deelnemers in dit onderzoek zijn geboren op 31 december 1993.

Bestand	Omschrijving en doel
	personen met het laagste persoonlijk inkomen, percentage personen die behoren tot de landelijke 20% personen met hoogste persoonlijk inkomen.
ONDERWIJSINSCHRTAB	De ONDERWIJSINSCHRTAB bevat alle inschrijvingen van leerlingen en studenten in het (speciaal) basisonderwijs, het voorgezet onderwijs, het middelbaar beroepsonderwijs, het hoger beroepsonderwijs en de volwasseneducatie in het betreffende school- of studiejaar.
INSCHRWECTAB	De INSCHRWECTAB bevat de inschrijvingen van leerlingen uit het speciaal onderwijs (niet de leerlingen die vanuit het speciaal onderwijs begeleid worden). We kunnen met dit bestand de jongeren in het speciaal onderwijs bepalen.
Vrijstellingen	Dit bestand bevat informatie over de jongeren die een vrijstelling voor het onderwijs hebben.
HOOGSTEOPLTAB	Het HOOGSTEOPLTAB bevat kenmerken van het hoogst behaalde en het hoogst gevolgde opleidingsniveau. Door het bestand HOOGSTEOPLTAB te combineren met de gegevens uit het bestand ONDERWIJSINSCHRTAB hebben we een schatting gemaakt van de duur van de opleiding van de jongere. We hebben ons hierbij beperkt tot vmbo, havo en vwo, omdat leerlingen dan nog leerplichtig zijn en de duur van de opleidingen die een vervolg zijn op deze opleidingen ook afhankelijk zijn van eigen keuzen die leerlingen of studenten maken.
Studieschuld2018CBKV1	Dit bestand bevat informatie over het hebben van een studieschuld door jongeren en de hoogte daarvan.
VSVTAB	Het bestand VSVTAB bevat informatie over voortijdig schoolverlaters van het voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs of voortgezet algemeen volwassenen onderwijs. We hebben met dit bestand achterhaald wie voortijdig school heeft verlaten.
SVO	De SVO-bestanden bevatten informatie over de kenmerken van (voortijdig) schoolverlaters die hun vo- of mbo-diploma hebben behaald. Indicatoren in het dashboard uit de SVO-bestanden zijn bijvoorbeeld redenen om te stoppen met een opleiding, het vinden van een stageplek van de eerste keuze en de tevredenheid over de opleiding.
INPATAB	De INPATAB-bestanden bevatten informatie over het inkomen van personen op 1 januari van dat jaar. Een voorbeeld hiervan is het persoonlijk inkomen dat wij ook in het dashboard gebruikt hebben.
INHATAB	De INHATAB bestanden bevatten informatie over het inkomen van huishoudens op 1 januari van dat jaar. Een voorbeeld hiervan is het besteedbaar inkomen per huishouden waar de jongere deel van uitmaakt.
CWITAB	De CWI-bestanden bevatten informatie over inschrijvingen bij UWV WERKbedrijf en hoeveel uur de ingeschreven jongeren zouden willen werken.
SPOLISBUS	De SPOLIS-bestanden bevatten informatie over de banen en lonen uit de Polisadministratie. In het geval dat jongeren meerdere banen gehad hebben in een jaar is voor de indicatoren die gebaseerd zijn op deze bestanden gekozen voor de hoofdbaan. De hoofdbaan hebben wij gedefinieerd als de baan met de meeste uren per jaar. Voorbeelden van indicatoren uit deze bestanden zijn naast het aantal uren dat is gewerkt, het basisloon, het hebben van een vast contract en het aantal werkgevers dat een jongere gehad heeft.
AOTOTUITKERINGATAB	De AOTOTUITKERINGATAB-bestanden bevatten informatie over het arbeidsvermogen van personen. Personen zonder arbeidsvermogen zijn in het dashboard buiten beschouwing gelaten.

Bestand	Omschrijving en doel
NEA	De NEA-bestanden bevatten informatie uit de Nationale enquête arbeidsomstandigheden. Wij hebben hieruit onder andere informatie gehaald over ziekteverzuim, aanpassingen aan de werkplek en aanpassingen van werktijden.
GECON	De GECON-bestanden bevatten informatie die verzameld is via de gezondheidsenquête. Met dit bestand zijn ook groepen personen bepaald met bijvoorbeeld een visuele beperking dat als kenmerk in het dashboard is meegenomen, maar ook indicatoren zoals het contact met de huisarts of opname in een ziekenhuis.
JGDHULPBUS	De JGDHULPBUS-bestanden bevatten informatie over het gebruik van jeugdhulp. Dit bestand hebben we gebruikt in aanvulling op de Vektis-data omdat sinds 2015 de jeugd-ggz onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt. Deze informatie hebben we gebruikt als een aanwijzing voor het hebben van een psychische aandoening. Als een jongere drie maanden of langer gebruik gemaakt heeft van jeugdhulp (hetzij intramuraal of extramuraal) is deze jongere als een jongere met een psychische aandoening gekwalificeerd.
WmoBUS	Dit bestand bevat gegevens over de maatwerkarrangementen die verleend zijn in het kader van de Wmo. Met deze gegevens hebben we bepaald wie Wmo-zorg heeft ontvangen. We hebben in het dashboard onderscheid gemaakt naar verschillende Wmo-arrangementen. We hebben geen onderscheid gemaakt tussen hoe vaak een jongere van de verschillende Wmo-arrangementen gebruik maakte, maar alleen of ze er gebruik van hebben gemaakt. .
Vektis	Het Vektis-bestand bevat informatie over de jongeren. Zie voor meer informatie de verantwoording van de Vektisdata in bijlage F.

Naast de indicatoren die in het bestand voorkomen zijn ook indicatoren samengesteld of berekend. Te denken valt hierbij aan het aantal jaren dat een persoon een bepaalde uitkering heeft ontvangen en wat het bedrag daarvan geweest is. Voor een aantal indicatoren, vooral degene die betrekking hebben op een baan en inkomen, is er voor gekozen de resultaten vanaf een bepaalde leeftijd (in dit geval 18 jaar) te berekenen. Voor het aantal afstromingen in het onderwijs hebben we alleen naar jongeren vanaf 21 jaar gekeken en voor de hoogst behaalde opleiding alleen naar jongeren van 25 jaar. Deze leeftijdsgrenzen zorgen voor betrouwbaardere uitkomsten en een betere vergelijkbaarheid van de resultaten.

B.2 Kenmerken

Om een eerste beeld te vormen van de personen met een chronische aandoening zijn een aantal beschrijvende statistieken over de kenmerken van jongeren met en zonder chronische aandoening in het dashboard weergegeven. Hier staat ook een verdeling van alle jongeren naar leeftijdsklasse, migratieachtergrond en omvang van de Zvw-zorgkosten. Daarnaast worden de jongeren met of zonder chronische aandoening i.c.m. wel of geen migratieachtergrond, sociaal economische status en woonomgeving (mate van stedelijkheid) op COROP-regio niveau afgebeeld.

Nadat de indicatoren uitgesplitst zijn naar de afzonderlijke kenmerken, hebben we op basis van de uitkomsten met behulp van regressiebomen[35] extra kenmerken toegevoegd die een combinatie zijn van de hierboven genoemde

[35] Een regressieboom is een geleide regressie/classificatiemethode. Dit is een voorspelmodel die veel wordt gebruikt binnen de statistiek en Machine Learning. Een regressieboom geeft inzicht in indicatoren en bijbehorende afkappunten waardoor de voorspelling van je afhankelijke variabele verbetert. Oftewel, het laat waardes van indicatoren zien waarop groepen jongeren sterk verschillen. Meerdere indicatoren uit verschillende domeinen zijn als afhankelijke variabelen gebruikt om de bomen te schatten en tot robuuste kenmerken te komen waarop we een verdieping hebben gemaakt.

kenmerken. Er zijn duidelijke uitsplitsingen in groepen te maken op basis van deze kenmerken. Dit geeft de mogelijkheid om groepen te identificeren waar de participatie van jongeren (met een chronische aandoening) de grootste achterstand heeft. Het betreft de combinaties van het wel of niet hebben van een chronische aandoening en de afzonderlijke chronische aandoeningen in combinatie met:

a. Migratieachtergrond (geen migratieachtergrond ten opzichte van een eerste en of tweede generatie migratieachtergrond);
b. Mate van stedelijkheid (zeer sterk stedelijk ten opzichte van minder sterk stedelijk);
c. Sociaal economische status (7% of minder huishoudens met een laag inkomen in een buurt waar de jongere woont ten opzichte van meer dan 7% huishoudens met een laag inkomen in de buurt waar de jongere woont).

Voor de combinaties van deze kenmerken zijn de indicatoren waar mogelijk uitgesplitst.

B.3 Indicatoren

Jongeren als persoon in het gezin/huishouden:

a. Plaats in het huishouden (kind, partner, ouder, et cetera);
b. Percentage van de jongeren dat op zichzelf woont.

Buurt waar de jongere woont:

a. Percentage huishoudens met een laag inkomen;
b. Mate van stedelijkheid (in verband met beschikbaarheid van voorzieningen);
c. Gemiddelde WOZ-waarde.

B.3.1 Inkomen en financiën:

Inkomen van het huishouden waar de jongere deel van uitmaakt:

a. Besteedbaar inkomen (of bruto inkomen);
b. Aantal huishoudensleden met persoonlijk inkomen ten opzichte van het aantal huishoudensleden;
c. Mate van uitkeringsafhankelijkheid in de laatste vier jaren;

Inkomen en financiën van de jongere:

a. Economische zelfstandigheid: In Individueel inkomen **zonder** uitkering boven op de drempelwaarde van 70% wettelijk minimum loon;
b. Financiële onafhankelijkheid: Individueel inkomen **met** uitkering boven op de drempelwaarde van 70% wettelijk minimum loon;
c. Hoogte van het persoonlijk inkomen;
d. Positie van de persoon in het huishouden ten opzichte van de hoofdkostwinner;
e. Sociaal-economische categorie (bijvoorbeeld werknemer, zelfstandig ondernemer);
f. Duur en gebruik van uitkeringen en tegemoetkomingen voor de onderstaande uitkeringen. Er is gekeken naar de kosten en of iemand er in een jaar gebruik van heeft gemaakt. Daarnaast is gekeken hoeveel jaar iemand er gebruik van heeft gemaakt (maximaal 4 jaar) en wat de kosten gedurende die jaren waren:
    i. WW;
    ii. ZW;
    iii. Arbeidsongeschiktheid;
    iv. Uitkering IOAW, IOAZ;
    v. Wajong, BBZ;
    vi. Uitkering studietoelage;
    vii. Overige tegemoetkoming studietoelage;
    viii. Huurtoeslag en subsidie;

ix. Zorgtoeslag.

B.3.2 *Onderwijs:*

a. Hoogst behaalde opleiding in 2018;
b. Percentage jongeren dat een voortijdige schoolverlater is;
c. Percentage jongeren dat een of meerdere niveaus afstroomt in niveau (per belangrijkste onderwijsniveau);
d. Percentage jongeren dat geoorloofd thuiszit;
e. Percentage jongeren dat is blijven zitten tijdens de opleiding;
f. Percentage jongeren dat een leerplek heeft van de eerste keuze;
g. Redenen om te stoppen met een opleiding:
    i. Ziekte;
    ii. Psychische problemen;
    iii. Leraren/schoolleiding;
    iv. Andere leerlingen;
    v. Slechte organisatie;
    vi. Het niet kunnen vinden van een stageplaats;
    vii. Aantal malen dat men heeft moeten solliciteren voordat men een leerplek vond;
h. Redenen om te stoppen met vervolgopleiding:
    i. Te grootschalig;
    ii. Persoonlijke problemen;
    iii. School gerelateerde problemen (bijvoorbeeld gepest op school, onprettige sfeer);
i. Tevredenheid over de gevolgde opleiding:
    i. Sfeer op school;
    ii. Manier waarop leraren lesgeven;
    iii. De kwaliteit van docenten;
    iv. Manier van examineren;
    v. Huisvesting;
    vi. Voorzieningen zoals bibliotheek, mediatheek, werkplaatsen, ICT;
    vii. Begeleiding vanuit school;
    viii. Begeleiding vanuit beroepspraktijkvormings- of stageplaats;
j. Omvang studieschuld op het moment van het behalen van het hoogste diploma;
k. Duur van de opleiding:
    i. VMBO GT;
    ii. VMBO BK;
    iii. HAVO;
    iv. VWO.

B.3.3 *Werk*

Contractueel

a. Arbeidsparticipatie;
b. Aard van de arbeidsverhouding (bijvoorbeeld stagiair, uitzendkracht):
c. Sector;
d. Contractsoort;
e. Van bepaalde tijd naar onbepaalde tijd;
f. Basisloon (hoofdbaan en totaal);
g. Baandagen (hoofdbaan en totaal);
h. Basisuren hoofdbaan in december 2018;
i. Soort dienstverband december 2018;

j. Van deeltijd naar voltijd;
k. Aantal verschillende werkgevers.

UWV WERKbedrijf

a. Aandeel van de jongeren ingeschreven bij UWV WERKbedrijf;
b. Tijd dat de jongere bij UWV WERKbedrijf ingeschreven staat;
c. Aantal uren dat de jongere zou willen werken.

Operationeel

a. Zelfstandig kunnen werken: verschillende vragen over autonomie;
b. Werkzelfstandigheid en werkbelasting: verschillende vragen;
c. Sociale steun leidinggevende: verschillende vragen;
d. Burn-out (onder andere: ik voel me compleet uitgeput door mijn werk);
e. Ziekteverzuimpercentage;
f. Competenties;
g. Aanpassingen van de werkplek: o.a. begeleiding en coach;
h. Mogelijkheid om zelf werktijden te bepalen.

B.3.4 Zorg en gezondheid

Gebruik van Wmo-arrangementen

a. Hulp bij het huishouden;
b. Begeleiding;
c. Persoonlijke verzorging;
d. Kortdurend verblijf;
e. Woondiensten;
f. Overige persoonsgerichte ondersteuning;
g. Dagbesteding;
h. Vervoersdiensten;
i. Overige groepsondersteuning;
j. Overige maatwerkarrangementen;
k. Rolstoelen;
l. Vervoersvoorzieningen;
m. Woonvoorzieningen;
n. Overige hulpmiddelen;
o. Beschermd wonen;
p. Opvang;
q. Spoedopvang.

Sporten

a. Lid van een sportvereniging;
b. Wekelijkse sporter.

Klachten en ervaren belemmeringen

a. Fysieke belemmering;
b. Pijn in rug, hoofd, spieren of gewrichten;
c. Vermoeidheidsklachten.

Zorggebruik

a. Fysiotherapeut;
b. Psychische zorg;
c. Dagopname;
d. Huisarts;
e. Ziekenhuisopname.

C. Indeling categorieën chronische aandoeningen Vektis

De indeling in categorieën is gebaseerd op een inhoudelijke afweging in combinatie met praktische overwegingen. Een aantal van de chronische aandoeningen komt in de Vektisdata zo weinig voor dat ze zijn samengevoegd met andere groepen. Hieronder geven we van elk van de categorieën aan welke aandoeningen daaronder vallen en wat de omvang van de groep jongeren is met een chronische aandoening uit de betreffende categorie. Een jongere kan meerdere chronische aandoeningen hebben en dus vaker voorkomen.

Categorie van chronische aandoeningen	Aantal jongeren
Psychische aandoeningen:	**213.199**
a. Jeugdhulp;	137.525
b. Verslaving (exclusief nicotine);	54
c. ADHD;	62.843
d. Angststoornissen (benzodiazepinen);	836
e. Bipolaire stoornis regulier;	120
f. Depressie;	22.197
g. Chronische stemmingsstoornissen complex;	19
h. Psychose depot;	445
i. Psychose;	2.213
j. Psychose en verslaving (exclusief nicotine);	6.455
k. Bipolaire stoornis complex.	124
Long- en luchtwegziekten:	**69.051**
a. Astma;	67.757
b. Cystic fybrosis/pancreasenzymen;	786
c. COPD/zware astma;	557
d. COPD/zware astma o.b.v. add-on;	137
Endocriene aandoeningen:	**21.367**
a. Diabetes type 1 zonder hypertensie;	12.843
b. Diabetes type 2 zonder hypertensie;	267
c. Diabetes type 1 met hypertensie;	210
d. Diabetes type 2 met hypertensie;	30
e. Schildklieraandoeningen.	8.438
Neurologische ziekten:	**11.275**
a. Epilepsie;	8.250
b. Aandoeningen hersenen/ruggenmerg;	142
c. Ziekten van Parkinson;	28
d. Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose;	360
e. Groeistoornis o.b.v. add-on;	2.535
f. Huidziekten: Psoriasis.	1.477
Reumatische en immunologische ziekten:	**5.600**
a. Reuma;	1.402
b. Auto-immuunziekten o.b.v. add-on.	4.198
Hulpmiddelengebruiker: gebruik van een van de volgende hulpmiddelen: CPAP-apparatuur, therapeutische elastische kousen, voorzieningen voor stomapatiënten, vernevelaar met toebehoren, middelen voor urine-opvang,	**17.756**

injectiespuiten met toebehoren, zuurstofapparaten met toebehoren, voedingshulpmiddelen, slijm uitzuig apparatuur, draagbare infuuspompen.		
Overige chronische aandoeningen:		**15.588**
a.	Oogziekten: glaucoom;	1.025
b.	Hartaandoeningen;	306
c.	Pulmonale arteriële hypertensie;	92
d.	Nieraandoeningen;	89
e.	Auditieve beperking: indicatie ZG-auditief;	103
f.	Visuele beperking: indicatie ZG-visueel;	55
g.	Chronische antistolling;	1.097
h.	HIV/aids;	623
i.	Immunoglobulinen o.b.v. add-on;	321
j.	Chronische pijn exclusief opioïden;	2.350
k.	Maagdarmleverziekten: ziekte van Crohn/colitis ulcerosa;	2.581
l.	Neuropathische pijn;	221
m.	Acromegalie;	24
n.	Hormoongevoelige tumoren;	402
o.	Kanker;	1.000
p.	Kanker o.b.v. add-on;	1.370
q.	Transplantaties.	3.606

D. Beoordelingskader mogelijkheden resultaatfinanciering

Doelgroep:

a. **Afbakenen van de doelgroep**: In welke mate is het mogelijk om de doelgroep af te bakenen, bijvoorbeeld op leeftijd en/of type chronische aandoening;
b. **Concentratie van de doelgroep**: Wonen de jongeren uit de doelgroep bijvoorbeeld allemaal in dezelfde gemeente of achterstandswijk?;
c. **Vindbaarheid van de doelgroep**: Is er regie op de toeleiding mogelijk? Bijvoorbeeld als het gaat om jongeren van uitkering naar een baan helpen, dan moet de gemeente weten welke jongeren een chronische aandoening hebben;
d. **Controlegroep/counterfactual:** Is er een goede vergelijking te maken met een controlegroep? Of is het aannemelijk te maken wat er met de mensen uit de doelgroep gebeurt zonder interventie;
e. **Selectie Bias**: Selectie van de doelgroep gebeurt vaak door de outcome payer (bijvoorbeeld gemeente) maar soms ook door degene die de interventie verzorgt. Dit resulteert in selectie bias (gemeten effecten zijn terug te voeren op andere factoren dan de interventie, bijvoorbeeld motivatie). In hoeverre speelt dit naar verwachting (op welke kenmerken zal worden geselecteerd) en in hoeverre kan ervoor gecorrigeerd worden (zijn deze kenmerken objectief te meten)?

Belanghebbende partijen:

a. Welke partijen hebben in monetaire termen uit te drukken voordeel van de effectieve interventie? Is te verwachten dat deze partijen kunnen en willen participeren in de resultaatfinanciering?

Outcome:

a. **Duidelijk gedefinieerde beoogde outcomes:** Welke outcomes moeten gemeten worden?
b. **Meetmethodiek**:
    i. Zijn de resultaatindicatoren (outcomes) goed meetbaar (valide en betrouwbaar)? (Kun je meten wat je wilt meten, eventueel bij benadering)?
    ii. Zijn de resultaatindicatoren (outcomes) eenvoudig meetbaar? (Is de constructie van variabelen eenvoudig? Kan het buiten de CBS-omgeving)?
c. Er zijn outcomes met een intrinsieke waarde en outcomes die gemonetariseerd kunnen worden. In het geval van outcomes die **gemonetariseerd** kunnen worden: Wat is de verwachte omvang van de cashable savings?

Negatieve externe effecten:

a. Zijn er negatieve externe effecten te verwachten? En bij welke partijen? Zijn deze meetbaar? Bijvoorbeeld: Als er minders schooluitval is, kunnen de schoolkosten per leerling stijgen.

Overall conclusie mogelijkheden resultaatfinanciering:

We geven op basis van bovenstaande informatie een oordeel over de mogelijkheden voor resultaatfinanciering, zijnde:

1. Naar verwachting **goed haalbaar** met vrijwel geen (grote) en/of belangrijke risico's/kanttekeningen;
2. Naar verwachting **redelijk haalbaar** met enkele risico's/kanttekeningen;
3. Naar verwachting **moeilijk haalbaar** met grote, veel en of/belangrijke risico's/ kanttekeningen.

Haalbaarheid Maatschappelijke Businesscases:

Om te weten of de maatschappelijke businesscase haalbaar is, moet je ook weten:

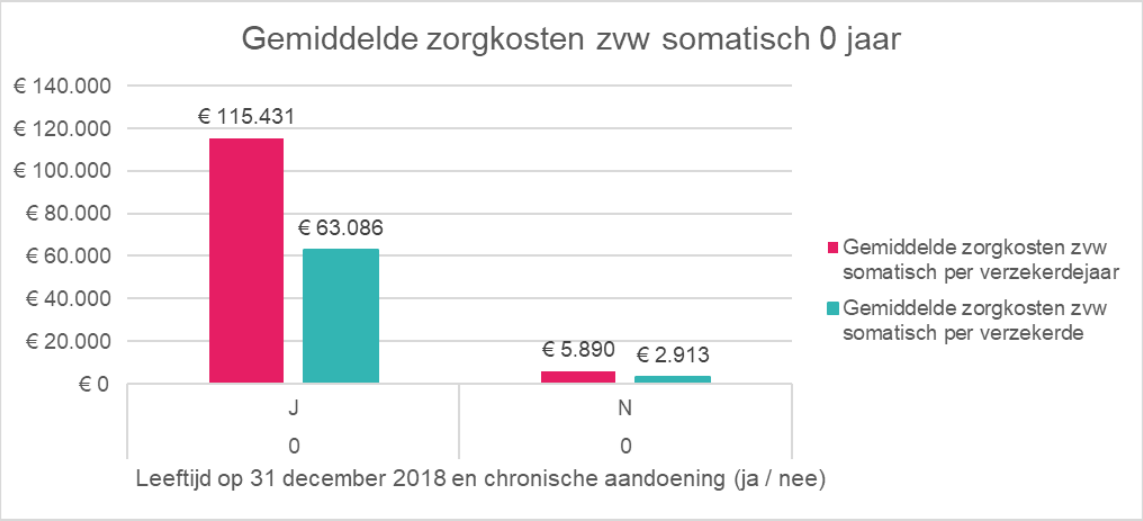
a. Wat de interventie kost (de input). Het gaat hierbij om de prijs van de interventie die wordt gerekend (niet de kostprijs) per deelnemer;

b. Hoe de outcomes gewaardeerd worden door partijen die betalen voor uitkomsten;

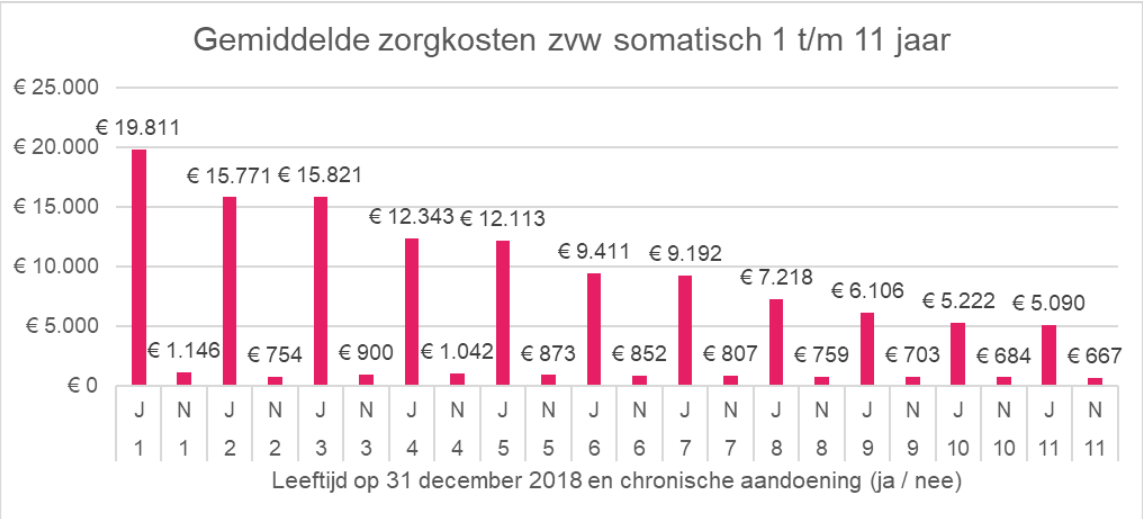
c. De wensen van, risico's en het verwachte rendement voor investeerders (voorfinanciering).

E. Zorgkosten Zorgverzekeringswet

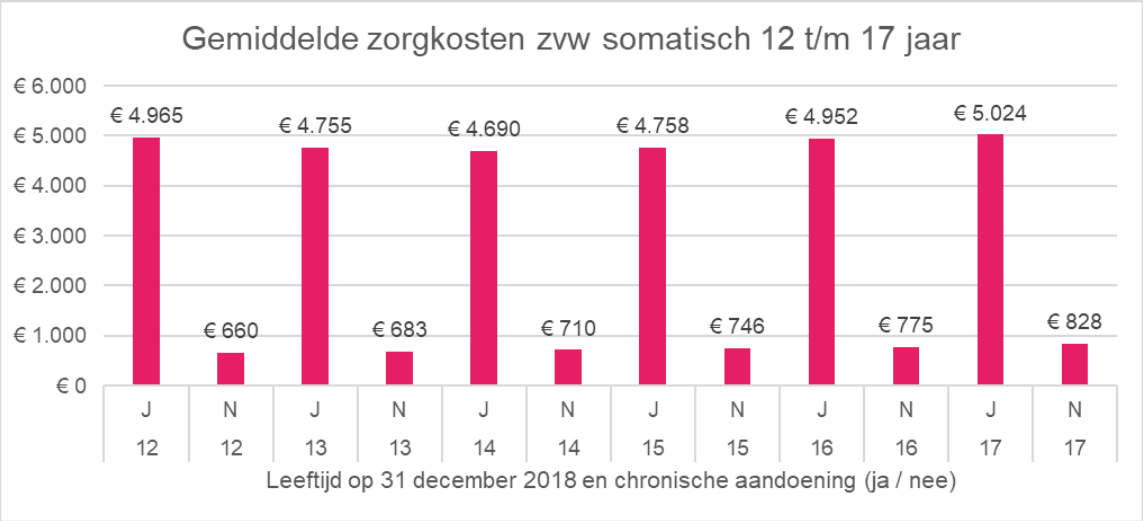
In onderstaande figuren staan de gemiddelde zorgkosten in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per leeftijdscategorie. Voor de 0-jarigen laten we zowel de gemiddelde zorgkosten per verzekerde als de gemiddelde zorgkosten per verzekerdejaar zien. Verzekerdejaar is een term uit de risicoverevening. Het geeft aan welk deel van het jaar een persoon verzekerd is. Als een persoon bijvoorbeeld de helft van het jaar verzekerd is (zoals een baby die halverwege het jaar geboren wordt), dan is er sprake van een half verzekerdejaar. We zien dus in figuur 5 logischerwijs een groot verschil tussen de gemiddelde zorgkosten per verzekerde en de gemiddelde zorgkosten per verzekerdejaar omdat 0-jarigen geboren worden en daardoor maar een deel van het jaar een zorgverzekering hebben. Voor de andere leeftijdscategorieën tonen we alleen de gemiddelde zorgkosten per verzekerdejaar, omdat hier de verschillen niet zo groot zijn.



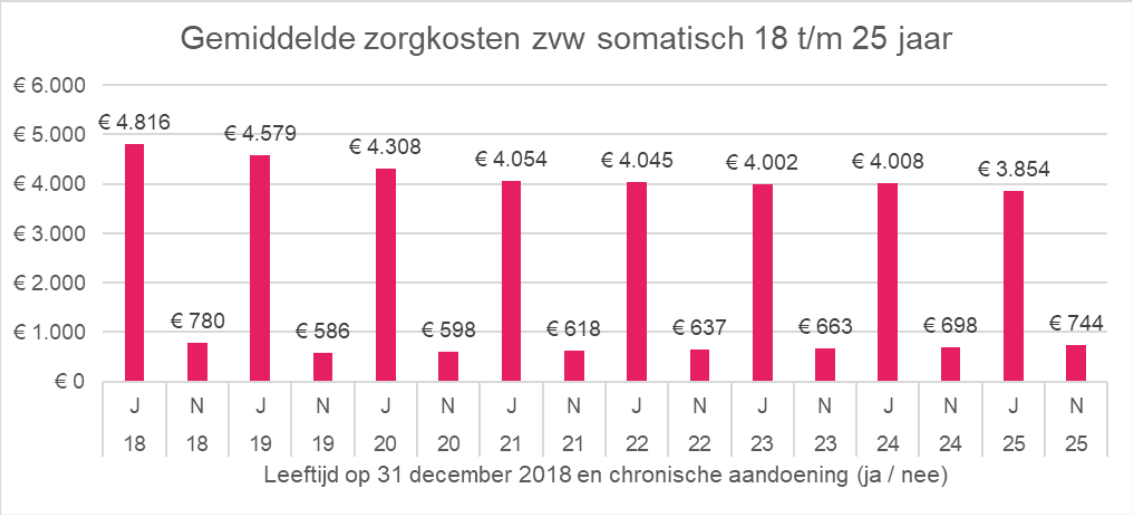
Figuur 5. Gemiddelde zorgkosten zvw somatisch van 0-jarigen met en zonder chronische aandoening per verzekerdejaar en per verzekerde.



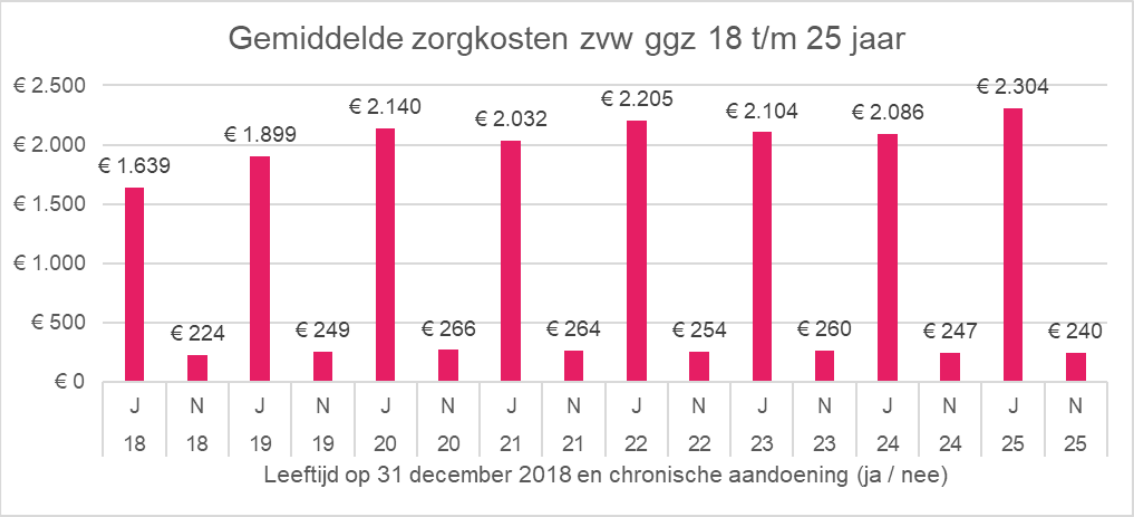
Figuur 6. Gemiddelde zorgkosten zvw somatisch van 1 t/m 11-jarigen met en zonder chronische aandoening per verzekerdejaar



Figuur 7. Gemiddelde zorgkosten zvw somatisch van 12 t/m 17-jarigen met en zonder chronische aandoening per verzekerdejaar



Figuur 8. Gemiddelde zorgkosten zvw somatisch van 18 t/m 25-jarigen met en zonder chronische aandoening per verzekerdejaar



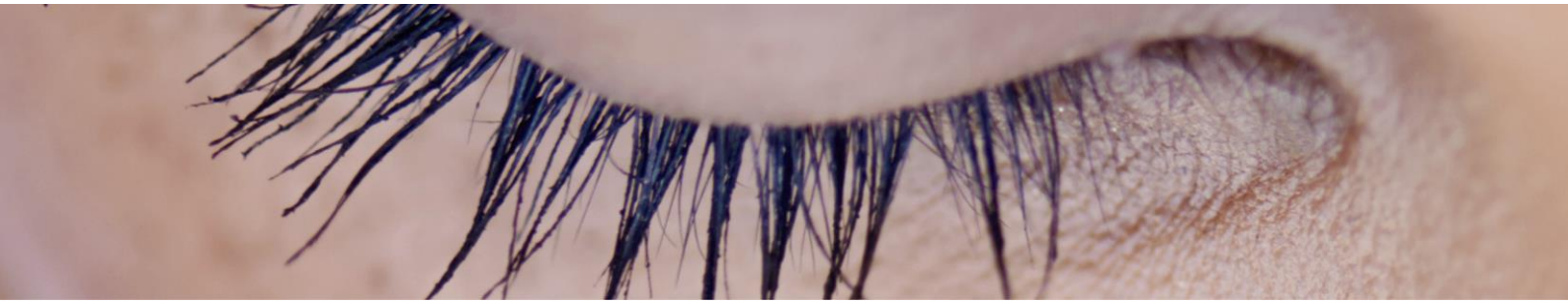
Figuur 9. Gemiddelde zorgkosten zvw ggz van 1 t/m 11-jarigen met en zonder chronische aandoening per verzekerdejaar

F. Verantwoording Vektisdata



Onderzoekverantwoording

Jongeren met een chronische aandoening



vektis

Inhoudsopgave

1.	**Inleiding**	**3**
2.	**Chronische aandoening jongeren**	**4**
2.1.	Chronische aandoeningen	4
2.1.1.	FKG's	4
2.1.2.	HKG's	4
2.1.3.	Verstandelijke beperkingen en zintuiglijk gehandicapte zorg	7

1. Inleiding

De start van het programma Jongeren INC is opgezet door FNO. Binnen dit programma voert Significant APE (Significant) het microdataproject uit. Het doel van het programma Jongeren INC is het wegnemen of omzeilen van obstakels die in de weg staan van hun maatschappelijke participatie.

FNO heeft Significant gevraagd om een data-analyse. De data-analyse heeft tot doel om patronen en profielen op te sporen met betrekking tot de participatie van jongeren met een chronische aandoening. Dit inzicht wordt gebruikt voor de inrichting van het programma Jongeren INC. Er is op dit moment nog onvoldoende inzicht in de participatie van chronisch zieke jongeren. Het inzichtelijk maken van deze patronen en profielen helpt bij het bepalen van de kansen om ongehinderde maatschappelijke participatie van jongeren met een chronische aandoening mogelijk te maken.

Significant heeft Vektis gevraagd om ten behoeve van dit project een bestand naar het CBS te sturen met daarin de jongeren en hun chronische aandoening. Dit document is een onderzoekverantwoording van het geleverde bestand.

2. Chronische aandoening jongeren

Vektis bepaalt op basis van de declaratiegegevens van de zorgverzekeraars welke jongeren (0 tot en met 25 jaar) in 2018 in datzelfde jaar te maken hadden met een chronische aandoening. Dit is gebeurd op basis van de vereveningskenmerken farmaceutische kostengroepen (FKG's) en hulpmiddelenkostengroepen (HKG's)[1] waaraan de jongeren gekoppeld kunnen worden. Daarnaast geven we op basis van prestatiecodes aan of jongeren te maken hebben met een verstandelijke beperkingen en/of zintuiglijk gehandicapte zorg.

2.1. Chronische aandoeningen

Voor het bepalen van welke jongeren te maken hebben met een chronische aandoeningen maakt Vektis gebruik van onderstaande gegevens.

2.1.1. FKG's

Om jongeren met een chronische aandoening te selecteren, kijkt Vektis of de jongeren gekoppeld zijn aan farmaceutische kostengroepen (FKG's). Dit kenmerk berust op het gebruik van geneesmiddelen in 2018. Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven. Voor de GGZ gelden andere FKG's dan voor de somatische zorg.

In tabel 1 staan de groepen weergegeven waar jongeren aan gekoppeld kunnen worden. De FKG's van modeljaar 2019 zijn gebruikt. Jongeren kunnen aan meerdere FKG's worden gekoppeld.

2.1.2. HKG's

Om jongeren met een chronische aandoening te selecteren, kijkt Vektis of de jongeren gekoppeld zijn aan hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Dit kenmerk is gebaseerd op het gebruik van specifieke hulpmiddelen in 2018 die duiden op chronische aandoeningen. Dit vereveningskenmerk geldt alleen voor de somatische zorg.

In tabel 1 staan de groepen weergegeven waar jongeren aan gekoppeld kunnen worden. De HKG's van modeljaar 2019 zijn gebruikt. Bij HKG's worden jongeren aan één groep gekoppeld.

[1] We leveren voor dit project geen DKG's. De DKG's zijn geclusterd naar hoogte van kosten. De aandoeningen binnen een DKG hebben inhoudelijk niets met elkaar te maken.

Tabel 1: HKG's en FKG's

HKG's	FKG's	FKG's ggz
CPAP-apparatuur	Schildklieraandoeningen	ADHD
Therapeutische elastische kousen	Glaucoom	Verslaving
Voorzieningen voor stomapatiënten	Depressie	Angststoornissen
Vernevelaar met toebehoren	Psychose en verslaving	Chronische stemmingsstoornissen
Middelen voor urine-opvang	Epilepsie	Bipolaire stoornissen regulier
Injectiespuiten met toebehoren	Chronische antistolling	Bipolaire stoornissen complex
Zuurstofapparaten met toebehoren	Transplantaties	Psychose
Voedingshulpmiddelen	Parkinson	Chronische stemmingsstoornissen complex
Slijmuitzuigapparatuur	Hartaandoeningen	Psychose depot
Draagbare infuuspompen	Chronische pijn exclusief opioïden	
	Neuropathische pijn	
	Diabetes type II zonder hypertensie	
	Diabetes type II met hypertensie	
	Diabetes type I zonder hypertensie	

	Diabetes type I met hypertensie	
	Cystic fibrosis/ pancreasenzymen	
	Groeistoornissen op basis van add-on	
	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	
	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	
	Hiv/aids	
	Psoriasis	
	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	
	Reuma	
	Auto-immuunziekten op basis van add-on	
	Nieraandoeningen	
	Acromegalie	
	Immunoglobuline op basis van add-on	
	Astma	
	COPD/zware astma	
	COPD/zware astma op basis van add-on	

	Hormoongevoelige tumoren	
	Kanker	
	Kanker op basis van add-on	
	Pulmonale arteriële hypertensie	
	Extreem hoge kosten cluster 1	
	Extreem hoge kosten cluster 2	
	Extreem hoge kosten cluster 3	

2.1.3. Verstandelijke beperkingen en zintuiglijk gehandicapte zorg

Daarnaast geven we op basis van prestatiecodes op grof niveau aan of jongeren voor een chronische aandoening in behandeling zijn via de Wet langdurige zorg. De volgende groepen hanteren we hierbij:

- verstandelijk gehandicapt (VG);
- licht verstandelijk gehandicapt (LVG);
- sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG);
- zintuiglijk gehandicapt (ZG):
    - Zintuiglijke gehandicapt wordt uitgesplitst naar auditief en visueel met behulp van specifieke prestatiecodes.

Wanneer jongeren in bovenstaande groepen meer dan € 1.000,- aan kosten hebben op jaarbasis, kennen we de jongeren toe aan deze groepen. In tabel 2 staan de achterliggende prestatiecodes van de groepen.

Tabel 2: Achterliggende prestatiecodes van de groepen

prestatiecode_zin	omschrijving	indeling
H303	Begeleiding ZG auditief	Auditief
H304	Begeleiding speciaal 2 (ZG auditief)	Auditief
H333	Behandeling ZG auditief	Auditief
H851	Dagbesteding (BG) ZG auditief licht	Auditief
H852	Dagbesteding (BG) ZG auditief midden	Auditief
H853	Dagbesteding (BG) ZG auditief zwaar	Auditief
H854	Dagbesteding (BG) ZG kind auditief licht	Auditief
H855	Dagbesteding (BG) ZG kind auditief midden	Auditief
H856	Dagbesteding (BG) ZG kind auditief zwaar	Auditief
H920	Dagbesteding ZG aud licht (ZG aud1, ZG aud4)	Auditief
H921	Dagbesteding ZG aud midden (ZG aud2)	Auditief
H922	Dagbesteding ZG aud zwaar (ZG aud3)	Auditief
H960	Toeslag kind dagbesteding ZG aud licht	Auditief
H961	Toeslag kind dagbesteding ZG aud midden	Auditief
H962	Toeslag kind dagbesteding ZG aud zwaar	Auditief
V710	VPT 1ZGaud. excl.BH excl.DB	Auditief
V711	VPT 1ZGaud. excl.BH incl.DB	Auditief
V712	VPT 1ZGaud. incl.BH excl.DB	Auditief

V713	VPT 1ZGaud. incl.BH incl.DB	Auditief
V720	VPT 2ZGaud. excl.BH excl.DB	Auditief
V721	VPT 2ZGaud. excl.BH incl.DB	Auditief
V722	VPT 2ZGaud. incl.BH excl.DB	Auditief
V723	VPT 2ZGaud. incl.BH incl.DB	Auditief
V730	VPT 3ZGaud. excl.BH excl.DB	Auditief
V731	VPT 3ZGaud. excl.BH incl.DB	Auditief
V732	VPT 3ZGaud. incl.BH excl.DB	Auditief
V733	VPT 3ZGaud. incl.BH incl.DB	Auditief
V740	VPT 4ZGaud. excl.BH excl.DB	Auditief
V741	VPT 4ZGaud. excl.BH incl.DB	Auditief
V742	VPT 4ZGaud. incl.BH excl.DB	Auditief
V743	VPT 4ZGaud. incl.BH incl.DB	Auditief
Z710	ZZP 1ZG-aud. excl.BH excl.DB	Auditief
Z711	ZZP 1ZG-aud. excl.BH incl.DB	Auditief
Z712	ZZP 1ZG-aud. incl.BH excl.DB	Auditief
Z713	ZZP 1ZG-aud. incl.BH incl.DB	Auditief
Z720	ZZP 2ZG-aud. excl.BH excl.DB	Auditief
Z721	ZZP 2ZG-aud. excl.BH incl.DB	Auditief
Z722	ZZP 2ZG-aud. incl.BH excl.DB	Auditief

Z723	ZZP 2ZG-aud. incl.BH incl.DB	Auditief
Z730	ZZP 3ZG-aud. excl.BH excl.DB	Auditief
Z731	ZZP 3ZG-aud. excl.BH incl.DB	Auditief
Z732	ZZP 3ZG-aud. incl.BH excl.DB	Auditief
Z733	ZZP 3ZG-aud. incl.BH incl.DB	Auditief
Z740	ZZP 4ZG-aud. excl.BH excl.DB	Auditief
Z741	ZZP 4ZG-aud. excl.BH incl.DB	Auditief
Z742	ZZP 4ZG-aud. incl.BH excl.DB	Auditief
Z743	ZZP 4ZG-aud. incl.BH incl.DB	Auditief
H301	Begeleiding ZG visueel	Visueel
H302	Begeleiding speciaal 2 (ZG visueel)	Visueel
H332	Behandeling ZG visueel	Visueel
H871	Dagbesteding (BG) ZG visueel licht	Visueel
H872	Dagbesteding (BG) ZG visueel midden	Visueel
H873	Dagbesteding (BG) ZG visueel zwaar	Visueel
H874	Dagbesteding (BG) ZG kind visueel licht	Visueel
H875	Dagbesteding (BG) ZG kind visueel midden	Visueel
H876	Dagbesteding (BG) ZG kind visueel zwaar	Visueel
H930	Dagbesteding ZG vis licht (ZG vis2, ZG vis3)	Visueel
H931	Dagbesteding ZG vis midden (ZG vis1)	Visueel

H933	Dagbesteding ZG vis zwaar ZG vis4	Visueel
H934	Dagbesteding ZG vis zwaar ZG vis5	Visueel
H970	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel licht	Visueel
H971	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel midden	Visueel
H972	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel zwaar	Visueel
V814	VPT 1ZGvis. excl.DB	Visueel
V815	VPT 1ZGvis. incl.DB	Visueel
V824	VPT 2ZGvis. excl.DB	Visueel
V825	VPT 2ZGvis. incl.DB	Visueel
V830	VPT 3ZGvis. excl.BH excl.DB	Visueel
V831	VPT 3ZGvis. excl.BH incl.DB	Visueel
V832	VPT 3ZGvis. incl.BH excl.DB	Visueel
V833	VPT 3ZGvis. incl.BH incl.DB	Visueel
V840	VPT 4ZGvis. excl.BH excl.DB	Visueel
V841	VPT 4ZGvis. excl.BH incl.DB	Visueel
V842	VPT 4ZGvis. incl.BH excl.DB	Visueel
V843	VPT 4ZGvis. incl.BH incl.DB	Visueel
V850	VPT 5ZGvis. excl.BH excl.DB	Visueel
V851	VPT 5ZGvis. excl.BH incl.DB	Visueel
V852	VPT 5ZGvis. incl.BH excl.DB	Visueel

V853	VPT 5ZGvis. incl.BH incl.DB	Visueel
Z814	ZZP 1ZG-vis. excl.BH excl.DB	Visueel
Z815	ZZP 1ZG-vis. excl.BH incl.DB	Visueel
Z824	ZZP 2ZG-vis. excl.BH excl.DB	Visueel
Z825	ZZP 2ZG-vis. excl.BH incl.DB	Visueel
Z830	ZZP 3ZG-vis. excl.BH excl.DB	Visueel
Z831	ZZP 3ZG-vis. excl.BH incl.DB	Visueel
Z832	ZZP 3ZG-vis. incl.BH excl.DB	Visueel
Z833	ZZP 3ZG-vis. incl.BH incl.DB	Visueel
Z840	ZZP 4ZG-vis. excl.BH excl.DB	Visueel
Z841	ZZP 4ZG-vis. excl.BH incl.DB	Visueel
Z842	ZZP 4ZG-vis. incl.BH excl.DB	Visueel
Z843	ZZP 4ZG-vis. incl.BH incl.DB	Visueel
Z850	ZZP 5ZG-vis. excl.BH excl.DB	Visueel
Z851	ZZP 5ZG-vis. excl.BH incl.DB	Visueel
Z852	ZZP 5ZG-vis. incl.BH excl.DB	Visueel
Z853	ZZP 5ZG-vis. incl.BH incl.DB	Visueel

zzp_code_pgb	omschrijving	indeling
850	Wonen met begeleiding en enige verzorging	Auditief
852	Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	Auditief
854	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	Auditief
856	Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging	Auditief
840	Wonen met enige begeleiding en enige verzorging	Visueel
842	Wonen met begeleiding en enige verzorging	Visueel
844	Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	Visueel
846	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	Visueel
848	Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	Visueel

prestatiecode_zin	omschrijving	indeling
H325	Behandeling lvg	LVG
H891	Dagbehandeling (BH) LVG	LVG
V513	VPT 1LVG incl.BH incl.DB	LVG
V523	VPT 2LVG incl.BH incl.DB	LVG
V533	VPT 3LVG incl.BH incl.DB	LVG
V543	VPT 4LVG incl.BH incl.DB	LVG
V553	VPT 5LVG incl.BH incl.DB	LVG
Z1001	Logeren GHZ-lvg	LVG

Z513	ZZP 1LVG incl.BH incl.DB	LVG
Z523	ZZP 2LVG incl.BH incl.DB	LVG
Z533	ZZP 3LVG incl.BH incl.DB	LVG
Z543	ZZP 4LVG incl.BH incl.DB	LVG
Z553	ZZP 5LVG incl.BH incl.DB	LVG
Z560	ZZP crisisopvang LVG	LVG
H326	Behandeling sglvg traject	SGLVG
H327	Behandeling sglvg deeltijd overbruggingszorg	SGLVG
V573	VPT 1SGLVG incl.BH incl.DB	SGLVG
Z573	ZZP 1SGLVG incl.BH incl.DB	SGLVG
H336	Behandeling som, pg, vg, lg, zg (AVG)	VG
H811	Dagbesteding (BG) VG licht	VG
H812	Dagbesteding (BG) VG midden	VG
H813	Dagbesteding (BG) VG zwaar	VG
H814	Dagbesteding (BG) VG kind licht	VG
H815	Dagbesteding (BG) VG kind midden	VG
H816	Dagbesteding (BG) VG kind zwaar	VG
H817	Dagbehandeling VG kind emg	VG
H818	Dagbesteding (BG) VG kind gedrag	VG
H819	Dagbehandeling VG emg volwassenen	VG

H820	Dagbehandeling VG kind midden	VG
H821	Dagbehandeling VG kind zwaar	VG
H822	Dagbehandeling VG kind gedrag	VG
H894	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ	VG
H895	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ rolstoel modulair	VG
H896	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling kind modulair	VG
H900	Dagbesteding VG-licht (VG1-VG4)	VG
H902	Dagbesteding VG-zwaar (VG7)	VG
H903	Dagbesteding VG-midden VG5	VG
H904	Dagbesteding VG-midden VG6	VG
H905	Dagbesteding VG-midden VG8	VG
H940	Toeslag kind dagbesteding VG licht	VG
H941	Toeslag kind dagbesteding VG midden	VG
H942	Toeslag kind dagbesteding VG5 en VG8 midden emg	VG
H943	Toeslag kind dagbesteding VG zwaar	VG
H974	Vervoer Dagbesteding GHZ intramuraal	VG
H975	Vervoer Dagbesteding rolstoel GHZ intramuraal	VG
H976	Vervoer Dagbesteding kind intramuraal	VG
V414	VPT 1VG excl.DB	VG

V415	VPT 1VG incl.DB	VG
V424	VPT 2VG excl.DB	VG
V425	VPT 2VG incl.DB	VG
V430	VPT 3VG excl.BH excl.DB	VG
V431	VPT 3VG excl.BH incl.DB	VG
V432	VPT 3VG incl.BH excl.DB	VG
V433	VPT 3VG incl.BH incl.DB	VG
V440	VPT 4VG excl.BH excl.DB	VG
V441	VPT 4VG excl.BH incl.DB	VG
V442	VPT 4VG incl.BH excl.DB	VG
V443	VPT 4VG incl.BH incl.DB	VG
V454	VPT 5VG excl.BH excl.DB	VG
V455	VPT 5VG excl.BH incl.DB	VG
V456	VPT 5VG incl.BH excl.DB	VG
V457	VPT 5VG incl.BH incl.DB	VG
V460	VPT 6VG excl.BH excl.DB	VG
V461	VPT 6VG excl.BH incl.DB	VG
V462	VPT 6VG incl.BH excl.DB	VG
V463	VPT 6VG incl.BH incl.DB	VG
V470	VPT 7VG excl.BH excl.DB	VG

V471	VPT 7VG excl.BH incl.DB	VG
V472	VPT 7VG incl.BH excl.DB	VG
V473	VPT 7VG incl.BH incl.DB	VG
V480	VPT 8VG excl.BH excl.DB	VG
V481	VPT 8VG excl.BH incl.DB	VG
V482	VPT 8VG incl.BH excl.DB	VG
V483	VPT 8VG incl.BH incl.DB	VG
V903	VPT vervoer dagbesteding GHZ intramuraal	VG
V904	VPT vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	VG
V905	VPT vervoer dagbesteding kind intramuraal	VG
V914	Toeslag dagbesteding GHZ kind - midden	VG
V915	Toeslag dagbesteding GHZ kind - zwaar	VG
V919	Toeslag dagbesteding GHZ kind - VG5 midden EMG	VG
V975	VPT Toeslag gespecialiseerde epilepsie zorg (GEZ) laag	VG
V976	VPT Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) midden	VG
V977	VPT Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) hoog	VG
V978	Toeslag woonzorg GHZ kind (0 t/m 11 jaar)	VG
V979	Toeslag woonzorg GHZ jeugd (12 t/m 17 jaar)	VG
V980	Toeslag woonzorg GHZ jong volwassenen (18 t/m 22 jaar)	VG
V981	VPT toeslag gespecialiseerde behandelzorg	VG

Z414	ZZP 1VG excl.BH excl.DB	VG
Z415	ZZP 1VG excl.BH incl.DB	VG
Z424	ZZP 2VG excl.BH excl.DB	VG
Z425	ZZP 2VG excl.BH incl.DB	VG
Z430	ZZP 3VG excl.BH excl.DB	VG
Z431	ZZP 3VG excl.BH incl.DB	VG
Z432	ZZP 3VG incl.BH excl.DB	VG
Z433	ZZP 3VG incl.BH incl.DB	VG
Z440	ZZP 4VG excl.BH excl.DB	VG
Z441	ZZP 4VG excl.BH incl.DB	VG
Z442	ZZP 4VG incl.BH excl.DB	VG
Z443	ZZP 4VG incl.BH incl.DB	VG
Z454	ZZP 5VG excl.BH excl.DB	VG
Z455	ZZP 5VG excl.BH incl.DB	VG
Z456	ZZP 5VG incl.BH excl.DB	VG
Z457	ZZP 5VG incl.BH incl.DB	VG
Z460	ZZP 6VG excl.BH excl.DB	VG
Z461	ZZP 6VG excl.BH incl.DB	VG
Z462	ZZP 6VG incl.BH excl.DB	VG
Z463	ZZP 6VG incl.BH incl.DB	VG

Z470	ZZP 7VG excl.BH excl.DB	VG
Z471	ZZP 7VG excl.BH incl.DB	VG
Z472	ZZP 7VG incl.BH excl.DB	VG
Z473	ZZP 7VG incl.BH incl.DB	VG
Z480	ZZP 8VG excl.BH excl.DB	VG
Z481	ZZP 8VG excl.BH incl.DB	VG
Z482	ZZP 8VG incl.BH excl.DB	VG
Z483	ZZP 8VG incl.BH incl.DB	VG
Z490	ZZP crisisopvang GHZ VG zonder behandeling	VG
Z491	ZZP crisisopvang GHZ VG met behandeling	VG
Z903	ZZP vervoer dagbesteding GHZ intramuraal	VG
Z904	ZZP vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	VG
Z905	ZZP vervoer dagbesteding kind intramuraal	VG
Z911	ZZP toeslag Multifunctioneel centrum (MFC)	VG
Z912	ZZP toeslag observatie	VG
Z913	ZZP toeslag Dagbesteding GHZ kind - licht	VG
Z914	ZZP toeslag Dagbesteding GHZ kind - midden	VG
Z915	ZZP toeslag Dagbesteding GHZ kind - zwaar	VG
Z919	ZZP toeslag Dagbesteding GHZ kind - VG5 en VG8 midden EMG	VG

Z975	ZZP toeslag gesp. epilepsie zorg (GHZ) laag	VG
Z976	ZZP toeslag gesp. epilepsie zorg (GHZ) midden	VG
Z977	ZZP toeslag gesp. epilepsie zorg (GHZ) hoog	VG
Z978	ZZP toeslag woonzorg GHZ kind	VG
Z979	ZZP toeslag woonzorg GHZ jeugd	VG
Z980	ZZP toeslag woonzorg GHZ jong volwassen	VG
Z981	ZZP toeslag gespecialiseerde behandelzorg	VG
Z983	Toeslag KDC	VG
Z997	ZZP verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner GHZ: VG en LG	VG
Z999	Logeren GHZ-vg	VG
ZMZTK	ZZP-Meerzorg-kortdurend	VG
ZMZTL	ZZP-Meerzorg-langdurend	VG

zzp_code_pgb	**omschrijving**	**indeling**
780	Wonen met enige behandeling en begeleiding	LVG
781	Wonen met behandeling en begeleiding	LVG
782	Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep	LVG
783	Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	LVG
784	Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	LVG

790	Behandeling in een SGLVG-behandelcentrum	SGLVG
800	Wonen met enige begeleiding	VG
802	Wonen met begeleiding	VG
804	Wonen met begeleiding en verzorging	VG
806	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	VG
808	Wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging	VG
810	Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	VG
812	(Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	VG
814	Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	VG