

QuickScan

Kwetsbare jongvolwassenen met psychische problematiek

Juli 2019



Op verzoek van:



Inhoud

INLEIDING.....	3
Nadere omschrijving reikwijdte quickscan	3
AANPAK	7
VOORAF	9
DEEL A: TWEE BREDE DOELGROEPEN	11
JONGVOLWASSENEN MET EEN LAAG OPLEIDINGSNIVEAU	13
Aard en omvang psychische problematiek.....	13
Kwaliteit van leven.....	14
Werk en financiën	16
Aandachtspunten bij aanpak psychische problematiek	17
JONGVOLWASSENEN MET EEN MIGRATIEACHTERGROND	19
Aard en omvang psychische problematiek.....	19
Risicofactoren en gevolgen psychische problematiek	21
Kwaliteit van leven.....	21
Functioneren op levensgebieden	22
Aandachtspunten bij aanpak psychische problematiek	23
DEEL B: DRIE SPECIFIEKE DOELGROEPEN	25
STUDENTEN.....	27
Aard en omvang psychische problematiek.....	27
Risicofactoren psychische problematiek	28
Gevolgen psychische problematiek.....	31
Ondersteuning, preventie en zorg: bestaande initiatieven	32
Knelpunten en oplossingsrichtingen.....	33
JONGVOLWASSENEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN	37
Aard en omvang psychische problematiek.....	37
Risicofactoren psychische problematiek	38
Gevolgen psychische problematiek.....	39
Kwaliteit van leven en functioneren.....	39
Ondersteuning, preventie en zorg: bestaande initiatieven	40
Knelpunten en oplossingsrichtingen.....	41
JONGVOLWASSENEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN	43
Aard en omvang	43
Kwaliteit van leven en functioneren.....	44
Stigma	45
Vroegtijdige sterfte en suïcide	45
Ouderrol	46
Aanraking met politie en justitie	47
Zorg en ondersteuning	47
Knelpunten en oplossingsrichtingen.....	50
BESCHOUWING	53
Bevindingen eruit gelicht	53
Overkoepelende oplossingsrichtingen	58
Overkoepelende onderzoeksthema's.....	58
REFERENTIES.....	61

INLEIDING

FNO heeft het Trimbos-instituut gevraagd om een quickscan uit te voeren van beschikbare informatie over het vóórkomen, de gevolgen en de aanpak van psychische problematiek bij een vijftal groepen kwetsbare jongvolwassenen in de leeftijd van 16-35 jaar, waarbij nadrukkelijk ook informatie wordt meegenomen over het functioneren van de jongvolwassenen op belangrijke levensdomeinen (zoals opleiding, werk en sociale relaties). De bij elkaar gebrachte kennis in de quickscan vormt een bouwsteen voor het bepalen van de scope en focus van het nieuw op te zetten FNO-programma rondom kwetsbare jongvolwassenen met (een risico op) psychische problematiek.¹

NADERE OMSCHRIJVING REIKWIJDTE QUICKSCAN

Enkele definities

Bij *psychische problematiek* gaat het om psychische klachten óf psychische aandoeningen (ook wel psychische stoornissen genoemd). Psychische klachten worden bepaald op basis van een (doorgaans korte) vragenlijst of een enkelvoudige vraag. Een psychische aandoening conform standaard psychiatrische criteria² kan uitsluitend worden vastgesteld door het afnemen van een diagnostisch interview.

Met *aanpak van psychische problematiek* worden interventies, methodieken, zorgmodellen, etc. bedoeld die gericht zijn op het voorkómen van psychische problematiek of op het beperken van de gevolgen ervan (in termen van functioneren in het dagelijks leven).

Twee brede en drie specifieke groepen

In dialoog met FNO is ervoor gekozen om de quickscan te richten op een combinatie van twee breder en drie specifiekere gedefinieerde groepen kwetsbare jongvolwassenen. Deze keuze is mede bepaald doordat nu eenmaal focus moest worden aangebracht vanwege het tijdsplan van de quickscan en de verwachting dat van deze vijf groepen mogelijk meer gegevens beschikbaar zouden komen dan FNO zelf al over de thematiek had weten te vergaren.

De twee breder gedefinieerde groepen zijn:

- a. Jongvolwassenen met een lage opleiding.
- b. Jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond.

¹ De kernopzet van dit nieuwe programma is door FNO beschreven als 'Structurele oplossingen bieden aan kwetsbare jongvolwassenen die (mede samenhangend met ervaren maatschappelijke eisen en/of ervaren druk vanuit de individu zelf) psychische/psychiatrische gezondheidsproblemen ervaren, teneinde krachtig te kunnen (blijven) meedoen op de voor hen relevante levensdomeinen (zoals opleiding, werk, woonsituatie, relaties en gezinsleven).'

² Criteria van het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

De drie specifiekere omschreven groepen zijn:

- a. Studenten in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), hoger beroepsonderwijs (hbo) en wetenschappelijk onderwijs (wo).
- b. Jongvolwassenen asielzoekers en statushouders.
- c. Jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA).

Onderzoeksvragen

De volgende drie onderzoeksvragen worden beantwoord voor de twee bredere groepen kwetsbare jongvolwassenen:

1. Wat is bekend over de aard, omvang en gevolgen (individueel en maatschappelijk) van psychische problematiek?
2. Wat is bekend over het vóórkomen van problematiek op andere levensdomeinen³ bij deze groepen, en wat is de samenhang met psychische problematiek?
3. Wat zijn aandachtspunten waarmee rekening moet worden gehouden bij de aanpak van psychische problematiek?⁴

De volgende vier onderzoeksvragen worden beantwoord voor de drie specifiekere groepen:

1. Wat is bekend over de aard, omvang en gevolgen (individueel en maatschappelijk) van psychische problematiek bij deze groepen?
2. Wat is bekend over het vóórkomen van problematiek op andere levensdomeinen³ bij deze groepen, en wat is de samenhang met psychische problematiek?
3. Wat zijn bestaande initiatieven rondom de aanpak van psychische problematiek?⁵
4. Wat zijn knelpunten en oplossingsrichtingen rondom de aanpak van psychische problematiek?⁶

Aanvullende aandachtspunten

Met FNO is afgestemd om aanvullend aandacht te geven aan een aantal specifieke onderwerpen:

- Bij de groep mbo-, hbo- en wo-studenten:⁷
 - Vroegtijdige schoolverlaters.
- Bij de groep jongvolwassenen met EPA:
 - Suïcide(risico).
 - In aanraking komen met politie en/of justitie.
 - Gevolgen voor eigen baby's en peuters tot drie jaar (omdat de eerste 1.000 dagen van het kind cruciaal zijn voor de ontwikkeling).
- Bij alle vijf groepen:

³ Hieronder wordt in deze quickscan verstaan: school, werk wonen en sociale relaties.

⁴ Omdat deze twee groepen omvangrijk en heterogeen zijn, is ervoor gekozen om voor deze groepen geen bestaande initiatieven, knelpunten en oplossingsrichtingen rondom de aanpak van psychische problematiek in kaart te brengen.

⁵ Dit is een nieuw geformuleerde onderzoeksvraag t.o.v. projectplan. Zodoende wordt eerst een 'stand van zaken' geschetst rondom de aanpak van psychische problematiek, alvorens in te gaan op knelpunten en oplossingen.

⁶ Combinatie van onderzoeksvragen 3 en 4 in het projectplan.

⁷ In het projectplan was het voorstel om het onderwerp vroegtijdige schoolverlaters aan de orde te laten komen bij de groep jongvolwassenen met een lage opleiding. Tijdens de uitvoering is ervoor gekozen om dit onderwerp te behandelen bij de groep mbo-, hbo- en wo-studenten.

- Indien relevant en beschikbaar wordt bij het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag aandacht besteed aan de invloed van leeftijd, geslacht en andere sociaal-demografische kenmerken, zoals mate van stedelijkheid, religieuze achtergrond en woonachtig in krimpgebieden.
- Indien relevant en beschikbaar wordt aandacht besteed aan gegevens over maatschappelijke kosten en baten in economische zin.

AANPAK

Er is een inventarisatie uitgevoerd naar recente sleutelpublicaties⁸ en relevante cijfers aangaande de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen. Hiertoe zijn websites en databronnen doorzocht van een breed scala aan kennisorganisaties, databasebeheerders, koepelorganisaties en andere organisaties.⁹ Daarnaast zijn sleutelfiguren binnen en buiten het Trimbos-instituut geraadpleegd. De focus lag op Nederlandse publicaties en cijfers.

Op basis van de geïdentificeerde informatie zijn de onderzoeksvragen beantwoord voor de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen in afzonderlijke hoofdstukken, waarbij wordt begonnen met de twee brede groepen. Afgesloten wordt met een beschouwing. Hierin worden eerst een aantal algemene bevindingen besproken die opvallen op basis van de opgehaalde informatie, met aandacht voor overeenkomsten en verschillen tussen de vijf groepen. Aansluitend worden overkoepelende oplossingsrichtingen en onderzoeksthema's geformuleerd die kunnen bijdragen aan een betere en bredere aanpak van psychische problematiek bij kwetsbare jongvolwassenen.

Verdere opmerkingen over de aanpak

- Het betreft een quickscan en geen (systematische) review. Dit betekent dat er op hoofdlijnen wordt gerapporteerd en dat er een selectie van cijfers wordt gepresenteerd.
- Er worden alleen gepubliceerde cijfers gepresenteerd. Binnen de kaders van de quickscan was geen ruimte om nieuwe analyses uit te voeren op bestaande databronnen. Een uitzondering is gemaakt voor het vaststellen van jaarprevalenties van stemmings- en angststoornissen onder jongvolwassenen (18 tot 35 jaar) met een lage opleiding. Deze nieuwe gegevens konden relatief eenvoudig worden vastgesteld op basis van gegevens van het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2, uitgevoerd door het Trimbos-instituut.
- Wanneer er voor een groep kwetsbare jongvolwassenen over een onderwerp geen cijfers openbaar waren specifiek voor de leeftijdsgroep 16-35 jaar, is de keuze gemaakt om beschikbare cijfers voor andere, deels overlappende, leeftijdsgroepen te presenteren.
- Wanneer er voor een groep kwetsbare jongvolwassenen geen informatie werd gevonden over een bepaald onderwerp wordt dit aangegeven in het betreffende hoofdstuk en/of de beschouwing.
- Bij de groep jongvolwassenen met EPA gaat het per definitie om personen met ernstige psychische aandoeningen. Voor de andere vier groepen kwetsbare jongvolwassenen

⁸ Rapporten, artikelen, kwaliteitsstandaarden, factsheets, actieplannen, etc. die in de afgelopen vijf jaar zijn gepubliceerd.

⁹ Willekeurig volgorde: Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, GGZ Nederland, Phrenos, NCJ, NJR, MIND, CBS, DIVOSA, NIVEL, NJI, MOVISIE, VWS, Pharos, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, RIVM, ZonMw, SCP, Vektis, Verwey-Jonker Instituut, AKWA, Arq Kenniscentrum Migratie, Onderzoeksraad voor de Veiligheid, GGZ Richtlijnen (<https://www.ggzrichtlijnen.nl/>), Aanpak 16-27, Gezondheidsraad, SER, Trimbos-instituut, Academische Werkplaatsen Jeugd (www.werkplaatsenjeugd.nl), Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (<https://www.awpg.nl/over-awpg/>), Vilans, GGDGHOR, VNG, 113 Zelfmoordpreventie, WODC, DJI.

blijken geen of beperkt gegevens beschikbaar te zijn over het vóórkomen van psychische *aandoeningen*. Daarom worden in het 'Vooraf' (een korte inleidende tekst; zie p.7) cijfers gepresenteerd over de jaarprevalenties van enkele psychische aandoeningen in de totale leeftijdsgroepen 18-24 jaar en 25-34 jaar (dus ongeacht migratieachtergrond, opleidingsniveau, al dan niet statushouder zijnde, en al dan niet student zijnde).

- Er werd voor de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen geen of nauwelijks informatie gevonden over maatschappelijke gevolgen van psychische problematiek in termen van ziektelast, zorgkosten en verzuimkosten. Daarom worden in het 'Vooraf' ook algemene cijfers gepresenteerd over de substantiële maatschappelijke gevolgen van een aantal psychische aandoeningen.
- Voor enkele onderwerpen waarover geen Nederlandse gegevens zijn gevonden (o.a. het vóórkomen van psychische aandoeningen bij asielzoekers; effectiviteit van universele programma's gericht op het trainen van mentale gezondheidsvaardigheden bij studenten) wordt ingegaan op bevindingen van (meta-analyses van) internationaal onderzoek.
- In enkele gevallen is contact opgenomen met een projectleider om informatie in een publicatie of openbare cijfers nader te kunnen duiden.
- Voor de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen wordt aanvullend ook de situatie op financieel gebied beschreven omdat uit de gevonden literatuur bleek dat alle groepen in meer of mindere mate te maken hebben met financiële problemen. Voor de groep jongvolwassenen met EPA wordt ook ingegaan op (lichamelijke) gezondheidsproblemen omdat zij hier verhoudingsgewijs vaak mee te maken hebben.
- Het merendeel van de literatuur waarnaar wordt gerefereerd is in de afgelopen vijf jaar gepubliceerd. Voor sommige onderwerpen is uitgegaan van oudere publicaties omdat recente literatuur niet werd geïdentificeerd.

VOORAF

Psychische aandoeningen¹⁰ ontstaan meestal tijdens de jongvolwassenheid. Grofweg 75% van de psychische aandoeningen ontstaat voor het 24^e levensjaar, waarvan 50% voor het 14^e levensjaar (Kessler e.a., 2007). Jongvolwassenheid is een veeleisende tijd waarin mensen onder meer toegroeien naar zelfstandigheid, relaties aangaan en hun weg vinden in opleiding en werk. Psychische aandoeningen kunnen grote nadelige effecten hebben op de ontwikkeling van jongvolwassenen op deze levensgebieden. Alle reden dus om de kwetsbare jongvolwassenen met (een risico op) psychische problematiek¹¹ als speerpunt van een FNO-programma te maken.

Hieronder worden algemene kerngegevens gepresenteerd over het vóórkomen van psychische aandoeningen bij jongvolwassenen en over de maatschappelijke gevolgen die gepaard gaan met psychische aandoeningen. Deze algemene cijfers worden hier gepresenteerd omdat deze informatie niet of beperkt beschikbaar is specifiek voor de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen.

Tabel 1 Hoeveel jongvolwassenen hadden een psychische aandoening in het afgelopen jaar?

	18- tot 25-jarigen			25- tot 35-jarigen		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Angststoornis	6,8%	16,5%	11,7%	8,2%	11,3%	9,8%
Stemmingsstoornis ¹	5,9%	12,1%	9,0%	5,4%	8,9%	7,1%
Depressieve stoornis ²	5,9%	7,6%	6,7%	3,0%	7,8%	5,4%
ADHD ³	5,3%	1,6%	3,5%	2,9%	1,2%	2,0%
Enigerlei stoornis ⁴	30,1%	26,1%	28,1%	20,0%	19,0%	19,5%

¹ Binnen de hoofdgroep stemmingsstoornissen gaat het vaak om een depressieve stoornis.

² Exclusief dysthymie, een chronische variant van een milde depressieve stoornis.

³ Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit.

⁴ Eén of meer aandoeningen uit de hoofdgroepen angststoornis, stemmingsstoornis, middelenstoornis of aandachtstekort- of gedragstoornis.

Bron: De Graaf e.a. (2010) (peiljaren: 2007-2009).

Tabel 1 toont cijfers afkomstig van NEMESIS-2, de enige studie in Nederland die representatieve gegevens genereert over het vóórkomen van psychische aandoeningen in de Nederlandse volwassen bevolking (18-64 jaar). Naar verwachting komen in 2021 actuele prevalentiecijfers beschikbaar op basis van NEMESIS-3, het vervolg op NEMESIS-2. Als de percentages 28,1% en 19,5% (zie Tabel 1) worden toegepast op de aantallen

¹⁰ Conform de criteria van het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

¹¹ Bij psychische problematiek gaat het om psychische aandoeningen (ook wel psychische stoornissen genoemd) of psychische klachten waarbij niet wordt voldaan aan de standaard psychiatrische criteria.

18- tot 25-jarigen en 25- tot 35-jarigen in 2018, hadden naar schatting circa 840.000 jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 35 jaar een psychische aandoening in 2018.

In Tabel 2 wordt geïllustreerd dat psychische aandoeningen gepaard gaan met grote maatschappelijke gevolgen in termen van ziektelast, zorgkosten en verzuimkosten.

Tabel 2 *Wat zijn de maatschappelijke gevolgen van psychische aandoeningen?*

	Ranglijst nummer van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken ¹	Zorgkosten x miljoen euro	Kosten verzuim per miljoen werkenden x miljoen euro
Angststoornis	5	806,9	141,8
Stemmingsstoornis ²	7	- *	310,2
Depressieve stoornis	n.b.	1.167,3 ³	242,4 ⁴
ADHD ⁵	47	311,0	31,9
Schizofrenie	32	367,4	n.b.
Persoonlijkheidsstoornis	29	649,9	n.b.

¹ Ziektelast is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.

² Binnen de hoofdgroep stemmingsstoornissen gaat het vaak om een depressieve stoornis.

³ Inclusief dysthymie, een chronische variant van een milde depressieve stoornis.

⁴ Exclusief dysthymie.

⁵ Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit.

* Er is wel een schatting beschikbaar, maar alleen voor 'overige' stemmingsstoornissen (zonder depressieve stoornis mee te tellen).

n.b. Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar.

Bronnen: ziektelast: volksgezondheidszorg.info (peiljaar: 2015); zorgkosten: Kosten van Ziektenstudie (peiljaar: 2015); verzuimkosten: De Graaf e.a. (2011) (peiljaren: 2007-2009).

DEEL A: TWEE BREDE DOELGROEPEN

In afzonderlijke hoofdstukken wordt ingegaan op jongvolwassenen met een laag opleidingsniveau en jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond, waarbij de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Aard, omvang en gevolgen van psychische problematiek.
- Problematiek op andere levensdomeinen.
- Aandachtspunten om rekening mee te houden bij de aanpak van psychische problematiek.

JONGVOLWASSENEN MET EEN LAAG OPLEIDINGSNIVEAU

Een laag opleidingsniveau wordt door het CBS gedefinieerd als onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1). Middelbaar opleidingsniveau omvat de bovenbouw van havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo2), de vakopleiding (mbo3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo4). Hoog opleidingsniveau omvat onderwijs op het niveau van hbo of wo. In het vervolg van de tekst wordt uitgegaan van de CBS-indeling naar opleidingsniveau, tenzij anders aangegeven.

- De sterk verstedelijkte gemeenten hebben veelal het hoogste aandeel personen met een hoog opleidingsniveau. Het percentage hoogopgeleiden in de aangrenzende gemeenten ligt vaak ook boven het landelijke gemiddelde (bron: <https://www.clo.nl/indicatoren/nl2100-opleidingsniveau-bevolking>).
- In 2018 was circa 30% van de jongvolwassenen in de leeftijd van 15 tot 35 jaar laagopgeleid. Ongeveer 40% was middelbaar opgeleid, en bijna 30% hoogopgeleid. In aantallen uitgedrukt ging het om circa 1,26 miljoen 15- tot 35-jarigen met een lage opleiding. Bedacht moet worden dat bij deze cijfers wordt uitgegaan van het hoogst behaald onderwijsniveau. Als een opleiding (nog) niet is afgerond, gaat het om het onderwijsniveau dat wordt vereist om deze opleiding te kunnen volgen. Dit is het geval bij een substantieel deel van de jongvolwassenen in de leeftijd van 15 tot 25 jaar, waardoor er zich in deze leeftijdsgroep relatief weinig hoogopgeleiden bevinden. Zo was in 2018 circa 47% van de 15- tot 25-jarigen laagopgeleid (oftewel bijna één miljoen 15- tot 25-jarigen), terwijl slechts ruim 10% hoogopgeleid was (oftewel circa 220.000 15- tot 25-jarigen). Bij jongvolwassenen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar is het beeld omgekeerd: bijna 13% is laagopgeleid (oftewel 275.000 25- tot 35-jarigen) en 47% is hoogopgeleid (oftewel circa één miljoen 25- tot 35-jarigen) (bron: CBS StatLine). Geconcludeerd kan worden dat uitgegaan dient te worden van de leeftijdsgroep 25 tot 35 jaar om een betrouwbare schatting te krijgen van het aandeel of het aantal jongvolwassenen met een lage opleiding.

Aard en omvang psychische problematiek

In het algemeen hebben mensen met een lagere opleiding meer kans op psychische klachten of aandoeningen dan degenen die hoger zijn opgeleid. Een verklaring voor deze relatie is dat bij lager opgeleiden vaker sprake is van risicofactoren voor psychische problematiek, zoals ineffectieve coping-strategieën, (voortdurende) stressvolle levensgebeurtenissen, weinig sociale steun, financiële druk en ongezonde leefstijlgewoonten (Domènech-Abella e.a., 2018; Lorant e.a., 2003). Daarbij kunnen

risicofactoren ook van generatie op generatie worden ‘overgedragen’ (transgenerationele overdracht) (Hoff, 2017).¹²

Hieronder wordt ingegaan op een aantal bevindingen uit Nederlands onderzoek naar het verband tussen opleidingsniveau en vóórkomen van psychische problematiek. Het gaat vooral om onderzoek bij volwassenen of jongeren; voor zover ons bekend zijn er beperkt gegevens openbaar zijn specifiek voor jongvolwassenen met een lage opleiding.¹³

Psychische klachten: enkele bevindingen

- Ruim één op de vijf (22%) van de personen (12 jaar of ouder) met basisonderwijs als hoogste opleiding had in 2018 psychische klachten, tegenover circa één op de veertien (7,3%) van de personen met een afgeronde universitaire opleiding (master of doctor) (bron: CBS gezondheidsenquête).
- Onderzoek onder leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft herhaaldelijk laten zien dat vmbo-leerlingen minder gunstig scoren op problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en hyperactiviteit dan vwo-leerlingen (Stevens e.a., 2018). Er bestaat nauwelijks verschil tussen schoolniveaus (vmbo, havo, vwo) in het vóórkomen van emotionele problemen onder leerlingen.

Psychische aandoeningen: enkele bevindingen

- De bevolkingsstudie NEMESIS-2 toonde aan dat volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar met een lager opleidingsniveau een grotere kans hebben op een stemmingsstoornis, een angststoornis en ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) in de volwassenheid (De Graaf e.a., 2010).
- Ten behoeve van deze quickscan zijn aanvullende analyses uitgevoerd op basis van de NEMESIS-2 gegevens. Het bleek dat ongeveer één op acht (12,4%) van de jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 35 jaar met een lagere opleiding (lager onderwijs, lbo en mavo) een stemmingsstoornis¹⁴ had in het afgelopen jaar. De jaarprevalentie van angststoornis lag wat hoger (13,8%). Stemmings- en angststoornissen kwamen op jaarbasis minder vaak voor bij leeftijdsgenoten met een hogere opleiding (mbo, havo, vwo, hbo of wo): jaarprevalenties van respectievelijk 5,9% en 9%.

Kwaliteit van leven

In het algemeen ervaren (jong)volwassenen met een laag opleidingsniveau een lagere kwaliteit van leven dan hoger opgeleiden. Omdat er weinig cijfers openbaar zijn over

¹² Transgenerationele overdracht kan via verschillende mechanismen plaatsvinden, waaronder genetische aanleg en psychosociale factoren.

¹³ Cijfers specifiek voor jongvolwassenen met een lage opleiding kunnen worden bepaald door nadere analyses van beschikbare gegevensbronnen.

¹⁴ Binnen de hoofdgroep stemmingsstoornissen gaat het vaak om een depressieve stoornis.

ervaren kwaliteit van leven specifiek bij jongvolwassenen met een lage opleiding, worden hier voornamelijk cijfers gepresenteerd voor de groep volwassenen van 18 jaar of ouder.¹⁵

- Hoe lager het hoogst behaalde onderwijsniveau, hoe lager de ervaren kwaliteit van leven. Zo beoordeelden in 2018 volwassenen die basisonderwijs hebben gevolgd de eigen kwaliteit van leven met een gemiddeld rapportcijfer van 7,4, terwijl volwassenen die universitair onderwijs hebben gevolgd (master of doctor) een gemiddeld rapportcijfer van 7,8 gaven (bron: CBS StatLine).¹⁶ Het aandeel ontevreden volwassenen was ruim 4% onder de laagst opgeleiden, tegenover 2% onder de hoogst opgeleiden. Een nadere analyse op basis van gegevens uit de jaren 2013-2016 liet voor jongvolwassenen in de leeftijd van 18-25 jaar hetzelfde verband zien tussen onderwijsniveau en kwaliteit van leven (CBS, 2017).
- In het algemeen zijn volwassenen met een lagere opleiding minder tevreden over specifieke levensgebieden dan degenen die hoger zijn opgeleid. Cijfers uit 2018 lieten bijvoorbeeld de volgende verschillen zien tussen laagst opgeleiden (basisonderwijs) en hoogst opgeleiden (wo, master of doctor) wat betreft het aandeel ontevreden volwassenen (bron: CBS StatLine):
 - Ontevreden met opleidingskansen: 20% versus 0,2%.
 - Ontevreden met werk: 3,6% versus 2,1%.
 - Ontevreden met financiële situatie: 11% versus 3,1%.
 - Ontevreden met woning: 5,7% versus 3,4%.
 - Ontevreden met sociaal leven: 6,8% versus 4,1%.
- In 2016 voelde ruim drie op de vijf (63%) volwassenen¹⁷ met een lage opleiding (lager onderwijs) zich in enige mate eenzaam; bij bijna één op de vijf (19%) betrof het gevoelens van (zeer) ernstige eenzaamheid (bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen). Ter vergelijking: onder volwassenen met een hoge opleiding (hbo of wo) waren deze percentages respectievelijk 36% en 6,7%.
- Jongvolwassenen in de leeftijd van 18-25 jaar met een lage of middelbare opleiding waren in de jaren 2013-2016 minder vaak tevreden met het sociale leven dan degenen met een hoge middelbare opleiding (CBS, 2017). Dit kon worden verklaard doordat jongeren aanzienlijk vaker meededen aan verenigingsactiviteiten naarmate zij een hogere opleiding volgen.
- Er zijn verschillen tussen opleidingsniveaus wat betreft zorgen onder jongvolwassenen in de leeftijd van 18-25 jaar over hun financiële toekomst. Bijna 30% van de 18- tot 25-jarigen met een lage of middelbare opleiding gaf in 2016/2017 aan zorgen te hebben over hun financiële toekomst, tegenover 17% van leeftijdsgenoten met een hoge opleiding (CBS, 2018b).

¹⁵ Cijfers specifiek voor jongvolwassenen met een lage opleiding kunnen worden bepaald door nadere analyses van beschikbare gegevensbronnen.

¹⁶ Op een schaal van 1 (volledig ontevreden) tot 10 (volledig tevreden).

¹⁷ Het gaat hier om volwassenen van 19 jaar of ouder.

Werk en financiën

In het algemeen hebben (jong)volwassenen met een lage opleiding te maken met een zwakkere arbeidsmarktpositie en een minder goede financiële positie.

Werk

- De arbeidsdeelname van jongvolwassenen hangt duidelijk samen met het genoten onderwijsniveau. Kijkend naar bijvoorbeeld jongvolwassenen in de leeftijd van 25-35 jaar in 2018 was de netto-arbeidsparticipatie¹⁸ circa 65% onder degenen met een laag opleidingsniveau, bijna 85% onder degenen met een middelbaar opleidingsniveau, en ruim 91% onder degenen met een hoog opleidingsniveau (bron: CBS StatLine). Uitgaande van de beroepsbevolking in de leeftijd van 25-35 jaar, had in 2018 ongeveer één op de vijftien (6,6%) van de jongvolwassenen met een lage opleiding geen betaald werk. Onder leeftijdsgenoten met een middelbare en hoge opleiding was het werkloosheidspercentage¹⁹ aanzienlijk lager, respectievelijk bijna 3% en ruim 2%.
- Onder jongeren in de leeftijd van 15-27 jaar is de werkloosheid het hoogst bij degenen zonder startkwalificatie.²⁰ In 2017 was circa 12% van de jongeren zonder startkwalificatie werkloos, ongeacht of ze wel of niet nog onderwijs volgden (CBS, 2018b).
- De relatie tussen arbeidsdeelname en onderwijsniveau geldt zowel voor jongvolwassen mannen als voor jongvolwassen vrouwen. Wel is er onder jongvolwassen vrouwen met een lage opleiding sprake van een beduidend lagere netto-arbeidsparticipatie en een aanzienlijk hogere werkloosheid dan onder jongvolwassen mannen met een lage opleiding. Op middelbaar en hoger opleidingsniveau verdwijnen deze man-vrouwverschillen (bron: CBS StatLine).

Financiën

- Er is sprake van risico op armoede als het inkomen van het huishouden als geheel onder de lage-inkomensgrens valt.²¹ Personen die deel uitmaken van een huishouden (waaronder ook alleenstaanden), verkeren daarmee allen in dezelfde inkomenspositie.
- Er bestaat een duidelijke verband tussen opleiding en risico op armoede: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger is het (langdurig) armoederisico. Zo viel in 2016 bijna 14% van de huishoudens met een hoofdkostwinner met een lage opleiding onder de lage-inkomensgrens (CBS, 2018a). Dit is aanzienlijk meer dan bij huishoudens met hoofdkostwinner met een middelbare (7,3%) en hoge (3,4%) opleiding. Vergelijkbare verschillen doen zich voor bij een langdurig laag inkomen (4 jaar of langer).
- In 2016 liep 4,4% van de werkenden met een lage opleiding in de leeftijd van 15-75 jaar een risico op armoede (CBS, 2018a). De percentages met een laag inkomen lagen

¹⁸ Het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de bevolking (beroeps- en niet-beroepsbevolking).

¹⁹ De werkloze beroepsbevolking als percentage van de (werkzame en werkloze) beroepsbevolking.

²⁰ Een afgeronde havo-, vwo- of basisberoepsopleiding (mbo-2).

²¹ De inkomensgrens die het CBS gebruikt voor de afbakening van armoede. Het betreft een vast bedrag dat voor alle jaren en alle typen een gelijke koopkracht vertegenwoordigt.

beduidend lager onder werkende leeftijdsgenoten met een middelbare (2,7%) en hoge (1,8%) opleiding. Overeenkomstige opleidingsverschillen waren te zien voor de percentages werkenden met een langdurig laag inkomen.

Aandachtspunten bij aanpak psychische problematiek

Er bestaan geen kwaliteitsstandaarden²² die beschrijven wat aandachtspunten zijn bij preventie en behandeling van psychische problematiek bij (jong)volwassenen met een lage opleiding. Onderzoeksliteratuur wijst op beperkte gezondheidsvaardigheden²³ als een belangrijk aandachtspunt. Naar schatting één op de drie volwassen Nederlanders (18 jaar of ouder) heeft lage gezondheidsvaardigheden; personen met een lage opleiding zijn oververtegenwoordigd in deze groep (Pharos, 2018a). Een deel van de mensen met lage gezondheidsvaardigheden is laaggeletterd.²⁴ In 2012 waren naar schatting bijna 1,8 volwassenen in de leeftijd van 16-65 jaar laaggeletterd (Algemene Rekenkamer, 2016). Vooral onder mensen met een lage opleiding komt laaggeletterdheid vaak voor. Zo was in 2012 circa 40% van de 16- tot en met 65-jarigen die maximaal de lagere school hadden afgerond laaggeletterd (Buisman & Houtkoop, 2014).

Er bestaat een duidelijke samenhang tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een slechtere psychische en lichamelijke gezondheid. Ook ervaren mensen met lage gezondheidsvaardigheden de kwaliteit van zorg die ze krijgen als minder goed. Hierbij kunnen diverse factoren een rol spelen, zoals moeite hebben om de weg te vinden in de zorg, gesprekken met hulpverleners te voeren, informatie en documentatie over een behandeling te begrijpen, en zelf in de eigen thuissituatie om te gaan met gezondheidsproblemen (zelfmanagement) (Heijmans e.a., 2016; Pharos, 2018a). Dit wijst onder meer op het belang om de zorgpraktijk beter aan te laten sluiten bij de mogelijkheden en wensen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

²² Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg inhoudt op basis van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en de voorkeuren en ervaringen van patiënten en naasten.

²³ De vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen.

²⁴ Moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen.

JONGVOLWASSENEN MET EEN MIGRATIEACHERGROND

Gefocust wordt op de grootste migrantengroep in Nederland: personen met een niet-westerse migratieachtergrond. Volgens de gangbare definitie van het CBS heeft een persoon een niet-westerse migratieachtergrond als hij, zij of één van de ouders is geboren in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Verder wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie).

- In 2018 (peildatum: 1 januari) waren er ruim 780.000 Nederlanders in de leeftijd van 15 tot 35 jaar met een niet-westerse migratieachtergrond. Ter vergelijking: in dezelfde leeftijdsgroep waren er circa drie miljoen jongvolwassenen met een Nederlandse achtergrond en circa 470.000 jongvolwassenen met een westerse migratieachtergrond (bron: CBS StatLine).
- Uitgesplitst naar etnische herkomst, werden de vier grootste groepen met een niet-westerse migratieachtergrond gevormd door jongvolwassenen met een Turkse (circa 140.000), Marokkaanse (circa 130.000), Surinaamse (circa 110.000) en Antilliaanse (circa 60.000) achtergrond. Het aandeel jongvolwassenen van de tweede niet-westerse generatie daalt met toenemende leeftijd. Zo behoorde in 2018 78% van de 15- tot 20-jarigen met een niet-westerse achtergrond tot de tweede generatie, terwijl dit percentage onder 30- tot 35-jarigen 39% was (bron: CBS Statline).
- Personen met een migratieachtergrond zijn oververtegenwoordigd in grote steden. In 2018 had Rotterdam het grootste aandeel inwoners met een niet-westerse achtergrond (38%), gevolgd door Amsterdam en Den Haag (35%). Van alle personen met een Surinaamse of Marokkaanse achtergrond woont bijna de helft in één van de vier grote steden. Bij personen met een Turkse en Antilliaanse achtergrond is dat ruim een derde (CBS, 2018c).

Aard en omvang psychische problematiek

Psychische klachten en aandoeningen komen in het algemeen vaker voor bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond dan bij mensen met een Nederlandse achtergrond. Dit algemene beeld is te zien bij zowel jeugdigen als volwassenen. Van belang is om aan te geven dat er aanzienlijke variatie bestaat tussen en ook binnen herkomstgroepen in het vóórkomen van psychische problematiek (Generieke module Diversiteit, 2018). Ter illustratie wordt hieronder ingegaan op een aantal bevindingen uit Nederlands onderzoek, vooral onder jeugdigen of volwassenen. Voor zover ons bekend zijn er weinig gegevens openbaar specifiek voor jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond.²⁵

²⁵ Cijfers specifiek voor jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond kunnen worden bepaald door nadere analyses van beschikbare gegevensbronnen.

Psychische klachten: enkele bevindingen

- Ruim één op de vijf (22%) personen (van 12 jaar of ouder) van de eerste niet-westerse generatie rapporteerde psychische klachten in 2018 (bron: CBS gezondheidsenquête). Psychische klachten worden beduidend minder vaak gerapporteerd door personen van de tweede niet-westerse generatie (12,6%) en personen met een Nederlandse achtergrond (10,9%).
- Een review van zeven bevolkingsstudies (verschillende leeftijdsgrenzen) liet zien dat Turks-Nederlandse volwassenen vaker depressie- en angstklachten hebben dan autochtone Nederlanders (Schrier e.a., 2017). Op basis van de studies kon voor de Marokkaans-Nederlandse bevolkingsgroep nog geen duidelijke uitspraak worden gedaan over al dan niet verhoogde prevalentie van depressie- en angstklachten. Eén van de studies richtte zich op Amsterdammers in de leeftijd van 15-24 jaar en vond dat bijna 37% van de jongvolwassen Amsterdammers met een Turkse achtergrond depressieklachten had, tegenover circa 28% van hun Marokkaans-Nederlandse leeftijdsgenoten (Van Dijk e.a., 2010).
- Leerlingen in het voortgezet onderwijs met een niet-westerse migratieachtergrond rapporteerden in 2017 vaker gedragsproblemen (19,1% vs. 12,8%), maar minder vaak hyperactiviteit (20,3% vs. 29,7%) dan leerlingen zonder een migratieachtergrond (Stevens e.a., 2018).
- Volgens een review komen vooral bij kinderen van Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse herkomst psychische problemen vaker voor dan bij leeftijdsgenoten met een Nederlandse achtergrond (Gezondheidsraad, 2012). Bij Marokkaans-Nederlandse kinderen lijkt dat vooral te gelden voor gedragsproblemen, bij Turks-Nederlandse kinderen voor emotionele problemen en bij Antilliaans-Nederlandse kinderen voor beide typen problematiek.

Psychische aandoeningen: enkele bevindingen

- In het algemeen is er weinig bevolkingsonderzoek beschikbaar over het vóórkomen van psychische aandoeningen (zoals vastgesteld door middel van een diagnostisch interview) bij migrantengroepen.
- Uit een studie bleek dat de maandprevalentie van depressieve en angststoornissen hoger was onder volwassen Amsterdammers met een Turkse (18,7%) en Marokkaanse (9,8%) achtergrond dan onder volwassen Amsterdammers met een Nederlandse achtergrond (6,6%) (De Wit e.a., 2008). De maandprevalentie was het hoogst onder Turks-Nederlandse vrouwen (24,9%).
- Diverse studies hebben aangetoond dat zowel eerste-generatie migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen, en Marokko en tweede-generatie migranten uit deze landen en Turkije een verhoogd risico hebben om schizofrenie te krijgen (Cultuursensitief addendum MDR schizofrenie 2015). Waarschijnlijk spelen verschillende factoren hierbij een rol, waaronder het hebben van een negatieve sociale etnische minderheidspositie (Zorgstandaard Psychose, 2018).

Risicofactoren en gevolgen psychische problematiek

- Naast de bekende biologische, psychologische en sociale risicofactoren voor psychische problematiek in de algemene bevolking, bestaan er risicofactoren specifiek voor personen met een niet-westerse migratieachtergrond (Schrier e.a., 2017). Voorbeelden zijn: discriminatie en beperkte sociale participatie. Voorbeelden van factoren die juist beschermen tegen psychische problematiek zijn actieve coping en religieuze coping.
- In de volgende paragrafen wordt duidelijk gemaakt dat gemiddeld genomen (jong)volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond achterstanden hebben op belangrijke levensgebieden (opleiding, werk, financiën, etc.), en dat zij zelf ook minder tevreden zijn over hun leefsituatie dan leeftijdsgenoten met een Nederlandse achtergrond. In zijn algemeenheid zal psychische problematiek bij jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond bijdragen aan een slechtere kwaliteit van leven en meer beperkingen in het functioneren op belangrijke levensterreinen.

Kwaliteit van leven

Omdat er geen cijfers openbaar zijn over ervaren kwaliteit van leven specifiek bij jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond, worden hier cijfers gepresenteerd voor de groep volwassenen van 18 jaar of ouder.²⁶

- In 2018 gaven volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 7,5.²⁷ Dit is slechts iets lager dan het gemiddelde rapportcijfer van 7,6 van volwassenen met een Nederlandse achtergrond (bron: CBS StatLine). Echter, het aandeel ontevreden personen is bijna twee keer zo groot onder volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond (4,1%) als bij volwassenen met een Nederlandse achtergrond (2,2%).²⁸
- Ook op allerlei specifieke levensgebieden is het aandeel ontevreden personen hoger onder volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond dan onder degenen met een Nederlandse achtergrond, waaronder (bron: CBS StatLine):
 - Ontevreden met opleidingskansen: 11% versus 4,5%.
 - Ontevreden met werk: 4,8% versus 2,6%.
 - Ontevreden met financiële situatie: 12% versus 5,8%.
 - Ontevreden met woning: 11% versus 3,4%.
 - Ontevreden met sociaal leven: 7,9% versus 4%.
- In 2016 voelde ruim drie op de vijf (64%) volwassenen.²⁹ met een niet-westerse migratieachtergrond zich in enige mate eenzaam; bij ruim één op de vijf (22%) ging het om (zeer) ernstige eenzaamheid (bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en

²⁶ Cijfers specifiek voor jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond kunnen worden bepaald door nadere analyses van beschikbare gegevensbronnen.

²⁷ Op een schaal van 1 (volledig ontevreden) tot 10 (volledig tevreden).

²⁸ Het deel van de mensen met een dat een score van 1 tot en met 4 geeft.

²⁹ Het gaat hier om volwassenen van 19 jaar of ouder.

Ouderen). Onder volwassenen zonder migratieachtergrond waren deze percentages beduidend lager, respectievelijk 37% en 8%.

Functioneren op levensgebieden

In het algemeen hebben (jong)volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond een achterstand op levensgebieden als onderwijs, werk en financiën. Wel bestaat er soms behoorlijke variatie tussen herkomstgroepen.

Onderwijs

- Het opleidingsniveau van jongvolwassenen in de leeftijd van 15-35 jaar verschilt per migratieachtergrond. Zo waren er in 2018 verhoudingsgewijs weinig hoogopgeleide³⁰ jongvolwassenen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond: circa 16% (bron: CBS StatLine). Onder jongvolwassenen met een Surinaamse en Antilliaanse achtergrond lag het aandeel hoogopgeleiden rond de 20%, en bij jongvolwassenen met een Nederlandse achtergrond op ruim 30%. Bijna de helft (47%) van de jongvolwassenen met een Marokkaanse achtergrond was in 2018 laagopgeleid³¹, en ruim 40% van de jongvolwassenen met een Turkse achtergrond. Ongeveer een derde van de jongvolwassenen met een Surinaamse en Antilliaanse achtergrond was laagopgeleid, en 28% van de jongvolwassenen met een Nederlandse achtergrond.
- Het aandeel jongvolwassenen in de leeftijd van 18-25 jaar zonder startkwalificatie³² verschilt naar herkomstgroep en geslacht (CBS, 2018d). Jongvolwassen vrouwen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond hadden in 2017 het minst vaak geen startkwalificatie: 3,8%. Dit is lager dan het percentage voortijdige schoolverlaters onder jongvolwassen vrouwen met een Nederlandse achtergrond (4,4%) en een Turkse of Marokkaanse achtergrond (6,1%). Met bijna 19% was in 2017 het aandeel zonder startkwalificatie het hoogst onder jongvolwassen mannen (18-25 jaar) met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Het percentage voortijdige schoolverlaters lag aanzienlijk lager onder jongvolwassen mannen met een Nederlandse achtergrond (8,7%) en een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (11,5%).

Werk

- Arbeidsdeelname van jongvolwassenen hangt samen met een migratieachtergrond. Zo was in 2018 de netto-arbeidsparticipatie³³ het laagst onder jongvolwassenen in de leeftijd van 25-35 jaar met een Marokkaanse (62%) en Turkse (69%) achtergrond (bron: CBS StatLine). Onder leeftijdsgenoten met een Antilliaanse en Surinaamse achtergrond was de netto-arbeidsparticipatie circa 75%, en onder leeftijdsgenoten met een Nederlandse achtergrond bijna 90%. Het verschil tussen mannen en vrouwen in

³⁰ Een afgeronde wo- of hbo-opleiding.

³¹ Dit omvat onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1).

³² Een afgeronde havo- of vwo-opleiding of een basisberoepsopleiding (mbo-niveau 2).

³³ Het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de bevolking (beroeps- en niet-beroepsbevolking).

arbeidsdeelname was het grootst binnen de groepen jongvolwassenen met Turkse (24%) en Marokkaanse (14%) achtergrond.

- Kijkend naar de beroepsbevolking in de leeftijd van 15-25 jaar, had in 2018 ruim één op de tien (11%) van de jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond geen betaald werk, tegenover 6% van de jongvolwassenen zonder migratieachtergrond (bron: CBS StatLine). Onder de beroepsbevolking van 25-35 jaar was er sprake van een nog groter verschil in werkloosheidspercentage³⁴ tussen jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond (7%) en jongvolwassenen met een Nederlandse achtergrond (2%).

Financiën

- Armoede komt beduidend vaker voor onder volwassen niet-westerse migranten dan bij volwassen autochtone Nederlanders. In 2017 was ruim 16% van de volwassenen met een niet-westerse achtergrond arm, tegenover 3,5% van de volwassenen met een Nederlandse achtergrond (SCP, 2018a).³⁵
- Het aandeel armen is het hoogst onder volwassenen met een Marokkaanse achtergrond (ruim 18%), gevolgd door volwassenen met een Antilliaanse en Turkse achtergrond (in beide groepen bijna 15%) en volwassenen met een Surinaamse achtergrond (9%).

Aandachtspunten bij aanpak psychische problematiek

Bestaande kwaliteitsstandaarden³⁶ wijzen op een breed scala aan aandachtspunten die relevant kunnen zijn in de preventie en behandeling van psychische problematiek bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond (o.a. Intercultureel addendum Depressie, 2012; Cultuursensitief addendum MDR schizofrenie, 2015; Generieke module Diversiteit, 2018). Deze aandachtspunten gelden ook voor nieuwe oplossingsrichtingen. De kwaliteitsstandaarden hebben betrekking op de totale groep personen met een niet-westerse migratieachtergrond (ongeacht leeftijd), maar zijn ook relevant specifiek voor de subgroep jongvolwassenen. Zonder te streven naar volledigheid worden hieronder diverse aandachtspunten benoemd. De mate waarin een aandachtspunt van toepassing is varieert tussen en binnen herkomstgroepen.

Kenmerken van personen met een niet-westerse migratieachtergrond of hun naasten: aandachtspunten

- Beperkte beheersing van het Nederlands.

³⁴ De werkloze beroepsbevolking als percentage van de (werkzame en werkloze) beroepsbevolking.

³⁵ Volgens 'het niet-veel-maar-toereikend' criterium: omvat naast de minimale uitgaven voor voedsel, kleding en wonen en enkele andere moeilijk te vermijden kosten (zoals verzekeringen en persoonlijke verzorging), ook de minimale kosten van ontspanning en sociale participatie (zoals een korte vakantie of het lidmaatschap van een sport- of hobbyclub).

³⁶ Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg inhoudt op basis van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en de voorkeuren en ervaringen van patiënten en naasten.

- Beperkte gezondheidsvaardigheden³⁷ en laaggeletterdheid.³⁸
- Gebrekkige bekendheid met het bestaan van, en de routes binnen, de reguliere zorg.
- Terughoudendheid om over psychische problemen te spreken, of professionele hulp te zoeken. Hierbij kan negatieve beeldvorming, uitsluiting en discriminatie van invloed zijn.
- Andere perceptie van de ervaren psychische problematiek (dan de gangbare, westerse visie).
- Andere klachtenpresentatie van de psychische problematiek (bijvoorbeeld een lichamelijke uitingsvorm).
- Schaamte bij naastbetrokkenen voor de psychische problematiek van betrokkene.
- Grotere rol van naastbetrokkenen in de besluitvorming en de zorg.

Kenmerken van zorgverleners: aandachtspunten

- Het contact met personen met een niet-westerse achtergrond en/of hun naasten wordt als complex ervaren. Redenen kunnen o.a. zijn:
 - Het ontbreken van een gedeelde visie op psychische problematiek en behandeling.
 - Een gebrek aan kennis bij een zorgverlener over hoe om te gaan met patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond.
 - Stereotyperend denken door een zorgverlener.
 - Problematische communicatie door taalbarrières of een gebrek aan ervaring in het werken met tolken.
- Het (te) weinig betrekken bij de behandeling van aspecten die relevant zijn voor patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond. Voorbeelden hiervan zijn: factoren die te maken hebben met migratie (zoals onzekerheid over verblijfsstatus of het gescheiden leven van partner en kinderen), identiteit, minderheidspositie (bijvoorbeeld discriminatie) of leefomstandigheden (zoals een lage sociaal economische positie).

Bovengenoemde aspecten kunnen bijdragen aan een mindere toegankelijkheid van psychische zorg voor jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond, alsook aan een minder effectieve psychische hulpverlening (vanwege o.a. een late instroom, een suboptimale behandelrelatie en een relatief hoge 'no-show' en 'drop-out').

³⁷ De vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen.

³⁸ Moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen.

DEEL B: DRIE SPECIFIEKE DOELGROEPEN

In afzonderlijke hoofdstukken wordt ingegaan op studenten, jongvolwassen asielzoekers en statushouders, en jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen, waarbij de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Aard, omvang en gevolgen van psychische problematiek.
- Problematiek op andere levensdomeinen.
- Bestaande initiatieven rondom de aanpak van psychische problematiek.
- Knelpunten en oplossingsrichtingen rondom de aanpak van psychische problematiek.

STUDENTEN

Gekeken wordt naar studenten in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), hoger beroepsonderwijs (hbo) en wetenschappelijk onderwijs (wo). In 2018 waren er circa 486.000 mbo-studenten, circa 455.000 hbo-studenten en ruim 292.000 wo-studenten. In totaal gaat het om ruim 1,2 miljoen studenten. (Bron:

<https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen>)

Van de ruim 2 miljoen jongeren in de leeftijd van 15 tot 25 jaar volgden in 2018 1,6 miljoen jongeren (76%) formeel onderwijs; 396.000 jongeren (19%) volgden geen formaal onderwijs, maar hadden betaald werk. De resterende groepen 15- tot 25-jarigen volgden ook geen formeel onderwijs volgden, maar waren werkloos (1,1%) of behoorden tot de niet-beroepsbevolking (3,8%) (Bron: CBS StatLine).

Aard en omvang psychische problematiek

Uit onderzoeken op verschillende hogescholen en universiteiten blijkt dat een aanzienlijk percentage studenten psychische klachten rapporteert. Er bestaan ook enkele landelijk cijfers voor hbo- en wo-studenten, waarvan soms de representativiteit onduidelijk is. Wat betreft mbo-studenten ontbreken (landelijke of regionale) cijfers over de prevalentie van psychische klachten. Daarnaast bestaan er geen Nederlandse gegevens over het vóórkomen van psychische *aandoeningen* conform standaard psychiatrische criteria onder studenten.

Zelfgerapporteerde psychische aandoeningen

Er wordt wél in de jaarlijkse Nationale Studenten Enquête gevraagd aan studenten of ze een functiebeperking hebben, en welke aandoening of problematiek hieraan ten grondslag ligt. In 2017/2018 rapporteerde 14% van de studenten een functiebeperking die hen ook belemmerde in het studeren. Ruim 25% hiervan gaf aan een psychische aandoening te hebben, en een even groot percentage ADHD. Omdat het om zelfrapportage gaat is het onduidelijk in hoeverre het hier gaat om aandoeningen conform standaard psychiatrische criteria. Op de universiteit vormden de studenten met een zelfgerapporteerde psychische aandoening de grootste groep binnen de groep studenten met een functiebeperking (Expertisecentrum handicap + studie, 2018).

Psychische klachten: enkele landelijke bevindingen

- De Landelijke Studenten Vakbond (LSVB) heeft in 2013 en 2017 metingen gedaan in hun studentenpanel (Schmidt & Simons, 2013; de Boer, 2017). Bij deze peilingen kunnen vraagtekens geplaatst worden wat betreft de representativiteit. In 2013 rapporteerde bijna de helft van de hbo- en wo-studenten (49%) psychische klachten, en in 2017 rapporteerde bijna een derde (35%) burn-outklachten. Hbo-studenten rapporteerden vaker psychische klachten dan wo-studenten, en vrouwen vaker dan mannen.

- In 2014-2017 had bijna 13% van de vrouwelijke jongvolwassenen in de leeftijd van 18-25 jaar met een afgeronde hbo-/wo-opleiding psychische klachten; bij de mannelijke jongvolwassenen met een afgeronde hbo-/wo-opleiding ging het om ruim 9% (bron: CBS gezondheidsenquête).³⁹
- Recentelijk heeft het Ministerie van Onderwijs aangekondigd een grootschalige landelijke nulmeting te willen laten uitvoeren naar psychische problemen onder studenten in het hoger onderwijs. Dit onderzoek zal naar verwachting in de tweede helft van 2019 starten en de eerste resultaten worden eind 2020 verwacht.

Psychische klachten: enkele regionale bevindingen

Op verschillende universiteiten en hogescholen (o.a. Hogeschool Windesheim, Hogeschool Inholland, Universiteit van Amsterdam/Hogeschool van Amsterdam en Radboud Universiteit Nijmegen) wordt de psychische gezondheid van studenten gemonitord, soms met als doel problemen te signaleren en studenten toe te leiden naar adequate hulp of ondersteuning. We presenteren hier resultaten van de meest recente meting van Hogeschool Windesheim uit schooljaar 2017/2018 (Dopmeijer, 2018).

- Ruim de helft van de studenten (53%) rapporteerde angst- en depressieklachten, waarbij het bij 39% om lichte tot matige klachten ging en bij 14% om ernstige klachten. Ter vergelijking: in de totale volwassen bevolking van 19 jaar of ouder rapporteerde in 2016 44% milde of ernstige depressie- of angstklachten (op basis van een vergelijkbaar meetinstrument, bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen).
- Een kwart van de studenten (25%) had burn-outklachten. Dit is een beduidend hoger percentage dan het landelijke gemiddelde in 2017 van 9,9% onder werkende jongeren in de leeftijd van 15 tot 25 jaar (gemeten met een vergelijkbaar instrument, bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden).
- Bij circa 18% van de studenten leek sprake te zijn van een verhoogd risico op zelfdoding. Dit betekent dat zij suïcidale gedachten hebben, een poging tot zelfdoding hebben ondernomen of ooit, recent of in het heden een plan hebben gemaakt om zichzelf te doden.
- Van de studenten antwoordde 38% bevestigend op de vraag of ze zelf psychische problemen ervaren. Ruim de helft (54%) van deze groep had hierover geen contact met een hulpverlener of begeleider van school.

Vergelijkbare hoge prevalentiecijfers (soms wat lager, mede afhankelijk van gebruikte afkappunten bij vragenlijsten) zijn ook gevonden bij andere monitors van universiteiten en hogescholen.

Risicofactoren psychische problematiek

Bij studenten spelen de bekende risicofactoren voor psychische problematiek een rol. Bijvoorbeeld: vrouwelijke studenten hebben een hogere kans op depressieklachten dan

³⁹ Het ging om een afgeronde bachelor- of masteropleiding, of een afgeronde promotie.

mannelijke studenten. Sommige risicofactoren lijken specifiek bij studenten een belangrijke rol te spelen: financiële druk, mentale druk/prestatiedruk, eenzaamheid en het geven van mantelzorg.

Financiële druk

- Financiële problemen door studieschulden of betalingsachterstanden kunnen bijdragen aan psychische problemen bij studenten. Omgekeerd kunnen mentale problemen ook bijdragen aan financiële problemen.
- In 2017 had, volgens een peiling van het Nibud, 73% van de hbo- en wo-studenten een studieschuld, 16% een lening of iets op afbetaling gekocht, en 17% betalingsachterstanden of roodstand (van der Werf e.a., 2017). Tien procent van de studenten vond zelf dat ze een financieel probleem hadden, en 16% had behoefte aan hulp op het gebied van geldzaken.
- Volgens een andere peiling van het Nibud is de mbo-studentenpopulatie een financieel kwetsbare groep (Schors e.a., 2015): in 2015 kwam 20% vaak of altijd geld tekort en 15% ervaarde een financieel probleem (waarbij het bij driekwart om een schuld gaat). Van de mbo-studenten had 37% één of meer schulden en 26% heeft betalingsachterstanden.
- Volgens weer een andere peiling van het Nibud onder de algemene bevolking kon in 2015 44% van de studenten van 18 jaar en ouder moeilijk rondkomen; in 2018 was dit percentage gedaald naar 26% (Schonewille & Crijnen, 2019). Dit is een sterkere daling dan onder de algemene groep Nederlanders van 18 tot 75 jaar (van 45% in 2015 naar 38% in 2019).
- In 2016 kon 6,2% van de studenten als 'arm' worden ingeschaald (SCP, 2018c).⁴⁰ Dit is hoger dan het percentage armen onder werkenden (2,2%), maar lager dan het percentage armen onder zelfstandigen (8,8%) en bijstandsgerechtigden (37%).
- In een onderzoek uit 2018 onder hbo- en wo-studenten is gekeken naar de relatie tussen leengedrag, ervaren prestatiedruk en zelfgerapporteerde psychische klachten (van Vreden & Thijsen, 2019). Ruim twee derde (69%) van de lenende studenten gaf aan dat lenen gepaard ging met gevoelens van stress en zorgen voor later. Lenende studenten waren in vergelijking met niet-lenende studenten vaker extreem vermoeid (50% tegenover 39%), vaker emotioneel uitgeput (40% tegenover 31%) en vaker bezorgd over het krijgen van een burn-out (19% tegenover 12%). Als studenten met een lening direct gevraagd werd naar de invloed van het leenstelsel op hun eigen situatie, gaf 73% aan hier toegenomen prestatiedruk en/of psychische klachten door te ervaren.

Toenemende mentale druk

- Er verschijnen veel berichten in de media dat de mentale druk op jongeren toeneemt. Hier worden verschillende mogelijke redenen voor genoemd: het studieklimaat voor

⁴⁰ Volgens 'het niet-veel-maar-toereikend' criterium: omvat naast de minimale uitgaven voor voedsel, kleding en wonen en enkele andere moeilijk te vermijden kosten (zoals verzekeringen en persoonlijke verzorging), ook de minimale kosten van ontspanning en sociale participatie (zoals een korte vakantie of het lidmaatschap van een sport- of hobbyclub).

studenten is streng en de lat ligt hoog (bijv. een hoge norm voor een Bindend Studie Advies, de BSA-norm), er ligt veel nadruk op een vlotte studievoortgang, er worden grote financiële bijdragen gevraagd van de studenten om te kunnen studeren. Mogelijk draagt deze studiedruk bij aan psychische problemen.

- In verschillende onderzoeken geven studenten aan dat studiedruk en rendementsverhogende maatregelen belangrijke factoren zijn die ervoor zorgen dat studenten psychische problemen krijgen (Schmidt & Simons, 2013; Dopmeijer, 2018; Gubbels & Kappe, 2019).
- De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit 2018 wijst ook op een mogelijk toenemende mentale druk op jongeren (VTV, 2018). De auteurs noemen de hoge prestatiedruk in het onderwijs als oorzaak. Daarbovenop geven zij aan dat studenten een grote druk ervaren om een levendig en gevuld sociaal leven te hebben. Ook het gevoel hebben de beste versie van jezelf te moeten laten zien op sociale media en hoogtepunten te moeten delen met je volgers, kan mogelijk leiden tot een laag zelfbeeld en psychische klachten. Daarmee samen hangt de *Fear of Missing Out* (FOMO): meer dan de helft van de jongeren heeft in meer of mindere mate last van de angst om dingen te missen wanneer zij de sociale media niet volgen. Verder constateert de VTV een toename van het gebruik van concentratie-bevorderende middelen, zoals amfetaminen en Ritalin, als gevolg van de toegenomen prestatiedruk. Deze middelen kunnen ook psychische klachten tot gevolg hebben.

Eenzaamheid

- Het lukt studenten niet altijd om aansluiting te vinden bij andere studenten. De overgang van middelbare school naar het studentenleven is groot: de student is bijvoorbeeld in een stad op afstand van het ouderlijk huis gaan wonen, en vrienden van de middelbare school zijn niet meer in de buurt. Eenzaamheid kan leiden tot psychische klachten en zelfmoordgedachten.
- Eenzaamheid lijkt onder studenten relatief vaak voor te komen. Zo bleek in 2017 uit een enquête onder studenten van de Radboud Universiteit dat één op de vier studenten 'leegte om zich heen voelde', en dat één op de vijf studenten 'andere mensen om zich heen miste' (Huisseling e.a., 2018).

Mantelzorg

- Regionale cijfers geven aan dat in 2017/2018 naar schatting 6 tot 8% van de hbo- of wo-studenten zorgde voor een ziek familielid, partner of goede vriend (Dopmeijer, 2018; Tienen e.a., 2018).
- Studenten met een mantelzorgtaak rapporteerden vaker dan studenten zonder mantelzorgtaak psychische klachten (27% tegenover 18%), zoals (faal)angst, paniekaanvallen, neerslachtigheid en stemmingswisselingen (Tienen e.a., 2018). In een andere studie ervoeren mantelzorgende studenten zowel meer depressie- als meer angstklachten in vergelijking met de overige studenten. Mogelijk dat deze groep studenten een hoger risico heeft om overspannen te raken of een burn-out te krijgen (Dopmeijer e.a., 2013).

Gevolgen psychische problematiek

Psychische problematiek heeft in het algemeen een negatieve invloed op de kwaliteit van leven en het functioneren. Bij studenten gaat het specifiek om de samenhang met verminderde studieprestaties en voortijdige studie-uitval of -vertraging.

Studieresultaten

- Psychische problemen kunnen de studieresultaten negatief beïnvloeden. Deze relatie wordt wel vermeld in eerder genoemde Nederlandse studies, maar niet verder onderzocht.
- Een buitenlandse longitudinale studie liet zien dat depressieve klachten een belangrijke voorspeller waren van lage academische prestaties en van studie-uitval (Eisenberg e.a., 2009). Dit negatieve effect was groter als er naast depressieve klachten sprake was van bijkomende angstklachten.
- Een meta-analyse van ruim 100 internationale studies vond dat universele programma's gericht op het trainen van mentale gezondheidsvaardigheden van studenten in het hoger onderwijs niet alleen effectief zijn in het verbeteren van deze vaardigheden, maar ook in het verbeteren van academische vaardigheden en prestaties (Conley e.a., 2015). Dit wijst erop dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen psychisch functioneren en studieresultaten.

Vroegtijdige studie-uitval en -vertraging

Enkele cijfers over uitval in het mbo, hbo en wo

Als studenten na een eerste jaar in een opleiding niet meer staan ingeschreven in het onderwijs worden zij gerekend tot de groep van uitvallers.

- In de Entreeopleiding mbo is de uitval hoog in het schooljaar 2016/2017: 27%. Op de andere niveaus zijn de uitvalpercentages respectievelijk 9,5% (mbo niveau 2), 4% (niveau 3) en 3,4% (niveau 4). Ongeveer een derde van de uitvallers in het mbo noemde (geestelijke) gezondheidsproblemen of andere persoonlijke problemen als belangrijkste aanleiding.
- De uitval van eerstejaars hbo-bachelorstudenten ligt in het schooljaar 2016/2017 op ongeveer 15%. Het uitvalpercentage bij directe instromers in de wo-bacheloropleidingen is een stuk lager, namelijk ruim 6%.

Bron: www.staatvanhetonderwijs.nl, Inspectie van het Onderwijs, 2019.

- Studie-uitval en -vertraging in het mbo, hbo en wo komen veel voor. Psychische problemen kunnen hieraan ten grondslag liggen.
- Onder studenten van de Hogeschool Windesheim is gekeken naar de relatie tussen angst-/depressieklachten en studievertraging (Schwartz & Dopmeijer, 2012). Het onderzoek toonde aan dat naarmate de ernst van de angst-/depressieklachten toenam, er sprake was van meer studievertraging.

- Ook maakte Hogeschool Windesheim een kostenberekening van de studievertraging en uitval (Schwartz & Dopmeijer, 2012). Geëxtrapoleerd naar de hele populatie studenten tot en met 27 jaar op Windesheim werden de kosten van de studievertraging geschat op ruim 19 miljoen euro (kosten die zijn gemaakt, maar geen rendement opgeleverd hebben). De kosten van dreigende studie-uitval (gebaseerd op studenten die serieus hebben overwogen te stoppen) werden geschat op bijna 14 miljoen euro (in 2012).

Ondersteuning, preventie en zorg: bestaande initiatieven

Er zijn verschillende preventieve programma's en ondersteuningsinitiatieven voorhanden. De vraag is of deze interventies al op grote schaal in het onderwijs geïmplementeerd worden. De preventie- en zorgstructuur op het hbo en in het wo lijkt meer uitgekristalliseerd te zijn dan die op het mbo.

- Aan alle Nederlandse universiteiten en aan een aantal hogescholen zijn studentenpsychologen verbonden. Zij bieden studenten met studieproblemen en andere problemen kortdurende hulp. Zo nodig wordt doorverwezen. Studentenpsychologen bieden, naast individuele gesprekken, vaak ook: cursussen en workshops, verwijzing naar zelfhulp, deskundigheidsbevordering voor docenten en advies aan beleids- en bestuursorganen.
- Hbo- en wo-studenten kunnen ook bij studieadviseurs en decanen terecht. Niet alleen voor praktische zaken (rondom bijvoorbeeld afstudeerregelingen of studiefinanciering), maar ook als de studenten tegen problemen of studievertraging aanlopen.
- Op het mbo kunnen studenten terecht bij studieadviseurs voor het doorverwijzen bij psychische of sociaal-maatschappelijke problematiek. Soms is er ook een zorg- en adviesteam op de school, die binding heeft met bijvoorbeeld het schoolmaatschappelijk werk. We vonden weinig informatie over de preventie- en zorgstructuur op het mbo; mogelijk is deze minder uitgekristalliseerd dan op het hbo en wo.
- Het schoolmaatschappelijk werk (SMW) wordt op vrijwel alle mbo-instellingen ingezet en ondersteunt ruim 32.000 studenten per jaar. Het SMW ziet studenten met GGZ-problematiek, problemen thuis en financiële problemen. Vaak vervult het SMW een brugfunctie tussen de school en externe hulpverlenende instanties (Kennis e.a., 2018).
- Samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs regelen het ondersteuningsaanbod voor mbo-leerlingen waar iets mee aan de hand is, bijvoorbeeld bij ernstige psychische problematiek.
- Het Nederlands Jeugd Instituut heeft verschillende 'best practices' verzameld rondom de aanpak van psychische problematiek bij mbo-studenten (NJI, 2018). Bijvoorbeeld de [Handleiding studeren met psychische klachten](#), het [STORM project](#) en de [Mind Young Academy](#).
- Studenten met psychische klachten kunnen gebruik maken van het (al dan niet anonieme) e-health aanbod voor jongeren en volwassenen, zoals [Grip op je Dip](#) (t/m 25 jaar), [Snel beter in je vel](#) (beter slapen, minder piekeren en minder stress), [Happyles](#) (voor leerlingen op het vmbo en mbo), of de [gratis MOOC over psychische gezondheid](#) van het UMCG.

- In het [Loket Gezond Leven](#) van het RIVM kan naar interventies op thema en doelgroep worden gezocht (niet speciaal naar studenten, maar wel op 'volwassenen' en 'scholieren/studenten').
- Het internationale project '[Caring Universities](#)' biedt een online tool aan waarmee de studenten in het hoger onderwijs zichzelf kunnen testen op de aanwezigheid van depressie- en angstklachten, om vervolgens eventueel een online interventie te volgen. De VU Amsterdam en Universiteit van Amsterdam (UvA) doen vanuit Nederland aan dit project mee. Resultaten van het onderzoek zijn nog niet bekend.
- De [Studentengezondheidstest](#) van het Bureau Studentenartsen in Amsterdam wordt aangeboden aan studenten van de UvA en de Hogeschool van Amsterdam. Het betreft een online zelftest (waaronder vragen over eventuele psychische klachten). Op basis van de scores krijgt een student persoonlijke feedback. De Studentengezondheidstest is ook toegankelijk voor studenten van elders.
- [Project FIVE](#) van Hogeschool Windesheim is een onderzoeks-, voorlichtings- en hulpprogramma met als doel het creëren van een veilig en gezond studieklimaat voor studenten, met daarin onder andere veel aandacht voor de psychische gezondheid van studenten.
- Het '[Peer School Support Project](#)' (PSSP) in Friesland is voor en door mbo-leerlingen met psychosociale problemen. De jongeren adviseren betrokken professionals over concrete tools waarmee hun hulpbehoefte beter en eerder kan worden gesignaleerd en waarmee jongeren die dreigen vast te lopen ondersteund kunnen worden.
- Van het [Expertisecentrum handicap+ studie](#) zijn diverse handleidingen en dossiers beschikbaar over het begeleiden van studenten met psychische klachten, bijvoorbeeld de Handleiding voor (studie)begeleiders in het hoger onderwijs 'Studeren met psychische klachten (Expertisecentrum Handicap + studie, 2015), een dossier over ADHD en een dossier over autisme.
- Verschillende hogescholen en universiteiten bieden activiteiten aan voor studenten om hun mentale gezondheid te bevorderen. Enkele voorbeelden:
 - <https://startupcampushaarlem.nl/events/mindful-break/>
 - <https://www.ru.nl/wellbeingweek/>
 - <https://students.uu.nl/naast-de-studie/studie-welzijn-en-ontwikkeling/wellbeing-week>

Knelpunten en oplossingsrichtingen

Studenten zoeken niet vaak, of pas in een laat stadium, hulp voor psychische klachten (Dopmeijer, 2018). Ook ervaren studentenpsychologen een aantal knelpunten, zo laat een peiling uit 2016 zien (ISO, 2016):

- De studentenpsychologen ervaren een capaciteitsprobleem: ze kunnen de vraag naar psychologische hulp van studenten niet aan.
- Studenten weten de psychologen soms moeilijk te vinden. Vooral de informatievoorziening op de websites van hogescholen blijft achter in vergelijking met die van universiteiten.

- Wachttijden bij studentenpsychologen kunnen soms erg lang zijn (tot wel drie maanden). Volgens de studentenpsychologen heeft dit te maken met een stijgend aantal hulpzoekende studenten.

Zonder te streven naar volledigheid benoemen we hier een aantal oplossingsrichtingen:

- Als maatschappelijke factoren (zie studieschuld, prestatiedruk) een oorzaak kunnen zijn van de toegenomen mentale druk onder jongeren, dan kunnen niet alleen interventies op individueel niveau de oplossing zijn. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) geeft aan dat ook beleidsmakers, werkgevers en onderwijsinstellingen, een rol hebben om knelpunten door mentale druk onder jongvolwassenen te voorkómen (RVS, 2018). De RVS pleit daarom voor een maatschappelijke aanpak, door onder andere meer aandacht voor persoonsvorming en voorbereiding op de arbeidsmarkt in het onderwijs en betere begeleiding bij het maken van studie- en beroepskeuzes.
- In 2018 is het Actieplan Studentenwelzijn gepresenteerd, opgesteld door onder andere Hogeschool Windesheim, Hogeschool InHolland en de Universiteit van Amsterdam (Netwerk Studentenwelzijn, 2018). Dit actieplan wordt breed gedragen door onder meer vele studentenorganisaties, onderwijsinstellingen en andere maatschappelijke instellingen. Het actieplan stelt voor om te werken vanuit een integrale aanpak, waarin zelfontplooiing van de student, vroegsignalering van (psychische) klachten, bevorderen van veerkracht, weerbaarheid, inclusiviteit en duurzame (arbeids)participatie centraal staan. Het plan bestaat uit vijf pijlers:
 - 1) Bewustzijn creëren en stigma verminderen voor studentenwelzijn;
 - 2) Binding en een veilig studieklimaat;
 - 3) Preventie en vroegsignalering;
 - 4) Professionalisering van docenten en studentbegeleiders;
 - 5) Hulpaanbod en psychosociale interventies (waarin ook o.a. het belang van goede ketenzorg wordt benadrukt).
- Het Actieplan Studentenwelzijn hangt samen met het bredere initiatief '[Landelijke Netwerk Studentenwelzijn](#)'. Dit initiatief wordt getrokken door het Expertisecentrum handicap + studie en brengt een aantal keer per jaar betrokken partijen bij elkaar om kennis te delen en *good practices* overdraagbaar te maken. Hieraan is een bestuurlijke werkgroep gelieerd die het Ministerie van OCW in 2018 heeft ingesteld (Gezamenlijke Ambitie Studentenwelzijn, 2018), bestaande uit de VSNU, Vereniging Hogescholen, Universiteit voor Humanistiek, Jongerenpanel FNO Zorg én Perspectief, LSVb, ISO en Expertisecentrum handicap + studie. Deze werkgroep agendeert het studentenwelzijn bij de onderwijsinstellingen en in Den Haag.
- Verschillende partijen (o.a. Samenwerkende Gezondheidsfondsen, Alles is Gezondheid, NCJ, NJR, NJI, Trimbos-instituut, Mind, Hersenstichting, Number 5 Foundation) zijn bezig met de oprichting van de Alliantie Mentale Gezondheid Jeugd om in gezamenlijkheid met de mentale weerbaarheid van jongeren aan de slag te gaan. Doelen en activiteiten zijn nog niet omschreven.

- De Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht is bezig beleid te ontwikkelen voor betere hulp en ondersteuning aan mbo-studenten met psychische problemen. Het eerste visiestuk is verschenen (Bon-Martens e.a., 2018).
- De VTV uit 2018 geeft verschillende oplossingsrichtingen om de verhoogde mentale druk onder jongeren en jongvolwassenen tegen te gaan, waaronder:
 - Ontwikkelen van meer aanbod van interventies voor jongeren en jongvolwassenen gericht op kennis en vaardigheden over omgaan met mentale druk.
 - Inzetten op studentenwelzijn en verminderen van prestatiedruk in hoger onderwijs. In dat kader wordt ook het Actieplan Studentenwelzijn genoemd als een belangrijk instrument om de psychische gezondheid onder studenten te bevorderen. Voorts wordt gewezen op het belang om niet alleen de nadruk te leggen op studenten met problemen (bijvoorbeeld door in te zetten op depressiepreventie), maar ook om samen met alle studenten te werken aan vaardigheden om mentaal gezond te blijven (bijvoorbeeld door in te zetten op zelfregie).
 - Creëren van meer bewustwording bij bestuurders van onderwijsinstellingen voor studentenwelzijn.
 - Voorlichting op scholen door ervaringsdeskundigen over mentale druk en psychische klachten.
 - In het onderwijs dient laagdrempelige steun, zorg en coaching beschikbaar te zijn voor jongeren met mentale klachten.
 - Verbindingen leggen vanuit onderwijs met zorg om studenten met psychische klachten tijdig door te kunnen verwijzen indien nodig.
 - Trainen van docenten in het signaleren van mentale druk/stress en het helpen van leerlingen bij hun persoonlijke ontwikkeling.
 - Aansluiten van hogescholen en universiteiten bij de Gezonde schoolpijlers (gezondheidseducatie, fysieke en sociale omgeving, signaleren en beleid). Eventueel kan ook een vignettenstructuur opzetten (een soort kwaliteitskeurmerk), zoals bij de Gezonde school.
- Voor studenten met een functiebeperking, zoals een psychische stoornis, is financiële ondersteuning beschikbaar; bijvoorbeeld als de student vertraagd is in de studie. Voorlichting over deze voorzieningen voor studenten met een functiebeperking schiet nog vaak tekort. Veel studenten kennen bijvoorbeeld het Profileringsfonds (financiële ondersteuning bij studievertraging) niet. Ook studentendecanen en studieadviseurs zijn niet goed op de hoogte van deze financiële ondersteuningsmogelijkheden voor studenten met een functiebeperking. De hogescholen en universiteiten moeten goede voorlichting geven, zodat studenten de juiste voorzieningen kunnen benutten (Inspectie van het Onderwijs, 2018).

JONGVOLWASSEN ASIELZOEKERS EN STATUSHOUDERS

- Een vluchteling is iemand die vanwege een onveilige situatie zijn of haar thuisland verlaat. Op het moment dat hij/zij in het land van aankomst is, verandert de naam naar asielzoeker. Een asielzoeker zoekt bescherming in het land van aankomst. Een asielzoeker woont in het asielzoekerscentrum. Wanneer in Nederland de status van een asielzoeker als vluchteling wordt erkend, is hij/zij een statushouder (ook wel vergunninghouder genoemd). Statushouders hebben een verblijfsvergunning, en mogen werken en een opleiding volgen in Nederland. Wanneer asielzoekers hun verblijfsvergunning krijgen, worden zij gekoppeld aan een gemeente en krijgen ze daar een woning toegewezen.
- Het aantal vluchtelingen is wereldwijd nog nooit zo hoog geweest. In 2018 waren dit er ruim 70 miljoen (UNHCR, 2019). In 2018 vroegen ruim 20.000 mensen asiel aan in Nederland (VluchtelingenWerk Nederland, 2018). De grootste groepen asielzoekers waren afkomstig uit Syrië, Iran en Eritrea. In 2019 waren er in het eerste kwartaal ook veel aanvragen van mensen uit Nigeria (SER, 2019). Veel van de asielzoekers zijn jong. In 2018 was 77% (bijna 16.000) van de asielzoekers jonger dan 35 jaar; en 58% (bijna 12.000) was in de leeftijd van 16 tot 35 jaar (bron: CBS StatLine). Ongeveer één derde van de statushouders die instromen in een gemeente is kind, daarnaast zijn er veel jongvolwassenen (Haker e.a., 2016).

AARD EN OMVANG PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

In het algemeen zijn er verhoogde prevalenties van psychische klachten en aandoeningen onder asielzoekers en statushouders in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. Hieronder worden enkele bevindingen uit recent onderzoek vermeld.

Psychische klachten: enkele bevindingen

- In 2017 is het vóórkomen van psychische klachten onderzocht bij Syrische statushouders van 15 jaar of ouder die tussen 1 januari 2014 en 1 juli 2016 hun verblijfstatus hebben ontvangen (SCP, 2018b). Het bleek dat 41% van de totale groep Syrische statushouders psychische klachten had in vergelijking met 11% van de algemene Nederlandse bevolking. Kijkend naar de jongvolwassen Syrische statushouders, had 43% van de 15- tot 24-jarigen psychische klachten, en 38% van de 25- tot 35-jarigen. Bij de algemene Nederlandse bevolking ging het bij deze leeftijdsgroepen om respectievelijk ruim 8% en 13% (bron: CBS gezondheidsenquête).

Psychische aandoeningen: enkele bevindingen

- Uitgaande van een meta-analyse hebben naar schatting 13% tot 25% van de asielzoekers in landen met een hoge inkomens een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Steel e.a., 2009). Naar schatting 8% tot 25% heeft een depressieve stoornis, waarbij vaak gelijktijdig sprake is van PTSS. De jaarprevalenties van PTSS en

depressieve stoornis liggen aanzienlijk lager in de algemene Nederlandse bevolking: respectievelijk 2,6% en 5,2% (Darves-Bornos e.a., 2008; De Graaf e.a., 2010).

- Onder mannelijke asielzoekers in Nederland blijkt ook vaker suïcide voor te komen dan bij Nederlandse mannen. Bij asielzoekers gaat het om 25,6 suïcides per 100.000/jaar ten opzichte van 15,7 per 100.000/jaar onder Nederlandse mannen (Goosen e.a., 2014).
- Een extra kwetsbare groep lijkt te worden gevormd door Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen (AMV's). Dit zijn minderjarige asielzoekers die zonder begeleiding van een volwassen familielid naar Nederland komen. In 2015 was het aandeel AMV's 20% van alle minderjarige personen die asiel zochten in Nederland (Van Schie e.a., 2017). Onder AMV's lijkt vaker sprake te zijn van meegemaakte traumatische ervaringen dan kinderen die met hun ouders vluchten. Zij hebben een grotere kans op het ontwikkelen van psychische stoornissen, waaronder PTSS, depressieve stoornissen, angststoornissen en gedragsproblemen.

RISICOFACTOREN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende categorieën van risicofactoren: demografische of premigratie factoren, migratiefactoren en postmigratie factoren. Ook twee recente rapportages van Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP, 2018b, 2019) die gericht zijn op de groep Syrische statushouders in Nederland hanteren dit onderscheid. Ter illustratie worden hieronder een aantal bevindingen uit deze rapporten beschreven.

Demografische of premigratie factoren

- De demografische of premigratie factoren zijn niet altijd vergelijkbaar met de bekende risicofactoren en beschermende factoren van psychische problematiek in de algemene bevolking. Zo is een hoge opleiding bij Syrische statushouders geen beschermende factor, terwijl dit in algemene bevolking wel zo is. Wél vergelijkbaar met de algemene bevolking is onder meer dat alleenstaande vluchtelingen een hoger risico hebben op psychische problemen. Psychische ongezonderheid komt evenveel voor bij nareizigers als niet-nareizigers.⁴¹

Migratiefactoren

- Een belangrijke risicofactor voor psychische problematiek is het hebben doorgemaakt van traumatische ervaringen onderweg, en de tijd die de vlucht heeft geduurd.

Postmigratiefactoren

- Een postmigratiefactor voor zowel mannelijke als vrouwelijke asielzoekers is de duur van de asielprocedure: hoe langer het duurt, hoe groter het risico op psychische problematiek. Bij mannelijke statushouders is ook het aantal verhuizingen binnen de

⁴¹ Nareizigers zijn vluchtelingen die naar een land toe gaan waar al een gezinslid heen is gegaan en daar (tijdelijk) statushouder is geworden. Niet-nareizigers zijn de vluchtelingen die naar een land toe gaan zonder dat daar al gezinsleden wonen.

asielprocedure een risicofactor, terwijl onder andere het ondernemen van activiteiten tijdens de asielprocedure (zoals vrijwilligerswerk of het leren van Nederlands) juist een beschermende werking hebben.

- Nieuwe statushouders kunnen onzekerheid voelen over de toekomst, zich zorgen maken over achtergebleven naasten en hebben soms hun sociale status verloren. Ook zijn er diverse risicofactoren voor psychische problematiek na het doorlopen van de asielprocedure, waaronder financiële zorgen, werkloosheid, laag inkomen, sociaal isolement, culturele aanpassingen en het ervaren van discriminatie. De effecten van de factoren die in het land van aankomst spelen worden vaak onderschat (Muller-Dugic e.a., 2018).
- Het blijkt dat Syrische statushouders die gemakkelijk een gesprek in het Nederlands kunnen voeren met autochtone Nederlanders minder vaak psychische problemen hebben dan degenen die moeite hebben met de taal en minder contact hebben met autochtone Nederlanders.

GEVOLGEN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

- In zijn algemeenheid is psychische gezondheid van invloed op de mate waarin statushouders kunnen inburgeren, participeren en de taal kunnen leren (De Haan e.a., 2017). Echter, 'harde' Nederlandse onderzoeksgegevens over de gevolgen van psychische problemen bij statushouders en asielzoekers voor hun kwaliteit van leven en functioneren ontbreken.

KWALITEIT VAN LEVEN EN FUNCTIONEREN

Een aantal bevindingen uit Nederlands onderzoek:

- Syrische statushouders beoordelen het leven in Nederland positief.⁴² Volgens een peiling uit 2017 bleken zij zich hier thuis te voelen en betrekkelijk weinig discriminatie te ervaren (SCP, 2018b). Zij gaven gemiddeld een rapportcijfer van 8,5 voor hun kwaliteit van leven in Nederland.⁴³ Dit is opvallend hoog in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. Ook gaf driekwart van de Syrische statushouders aan zich thuis te voelen in Nederland. Ter vergelijking: bij personen met een Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse achtergrond was dit percentage in 2015 circa 60%, en bij personen met een Surinaamse achtergrond ruim 70% (Andriessen, 2016). Een verklaring hiervoor kan zijn dat mensen die nog maar kort in het bestemmingsland wonen in zijn algemeenheid wat positiever zijn.
- De cijfers over discriminatie zoals ervaren door Syrische statushouders lijken gunstig. Zo rapporteerde driekwart dat discriminatie van migranten bijna nooit voorkomt (SCP, 2018b). Twee derde van de Syrische statushouders gaf aan nooit geconfronteerd te zijn geweest met discriminatie door Nederlanders.

⁴² Het gaat om Syriërs van 15 jaar of ouder die tussen 1 januari 2014 en 1 juli 2016 een verblijfsstatus hebben gekregen.

⁴³ Op een schaal van 1 (volledig ontevreden) tot 10 (volledig tevreden).

- Op het gebied van arbeidsparticipatie is het beeld minder gunstig. Zo ontving 90% van de Syrische statushouders een bijstandsuitkering, en gaf circa 40% aan financieel niet rond te kunnen komen (SCP, 2019). Drie-en-een-half jaar na het verkrijgen van de verblijfsvergunning bleek circa twee derde (67%) van de volwassen statushouders een bijstandsuitkering te krijgen (CBS, 2019). Niet meer dan 25% van hen had na drieënhalve jaar een betaalde baan.
- Ongeveer 40% van de statushouders volgde in oktober 2018 onderwijs. Het gaat hierbij ook om niet-leerplichtige statushouders (CBS, 2019).
- Van de totale groep statushouders die in 2014 een verblijfsvergunning heeft gekregen, woonde ruim de helft (54%) drie jaar later in stedelijk gebied (CBS, 2019). Dit komt overeen met de algemene Nederlandse bevolking, waarvan 53% in een stedelijke gemeente woonde in 2015 (De Beer e.a., 2017).

ONDERSTEUNING, PREVENTIE EN ZORG: BESTAANDE INITIATIEVEN

Mede door de toenemende aandacht voor statushouders en asielzoekers bestaan diverse initiatieven op het gebied van preventie, zorg en ondersteuning bij psychische problematiek. Hieronder worden een aantal van deze initiatieven benoemd.

- Volgens verschillende inventarisaties van Arq⁴⁴ en Pharos⁴⁵ (2016; 2017; 2018) gebeurt er al veel aan psychosociale ondersteuning, preventie en zorg voor asielzoekers en statushouders. De inventarisaties richtten zich op het aanbod voor asielzoekers en statushouders die in asielzoekerscentra gehuisvest zijn, voor statushouders die in een Nederlandse gemeente wonen en voor AMV's. Het blijkt dat er vooral in de asielzoekerscentra veel aanbod is qua informatievoorziening, dagbesteding of het versterken van weerbaarheid. Ook worden er een aantal interventies voor AMV's beschreven.
- Er zijn meerdere handreikingen voor onder andere gemeenten, docenten en hulpverleners bij het werken aan de psychische gezondheid van asielzoekers (o.a. Pharos e.a., 2017, 2018b).
- Door de Menzis COA Administratie BV⁴⁶ (MCA), Gezondheidscentrum Asielzoekers, GGD GHOR Nederland en door MCA gecontracteerde GGZ-instellingen is in 2015 het convenant GGZ voor asielzoekers ondertekend (MCA, 2015). Het convenant beoogt een optimale samenwerking tussen de convenantpartijen te bewerkstelligen, wat moet bijdragen aan het versterken van de psychische gezondheid van asielzoekers en het leveren van optimale GGZ-zorg aan asielzoekers. Zowel de GGZ voor volwassenen als de jeugd-GGZ zijn onderdeel van het convenant. Er zijn op vier verschillende thema's afspraken gemaakt: de samenwerking van de betrokken partijen bij GGZ voor asielzoekers, preventie, indicatiestelling en echelonkeuze, en behandeling.

⁴⁴ Arq (voorheen Psychotrauma Expert Groep) biedt preventieve ondersteuning en -advies, doet wetenschappelijk onderzoek naar psychotrauma en geeft opleidingen en trainingen. Daarnaast adviseert Arq organisaties en overheid over de inrichting van zorg voor getroffen

⁴⁵ Landelijk expertise Centrum Pharos streeft naar het terugdringen van grote gezondheidsverschillen door middel van het verzamelen, verrijken en delen van kennis.

⁴⁶ MCA koopt de GGZ-zorg voor asielzoekers in. COA (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers) is de opdrachtgever van MCA en daarom geen ondertekenaar van het convenant.

- Voor hulpverleners, gemeenten, scholen, GGD-en, zorgverleners en andere professionals die in aanraking komen met statushouders met (vermoedelijke) psychosociale problemen is er het Psychosociale Ondersteuningspunt Vluchtelingen van Arq. Het ondersteuningspunt kan vragen beantwoorden over onder andere screening en diagnostiek, de zorgkaart, interculturele communicatie, preventie, trainingen en workshops.
- Pharos zet zich in voor de mentale gezondheid van statushouders. Dit doen zij onder andere door kennis te verspreiden onder professionals en vrijwilligers zodat zij beter kunnen signaleren en er betere zorg kan worden geboden, en door te stimuleren dat asielzoekers en statushouders hun persoonlijke mogelijkheden optimaal kunnen benutten.
- Vanuit het ZonMw-programma 'Zorg voor vluchtelingen' zijn 11 projecten gehonoreerd die zich richten op de verbetering van de psychosociale zorg voor statushouders in samenwerking met statushouders zelf. Drie van deze projecten richten zich op jongeren, en twee op kinderen. Het programma is gebaseerd op de verschillende inventarisaties van Arq en Pharos (2016; 2017; 2018). De projecten zijn voorjaar 2015 gestart, en sommige lopen nog.

KNELPUNTEN EN OPLOSSINGSRICHTINGEN

Hoewel er diverse initiatieven bestaan gericht op psychische problematiek bij asielzoekers en statushouders benoemen publicaties verscheidene knelpunten op dit gebied, alsook mogelijke oplossingsrichtingen. Zonder te streven naar volledigheid vermelden we hier een aantal van de voorgestelde oplossingsrichtingen voor knelpunten:

- Het blijkt lastig om signalering en screening van psychosociale problematiek eenduidig uit te voeren in de praktijk (Arq, 2016). Er lijkt een behoefte te zijn aan een eenvoudig en toegankelijk instrument om professionals en vrijwilligers te ondersteunen. Het maken van richtlijnen voor de psychische zorg rondom asielzoekers en statushouders kan hierbij helpen.
- Er zijn veel verschillende preventieve interventies die vooral in de AZC's worden gebruikt. Er ontbreekt preventie aanbod voor het leven van de statushouders na het AZC. Hoewel het COA (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers)⁴⁷ vaak wel van deze activiteiten op de hoogte is, wordt deze zorg nauwelijks centraal aangestuurd of afgestemd (Arq, 2016). De GGD zou, gezien hun expliciete rol in publieke gezondheid voor vluchtelingen en statushouders, in samenwerking met de gemeente meer preventief aanbod kunnen ontwikkelen.⁴⁸ Gemeenten kunnen daarnaast bijvoorbeeld onderzoeken of statushouders kunnen aansluiten bij het reguliere preventieve aanbod bij psychosociale problematiek (voor de algemene bevolking).
- Ondanks dat er veel aanbod is, komt de continuïteit van de zorg voor asielzoekers in het gedrang door de verhuizingen tijdens de asielprocedure. Het COA is wel op de

⁴⁷ COA is verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers en het begeleiden naar een toekomst in Nederland of in het land van herkomst.

⁴⁸ <https://www.ggdghor.nl/standpunten/collectieve-gezondheidspreventie-vluchtelingen/>

hoogte van het aanbod, maar het ontbreekt aan coördinatie van het aanbod. Er is behoefte aan landelijke sturing of afstemming.

- Kinderen en jongeren tot 18 jaar hebben het recht op onderwijs en onderdak. Tot hun 18^e levensjaar heeft Stichting Nidos de verantwoordelijkheid voor de voogdij over AMV's en moet de stichting zorgen voor onderwijs en onderdak. Stichting Nidos probeert ernaar te streven dat AMV's op hun 18^e zelfstandig kunnen functioneren. Het blijkt echter dat wanneer zij na hun 18^e zelf op zoek moeten gaan naar een woonruimte en zelf verantwoordelijk zijn voor hun opleiding, ze vaak stoppen met onderwijs (Stavenuiter e.a., 2016). Een oplossing die wordt aangedragen is een integrale aanpak die zich moet richten op het snel aanbieden van woonruimte, scholing en activering, zodat jongeren beter voorbereid zijn op werk en participatie.

JONGVOLWASSENEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Aard en omvang

Ernstige psychische aandoeningen

- Er wordt van een ernstige psychische aandoening (EPA) gesproken wanneer er sprake is van een psychische stoornis die zorg en/of behandeling noodzakelijk maakt. Daarbij is er sprake van ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren, waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychische stoornis welke niet van voorbijgaande aard is en gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken vereist (Delespaul e.a., 2013).
- Volgens een gangbare schatting heeft 1,7% van de totale bevolking (ongeacht leeftijd) te maken met EPA (Delespaul e.a., 2013), wat neerkomt op circa 290.000 personen in 2018. Uitgaande van declaratiegegevens ontvingen in 2016 naar schatting 55.000 jongvolwassenen in de leeftijd van 18-35 jaar met EPA zorg bij de GGZ, met een vrijwel gelijke verdeling naar geslacht (bron: Vektis). Een onbekend deel van de mensen met EPA is niet in zorg bij de GGZ; dit wordt geschat op 25% van de totale populatie (Delespaul e.a., 2013). Dit zou betekenen dat in 2016 de omvang van de jongvolwassen EPA-populatie naar schatting ruim 70.000 was.
- De definitie van EPA is niet diagnose-specifiek: personen uit deze groep hebben uiteenlopende aandoeningen. Mensen met psychotische aandoeningen (waaronder schizofrenie) vormen de grootste groep (60%), maar ook velen met een verslaving of een angst-, stemmings-, of persoonlijkheidsstoornis worden tot de EPA-doelgroep gerekend (Delespaul e.a., 2013). Vaak hebben personen meerdere aandoeningen tegelijkertijd (comorbiditeit).

Vroege psychose

- Bij psychose is sprake van een veranderde beleving van de werkelijkheid die waarnemen, denken en emoties beïnvloedt. De belangrijkste symptomen zijn wanen, hallucinaties, problemen met samenhangend spreken, gedesorganiseerd gedrag en motivatieproblemen (Zorgstandaard Psychose, 2018). Mannen krijgen wat vaker een psychotische stoornis dan vrouwen. Daarnaast hebben Nederlanders met een migratieachtergrond een verhoogd risico, vooral Marokkaanse Nederlanders.
- Psychose ontstaat vaak in de adolescentieleeftijd en vroege volwassenheid (14-35 jaar). Geschat wordt dat per jaar ongeveer 3.000 jongvolwassenen in Nederland voor het eerst een psychose krijgen (kortweg: vroege psychose). Een deel van mensen met een vroege psychose zal voldoen aan de criteria voor EPA (EBRO Module Vroege Psychose, 2017).
- Het beloop van een vroege psychose is zeer wisselend. Er lijkt een relatie te zijn tussen de duur van onbehandelde psychose en het beloop: hoe eerder behandeling start hoe gunstiger de prognose (EBRO Module Vroege Psychose, 2017).

KWALITEIT VAN LEVEN EN FUNCTIONEREN

Ernstige psychische aandoeningen

- Personen met EPA hebben niet alleen last van hun psychische aandoening(en), maar krijgen mede als gevolg daarvan ook problemen op meerdere levensgebieden die op hun beurt de psychische problematiek weer verergeren (Delespaul e.a., 2013).
- Periodieke peilingen onder de leden van het panel Psychisch Gezien (circa 1.700 deelnemers van 18 jaar of ouder met aanhoudende psychische aandoeningen) geven zicht op de feitelijke en ervaren leefsituatie van personen met EPA. Volgens de meest recente peiling (voorjaar 2018) geven panelleden de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 6,4, tegenover het gemiddelde rapportcijfer van 7,6 in de algemene bevolking (Kroon e.a., 2018).⁴⁹ In het panel is de groep ontevreden mensen vijf keer zo groot als in de algemene bevolking.
- Circa 20% heeft een betaalde baan. De arbeidsparticipatie van panelleden ligt daarmee ruim drie keer zo laag als in de algemene bevolking in Nederland (68%). Van de leden zonder betaald werk, zou 27% wel graag een betaalde baan willen hebben. Jongere leden (<52 jaar) hebben vaker een wens tot betaald werk (38%). Ruim 40% van de leden doet vrijwilligerswerk, een percentage vergelijkbaar met dat in de algemene bevolking. Van de leden die geen vrijwilligerswerk doen, zou 27% dit wel graag willen.
- Ruim 80% van de vijf panelleden voelt zich in enige mate eenzaam, waarbij het bij circa 40% gaat om (zeer) ernstige eenzaamheid. Het percentage mensen met (zeer) ernstige eenzaamheidsgevoelens ligt aanzienlijk lager in de algemene bevolking (10%) en bij mensen met een ernstige lichamelijke beperking (22%).
- Uit een eerdere peiling onder het panel Psychisch Gezien (voorjaar 2016) is specifiek gekeken naar de ervaringen van panelleden tussen 18-34 jaar. Het bleek dat zij in vergelijking met oudere leden (nog) minder tevreden waren over diverse leefgebieden, waaronder woonsituatie, sociale contacten, dagelijkse bezigheden, financiële situatie en psychische gezondheid (Panel Psychisch Gezien, 2016).
- Vermeldenswaardig is nog een bevinding van een recent vragenlijstonderzoek onder een steekproef van 369 jongvolwassenen in de leeftijd van 18-25 jaar. Circa een derde van hen gaf aan een chronische lichamelijke of psychische aandoening te hebben, waarbij het verhoudingsgewijs vaak om psychische aandoening ging. De jongeren met een chronische aandoening gaven het gemiddelde rapportcijfer van 6,9 aan hun leven (tegenover het gemiddelde rapportcijfer van 7,6 onder de jongeren zonder chronische aandoening) (Hal e.a., 2019).

Vroege psychose

- Een eerste psychose ontstaat vaak in de adolescentie of jongvolwassenheid, waarin jonge mensen hun identiteit en onafhankelijkheid ontwikkelen, relaties aangaan en keuzes maken rond opleiding en werk. Een vroege psychose leidt daarom vaak tot een verstoring op allerlei levensgebieden en een stilstand op het gebied van de sociaal-maatschappelijke en persoonlijke ontwikkeling (EBRO Module Vroege Psychose, 2017).

⁴⁹ Op een schaal van 1 (volledig ontevreden) tot 10 (volledig tevreden).

- Het Trimbos-onderzoek 'Bridging the Gap' beschrijft de grote achterstand die jongvolwassenen (16-30 jaar) met psychotische ervaringen oplopen ten opzichte van psychisch gezonde leeftijdsgenoten (Hendriksen-Favier e.a., 2012). Zo beoordeelden zij hun kwaliteit van leven met een gemiddeld rapportcijfer van 6,1, terwijl psychisch gezonde leeftijdsgenoten gemiddeld een 7,7 gaven.¹ Daarnaast waren jongvolwassenen die een psychose hadden doorgemaakt minder tevreden over werk of opleiding, woonsituatie, sociale relaties en vrijetijdsbesteding dan psychisch gezonde jongvolwassenen. Jongvolwassenen met psychotische ervaringen hadden minder vaak betaald werk (24% vs. 69%), woonden vaker alleen (29% vs. 16%), spraken minder vaak minstens een keer per week af met een vriend/vriendin (40% vs. 80%), hadden minder vaak een partner (18% vs. 60%) en ondernamen minder vaak activiteiten met anderen (38% vs. 82%).
- Jongvolwassenen met psychotische ervaringen hadden duidelijke toekomstwensen op de vier onderzochte levensgebieden. Zo wilde 78% over vijf jaar betaald werk hebben, en 58% een partner (Hendriksen-Favier e.a., 2012).

Stigma

- Relatief veel personen met EPA hebben ervaringen met stigma en uitsluiting. Zo rapporteert ongeveer de helft van de leden van het panel Psychisch Gezien in enige mate ervaringen met oneerlijke behandeling bij het zoeken naar werk (Kroon e.a., 2018). Hetzelfde geldt voor oneerlijke behandeling bij het behouden van werk. Zo'n 70% heeft ervaringen met verminderde kans op promotie als gevolg van de psychische klachten, voor drie op de tien mensen is dit zelfs vaak voorgevallen.

Vroegtijdige sterfte en suïcide

- Mensen met EPA hebben een relatief slechte lichamelijke conditie, vergeleken met de algemene bevolking. Recente studies laten zien dat door de gezondheidsproblemen de levensverwachting van personen met EPA 20-25 jaar korter is dan gemiddeld (Meeuwissen e.a., 2015). Hierbij spelen meerdere factoren een rol, waaronder:
 - Veel mensen met EPA gebruiken langdurig medicatie (zoals antipsychotica).
 - Veel mensen met EPA hebben een minder gezonde leefstijl.
 - De somatische zorg is minder toegankelijk voor mensen met EPA, onder meer omdat:
 - Personen met EPA melden gezondheidsklachten niet tijdig of onvolledig bij de huisarts.
 - Deelname van personen met EPA aan landelijke screeningsprogramma's is meestal laag.
 - Zorgverleners herkennen lichamelijke klachten en aandoeningen niet of pas laat bij personen met EPA.
 - Zorgverleners zijn pessimistisch over het effect van inspanningen gericht op leefstijlbevordering of zij weten niet goed welke activiteiten ter bevordering van een gezonde leefstijl passend zouden zijn.

- Zelfdoding is in Nederland doodsoorzaak nummer 1 onder jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van 10-30 jaar (113 Zelfmoordpreventie, 2018).
- In de leeftijdsgroep tot 20 jaar schommelt het aantal zelfdodingen al decennia rond de 50 per jaar.⁵⁰
- Bij 20 tot 30 jarigen is er vanaf 1997 een flinke daling te zien, gevolgd door een toename sinds 2007. In 2015, 2016 en 2017 overleden respectievelijk 185, 175 en 195 personen in deze leeftijdsgroep door zelfdoding.

- Personen met EPA hebben een duidelijk verhoogd suïciderisico. Zo overlijdt naar schatting 5% van de mensen met schizofrenie door zelfdoding (Palmer e.a., 2005; Hor & Taylor, 2010). Bijna één op de vijf (18%) personen met een vroege psychose heeft een suïcidepoging ondernomen of zichzelf opzettelijk verwondt voorafgaand aan behandeling (Chalis e.a., 2013).

Ouderrol

- Vergeleken met kinderen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders, lopen kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (kortweg: KOPP/KOV-kinderen) een drie tot dertien keer zo groot risico om zelf ooit een psychische stoornis en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen (Van der Zanden e.a., 2015). Hoe ernstiger en langduriger de problematiek van de ouder(s), des te groter het risico voor KOPP/KOV-kinderen (Romijn e.a., 2010). Geschat wordt dat bijna de helft (48%) van de mensen met EPA in de leeftijd van 18-64 jaar kinderen heeft (Van der Ende e.a., 2011)
- Problematisch opvoedgedrag van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen lijkt een belangrijke verklarende factor (Van der Zanden e.a., 2015; Van Doesum e.a., 2019). Zij kunnen minder goed in staat zijn om hun kind op te voeden als gevolg van hun problematiek. Zo is er vaker sprake van beperkte verzorging (fysieke zorg en emotionele ondersteuning), beperkte autoritatieve controle (structuur en organisatie bieden, ontwikkeling van zelfstandigheid stimuleren) en juist veel autoritaire controle (restrictiviteit en straf opleggen).
- Baby's en peuters lopen het grootste risico om problemen te ontwikkelen (Van der Zanden e.a., 2015). In deze leeftijdsfase zijn kinderen het meest kwetsbaar en is de invloed van ouders groot. Problematisch opvoedingsgedrag verhoogt bij baby's en peuters de kans op onveilige hechting. Dit kan weer leiden tot emotionele en gedragsproblemen, zoals separatieangst, eet- en slaapproblemen. Ook lopen baby's en -peuters een verhoogd risico op een ontwikkelingsachterstand (van bijvoorbeeld spraak), een gebrekkige ego-ontwikkeling of terugval in gedrag dat bij een eerder ontwikkelingsstadium hoort (het kind gaat bijvoorbeeld weer in zijn broek plassen terwijl het al zindelijk was). Verder kunnen kinderen in deze leeftijd afwijkend

⁵⁰ In 2017 was een toename te zien naar 81 zelfdodingen; in 2018 ging het om 51 zelfdodingen. De oorzaak van de 'piek' in 2017 is onduidelijk.

spelgedrag vertonen. Ze spelen bijvoorbeeld helemaal niet of doen agressieve spelletjes.

- De Generieke Module KOPP/KOV voor de GGZ is nu in de autorisatieronde.⁵¹ De module is erop gericht om professionals, ouders, kinderen en gezinnen te helpen om KOPP/KVO-problematiek te herkennen en er effectiever mee om te gaan.

AANRAKING MET POLITIE EN JUSTITIE

- Recentelijk zijn meldingen van verward gedrag zoals geregistreerd door de politie nader geanalyseerd (Projectgroep RIVM e.a., 2018a).⁵² In 2016 waren er in de politieregistratie circa 80.000 meldingen. Van deze meldingen waren ruim 61.000 meldingen (76%) te herleiden tot bijna 34.000 unieke personen. Ongeveer 20% van deze 34.000 personen waren tussen de 15 en 29 jaar oud. Voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren van deze aantallen in relatie tot de (jongvolwassen) EPA-doelgroep. Het is onduidelijk welk deel van de personen met verward gedrag in de politieregistratie voldoet aan de criteria van EPA. Daarbij zijn er aanwijzingen dat de registraties soms betrekking hebben op andere zaken dan incidenten van 'overlast door een overspannen/verward persoon', zoals meldingen voor dossiervorming of onderhoudscontacten in de wijk.
- De problematiek of het incident dat de aanleiding vormde voor de melding bleek zich vooral af te spelen in of rond de eigen woonplek van de betrokken persoon; in een minderheid van gevallen openbaarde het 'gedrag' zich in de openbare ruimte (Projectgroep RIVM e.a., 2018b). Ook is duidelijk dat de risico's, het gevaar of de overlast rond de situatie die tot de melding leidde in de meeste gevallen de betrokken persoon zelf betreffen.
- Forensische zorg is een combinatie van zorg en eventuele beveiliging voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd (of hiervan verdacht worden) en een psychiatrische stoornis en/of verstandelijke beperking hebben. Volgens experts hoort een groot deel van de personen die zorg ontvangt in het forensische circuit tot de EPA-populatie (Delespaul e.a., 2013). In 2018 waren er gemiddeld ruim 1.300 bedden bezet in Forensische Psychiatrische Centra (tbs-klinieken) (DJI, 2019). De instroom bij overige forensische zorg was circa 18.000 personen. Van deze groep was 12% jonger dan 25 jaar, 13% in de leeftijd van 25-29 jaar en 14% in de leeftijd van 30-34 jaar.
- Als aanvulling op bovenstaande punten is het vermeldenswaardig dat mensen met EPA vaker slachtoffer dan dader zijn van geweld en dat zij ook vaker slachtoffer zijn dan andere Nederlanders (Kamperman e.a., 2014).

Zorg en ondersteuning

⁵¹ De module wordt opgesteld onder auspiciën van Akwa GGZ, wat staat voor alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (<https://akwaggz.nl/>).

⁵² Het ging om 'overlast door verward of overspannen persoon' (code E33) en 'poging tot of dreiging met zelfdoding' (code E14).

- In de afgelopen periode zijn verschillende ingrijpende transities in gang gezet die moeten bijdragen aan betere en effectievere zorg en ondersteuning van mensen met EPA (Kroon e.a., 2018). Twee belangrijke daarvan zijn de hervorming van de langdurige GGZ (overheveling van voorheen vanuit de AWBZ gefinancierde onderdelen van de GGZ naar de Wlz en de Wmo) en het streven naar deïstitutionalisering (beddenafbouw) en ambulantisering (verdere op- en uitbouw van ambulante voorzieningen) van de GGZ. Het sinds 2012 ingezette ambulantiseringsbeleid beoogt een verbetering voor mensen met EPA in termen van toegenomen kwaliteit van leven, meer herstel(-mogelijkheden), betere mogelijkheden om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden, en toegenomen sociale inclusie en vermindering van publiek stigma.
- Er bestaan diverse kwaliteitsstandaarden die beschrijven hoe de zorg voor personen met EPA (ongeacht leeftijd) vormgegeven zou moeten worden. Eind 2017 is de Generieke module EPA gepubliceerd die handvatten geeft aan alle betrokken actoren: patiënten zelf, naasten en het sociale netwerk, zorgprofessionals en professionals uit het sociale domein (Generieke module EPA, 2017). Daarnaast geeft de module handreikingen voor de organisatie van zorg. De module sluit aan bij een groot aantal andere generieke modules (zoals Herstelondersteuning, Destigmatisering, Daginvulling en participatie), stoornis-specifieke zorgstandaarden (zoals Psychose, Persoonlijkheidsstoornissen) en richtlijnen (zoals Werk en EPA, Somatische screening bij EPA).⁵³ Ten slotte is de module Vroege psychose ontwikkeld ter ondersteuning van de praktijkvoering van professionals betrokken bij de zorg voor mensen met een vroege psychose (EBRO module Vroege Psychose, 2017).
- Algemeen gesteld is goede zorg voor personen met EPA gericht op het bereiken van herstel. Naast symptomatisch herstel (waarvoor goede medisch-psychiatrische en psychologische/psychotherapeutische behandeling en het leren van zelfmanagement van symptomen belangrijk zijn) gaat het evenzeer om maatschappelijk herstel (waarvoor rehabilitatie en stigmabestrijding moeten worden ingezet) en persoonlijk herstel (zelfhulpgroepen en herstelwerkgroepen van patiënten zijn hierbij belangrijk, maar ook herstelondersteunende behandel- en rehabilitatie-interventies) (Generieke module EPA, 2017).
- Rehabilitatie is een proces dat als doel heeft mensen te ondersteunen bij hun eigen herstelproces en hen te helpen binnen hun mogelijkheden zo optimaal mogelijk te functioneren op levensgebieden zoals wonen, werken, leren en sociale contacten met zo min mogelijk professionele hulp (Generieke module EPA, 2017). Er zijn verschillende bewezen-effectieve methodieken voorhanden die professionals kunnen toepassen. Een veel toegepaste algemene methodiek bij mensen met EPA is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Specifiek voor ondersteuning bij het vinden en behouden van betaald werk wordt Individuele Plaatsing en Steun (IPS) aanbevolen. Begeleid Leren richt zich specifiek op het ondersteunen van jongvolwassenen bij het volgen van een opleiding.

⁵³ Zie voor een overzicht: <https://akwaggz.nl/>

- Multi-systeem therapie (MST) is een bewezen (kosten)effectieve behandelmethode voor jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar die ernstig probleemgedrag vertonen en voor hun gezin (bron: Databank Effectieve Jeugdinterventies). Het doel van MST is om de systemen rondom een jongere (de school, het gezin, vrienden, sportclubs en andere plekken) zo om te vormen dat de jongere succesvol kan zijn op school of op het werk, beter functioneert thuis en niet meer in aanraking komt met justitie om zo een opname in de gesloten jeugdzorg of in een justitiële jeugdinrichting te voorkómen of te verkorten.
- Omdat mensen met EPA problemen op meerdere levensgebieden hebben, is het van belang dat de zorg in samenhang wordt geboden. Het ambulante zorgmodel FACT (*Flexible Assertive Community Treatment*) voorziet hierin. Het is een bewezen effectieve werkwijze waarbij vanuit één multidisciplinair team alle ambulante zorg en ondersteuning geboden wordt aan volwassenen en er gemakkelijk kan worden op- en afgeschaald in intensiteit al naar gelang de behoefte van betrokkene (bronnen: <https://ccaf.nl/>; <https://www.f-actnederland.nl/>). In de FACT-teams werken verschillende hulpverleners samen, waaronder psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, trajectbegeleiders, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers en ervaringsdeskundigen. Het team werkt in een vast verzorgingsgebied, meestal zo rond de 50.000 inwoners, en onderhoudt ook contacten met de lokale ketenpartners (huisartsen, aanbieders van dagbesteding, woonbegeleiding etc.). Er bestaat ook FACT voor jeugd dat kan worden ingezet voor de hele leeftijdsgroep kinderen en jeugd (0-18 jaar) met een uitloop naar 23 jaar (Hendriksen-Favier e.a., 2013). Het FACT-model voor jeugd verschilt in een aantal aspecten van het reguliere FACT-model voor volwassenen, waaronder het nog meer betrekken van het systeem (o.a. ouders en andere familieleden) en speciale aandacht voor verschillende levensgebieden (o.a. opleiding, baan en huisvesting). In 2018 waren er ruim 300 FACT-teams, waaronder 30 FACT-teams voor jeugdigen (tot 23 jaar) (Kroon e.a., 2018). Een doorsnee FACT-team bestaat uit 15 hulpverleners (10 fte) en biedt zorg aan 200 personen met EPA.
- Andere voorbeelden van ambulante zorgmodellen zijn IHT (*Intensive Home Treatment*) en VIP (Vroege Interventie bij Psychose) (bron: <https://www.i-ht.nl/>). Een IHT-team biedt tijdelijke intensieve crisiszorg aan mensen die in de thuissituatie worden behandeld en in acute psychische nood verkeren, om een opname in een kliniek te voorkómen. Een VIP-team is erop gericht om zo snel mogelijk intensieve behandeling te kunnen geven, met als belangrijkste doel dat mensen met een vroege psychose de aansluiting bij de maatschappij niet verliezen en zich ontwikkelen zoals past bij hun levensfase (EBRO module Vroege Psychose, 2017). De meeste VIP-teams hanteren een leeftijdsgrens van 18-35 jaar, waarbij personen jonger dan 18 jaar vaak ook worden behandeld indien dat voor hen het beste lijkt, en de financiering geen probleem oplevert.
- Om mensen met EPA in hun thuissituatie adequaat te kunnen ondersteunen is goede afstemming en samenwerking nodig tussen FACT-teams of andere multidisciplinaire ambulante teams en andere voorzieningen, waaronder huisartsenzorg (inclusief POH-

GGZ)⁵⁴ en sociale wijkteams (en de achterliggende algemene voorzieningen) (Generieke module EPA, 2017).

- Niet alleen intensieve behandeling bij de eerste psychose is belangrijk, maar ook vroegdetectie en interventie bij jongeren en jongvolwassenen (14-35 jaar) die een (ultra) hoog risico hebben om een psychose te krijgen (de zogeheten UHR-groep) (Zorgstandaard Psychose, 2018). Het detecteren van jonge mensen met een (ultra) hoog risico via screening onder hulpzoekenden, en het vervolgens aanbieden van cognitieve gedragstherapie, blijkt een(kosten)effectieve interventie om transities naar een eerste psychose te voorkómen.

Knelpunten en oplossingsrichtingen

Peilingen over de afgelopen jaren van het Panel Psychisch Gezien wijzen op een onveranderde grote achterstand van personen met EPA in termen van kwaliteit van leven en participatie ten opzichte van de algemene bevolking. Bovendien meldt een aanzienlijk deel van de panelleden dat er op veel gebieden sprake is van een zekere 'mismatch' tussen hun behoeften en het zorg- en ondersteuningsaanbod. Zo geeft ruim 40% aan bij het aangaan van sociale contacten of voor dagelijkse bezigheden geen of niet de goede professionele steun te krijgen. Kortom, er is volop ruimte voor verbetering van de zorg en ondersteuning van personen met EPA. In de afgelopen periode zijn diverse inventarisaties en onderzoeken gepubliceerd die – vanuit verschillende perspectieven – een veelheid aan knelpunten signaleren, alsook oplossingsrichtingen geven (o.a. IGJ, 2018; Kroon e.a., 2018; NJR, 2018; Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2019; Phrenos, 2014; Staring e.a., 2019). De publicaties gaan over de totale EPA-populatie (ongeacht leeftijd), maar zijn ook relevant specifiek voor jongvolwassenen met EPA. Zonder te streven naar volledigheid benoemen we hier een aantal van de voorgestelde oplossingsrichtingen voor knelpunten:

- Meer aandacht voor anti-stigma activiteiten.
- Actiever betrekken van familie of andere naasten bij de zorg van mensen met EPA.
- Breder inzetten van ervaringsdeskundigen in de zorg voor mensen met EPA.
- Breder toepassen van (effectief bewezen) instrumenten, methodieken en interventies. Enkele voorbeelden zijn: risicotaxatie-instrumenten, signaleringsplannen, rehabilitatiemethodieken als IPS, en vroegdetectie en cognitieve gedragstherapie bij de jonge mensen met een (ultra) hoog risico op psychose.
- De opbouw van (intensieve) ambulante GGZ blijft achter bij de behoefte. Zo wordt geconstateerd dat de druk op (jeugd) FACT-teams (te) groot is. Naar gelang de regionale behoeften vraagt dit onder meer om uitbreiding van de capaciteit van (jeugd) FACT-teams en verdere opschaling van andere voorzieningen zoals VIP-teams, IHT-teams en respijtzorg.
- Zorgdragen voor voldoende sociale voorzieningen (passende huisvesting, dagbesteding, begeleiding naar werk of scholing) in de wijk. In sommige regio's is hier een gebrek aan.

⁵⁴ De functie POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg; geïntroduceerd in 2008) heeft een grote vlucht genomen. In bijna elke huisartsenpraktijk werkt inmiddels een POH-GGZ.

- Betere samenwerking en informatie-uitwisseling in de zorgnetwerken rondom personen met EPA. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van een integrale en persoonsgerichte aanpak, het tijdig op- en afschalen van zorg, en het waarborgen van de continuïteit van zorg. Belangrijke actoren op uitvoerend niveau zijn onder andere: personen met EPA en hun naasten, FACT-teams of andere multidisciplinaire GGZ-teams, sociale wijkteams (en de achterliggende algemene voorzieningen), huisarts en POH-GGZ. Op bestuurlijk niveau is goede regionale samenwerking nodig tussen aanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntorganisaties. Er bestaan initiatieven waarin gewerkt wordt aan een geïntegreerde benadering rond mensen met EPA in de wijk of regio. Het is belangrijk inzichtelijk te maken wat hier gebeurt, en 'van elkaar te leren'.
- Wegnemen van knelpunten op macroniveau, zoals belemmeringen op het gebied van financiering (schotten tussen en ook binnen financieringskaders; waaronder de overgang van Jeugdwet naar Zvw bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd), inrichting van het zorgstelsel (primair ingericht voor mensen met een enkelvoudige zorgbehoefte, en niet op de complexe en episodische zorgbehoefte van personen met EPA) en arbeidsmarkt (personeelstekort in de GGZ).

BESCHOUWING

In deze quickscan is gepubliceerde informatie over vóórkomen, gevolgen en aanpak van psychische problematiek samengevat voor een vijftal kwetsbare groepen jongvolwassenen in de leeftijd van 16-35 jaar. Daarbij is aandacht besteed aan het functioneren van jongvolwassenen op belangrijke levensgebieden, zoals opleiding, werk, sociale relaties, huisvesting en financiën. De focus lag op twee breder gedefinieerde groepen (jongvolwassenen met een lage opleiding en jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond), en drie specifiekere groepen (mbo-, hbo- en wo-studenten, jongvolwassen asielzoekers en statushouders, en jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen, EPA). Wat betreft aanpak van psychische problematiek is voor de drie laatstgenoemde groepen ingegaan op bestaand aanbod, knelpunten en oplossingsrichtingen. Voor de twee brede groepen is alleen gekeken naar aandachtspunten waarmee rekening moet worden gehouden bij preventie en behandeling van psychische problematiek.

De bij elkaar gebrachte kennis in deze quickscan vormt een bouwsteen voor de nadere invulling van de reikwijdte en focus van het nieuw op te zetten FNO-programma rondom kwetsbare jongvolwassenen met (een risico op) psychische problematiek.

In deze slotbeschouwing bespreken we op hoofdlijnen eerst een aantal bevindingen die opvallen op basis van de opgehaalde informatie, met aandacht voor overeenkomsten en verschillen tussen de vijf groepen. Aansluitend formuleren we een aantal overkoepelende oplossingsrichtingen en onderzoeksthema's die kunnen bijdragen aan een betere en bredere aanpak van psychische problematiek bij kwetsbare jongvolwassenen.

BEVINDINGEN ERUIT GELICHT

Beperkt informatie beschikbaar specifiek voor jongvolwassenen

Het valt op dat er voor alle vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen beperkte informatie en gegevens beschikbaar zijn over psychische problematiek. Publicaties en openbare cijfers hebben vaak betrekking op ofwel jongeren tot 18 jaar (soms tot 23 jaar) ofwel volwassenen met een bovenste leeftijdsgrens ver boven de 35 jaar. Ook bij kwaliteitsstandaarden⁵⁵ op het gebied van preventie, ondersteuning en zorg bij psychische problematiek is een vergelijkbare opsplitsing naar brede leeftijdsgroepen te zien, conform de indeling van de (geestelijke) gezondheidszorg naar voorzieningen voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Opgemerkt moet worden dat er diverse databronnen bestaan met gegevens over psychische problematiek specifiek voor jongvolwassenen, maar dat deze gegevens (nog) niet geanalyseerd zijn of openbaar gemaakt. Tegelijkertijd wijst de quickscan op het daadwerkelijk ontbreken van (epidemiologische) basisgegevens. Willekeurige voorbeelden van lacunes in basiscijfers zijn: landelijk representatieve

⁵⁵ Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg inhoudt op basis van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en de voorkeuren en ervaringen van patiënten en naasten. Er bestaat wel een

gegevens over het vóórkomen van psychische klachten onder studenten (er bestaan alleen regionale of niet-representatieve cijfers) en het aantal jongvolwassenen met EPA (nu kan alleen een schatting worden gemaakt). Ten slotte is het nog vermeldingswaardig dat in de opgehaalde literatuur weinig informatie stond over kosteneffectiviteit van beschreven specifieke interventies, methodieken of zorgmodellen (wat niet per se hoeft te betekenen dat hier geen onderzoek naar is gedaan en over is gepubliceerd).⁵⁶

Variatie in groepsomvang

Jongvolwassenen asielzoekers (16 tot 35 jaar: bijna 12.000) en jongvolwassenen met EPA (18 t/m 35 jaar: naar schatting ruim 70.000) vormen verreweg de kleinste groepen. Er zijn circa 780.000 jongvolwassenen (15 tot 35 jaar) met een niet-westerse migratieachtergrond en ruim 1,2 miljoen mbo-/hbo-/wo-studenten. Circa 275.000 jongvolwassenen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar waren laag opgeleid.^{57, 58} Vanzelfsprekend sluiten deze groepen elkaar niet uit, maar bestaat er overlap (de wo-student met een Marokkaanse achtergrond, de jongvolwassen statushouder met een lage opleiding die een psychotische stoornis ontwikkeld, etc.). Tabel 1 op de volgende pagina geeft een overzicht van de omvangcijfers.

Variatie in omvang en ernst psychische problematiek

Bij de groep jongvolwassenen met EPA gaat het per definitie om personen met ernstige psychische aandoeningen. In de groep jongvolwassenen asielzoekers en statushouders komen niet alleen psychische klachten verhoudingsgewijs vaak voor, maar waarschijnlijk ook 'full-blown' psychische aandoeningen (met name posttraumatische stressstoornis en depressieve stoornis).^{59, 60} In de resterende drie groepen kwetsbare jongvolwassenen is in zijn algemeenheid sprake van een verhoogde kans op psychische klachten.⁶¹ Zoals hierboven aangegeven zijn deze groepen omvangrijk: het is goed om te beseffen dat een groot deel van de mbo-/hbo-/wo-studenten, jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond en jongvolwassenen met een lage opleiding geen klachten ervaart op het mentale vlak (en ook geen problemen ervaart op andere levensterreinen). Voor deze drie groepen kwetsbare jongvolwassenen zijn geen of beperkt gegevens beschikbaar over het vóórkomen van psychische aandoeningen. In de groep jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond zijn er aanwijzingen voor een aanzienlijke variatie in het vóórkomen van psychische klachten en aandoeningen (waarbij het gaat om variatie tussen en ook binnen herkomstgroepen).

⁵⁶ Dit vraagt om een meer uitvoerige en gedetailleerde inventarisatie van de wetenschappelijke literatuur.

⁵⁷ Uitgaan van de leeftijdsgroep 15 tot 25 jaar geeft een vertekend beeld omdat een substantieel deel van de jongeren/jongvolwassenen nog bezig is met een opleiding.

⁵⁸ Laag opleidingsniveau (zoals gedefinieerd door het CBS): onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1).

⁵⁹ Uitgaande van een meta-analyse van internationaal onderzoek (Steel e.a., 2009).

⁶⁰ Bij psychische aandoeningen wordt voldaan aan de standaard psychiatrische criteria van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

⁶¹ Zoals vastgesteld op basis van een (doorgaans korte) vragenlijst of een enkelvoudige vraag.

Tabel 1 Indicaties van de omvang van de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen op landelijk niveau in 2018 (zie 3^e kolom). De 4^e kolom presenteert schattingen van het aantal jongvolwassenen met psychische klachten binnen de groepen, waarbij wordt uitgegaan van onderzoek dat gerbuik maakt van de vragenlijst MHI-5 (Mental Health Inventory). * Het aantal jongvolwassenen met enigerlei psychische aandoening is niet betrouwbaar te schatten, met uitzondering van de groep jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen (zij hebben per definitie een psychische aandoening) (zie 6^e kolom). Binnen de groep jongvolwassenen met een laag opleidingsniveau kunnen wel schattingen worden gemaakt van het aantal jongvolwassenen met een stemmings- of angststoornis (zie 5^e kolom). In de laatste rij worden referentiecijfers gepresenteerd over de algemene jongvolwassen bevolking in de leeftijd van 18 tot 35 jaar.

	Leeftijdsklasse	Aantal (in 2018)	Aantal met psychische klachten (1)	Aantal met stemmings- of angststoornis (2)	Aantal met enigerlei psychische stoornis (3)
Jongvolwassenen met een laag opleidingsniveau	25 tot 35 jaar	275.000	±48.000 (4)	Stemmingsstoornis: ±34.000 Angststoornis: ±38.000 (5)	? (6)
Jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond	15 tot 35 jaar	784.000	±146.000 (7)	? (8)	? (8)
Mbo-/hbo-/wo-studenten	Varieert, merendeel 16 t/m 27 jaar	Totaal: ±1.200.000 Hbo/wo: 748.000	Totaal: ? Hbo/wo: ±83.000 Mbo: ? (9)	? (10)	? (10)
Jongvolwassenen asielzoekers	16 tot 35 jaar	Bijna 12.000	±4.900 (11)	? (12)	? (12)
Jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)	18 t/m 35 jaar	±74.000 (13)	-	? (14)	±74.000 (13)
Algemene jongvolwassen bevolking	18 tot 35 jaar	±3.652.000	-	Stemmingsstoornis: ±288.000 Angststoornis: ±386.000 (15)	±840.000 (15)

- * Ten behoeve van eenduidigheid wordt uitgegaan van onderzoek dat gebruikt maakt van de MHI-5 (*Mental Health Inventory*). Er bestaan diverse andere gegevens over het vóórkomen van psychische klachten bij de groepen kwetsbare jongvolwassenen, zoals vastgesteld op basis van andere vragenlijsten.
- (1) Zoals vastgesteld op basis van de vragenlijst MHI-5.
 - (2) Zoals vastgesteld op basis van een diagnostisch interview én conform criteria van het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Jongvolwassenen met een stemmingsstoornis en jongvolwassenen met een angststoornis zijn geen uitsluitende categoriën; de combinatie stemmings- en angststoornis komt relatief vaak voor.
 - (3) Zoals vastgesteld op basis van een diagnostisch interview én conform criteria van het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Het gaat om één of meer aandoeningen uit de hoofdgroepen angststoornis, stemmingsstoornis, middelenstoornis of aandachtstekort- of gedragstoornis.
 - (4) Voorzichtige schatting op basis van openbare gegevens van de CBS gezondheidsenquête.
 - (5) Voorzichtige schattingen op basis van gegevens van NEMESIS-2 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*) uit 2007-2009.
 - (6) Er zijn landelijk representatieve gegevens over de jaarprevalenties van enigerlei psychische aandoening bij jongvolwassenen in de leeftijd 18 tot 35 jaar met een laag opleidingsniveau.
 - (7) Voorzichtige schatting op basis van openbare gegevens van de CBS gezondheidsenquête.
 - (8) Er zijn een aantal lokale en regionale studies uitgevoerd naar het vóórkomen van psychische aandoeningen bij diverse groepen volwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond (waaronder soms jongvolwassenen) (zie o.a. Schrier e.a., 2017).
 - (9) Hbo/wo: voorzichtige schatting op basis van openbare gegevens van de CBS gezondheidsenquête. Mbo: er zijn geen landelijk representatieve cijfers beschikbaar om een voorzichtige schatting te maken.
 - (10) Er bestaan geen landelijke of regionale gegevens over het vóórkomen van psychische aandoeningen bij studenten.
 - (11) Voorzichtige schatting op basis van openbare gegevens van SCP (2018b).
 - (12) Er bestaan geen landelijke of regionale gegevens over het vóórkomen van psychische aandoeningen bij asielzoekers of statushouders. Een meta-analyse van internationaal onderzoek (Steel e.a., 2009) geeft indicaties van het vóórkomen van psychische aandoeningen onder asielzoekers.
 - (13) Het betreft een voorzichtige schatting gebaseerd op landelijke gegevens over zorggebruik uit 2016 (bron: Vektis) en informatie uit Delespaul e.a. (2013).
 - (14) Binnen de groep personen met EPA vormen degenen met psychotische aandoeningen de grootste groep (60%), maar ook velen met een verslaving of een angst-, stemmings-, of persoonlijkheidsstoornis worden tot de EPA-doelgroep gerekend (Delespaul e.a., 2013). Vaak hebben personen meerdere aandoeningen tegelijkertijd (comorbiditeit). Er bestaan geen landelijke gegevens over het aandeel jongvolwassenen met een stemmings- of angststoornis binnen de totale groep jongvolwassenen met EPA.
 - (15) Voorzichtige schattingen op basis van gegevens van NEMESIS-2 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*) uit 2007-2009.

Wisselwerking tussen psychische problematiek en problemen op andere levensdomeinen

Bij alle vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen is in meer of mindere mate sprake van problemen op andere levensgebieden, zoals verminderde studieprestaties en voortijdige studie-uitval, werkloosheid, eenzaamheid, en financiële druk of armoede. Er bestaat een duidelijke samenhang en wisselwerking tussen psychische problematiek en minder gunstige leefomstandigheden. Problemen op andere levensdomeinen kunnen bijdragen aan het ontwikkelen, in stand houden of verergeren van psychische problemen, en vice versa. Daarbij is ook transgenerationele overdracht⁶² van invloed, zowel bij psychische problematiek als bij problemen op andere domeinen. De grootste achterstanden op het vlak van sociale en maatschappelijke participatie zijn te zien bij jongvolwassenen met EPA. Hierbij speelt stigmatisering en uitsluiting een rol.

Andere risicofactoren

Er bestaan ook risicofactoren voor psychische problematiek die (meer) specifiek zijn voor een bepaalde groep kwetsbare jongvolwassenen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de duur van een asielprocedure, het ervaren van discriminatie door jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond, en het ervaren van toenemende prestatiedruk door studenten. Daarnaast spelen de bekende risicofactoren voor psychische problematiek een rol bij kwetsbare jongvolwassenen, waaronder persoonsgebonden risicofactoren zoals erfelijke aanleg, persoonlijkheidsproblematiek, ongezonde leefstijlgewoonten en lichamelijke ziekte.

Volop ruimte voor verbetering aanpak psychische problematiek

Ondanks dat in de afgelopen jaren ingrijpende transities in de GGZ⁶³ in gang zijn gezet die moeten bijdragen aan betere en effectievere zorg en ondersteuning voor (jong)volwassenen met EPA, hebben zij onverminderd te maken met een grote achterstand in termen van kwaliteit van leven en participatie ten opzichte van de algemene bevolking. Een veelheid aan knelpunten in de aanpak van EPA ligt ten grondslag aan deze ongewenste situatie. Er bestaan ook verscheidene knelpunten op het gebied van de preventie en behandeling van psychische problematiek bij studenten en bij jongvolwassenen asielzoekers en statushouders. Voor jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond en jongvolwassenen met een lage opleiding zijn aandachtspunten beschreven die relevant zijn voor een toegankelijke, samenhangende en effectieve aanpak van psychische problematiek. Zo dient in de eerstgenoemde groep onder meer rekening te worden gehouden met cultuurverschillen. Verder is er in beide groepen verhoudingsgewijs vaak sprake van beperkte gezondheidsvaardigheden⁶⁴ en laaggeletterdheid⁶⁵.

⁶² Transgenerationele overdracht kan via verschillende mechanismen plaatsvinden, waaronder genetische aanleg en psychosociale factoren.

⁶³ Ambulantisering van de GGZ en hervorming van de langdurige GGZ.

⁶⁴ De vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen.

⁶⁵ Moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen.

OVERKOEPELENDE OPLOSSINGSRICHTINGEN

Op hoofdlijnen kunnen een aantal oplossingsrichtingen worden geformuleerd voor een betere aanpak van psychische problematiek en die relevant zijn voor meerdere van de vijf groepen kwetsbare jongvolwassenen:

- Tegengaan van stigmatisering en uitsluiting.
- Inzet van ervaringsdeskundigen.
- Aansluiten bij de mogelijkheden van jongvolwassenen met lage gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.
- Aandacht voor de culturele of migratieachtergrond van jongvolwassenen.
- Aandacht voor de transgenerationele overdracht van psychische problematiek en problematiek op andere levensterreinen.
- Ontwikkeling van nieuwe interventies, methodieken en ondersteunend instrumentarium.
- Brede implementatie van bewezen-effectieve interventies, methodieken en ondersteunend instrumentarium.
- Inzetten op een brede aanpak van psychische problematiek waarbij lokaal of regionaal wordt samengewerkt tussen verschillende domeinen (zoals ggz, huisartsenzorg, sociaal domein, onderwijs, etc.) rondom het bieden van preventie, zorg en ondersteuning aan kwetsbare jongvolwassenen. Domeinoverstijgende samenwerking in netwerken rondom kwetsbare jongvolwassenen is een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van vroegtijdige signalering en preventie, een integrale en persoonsgerichte aanpak, het tijdig op- en afschalen van zorg, en het waarborgen van de continuïteit van zorg.
- Creëren van ondersteuning en draagvlak bij bestuurders en beleidsmakers van zorgaanbieders en voorzieningen op andere terreinen (o.a. school, werk en huisvesting), financiers, koepelorganisaties en cliënt- en familieorganisaties.

OVERKOEPELENDE ONDERZOEKSTHEMA'S

- *Het opvullen van belangrijke lacunes in epidemiologische kerngegevens.*
Hiermee worden gegevens bedoeld over vóórkomen, risicofactoren en gevolgen van psychische problematiek bij kwetsbare jongvolwassenen. Een eerste stap hierbij is te inventariseren welke kerngegevens ontbreken, en welke hiervan essentieel zijn om te verzamelen. Deze quickscan geeft namelijk geen volledig beeld. Gegevenshiaten kunnen worden opgevuld door secundaire analyses van bestaande databronnen en nieuw op te zetten epidemiologisch onderzoek.
- *Het identificeren van hoog-risicogroepen kwetsbare jongvolwassenen.*
Het gaat hierbij om het identificeren van kwetsbare jongvolwassenen met een hoog risico op het ontwikkelen of blijven voortduren van (ernstige) psychische problematiek, alsook om kwetsbare jongvolwassenen met een hoog risico op het krijgen van kwalitatief suboptimale preventie of zorg (bijvoorbeeld vanwege een verminderde toegankelijkheid en/of minder effectieve preventie en behandeling). Welke (beïnvloedbare) persoonsgebonden en omgevingsgebonden risicofactoren spelen een rol, en wat is hun wisselwerking? Deze kennis draagt bij aan een vroegtijdiger, effectievere en gepersonaliseerde aanpak van psychische problemen. Het opnieuw

analyseren van bestaande onderzoeksgegevens met behulp van innovatieve analysetechnieken (*machine learning*) kan deze kennis genereren.

- *(Kosten)evaluatie van nieuw ontwikkelde interventies, methodieken en instrumenten.*
Vanzelfsprekend is het belangrijk om na te gaan of nieuw ontwikkelde interventies, methodieken en ondersteunende instrumenten rondom psychische problematiek bij kwetsbare jongvolwassenen effectief en doelmatig zijn.
- *Monitoring en (kosten)evaluatie van regionale of lokale samenwerkingsinitiatieven.*
Bedoeld worden nieuwe initiatieven waarin lokaal of regionaal domeinoverstijgend wordt samengewerkt rondom de aanpak van psychische problematiek bij kwetsbare jongvolwassenen, met inbreng van ervaringsdeskundigen. Het is belangrijk om deze initiatieven te monitoren en te evalueren zodat opgedane ervaringen en kennis kan worden uitgewisseld om van elkaar te leren.

REFERENTIES

113 Zelfmoordpreventie (2018). *Zelfdoding bij jeugd tot 23 jaar*. Amsterdam: 1113 Zelfmoordpreventie.

Algemene Rekenkamer (2016). *Aanpak van laaggeletterdheid*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Andriessen I. (2016). De multi-etnische samenleving onder druk? In: W. Huijnk en I. Andriessen (red.), *Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken* (p. 259-298). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

ARQ (2016) *Veerkracht en vertrouwen. De bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen*. Rapport. Diemen: Arq Nationaal Psychotrauma Centrum.

ARQ (2017) *Update rapport. Veerkracht en vertrouwen: bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen. Aangevuld met een verkenning naar de rol van psychische gezondheid bij arbeidstoeleiding van statushouders*. Rapport. Diemen: Arq Nationaal Psychotrauma Centrum/Pharos.

ARQ (2018). *Inventarisatie Preventieve Interventies met betrekking tot het versterken van mentale veerkracht en psychische gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen*. Diemen: Arq Nationaal Psychotrauma Centrum/Pharos.

Beer J. de, Ekamper P., Gaag N. van der (2017). Grote steden groeien sneller dan de rest van Nederland. *Demos: bulletin over bevolking en samenleving* 34(2): 1-4.

Boer T. de, (2017). *Van succes-student naar stress-student Hoe groot is het probleem?* Utrecht: Landelijke Studenten Vakbond.

Bon-Martens M. van, Erp N. van, Heijst P. van, e.a. (2018). *Visie Integrale hulp MBO-studenten. Integrale hulp en ondersteuning voor MBO- studenten met psychische problemen in Utrecht*. Utrecht: Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht.

Buisman M., Houtkoop W. (2014). *Laaggeletterdheid in kaart*. Rapport. Den Bosch: Expertisecentrum beroepsonderwijs/Stichting Lezen & Schrijven

CBS (2017). *Jaarrapport 2017. Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2018a). *Armoede en sociale uitsluiting*. Den Haag: Centraal Bureau voor de statistiek.

CBS (2018b). *Jaarrapport 2018. Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2018c). *Jaarrapport Integratie 2018*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2018d). *Onderwijs*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Webartikel. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/47/onderwijs>

CBS (2019). *Asiel en integratie. Cohortonderzoek asielzoekers en statushouders*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Challis S., Nielssen O., Harris A., e.a. (2013). Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 442-454.

Conley C.S., Durlak J.A., Kirsch A.C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507.

Cultuursensitief addendum MDR Schizofrenie (2015). *Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Darves-Bornoz J.M., Alonso J., Girolamo G. de, e.a. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455-462.

Delespaul PH., e.a. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(6), 427-438.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2019). *Forensische zorg*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Dijk van T.K., Agyemang C., Wit M. de, e.a. (2010). The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among young Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch. *European Journal of Public Health* 2010; 21(4): 477-483.

Doesum T. van, e.a. (2019). *KOPP/KVO. Een wetenschappelijke onderbouwing van de cijfers*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Domènech-Abella J., Mundó J., Chatterji S., e.a. (2018). The association between socioeconomic status and depression among older adults in Finland, Poland and Spain: A comparative cross-sectional study of distinct measures and pathways. *Journal of Affective Disorders*, 241, 311-318.

Dopmeijer, J. (2018). *Eerste resultaten. Factsheet Onderzoek Studieklimaat, gezondheid en studiesucces 2017*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

Dopmeijer J., Schoorel B., Schwartz D. (2013). *Project #FIVE Studentenonderzoek 2012. Feiten en cijfers over uitval, vertraging, gezondheid en veiligheid*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

EBRO module Vroege Psychose (2017). Utrecht: Akwa GGZ.

Ende van der P.C., Busschbach van J.T., Wiersma D., Korevaar E.L. (2011). Ouders met ernstige psychische aandoeningen; epidemiologische gegevens. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(11), 851-956.

Eisenberg D., Golberstein E., Hunt J.B. (2009). Mental health and academic success in college. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 9(1), 1-37.

Expertisecentrum handicap + studie (2015). Studeren met psychische klachten. Handleiding voor studiebegeleiders in het hoger onderwijs. 's-Hertogenbosch: Expertisecentrum handicap + studie.

Expertisecentrum handicap + studie (2018). Jaarrapport 2018. Studeren met een functiebeperking. 's-Hertogenbosch: Expertisecentrum handicap + studie.

Generieke module Diversiteit (2018). Utrecht: Akwa GGZ.

Generieke module Ernstige psychische aandoeningen (EPA) (2017). Utrecht: Akwa GGZ.

Gezamenlijke Ambitie Studentenwelzijn (2018). *Naar een inclusiever hoger onderwijs. Bijlage bij Kamerbrief over toegankelijkheid en kansengelijkheid in het hoger onderwijs.* <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/10/25/naar-een-inclusiever-hoger-onderwijs>

Gezondheidsraad (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd.* Advies. Den Haag: Gezondheidsraad.

Goosen E.S.M. (2014). *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands.* Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD GHOR Nederland.

Graaf R. de, Have M. ten, Dorsselaer S. van, (2010): *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Graaf R. de, Tuithof M. ten, Dorsselaer S. van, e.a. (2011): *Verzuim door psychische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2).* Utrecht: Trimbos-instituut.

Gubbels, N. & Kappe, F.R. (2019). Studentenwelzijn 2017-2018. Resultaten kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar het welzijn van studenten van Hogeschool Inholland. Lectoraat Studiesucces, Hogeschool Inholland.

Haan A. de, Bloemen E., Tichelman P. (2017). *Preventie psychische problemen en behoud veerkracht van statushouders. wat kan uw gemeente doen?* Utrecht: Pharos.

Haker F., Muijsenberg M. van den, Torensma M., e.a. (2016). *Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning.* Utrecht: Pharos.

Hal L. van, Tierolf B., Rooijen M. van, e.a. (2019). *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland. Omvang, samenstelling en participatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Heijmans M., Zwikker H., Heide I. van der, e.a. (2016). *NIVEL Kennisvraag 2016: Zorg op maat. Hoe kunnen we aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?* Utrecht: NIVEL.

Hendriksen-Favier A., e.a. (2012). *Bridging the gap. Onderzoek naar levenskwaliteit en toekomstplannen van jonge mensen met psychotische ervaringen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hendriksen-Favier A., e.a. (2013). *Modelbeschrijving FACT Jeugd. Herziene versie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoff S. (2017). *Armoede onder kinderen. Een probleemschets*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Hor K., Taylor M. (2010) Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology* 24(11), Supplement 4, 81-90.

Huisseling A. van, Keiman D., Liere N. van, e.a. (2018). *Welzijn onder studenten: Radboud Cares*. Nijmegen: Radboud University, Radboud Honours Academy, Denktank.

IGJ (2019). *Toezicht op de ambulante ggz. Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Inspectie van het Onderwijs (2018). *Studeren met een functiebeperking in het hoger onderwijs. Het profileringsfonds voor studenten met een functiebeperking, nu en in de nabije toekomst*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.

Intercultureel addendum Depressie (2012). Utrecht: Trimbos-instituut/Mikado.

ISO (2016). *Studentenpsychologen. Een stand van zaken*. Utrecht: Interstedelijk Studenten Overleg.

Kamperman A.M., Henrichs J., Bogaerts S., e.a. (2014). Criminal victimisation in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. *PloS One*, 9(3), e91029.

Kennis, R., Jager, A., Eimers, T. (2018). *Schoolmaatschappelijk werk in het mbo. Een evaluatie van de invulling en meerwaarde van SMW in het mbo*. Nijmegen: KBA Nijmegen.

Kessler R.C., Amminger G.P., Aguilar-Gaxiola S., e.a. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion Psychiatry*, 20(4), 359-364.

Kroon H., Michon H., Knispel A., e.a. (2018). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lorant V., Deliège D., Eaton W., e.a. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.

MCA (2015). *Convenant GGZ voor asielzoekers. Optimale samenwerking tussen GGZ-aanbieders en (zorg)ketenpartners. Versie 3.0*. Wageningen: Menzis COA Administratie.

Meeuwissen J., Meijel B. van, Piere M. van, e.a. (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: Trimbos-instituut/V&VN.

Muller-Dugic, J. en M. Braakman (2018). Psychiatrische problematiek als belemmering van integratie en participatie bij vluchtelingen. In: J. Dagevos, A. Ode, P. Beckers en K. de Vries (red.), *Nieuwe wegen voor vluchtelingen in Nederland. Over opvang, integratie en beleid* (p. 83- 100). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Netwerk Studentenwelzijn (2018). *Actieplan Studentenwelzijn. Landelijk Netwerk Studentenwelzijn*.

<https://www.iso.nl/website/wp-content/uploads/2018/04/Actieplan-Partnership-Studentenwelzijnversie-def.pdf>

NJI (2018). *Betere hulp aan mbo-studenten met psychische problemen. Best practices verzameld*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Webmagazine.

https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Betere-hulp-aan-mbo-studenten-met-psychische-problemen_bestand.pdf

NJR (2018). *Jongeren over psychische gezondheid*. Utrecht: Nationale Jeugdraad (NJR).

Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019). *Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253.

Panel Psychisch Gezien (2016). *Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met langdurige psychische problemen. Nieuwe bevindingen van het panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Pharos e.a. (2017). *Handreiking Preventie psychische problemen en behoud veerkracht van statushouders. Wat kan uw gemeente doen?*. Utrecht: Pharos.

Pharos (2018a). *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Factsheet. Utrecht: Pharos.

Pharos e.a. (2018b). *Handreiking Wijkgericht werken aan de psychische gezondheid van mensen met een vluchtelingenachtergrond. Tips voor wijkteams, huisarts en praktijkondersteuner-ggz*. Utrecht: Pharos.

Phrenos (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Projectgroep RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant, De Praktijk Index (2018a). *Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Projectgroep RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant, De Praktijk Index (2018b). *Verschillende bronnen, één mozaïek. Eindverslag van het project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant'*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Romijn G., Graaf I. de, Jonge, M. de (2010). *Kwetsbare kinderen. Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

RVS (2018). *Overbezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Schie M. van, Muijsenberg M. van de, (2017). *Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren. Handreiking voor herkenning, benadering en beleid in de eerste lijn*. Utrecht: Pharos.

Schors A. van der, Werf M. van der, Schonewille G. (2015). *Mbo'ers in geldzaken 2015. Financiële situatie en gedrag van mbo-studenten*. Utrecht: NIBUD.

Schmidt E., Simons M. (2013). *Psychische klachten onder studenten*. Utrecht: Landelijke Studenten Vakbond.

Schonewille, G., Crijnen, C. (2019). *Financiële problemen 2018. Geldzaken in de praktijk 2018 – 2019 deel 1*. Utrecht: Nibud.

Schrier A.C., Hogerzeil S.J., Wit M.A.S., e.a. (2017). Depressie en angst bij Turkse en Marokkaanse minderheidsgroepen in Nederland: prevalentie, symptomen, risico- en beschermende factoren in de algemene bevolking. Een systematische review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 59, 30-39.

Schwartz D, & Dopmeijer J. (2012). *Factsheet Project #FIVE Studentenonderzoek 2012. Feiten en cijfers over studievertraging, uitval, gezondheid en veiligheid*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

SCP (2018a). *Armoede in kaart*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
<https://digitaal.scp.nl/armoedeinkaat2018/arme-migranten-en-autochtonen/>

SCP (2018b). *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

SCP (2018c). *Armoede in kaart. Rapport*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
<https://digitaal.scp.nl/armoedeinkaart2018/werkende-en-niet-werkende-armen/>

SCP (2019). *Opnieuw Beginnen. Achtergronden van positieverschillen tussen Syrische statushouders*. Rapport. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

SER (2019). *Werkwijzer Vluchtelingen. Feiten & cijfers: Aantallen en herkomst*. Den Haag: Sociaal Economische Raad. Webartikel.
<https://www.werkwijzervluchtelingen.nl/feiten-cijfers/aantallen-herkomst.aspx>

Staring T., Berg D. van den, Schuurmans H., e.a. (2019). *Praten naast pillen: krijgt de patiënt met psychose dat wel? Beschikbaarheid van standaardzorg Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) anno 2019*. Utrecht: Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT).

Stavenuiter M., e.a. (2016). *Onderwijs en doorstroom naar de arbeidsmarkt van jonge nieuwkomers in Nederland. Een onderzoek naar jonge nieuwkomers van 13-23 jaar ten behoeve van het project K!X Works*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.

Steel Z., Chey T., Silove D., e.a. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-549.

Stevens G., Dorsselaer S. van, Boer M., e.a. (2018) HBSC 2017. *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut; Den Haag: SCP.

Tienen I. van, Boer A. de, Roos S. de, e.a. (2018). *Gezondheids- en studieuitkomsten bij mantelzorgende studenten*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam/Universiteit van Amsterdam; Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

UNHCR (2019). *Global trends Forced displacement in 2018*. Genève: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).

VluchtelingenWerk Nederland (2018). *Vluchtelingen in getallen 2018*. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland.

Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) (2018). *De mentale druk op jongeren lijkt toe te nemen*. Bilthoven: RIVM. Webartikel. <https://www.vtv2018.nl/druk-op-jongeren>.
<https://www.vtv2018.nl/handelingsopties-mentale-druk>

Vreden W. van, Thijssen R. (2019). *Impact van leenstelsel op welbevinden studenten. Kwantitatief onderzoek naar de relatie tussen het leenstelsel en het welbevinden van studenten in Nederland*. Utrecht: Interstedelijk Studentenoverleg (ISO).

Werf M. van der, Schonewille G., Stoof R. (2017) *Studentenonderzoek 2017. Achtergrondstudie bij de Handreiking Student & Financiën*. Utrecht: NIBUD.

Wit M.A.S. de, Tuinebreijer W.S., Dekker J., e.a. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-912.

Zanden R. van der, Meeuwissen J., Havinga P., e.a. (2015). *Richtlijn/Onderbouwing Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP)*. Utrecht: Trimbos-instituut/NVO/BSPW/NIP.

Zorgstandaard Psychose (2018). Utrecht: Akwa GGZ.

