

Zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met LVB

Bevindingen en advies

Auteurs

Louise Pansier-Mast

Moniek Rolleman

Vera van der Zee

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Kenmerk

LP/23/0487/azcon

Publicatiedatum

31 maart 2023

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Doelstellingen en onderzoeksvragen.....	5
1.2 Aanpak.....	6
2. Gedeeld beeld van opgave en betrekken doelgroep.....	9
2.1 Opvolging aanbevelingen.....	9
2.2 Mogelijkheden en belemmeringen.....	10
3. Begeleiding bij overgang van jeugd naar volwassenheid.....	12
3.1 Opvolging aanbeveling.....	12
3.2 Mogelijkheden en belemmeringen.....	13
4. Organiseren van aansluiting in aanbod.....	15
4.1 Opvolging aanbevelingen.....	15
4.2 Mogelijkheden en belemmeringen.....	18
5. Conclusie en advies.....	20
5.1 Opvolging aanbevelingen en effect op zorgcontinuïteit.....	20
5.2 Gedeeld beeld opgave en betrekken doelgroep.....	22
5.3 Begeleiden van jongvolwassenen met LVB naar volwassenheid.....	23
5.4 Organiseren van aansluiting in aanbod.....	24
5.5 Advies voor de middellange termijn.....	25
Bijlage 1. Samenvattend beeld aanbevelingen.....	27
Bijlage 2. Geraadpleegde bronnen.....	31

Samenvatting

Jongeren met een LVB ondervinden in de transitie naar volwassenheid regelmatig nadeel van de overgangen tussen de zorgwetten. De continuïteit van passende zorg en ondersteuning kan worden onderbroken bij de 18e verjaardag of wanneer de zorgbehoefte vraagt om zorg uit een ander stelsel. Dit onderzoek geeft zicht op de belangrijkste aanbevelingen uit eerder onderzoek over zorgcontinuïteit, welke opvolging hieraan is gegeven door stakeholders en welke belemmeringen zij hierbij ervaren, welke verbetering dit heeft gebracht op de zorgcontinuïteit en welke oplossingsrichtingen op korte en langere termijn kunnen worden opgepakt.

Er zijn drie hoofdthema's in de aanbevelingen uit eerder onderzoek voor een doorgaande lijn van zorg en ondersteuning voor jongvolwassenen met een LVB:

1. Een gedeeld beeld van de opgave rond jongvolwassenen met een LVB én het betrekken van mensen met een LVB om de kennis over (de omgang met) LVB te vergroten bij professionals in beleid en uitvoering op alle niveaus.
2. Begeleiden van mensen met een LVB bij de transitie naar volwassenheid en het betrekken van hun omgeving bij dit proces. Het gaat hier om begeleiding op casusniveau.
3. Organiseren van een goede aansluiting tussen vormen van aanbod, zo nodig in domeinoverstijgende samenwerking en met passende, zo nodig domeinoverstijgende, financiering.

Op alle drie hoofdrichtingen van eerdere aanbevelingen hebben we diverse acties gevonden:

1. *Gedeeld beeld van de opgave rond jongvolwassenen met een LVB en betrekken doelgroep:* Er zijn veel organisaties en initiatieven die kennis over (jongvolwassenen met) een LVB ontwikkelen en verspreiden, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. Partijen geven aan dat dit nog meer moet en kan, om te zorgen dat mensen met een LVB tijdig in beeld komen en passende zorg krijgen. Onbekendheid met kenmerken en de behoefte van deze doelgroep en werkdruk zijn genoemde belemmeringen om hier goed invulling aan te geven. Er lijkt een groeiende aandacht voor de inzet van ervaringsdeskundigen met een LVB op alle niveaus; er zijn geen belemmeringen genoemd voor het betrekken van de doelgroep.
2. *Begeleiding in overgang naar volwassenheid:* Er zijn diverse gemeenten die werken met een toekomstplan voor de overgang 18+ en ook aanbieders hebben hier aandacht voor. Het toekomstplan voldoet echter niet altijd aan de voorwaarden dat het tijdig wordt opgesteld, aandacht besteedt aan alle leefgebieden en onder regie (liefst met mandaat) wordt uitgevoerd. Er zijn goede voorbeelden van transitiebegeleiding, maar het blijkt lastig om dit duurzaam te verankeren, vooral vanwege de financiering hiervan.
3. *Organiseren van aansluiting in aanbod:* Op dit moment is een deel van het aanbod (en de toegang tot dit aanbod) ingericht op basis van leeftijdsgrenzen. De tendens uit de gesprekken is om voor de LVB-doelgroep vooral te zorgen voor een soepele overgang in plaats van leeftijdsgrenzen te wijzigen. Het verhogen van de leeftijdsgrens van 18 naar 21 of 23 jaar verplaatst het probleem alleen maar. We hebben allerlei goede voorbeelden gehoord van gemeenten en aanbieders die de aansluiting verbeteren, die vooral effect hebben op lokaal niveau. Eventuele belemmeringen liggen in de financiering en wachtlijsten voor wonen en zorg. Verder vraagt de inrichting van het stelsel om domeinoverstijgende samenwerking, wat in de praktijk lastig blijkt.

Alle acties die partijen hebben ondernomen, dragen bij aan soepeler zorgovergangen voor jongvolwassenen met een LVB, maar het effect ervan is waarschijnlijk vaak beperkt tot de betreffende gemeente of regio. Op basis van de gekozen onderzoeks aanpak met een beperkt aantal respondenten kunnen we geen algemene conclusies trekken over verbetering van de zorgcontinuïteit.

Onder onze respondenten verschillen de meningen over aanvullende oplossingsrichtingen, omdat ze verschillend aankijken tegen de oorzaken van de ervaren problemen. Uit dit onderzoek is duidelijk geworden dat de wettelijke kaders een belemmering kunnen vormen, maar ook dat dit vaak meer met de uitvoering te maken heeft dan met de regels op zich. Er komt niet een eenduidige wens tot aanpassing van het stelsel naar voren. Wij zien (in het verlengde van de aanbevelingen uit eerder onderzoek) diverse mogelijkheden voor het verbeteren van de zorgcontinuïteit van jongvolwassenen met een LVB binnen de bestaande stelsels. We hebben hiervoor, aan de hand van de drie thema's, 14 acties geformuleerd die op relatief korte termijn kunnen worden opgepakt en daarbij ook de stakeholders benoemd die aan zet zijn:

Acties gericht op gedeeld beeld van de opgave en betrekken doelgroep

1. Stimuleer aandacht voor LVB in opleidingen: VWS (landelijk)
2. Zorg voor kennis over LVB in gemeentelijk beleid en uitvoering: Gemeenten en organisaties in het sociaal domein (lokaal)
3. Creëer bewustzijn over de verantwoordelijkheid voor deze groep: VWS, VNG en VGN (landelijk)
4. Deel goede voorbeelden: VNG en VGN (landelijk), met input van gemeenten en aanbieders (lokaal/regionaal)
5. Maak gebruik van ervaringskennis: VWS, VNG/gemeenten, ZN/zorgkantoren/zorgverzekeraars, VGN/aanbieders (landelijk, regionaal en lokaal)

Acties gericht op begeleiding in overgang naar volwassenheid

6. Stimuleer de inzet van transitiebegeleiding over domeinen heen: VWS en VNG (landelijk)
7. Overweeg een financiële impuls voor inzet transitiebegeleiding: VWS (landelijk)

Acties gericht op organiseren van aansluiting in aanbod

8. Ondersteun gemeenten door agendering LVB binnen aanpak 16-27: VNG (landelijk)
9. Zorg voor een goede overgang van Jeugdwet naar vervolgzorg: Gemeenten en aanbieders (lokaal, zo mogelijk/nodig regionaal)
10. Synchroniseer de inkoop van LVG-behandeling: Gemeenten en zorgkantoren (regionaal)
11. Creëer financieringsmogelijkheid binnen de Wlz: VWS (landelijk)
12. Stimuleer regionale samenwerking rond LVB: VNG en ZN (landelijk)
13. Onderzoek de noodzaak van en mogelijkheden voor behandelexpertise als integraal onderdeel van Wmo-verblijf: VWS (landelijk)
14. Breng de verschillende zorgovergangen van jeugdigen in beeld: VWS, VNG, VGN (landelijk)

Met deze concrete acties hebben we focus aangebracht in wat nodig is voor soepele zorgovergangen voor jongvolwassenen met een LVB. Om te zorgen dat de acties daadwerkelijk worden opgepakt, adviseren wij het ministerie van VWS om initiatief te nemen tot een samenhangende aanpak voor de verbetering van zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB.

1. Inleiding

Een speerpunt binnen de programmatische uitwerking van de 'Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking' is zorg zonder schotten voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Jongeren met een LVB ondervinden in de transitie naar volwassenheid regelmatig nadeel van de overgangen tussen de zorgwetten: Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw). De continuïteit van passende zorg en ondersteuning kan worden onderbroken bij de 18^e verjaardag of wanneer de zorgbehoefte vraagt om zorg uit een ander stelsel. Er is al veel onderzoek gedaan waarbij aanbevelingen en oplossingsrichtingen zijn beschreven voor de knelpunten rond de zorgovergangen van jongvolwassenen (16-27 jaar) met een LVB. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft bureau HHM gevraagd om deze aanbevelingen op een rij te zetten, een analyse te maken in hoeverre opvolging is gegeven aan de aanbevelingen en welke belemmeringen men hierbij ondervindt. Het doel van het onderzoek is om te komen tot een advies met concrete acties die op korte termijn en op langere termijn gezet kunnen worden - uitgesplitst naar stakeholders - om de continuïteit van zorg en ondersteuning voor jongvolwassenen met een LVB te verbeteren.

¹ Gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren, Rijksoverheid.

1.1 Doelstellingen en onderzoeksvragen

Voor dit onderzoek zijn drie doelstellingen geformuleerd door het ministerie van VWS:

1. Een overzicht van de voornaamste aanbevelingen en oplossingsrichtingen die naar voren zijn gebracht uit eerdere onderzoeken om de overgang naar volwassenheid voor jongvolwassenen met een LVB (tussen de 16 en 27 jaar) te versoepelen. Daarbij is per stakeholder¹ in kaart gebracht wat de concrete aanbevelingen zijn.
2. Een analyse in hoeverre opvolging is gegeven aan de aanbevelingen en wat de partijen daarbij zijn tegengekomen. Bijvoorbeeld tegen welke mogelijke knelpunten men is aangelopen bij de uitvoering. Daarbij wordt ook afgetast in hoeverre de eerdere aanbevelingen daadwerkelijk hebben bijgedragen aan versoepeling van de overgangen.
3. Een advies waarin de stappen worden benoemd die op korte en langere termijn gezet kunnen worden -uitgesplitst naar stakeholders- om de continuïteit van zorg en ondersteuning voor jongvolwassenen met een LVB te verbeteren.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

Welke handelingsmogelijkheden hebben de stakeholders in de praktijk om een positieve bijdrage te leveren aan het effectief laten landen van aanbevelingen en oplossingsrichtingen rond de zorgovergangen waarmee jongvolwassenen met een LVB te maken krijgen?

Het ministerie van VWS heeft de volgende subvragen meegegeven:

1. In hoeverre zijn stakeholders aan de slag gegaan met de aanbevelingen en oplossingsrichtingen uit eerdere onderzoeken over de overgang tussen zorgdomeinen voor jongeren met een LVB? Tegen welke

problemen is men aangelopen bij de eventuele implementatie daarvan? En hoe zijn de respectievelijke partijen daarmee omgegaan?

2. In hoeverre dragen de aanbevelingen en oplossingsrichtingen daadwerkelijk bij aan het verbeteren van de ervaringen van jongeren met een LVB voor zorgcontinuïteit? Zijn aanvullende oplossingsrichtingen te benoemen naar aanleiding van praktijkervaringen en daaraan gerelateerde best practices?
3. Welke aanbevelingen of oplossingsrichtingen kunnen op korte termijn door stakeholders worden opgepakt en uitgevoerd?
4. Welke aanbevelingen of oplossingsrichtingen vragen een lange termijn aanpak en wat zijn hierin de eerste stappen die kunnen worden gezet door welke van de betrokken partijen?

1.2 Aanpak

In dit onderzoek hebben wij zes stappen doorlopen om de doelstellingen te realiseren en de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Stap 1. Startgesprek

In het startgesprek met de opdrachtgever hebben we het onderzoek en de aanpak besproken.

2. Documentstudie

We hebben een overzicht gemaakt van de voornaamste aanbevelingen en oplossingsrichtingen uit eerdere onderzoeken en handreikingen. De 150 gevonden aanbevelingen hebben we samengevat en geordend in zeven thema's:

1. *Beleid (44 aanbevelingen)*: Adviezen rondom het ontwikkelen en aanpassen van landelijk, regionaal en lokaal beleid in samenwerking / afstemming met de doelgroep.

2. *Inhoud van zorg en ondersteuning (37 aanbevelingen)*: Elementen die van belang zijn voor het bieden van passende zorg- en ondersteuning aan de jongere.
3. *Creëren van passend aanbod (19 aanbevelingen)*: Adviezen voor het creëren en organiseren van voldoende en passend aanbod op het gebied van (beschermd) wonen, zorg/ondersteuning en werken.
4. *Samenwerking (19 aanbevelingen)*: Samenwerking tussen partijen en professionals die betrokken zijn bij de zorg- en ondersteuning van jongeren met een LVB.
5. *Toeleiding naar passend aanbod (17 aanbevelingen)*: Voorbereiding op de volwassenheid en vanuit daar een doorgaande ondersteuningslijn. Ook duidelijkheid over mogelijkheden voor zorg en ondersteuning en de vindbaarheid daarvan vallen onder dit thema.
6. *Sociaal netwerk (9 aanbevelingen)*: Betrekken van / samenwerking met het sociale netwerk van de jongere bij het volwassen worden.
7. *Financiering (5 aanbevelingen)*: Mogelijkheden rondom financiering ter bevordering van integrale zorg- en ondersteuning.

In ons samenvattende beeld van de aanbevelingen hebben we per cluster van aanbevelingen benoemd welke stakeholder(s) aan zet is/zijn en op welk niveau (landelijk, regionaal en lokaal). Met deze stap hebben we doelstelling 1 gerealiseerd. In bijlage 1 hebben we het samenvattende beeld in zijn geheel opgenomen en in bijlage 2 de bronnenlijst.

3. Groepsinterviews

Het samenvattende beeld van aanbevelingen hebben we in de tweede fase van het onderzoek besproken met in totaal 39 personen vanuit diverse perspectieven:

- één gesprek met twee jongvolwassenen met een LVB²,
- één gesprek met vier MEE-consulenten, ter aanvulling op het cliëntperspectief,
- twee gesprekken met dertien medewerkers van diverse zorgaanbieders, het landelijk Kenniscentrum LVB en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN),
- twee gesprekken met negen medewerkers van gemeenten en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG),
- één gesprek met vier medewerkers van zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland (ZN),
- één gesprek met vijf medewerkers van VWS,
- één gesprek met twee personen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Omdat uit de documentstudie geen specifieke aanbevelingen voor zorgverzekeraars naar voren kwamen en er geen groepsinterview gepland kon worden, hebben we in overleg met VWS besloten het perspectief van de zorgverzekeraars vanaf de reflectiesessie in stap 5 mee te nemen.

Ter voorbereiding op de gesprekken hebben we per stakeholder een notitie gemaakt op basis van de samenvatting uit stap 2 met daarbij een korte vragenlijst die de stakeholders van tevoren konden invullen. Per categorie van aanbevelingen zijn de volgende vragen opgesteld:

- In hoeverre heeft u actie ondernomen op de aanbevelingen/oplossingsrichtingen?
- Welke acties heeft u concreet ondernomen?
- In hoeverre hebben uw acties op de aanbevelingen/oplossingsrichtingen bijgedragen aan versoepeling van de zorgovergangen?

- Tegen welke knelpunten bent u aangelopen bij het verbeteren van de zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB en hoe bent u daarmee omgegaan?
- Welke aanbevelingen/oplossingsrichtingen hebben nu prioriteit om op te pakken en wie is hierbij aan zet?
- Heeft u andere suggesties om de zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB te verbeteren?
- Heeft u gegevens waaruit blijkt dat er iets is gedaan met de genoemde aanbevelingen/oplossingsrichtingen?

De ingevulde vragenlijsten dienden als basis voor de interviews, waarin we dieper zijn ingegaan op de antwoorden en meer inzicht hebben gekregen in de ervaringen en perspectieven van de stakeholders.

4. Analyse

In onze analyse hebben we gezocht naar de kern van wat nodig is om de zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB te verbeteren. Uit de gesprekken met de verschillende stakeholderperspectieven en hun input op de vragenlijst kwamen drie hoofdthema's naar voren die positief bijdragen aan een doorgaande lijn van zorg en ondersteuning voor jongvolwassenen met een LVB:

1. Een gedeeld beeld van de opgave rond jongvolwassenen met een LVB én het betrekken van mensen met een LVB om de kennis over (de omgang met) LVB te vergroten bij professionals in beleid en uitvoering op alle niveaus.
2. Begeleiden van mensen met een LVB bij de transitie naar volwassenheid en het betrekken van hun omgeving bij dit proces. Het gaat hier om begeleiding op casusniveau en daarmee een lokale aangelegenheid.

² Het bleek lastig om binnen de looptijd van het onderzoek meer ervaringsdeskundigen te spreken. Voor aanvulling van het cliëntperspectief hebben we consulenten van MEE gesproken in een groepsinterview.

3. Organiseren van een goede aansluiting tussen vormen van aanbod, zo nodig in domeinoverstijgende samenwerking en met passende, zo nodig domeinoverstijgende, financiering.

In een tussenrapportage hebben we voor deze drie lijnen geschetst in hoeverre opvolging is gegeven aan de aanbevelingen, wat de partijen daarbij zijn tegengekomen en in hoeverre de inspanningen hebben bijgedragen aan versoepeling van de overgangen. Daarmee was doelstelling 2 van het onderzoek gerealiseerd.

5. Reflectiesessie

In een reflectiesessie met vertegenwoordigers uit alle perspectieven hebben we de tussenrapportage uit stap 4 besproken. We hebben getoetst of de bevindingen herkenbaar waren. Daarnaast hebben we samen met de stakeholders het advies verder geconcretiseerd. We stonden daarbij ook stil bij de vraag hoe het komt dat bepaalde aanbevelingen nog onvoldoende zijn opgevolgd of dat dit onvoldoende tot effect heeft geleid; de respons hierop was divers.

6. Rapportage

In deze eindrapportage hebben we de inzichten uit de vorige stappen samengebracht en aangevuld met een advies met concrete acties. De hoofdstukken 2 tot en met 4 beschrijven wat de verschillende stakeholders op landelijk, regionaal en lokaal niveau hebben gedaan op de drie hoofdthema's van de aanbevelingen (gedeeld beeld van de opgave, begeleiding bij de transitie en organiseren van aansluiting in het aanbod). Daarbij gaan we ook in op de mogelijkheden die ze zien om zorgcontinuïteit te verbeteren en eventuele belemmeringen die ze ondervinden. In hoofdstuk 5 beantwoorden we de onderzoeksvragen die het ministerie van VWS heeft gesteld.

Daarbij houden we rekening met de wens van de begeleidingscommissie om concrete acties te formuleren waar partijen mee aan de slag kunnen.

Bij het lezen van deze rapportage is het goed om in het achterhoofd te houden dat we een beperkt aantal mensen per perspectief hebben gesproken. Het doel van het onderzoek is niet om een exact beeld te geven van de opvolging per aanbeveling, maar om op hoofdlijnen een beeld te geven van wat al is gedaan. Doordat we vanuit elk perspectief met meerdere mensen hebben gesproken, kunnen we een goed kwalitatief beeld geven.

2. Gedeeld beeld van opgave en betrekken doelgroep

Wanneer partijen op landelijk, regionaal en lokaal niveau zorgcontinuïteit willen creëren voor jongvolwassenen met een LVB, is het van belang dat op al deze niveaus een gedeeld beeld bestaat over de opgave rond jongvolwassenen met een LVB en over de (variëteit in de) ondersteuningsbehoefte. Als dit beeld ontbreekt, krijgen mensen met een LVB geen passende ondersteuning en raken zij bij overgangen tussen wettelijke kaders makkelijk uit beeld. De groep mensen met een LVB onder de Nederlandse bevolking is omvangrijk, zeker wanneer mensen met een IQ tussen 70 en 85 in combinatie met beperkingen in het adaptief functioneren worden meegerekend (wat gebruikelijk is in het veld). Wanneer tijdig duidelijk wordt dat iemand een LVB heeft, kan hier in de communicatie en ondersteuning rekening mee worden gehouden en kunnen (grotere) problemen worden voorkomen. Het is daarom van belang dat professionals die met kwetsbare mensen werken of daarover beleid maken, basiskennis hebben van een LVB en de impact hiervan op het leven. Dit betreft naast professionals van zorgaanbieders en gemeenten ook mensen die werkzaam zijn voor bijvoorbeeld politie, woningcorporatie en andere maatschappelijke sectoren. Een manier om kennis over LVB te vergroten en de juiste dingen te doen voor deze groep, is door de doelgroep zelf aan het woord te laten. Daarom staan we in dit hoofdstuk ook stil bij de inzet van ervaringsdeskundigen.

2.1 Opvolging aanbevelingen

Op *landelijk niveau* is op verschillende manieren aandacht voor mensen met een LVB, gericht op kennisverbreding en het betrekken van de doelgroep. Er is bijvoorbeeld de website [Plaats voor iedereen](#), waar je de leefwereld en behoeften van mensen met een LVB leert kennen en handvatten vindt voor inclusieve dienstverlening. Een ander voorbeeld is de website [LVB doet mee](#), waar ervaringsdeskundigen en professionals uit zorg, onderwijs, politie, justitie en gemeenten uitleggen wat ervoor nodig is, zodat mensen met een LVB gewoon mee kunnen doen.

Op beleidsniveaus is er de programmatische uitwerking van de [toekomst-agenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking'](#), waarin een hoofdstuk is gewijd aan LVB en specifiek aandacht wordt besteed aan kennisontwikkeling en kennisdeling. Samen met landelijke partijen zet VWS in op bewustwording en het betrekken van ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld door webinars en inspiratiebijeenkomsten en het ontwikkelen van tools. Het [bestuurlijk akkoord](#) tussen de VGN en ZN voor de transitie naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg benoemt in verschillende kansenlijnen het creëren van aanbod dat passend is bij talenten, mogelijkheden en zorgvraag. Op verschillende landelijke beleidsterreinen hebben jongeren uit de doelgroep en belangenorganisaties meegedacht bij de ontwikkeling van beleid, waaronder de Toekomstagenda, het programma 'Onbeperkt meedoen', het actieprogramma 'Dak- en thuisloze jongeren' en het uitvoeringsplan voor de om- en afbouw van de gesloten jeugdhulp (de laatste twee niet specifiek voor LVB).

Het landelijk [Kenniscentrum LVB](#) ontwikkelt tools om meer kennis over LVB te genereren onder professionals die met kinderen en hun ouders werken, bijvoorbeeld de [e-learning](#) om een LVB te herkennen. Ook [Movisie](#) heeft verschillende kennisproducten en tools over LVB, zoals het leernetwerk 'LVB-

vriendelijke gemeente' en publicaties over ervaringsdeskundigheid, zeggenschap en cliëntondersteuning voor specifieke doelgroepen. De [LFB](#) is de belangenorganisatie voor en door mensen met een verstandelijke beperking en [jongPIT](#) voor en door jongeren met een chronische aandoening of beperking; zij bieden bijvoorbeeld trainingen en mogelijkheden om ervaringsdeskundigen in te zetten.

Het aantal voorbeelden van kennisontwikkeling rond LVB op *regionaal niveau* is beperkt. In de regio Kennemerland is begin 2022 het [LVB-netwerk Kennemerland](#) opgericht, een samenwerking van aanbieders uit de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op initiatief van Zilveren Kruis. De hoofddoelstelling van dit LVB-netwerk is om toe te werken naar een sluitende, domein overstijgende ketenaanpak voor zorg en ondersteuning aan mensen met een LVB. Verder hebben we alleen samenwerkingen gevonden die zich op meer overstijgende thema's richten en niet specifiek op LVB. Zo vinden zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten elkaar in een werkagenda of vergelijkbaar middel, waar de brede doelgroep 18+ een plek heeft. Zorgkantoren organiseren ook afstemming met en tussen zorg-aanbieders. Hier wordt expertise uitgewisseld en er kunnen gezamenlijke initiatieven ontstaan; denk aan de [methode LifeWise](#), die specifiek gericht is op mensen met LVB en multiproblematiek. Zorgkantoren betrekken (vertegenwoordigers van) cliënten bij beleidsgesprekken en gaan op werkbezoek, waar zij ook cliënten spreken. Daarnaast leggen zorgkantoren verbinding met de zorgverzekeraar over de Zvw-zorgvorm Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen³ (GZSP), met name voor FACT LVB. In Brabant is het [Consortium Ervaringsdeskundigheid](#) opgezet door zorg-aanbieders, zorgkantoor en hogeschool met als doel om mensen met een (licht) verstandelijke beperking op te leiden als ervaringsdeskundige. De LFB

heeft verspreid over het land 12 [STERKplaatsen](#) (in nagenoeg elke provincie), waar ervaringsdeskundigen met een verstandelijke beperking leren en werken. Zij vertegenwoordigen en versterken mensen met een (L)VVB richting andere organisaties en de achterban.

Op *lokaal niveau* werken zorgaanbieders aan meer bewustwording en kennis over mensen met een LVB. Verschillende zorgaanbieders bieden trainingen of andere deskundigheidsbevordering over LVB aan, zoals de [LVB Xperience](#). Deze trainingen zijn overigens vaak op landelijk niveau beschikbaar. Vaak maken ze hierbij (ook) gebruik van ervaringsdeskundigen. Zorgaanbieders betrekken jongvolwassenen met een LVB in een jongerenraad of andere vorm van cliëntenparticipatie. Sommige gemeenten besteden expliciet aandacht aan expertise over LVB in hun inkoopvoorwaarden, investeren in kennis bij hun eigen medewerkers of hebben een expertiseteam ingericht dat medewerkers coacht op LVB. Er zijn ook gemeenten die [ervaringsdeskundigen mee laten denken](#), bijvoorbeeld in een stuurgroep of bij de ontwikkeling van beleidsstukken.

2.2 Mogelijkheden en belemmeringen

Hoewel op diverse manieren en op alle niveaus aan kennis over en betrokkenheid van de doelgroep wordt gewerkt, benadrukken respondenten vooral dat dit veel meer moet en kan. Onder onze respondenten bevonden zich enkele zeer actieve gemeenten wat betreft de kennis over en ondersteuning aan mensen met een LVB, maar dit is nog geen gemeengoed volgens MEE-consulenten en zorgaanbieders. Daarnaast zijn er andere sectoren waar de kennis over LVB tekortschiet; zie bijvoorbeeld het recent gepubliceerde [onderzoek van Jeanet Nieuwenhuis](#) over mensen met een onopgemerkte LVB

³ GZSP is eerstelijnszorg voor specifieke patiënten die thuis wonen, onder andere voor mensen met een verstandelijke beperking. Het gaat om behandeling door bijvoorbeeld een arts voor verstandelijk gehandicapten of een gedragswetenschapper.

in de psychiatrie en informatie van het Kennisplein gehandicaptensector over [LVB in de forensische zorg](#). Meerdere respondenten vanuit verschillende perspectieven (gemeente, MEE-consulenten) pleiten ervoor dat overal waar kwetsbare mensen in beeld kunnen komen, actieve screening plaatsvindt op LVB. Bijvoorbeeld met de [SCIL](#), een korte screeningslijst die aangeeft of er mogelijk sprake is van een LVB. Ook wil men graag meer specifieke aandacht voor LVB in sociale opleidingen, zodat professionals beter in staat zijn een LVB te herkennen en de juiste taal en toon te gebruiken. In de gesprekken hebben we geen concrete belemmeringen gehoord met betrekking tot waarom dit nog niet (voldoende) gebeurt.

Gemeenten hebben wel mogelijke verklaringen voor waarom het in hun eigen praktijk stukt:

- Er zijn gemeenten waar geen specifieke aandacht is voor doelgroepen (en dus ook niet voor LVB), omdat dit volgens hen niet past bij het karakter van de Wmo⁴. Ook zijn ze zich mogelijk niet bewust van de noodzaak om gericht beleid te voeren voor ondersteuning aan mensen met een LVB.
- Er kunnen allerlei mooie plannen worden gemaakt, maar het kan lang duren voordat beleid doorsijpelt naar de uitvoering. Dit hangt samen met het volgende punt.
- Gemeenten geven aan dat de werkdruk bij consulenten en wijkteam-medewerkers hoog is en dat training en expertise-uitwisseling of coaching er makkelijk bij inschiet. Met het oog op personele wisselingen en krapte op de arbeidsmarkt, is het lastig om kennis in de teams te borgen.
- Het merendeel van de mensen met LVB heeft een ondersteuningsbehoefte die binnen de lokale verantwoordelijkheid valt. Ze kunnen ook een tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving,

vergelijkbaar met het Beschermd Wonen voor mensen met psychische problemen, wat (nu nog) op centrumgemeenteniveau wordt georganiseerd en gefinancierd. Gemeenten hebben sinds 2017 lokaal extra middelen gekregen om Beschermd Wonen te organiseren voor de doelgroep LVB, maar dit heeft niet overal geleid tot passend aanbod. De neiging lijkt aanwezig om cliënten met een LVB en een verblijfsbehoefte door te sturen naar de centrumgemeente of naar het CIZ voor een Wlz-indicatie, terwijl de zorgvraag en het perspectief voor de meeste jongvolwassenen met een LVB past binnen de lokale Wmo.

Voor dit onderzoek hebben wij ook gesproken met jongvolwassenen met een LVB. Zij gaven aan dat alle informatie over zorg en ondersteuning al gauw te ingewikkeld is. Ze willen graag snappen hoe het werkt en serieus worden genomen in wat voor hen belangrijk is. Dit vraagt van de ander om bij hun niveau aan te sluiten, maar hen daarbij wel als volwassen en volwaardig aan te spreken. Dus wel Jip en Janneke taal, maar geen Jip en Janneke toon.

Samenvattend: Op alle niveaus wordt kennis over LVB ontwikkeld en verspreid. Daarnaast zijn er op alle niveaus voorbeelden van de inzet van ervaringsdeskundigheid. Onze indruk is dat de aanwezige (ervarings)kennis niet overal bekend is en (mede) daardoor nog niet voldoende wordt benut. Ook is meer nodig dan alleen kennis en ervaringsdeskundigheid om daadwerkelijk een positief effect te hebben op de zorgcontinuïteit. Het is echter een belangrijke eerste stap voor bewustwording over de ondersteuningsbehoefte van mensen met een LVB en vroegtijdige herkenning van een LVB in de praktijk. Hier ligt een uitdaging in een meer actieve verspreiding en hulp bij de vertaling naar de (lokale) praktijk.

⁴ Zie ook Movisie (2018). [Oog voor mensen met een licht verstandelijke beperking?](#)

3. Begeleiding bij overgang van jeugd naar volwassenheid

Uit de documentstudie en de gevoerde gesprekken blijkt dat het vooral belangrijk is te zorgen voor een soepele overgang van zorg uit de ene naar de andere wet. Wanneer jongvolwassenen met een LVB ondersteuning nodig hebben, valt dit tot 18 jaar onder jeugdhulp vanuit de gemeente. Vanaf 18 jaar gaat de ondersteuning over naar de Wmo of maakt de jongvolwassene gebruik van de tijdelijke LVG⁵-behandeling uit de Wlz, met daarna een terugkeer naar het gemeentelijke domein (Wmo). Of er blijkt een noodzaak van 24/7 zorg in de nabijheid, waardoor de jeugdige of volwassene overgaat naar de Wlz. De verschillende wetten en regelingen en de toegang zijn lastig te overzien, zeker voor mensen met een LVB. Bovendien kan naast zorg hulp nodig zijn op andere levensgebieden, zoals wonen en financiën (zie de vijf pijlers van zelfstandigheid, Big5). Voor al deze aspecten is een vast aanspreekpunt nodig in de transitie van jeugd naar volwassenheid, zeker omdat jongvolwassenen zichzelf makkelijk overschatten en dan in de problemen kunnen komen. Deze begeleiding noemen we 'transitie-begeleiding'; we bedoelen dan de transitie van jeugd naar volwassenheid in de periode van 16 tot 27 jaar (of zo nodig nog iets langer). Het is een rol die zowel door een professional als door iemand uit het informele netwerk kan worden opgepakt. Bij professionals valt te denken aan een Wmo-consulent, cliëntondersteuner of een zorgverlener met een specifieke rol (zoals een casemanager of jongerenregisseur; zie meer voorbeelden in de tekst).

Belangrijke elementen van transitiebegeleiding zijn:

- tijdig anticiperen en toekomstgericht werken, bijvoorbeeld met een toekomstplan of vergelijkbaar instrument,
- integraal kijken, bij voorkeur breder dan zorg en ondersteuning, gericht op alle leefgebieden en
- organiseren van regie, dat wil zeggen iemand die alle lijnen bij elkaar brengt en vanuit een vertrouwensband met de jeugdige kan toewerken naar het beoogde resultaat.

In de hele transitiefase is het betrekken (en zo nodig opbouwen) van het informele netwerk van belang.

3.1 Opvolging aanbeveling

Er zijn diverse *landelijke initiatieven* waarin aandacht is voor de transitie naar volwassenheid. Specifiek voor LVB is door de academische werkplaats Kajak in samenwerking met diverse partijen een online training ontwikkeld, inclusief een handleiding om aan de slag te gaan als [Transitiecoach LVB](#). Op dit moment doet de academische werkplaats onderzoek naar [transitie journeys](#) van jongeren en jongvolwassenen met een LVB en psychische problematiek op weg naar volwassenheid en volwassenenzorg. Verder is in 2022 de landelijke [Kwaliteitsstandaard Transitiezorg](#) gepubliceerd (ook gebruikt als één van de bronnen voor dit onderzoek). Deze standaard geeft handvatten om de transitie van de kindzorg naar de volwassenenzorg beter te organiseren voor kinderen met een chronische aandoening of beperking (waaronder verstandelijke beperking).

Een andere landelijke lijn waar deze doelgroep baat bij kan hebben is de pilot met gespecialiseerde cliëntondersteuning vanuit het programma Volwaardig

⁵ LVG staat voor 'licht verstandelijk gehandicapt'. In deze rapportage gebruiken we de term 'mensen met een licht verstandelijke beperking', afgekort tot mensen met een LVB. LVG-behandeling is een specifieke zorgvorm die onder deze noemer bekend is in het veld. Daarom gebruiken we voor de aanduiding van deze zorg de afkorting LVG.

leven (de zogeheten netwerkgids). Een voorbeeld van hoe de regiefunctie voor mensen met een LVB kan worden ingevuld, is de pilot met lifecoaches die gemeente Zwijndrecht in dit kader heeft opgezet. Cliëntondersteuning vormt ook een apart onderdeel in de in hoofdstuk 2 genoemde Toekomst-agenda Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

Verder is gewerkt aan het verbeteren van de transitie voor jongvolwassenen in het algemeen via de landelijke aanpak 16-27 (beëindigd in mei 2022). In dit traject is een toolkit opgeleverd met informatie, tips, stappenplannen en praktijkvoorbeelden voor gemeenten en professionals. De VNG en andere partijen zetten individueel de doelstellingen van deze aanpak voort; de VNG doet dit via (onder andere) de integrale aanpak 'BIG5 16-27' en het landelijk gemeentelijk netwerkoverleg. Dit netwerkoverleg ondersteunt gemeenten bij een samenhangende aanpak voor de 15% jongeren die hulp, ondersteuning en perspectief nodig hebben op hun pad naar volwassenheid.

We hebben geen specifieke *regionale initiatieven* gevonden die invulling geven aan transitiebegeleiding. Dit is ook logisch omdat dit lokaal moet worden uitgevoerd (eventueel na landelijke facilitering). Volgens de MEE-consulenten die we hebben gesproken (werkzaam in verschillende regio's en voor verschillende wettelijke kaders) wordt op steeds meer plekken gewerkt met een toekomstplan. Een toekomstplan (andere namen zijn perspectiefplan of transitieplan) helpt om toekomstgericht en integraal te werken aan de begeleiding van jongeren naar zelfstandigheid. Het is hét middel om doorlopende ondersteuning te realiseren voor jongeren in de overgang naar volwassenheid. In onze gesprekken met gemeenten bleek ook dat meerdere gemeenten dit actief stimuleren. Dit zijn allemaal *lokale initiatieven*. Het toekomstplan maakt onderdeel uit van de hiervoor genoemde landelijk aangeboden toolkit 16-27, maar moet lokaal geïmplementeerd worden. Het moment van opstellen van het toekomstplan varieert van 16 jaar tot kort voor

het 18^e jaar en de scope van het plan verschilt (alleen zorg of breder). Daarmee voldoet de aanpak niet overal aan de voorwaarden uit de toolkit 16-27. De meeste van deze gemeenten verwachten van zorgaanbieders dat zij een toekomstplan opstellen en voorbereidingen treffen voor de overgang van de ene zorgvorm of wet naar de andere. Gemeenten faciliteren dit eventueel met een format en door hier afspraken over te maken in de inkoop. Andere gemeente houden zelf de regie op het invullen van een toekomstplan en zien het ook als middel om intern de lijnen beter te verbinden.

3.2 Mogelijkheden en belemmeringen

Hoewel er steeds meer toekomstgericht wordt gewerkt, leidt dit niet altijd tot een betere overgang, omdat betrokken zorgaanbieders het toekomstplan niet uitvoeren. Bijvoorbeeld omdat de zorg die in het plan is beschreven niet in hun aanbod zit en zij zich niet verantwoordelijk voelen om over hun grenzen heen te organiseren. Naast het opstellen van het toekomstplan is regie op en mandaat bij de uitvoering dus essentieel, bijvoorbeeld door een transitiecoach, casemanager, jongerenregisseur, levensloopbegeleider of andere vergelijkbare vorm. Dat dit weinig wordt toegepast in de praktijk heeft te maken met een gebrek aan financiering. Zorgaanbieders en gemeenten geven dit aan als knelpunt. Hier speelt mee dat de beoogde ondersteuning vaak uit meerdere domeinen moet komen, waardoor de verantwoordelijkheid voor de transitiebegeleiding niet helder is (en makkelijk wordt afgeschoven). Transitiebegeleiding zou niet gekoppeld moeten zijn aan een product of leeftijd, maar overstijgend ingezet moeten kunnen worden. Het gaat bijvoorbeeld ook om het creëren van een doorgaande lijn van school naar werk of dagbesteding. Dit stelt dus eisen aan de kennis en expertise van de transitiebegeleider.

Een andere belemmering is dat het toekomstplan te kort voor de 18^e verjaardag wordt opgesteld, waardoor de tijd ontbreekt om benodigde zorg, huisvesting en andere randvoorwaarden te organiseren. Er zijn geen concrete redenen waarom dit op sommige plekken zo laat gebeurt. We hoorden wel enkele keren de veronderstelling dat indicaties niet eerder kunnen worden aangevraagd dan (bijvoorbeeld) drie maanden of tien weken voor de 18^e verjaardag, maar dit is niet terecht: er zijn geen belemmeringen in wet- en regelgeving om een indicatie eerder aan te vragen. Het CIZ hanteert hier in elk geval geen termijnen voor en ook een Wmo-indicatie kan ruim voor de 18^e verjaardag worden afgegeven als dit past bij de gestelde vraag.

Een risico is dat het toekomstplan en de transitiebegeleiding vooral is gericht op het regelen van praktische zaken, terwijl het ook een kans is om te werken aan identiteitsvorming: wat wil ik doen met mijn leven, wat voor werk wil ik, waar wil ik wonen? Aandacht voor zulke vragen is van belang.

Verder wordt het toekomstplan niet altijd samen met de jongere ingevuld, terwijl dit belangrijk is om de eigen regie te bevorderen én de jongere te laten toeleven naar het beoogde perspectief. Vaak betekent dit namelijk accepteren dat ook na 18 jaar nog hulp nodig is. Het bespreekbaar maken van mentor-schap en bewindvoering is daarbij van belang. Anders is, ondanks mooie plannen, de kans op zorgmijding groot. Betrokkenheid van het informele netwerk draagt bovendien bij aan het slagen van behandeling en begeleiding; een systeemgerichte benadering wordt echter lang niet altijd toegepast (bijvoorbeeld omdat er geen ruimte is in de indicatie of omdat de zorg-aanbieder niet zo werkt).

Tot slot is genoemd dat personeelsverloop het lastig maakt om continuïteit (in de zin van dezelfde persoon) te bieden. Het hoeft niet erg te zijn dat de begeleiding overgaat naar een andere persoon, maar er is wel een goede

overdracht nodig. Voor deze overdracht en het opbouwen van een vertrouwensband door de nieuwe medewerker is vaak te weinig tijd beschikbaar (zowel vanwege de caseload van medewerkers als vanwege beperkte financiën).

Samenvattend: Toekomstgericht werken gebeurt op steeds meer plekken, maar komt niet overal goed uit de verf, onder andere door het ontbreken van regie op de uitvoering, zoals een transitiebegeleider kan bieden. Er zijn verschillende mooie voorbeelden van transitiebegeleiding, zoals de LVB Transitiecoach en de lifecoach. De ervaringen met deze concepten zijn positief en de inzet draagt bij aan een soepeler overgang naar volwassenheid en naar de benodigde zorg. Het lijkt er echter op dat deze concepten nog niet worden toegepast op andere plekken dan waar ze zijn ontwikkeld of zelfs niet verder komen dan de pilotfase.

4. Organiseren van aansluiting in aanbod

Zoals we in de introductie van het vorige hoofdstuk schetsten, kunnen jongvolwassenen met een LVB met verschillende overgangen tussen wetten te maken krijgen. Naast begeleiding bij deze overgangen en bij de transitie naar volwassenheid, is het van belang dat de verschillende vormen van aanbod goed op elkaar aansluiten. Zowel bij zorg die volgtijdelijk nodig is als gelijktijdig. Het organiseren van een goede aansluiting tussen verschillende vormen van aanbod staat daarom centraal in dit hoofdstuk. De aanbevelingen uit eerder onderzoek variëren van het aanpassen van leeftijdsgrenzen in wettelijke kaders tot het versoepelen van de overgang ertussen. Verder komt uit de aanbevelingen naar voren dat samenwerking nodig is voor een sluitend aanbod voor deze doelgroep. Samenwerking tussen zorgsectoren (denk aan verstandelijke gehandicaptenzorg en GGZ), tussen verschillende partijen (zoals gemeente en zorgkantoor), maar ook samenwerking met andere sectoren, zoals wonen en veiligheid. We gaan aan het eind van paragraaf 4.1 expliciet in op LVG-behandeling, omdat hier specifieke aanbevelingen over zijn gedaan. Hetzelfde geldt voor de financiering van passend en sluitend aanbod.

Toelichting leeftijdsgrenzen

In de Jeugdwet geldt in principe de leeftijd van 18 jaar als grens. Vanaf het 18^e jaar kan de meeste zorg en ondersteuning worden geboden uit de Wmo of de Zvw. Daarnaast is tijdelijke LVG-behandelzorg uit de Wlz mogelijk (voor mensen van 18 tot 23 jaar met ernstige gedragsproblemen) of langdurige Wlz-zorg als de persoon voldoet aan het criterium van blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid (geen leeftijdsgrenzen). Is er geen passende zorg in een ander wettelijk kader, en is jeugdhulp voor de 18^e verjaardag gestart of toegekend, dan kan de jeugdhulp langer doorlopen als 'verlengde jeugdhulp' (18 tot 23 jaar).

4.1 Opvolging aanbevelingen

Het verhogen van de leeftijdsgrens voor jeugdhulp is een actueel vraagstuk (recent opnieuw onder de aandacht gebracht door de stichting [Het vergeten kind](#)). In de afgelopen jaren is voor enkele vormen van jeugdhulp de leeftijds-grens op *landelijk niveau* via een bestuurlijk akkoord opgerekt naar 21 jaar, namelijk voor pleegzorg en voor verblijf in een gezinshuis. Verder hebben wij gedurende het onderzoek geen informatie ontvangen over eventuele andere landelijke inspanningen om de leeftijdsgrens te verhogen. De lijn vanuit de landelijke overheid lijkt gericht op het zorgen voor soepele overgangen en niet op het aanpassen van wettelijke leeftijdsgrenzen (met uitzondering van de genoemde wijziging voor pleegzorg en gezinshuizen).

Er zijn diverse onderzoeken gedaan en handreikingen geschreven, gericht op het verbeteren van de continuïteit van zorg en ondersteuning voor jongvolwassenen binnen de bestaande wettelijke kaders, waarvan sommige specifiek voor LVB (zoals de [Handreiking beschermende woonomgeving voor mensen met een LVB](#)). Er zijn ook bijeenkomsten georganiseerd om de gemeentelijke dienstverlening voor mensen met een LVB te verbeteren,

waaronder eind 2022 enkele leer- en inspiratiesessies in opdracht van VWS samen met Divosa en de VNG.

Vanuit de Toekomstagenda Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking zijn/worden verschillende acties in gang gezet om de aansluiting van zorg in het sociaal domein en tussen sociaal domein en Wlz te bevorderen. Dit onderzoek is één van die acties. Ook wordt in de toekomstagenda expliciet aandacht besteed aan 'zorg zonder schotten'.

Als laatste landelijke inzet noemen we twee wetsvoorstellen:

- Als eerste het voorstel voor Domeinoverstijgende samenwerking dat het mogelijk maakt voor zorgkantoren om te investeren in zorgvormen die het gebruik van Wlz-zorg uitstellen of voorkomen.
- Ook ligt er een wetsvoorstel voor het verruimen van de onafhankelijke cliëntondersteuning uit de Wlz voor mensen die nog geen Wlz-indicatie hebben, maar hier mogelijk voor in aanmerking komen.

Ook op *regionaal niveau* richten partijen zich op het versoepelen van de overgang van het ene naar het andere stelsel. Dit gebeurt vaak in de regionale samenwerking van gemeenten in de jeugdzorgregio's (niet specifiek LVB); de vorm en inhoud van deze samenwerking verschilt per regio. Specifiek gericht op LVB is het zorgkantoor in de regio Haaglanden een werkgroep 'Woonketen LVB' gestart, die in kaart heeft gebracht welk aanbod er is en wat nog ontbreekt. Verder heeft centrumgemeente Enschede geprobeerd om de centrale toegang voor Beschermd Wonen in de regio ook in te zetten voor mensen met een LVB die een beschermende woonomgeving nodig hebben. Omdat dit laatste qua inkoop en financiering een verantwoordelijkheid is van de lokale Wmo, lukte het uiteindelijk niet dit in de regionale toegang te beleggen. Tot slot hebben zorgkantoren met de aanbieders in hun regio diverse overlegstructuren; de mate waarin gemeenten hierbij aanhaken verschilt.

Op *lokaal niveau* hoorden we het voorbeeld van een gemeente waar een aanvraag voor de Wmo al vanaf de 17^e verjaardag kan worden gedaan. Als de ondersteuningsbehoefte te typeren is als volwassenenzorg, kan deze direct worden ingezet. Er is immers geen minimumleeftijd voor de Wmo. Is er behoefte aan begeleiding in combinatie met huisvesting, dan komt de persoon direct op de wachtlijst voor Beschermd Wonen, zodat de kans op een beschikbare plek rond de 18^e verjaardag toeneemt. Verder neemt deze gemeente in de beschikking van de cliënt tijd op voor samenwerking als regelmatig afstemming tussen de betrokken zorgaanbieders nodig is.

Een andere gemeente houdt bij de inkoop van Wmo-voorzieningen rekening met aanbieders die jeugdhulptrajecten bieden die vaak na het 18^e jaar nog doorlopen. Zodoende kunnen de hulp en (indien van toepassing) de woonplek naadloos worden voortgezet, ondanks dat de financiering overgaat van de Jeugdwet naar de Wmo. Een derde voorbeeld is een gemeente die extra plekken heeft gecreëerd voor jongvolwassenen die een beschutte woonomgeving nodig hebben met ambulante begeleiding om zich verder te ontwikkelen tot zelfstandigheid; het gaat veelal om plekken waar jongvolwassenen kunnen blijven wonen als de doelen zijn bereikt, zodat er geen uitstroomproblemen ontstaan. Dit aanbod is overigens voor een bredere doelgroep dan LVB.

Gemeenten kijken in aanvulling op de zorgvraag ook naar andere randvoorwaarden die op orde moeten zijn. In het bijzonder de aanpak van schulden en ondersteuning bij het verkrijgen van werk en inkomen zijn genoemd. Een gemeente biedt uitvoerders de mogelijkheid om de zoekperiode van vier weken achterwege te laten en een meer individuele aanpak te volgen. Een andere gemeente werkt met een screeningsteam, waarin professionals van onder andere participatie, Wmo, beschermd wonen, schuldhulpverlening en jeugd met elkaar samenwerken. Dit team bespreekt jeugdigen in de overgang

van 18++ en bepaalt welke actie nodig is voor passende ondersteuning in de volle breedte.

Naast gemeenten dragen ook zorgaanbieders bij aan sluitend aanbod op *lokaal of regionaal niveau*. Een aanbieder heeft zijn interne organisatie zo ingeregeld dat de begeleider van een jeugdige ook na het 18^e jaar betrokken blijft en dan dus vanuit de volwassenenzorg kan worden ingezet. Een andere aanbieder heeft een samenwerking met de gemeente en woningbouw, waarbij jongeren die op een woonlocatie verblijven tijdig op de wachtlijst worden gezet voor een woning. Zodoende is er op het moment van uitstroom daadwerkelijk woonruimte in combinatie met begeleiding voor de jongere. Hierdoor blijft de lijn met de hulpverlening behouden, wat terugval in problemen voorkomt of vermindert. Ook andere aanbieders hebben doorstroomplekken gecreëerd waar jongvolwassenen met LVB langere tijd kunnen wonen en tijd krijgen zich te ontwikkelen.

LVG-behandeling

De behandelingen van jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB heeft een bijzondere plek in het stelsel. Deze zorg is tot het 18^e levensjaar geregeld in de Jeugdwet. Wanneer de zorg langer of voor het eerst nodig is, kan dit via een tijdelijke Wlz-indicatie voor de leeftijdsgroep 18 tot 23 jaar (mits de persoon voldoet aan de criteria voor deze zorg⁶). Vanaf het 23^e levensjaar is er geen expliciete mogelijkheid voor dit behandelaanbod, terwijl de Jeugdwet dan niet meer van toepassing is en de Wmo niet voorziet in behandeling (indien behandeling nodig is, komt dit uit de Zvw). Dit leidt dus tot twee overgangen in relatief korte tijd. Eerst van de Jeugdwet naar de tijdelijke Wlz en dan van de tijdelijke Wlz naar de Wmo en/of Zvw of naar de reguliere Wlz.

Dit laatste is doorgaans geen probleem; hooguit spelen wachtlijsten voor reguliere plekken een rol, maar er is meestal geen gesteggel over financiering, omdat zowel deze tijdelijke als langdurige Wlz-zorg onder de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor vallen. Ook de indicatiestelling kan op tijd worden geregeld; er is - in tegenstelling tot wat veel mensen denken - geen wettelijke bepaling voor het moment waarop een Wlz-indicatie kan worden aangevraagd.

Voor de overgang van de Jeugdwet naar tijdelijke Wlz is de aanbeveling gedaan om de zorgprofielen en criteria te uniformeren tussen Jeugdwet en tijdelijke Wlz. Hier is voor zover wij weten geen opvolging aan gegeven, in ieder geval niet op landelijk niveau (waarschijnlijk doordat er geen landelijke jeugdhulpprofielen zijn). Ook op het gebied van flexibel omgaan met de LVG-behandelindicaties hebben wij geen concrete acties gehoord. Het knelpunt dat aan deze aanbevelingen ten grondslag ligt, is dat behandelen uit de Jeugdwet niet altijd gecontinueerd kan worden op de plek waar die is gestart, omdat gemeenten en zorgkantoren niet bij dezelfde aanbieders LVG-behandelen inkopen. Zorgkantoren pleiten ervoor dat gemeenten in die gevallen verlengde jeugdzorg inzetten. Zorgaanbieders pleiten voor de mogelijkheid om de LVG-behandeling uit de Wlz langer door te laten lopen, bijvoorbeeld tot 25 of 27 jaar.

De aanbevelingen richtten zich verder op de uitstroom uit LVG-behandeling (zowel vanuit het jeugdwetkader als vanuit de tijdelijke Wlz). Van een gemeente hoorden wij dat deze met LVG-aanbieders heeft afgesproken dat er geen gesprek met het toegangsteam hoeft plaats te vinden bij instroom in de Wmo; dit om te voorkomen dat de jongvolwassene afhaakt als gevolg van

⁶ Criteria voor tijdelijke Wlz-indicatie: het hebben van een LVB en gedragsproblemen met een tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of 24 uur in de nabijheid. Hierbij is integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelsetting noodzakelijk.

de procedure. Aanbieders mogen dus binnen bepaalde kaders doen wat nodig is om de juiste vervolgzorg in te zetten.

Belemmeringen om de uitstroom uit de LVG-setting te versoepelen vallen samen met de 'algemeen' beschreven belemmeringen in paragraaf 4.2.

Financiering

In het voorgaande is financiering al een aantal keer genoemd als belangrijke randvoorwaarde voor passend aanbod en voor transitiebegeleiding. Aanbevelingen uit eerder onderzoek betreffen het ontschotten van financieringsstromen (zowel landelijk als op gemeentelijk niveau tussen Jeugdwet en Wmo), zodat de financiering de zorgvraag volgt en niet andersom. Verder is genoemd het landelijk faciliteren van experimenten met overgangsbudgetten.

We hebben geen initiatieven gezien die opvolging geven aan de specifieke aanbevelingen rond financiering voor jongvolwassenen met een LVB. Wel zijn op landelijk niveau mogelijkheden gecreëerd voor specifieke uitkeringen (SPUK), zoals domeinoverstijgende samenwerking en versterking cliënt-ondersteuning. De SPUK en het reeds genoemde wetsvoorstel Domeinoverstijgende samenwerking zijn bedoeld om investeringen van het zorgkantoor mogelijk te maken als dit leidt tot uitstel van Wlz-gebruik. Het is de vraag of het van toepassing is voor deze doelgroep, omdat een groot deel, zeker bij tijdig ingezette passende zorg en goed ingevulde randvoorwaarden, niet in aanmerking komt voor de Wlz. Zorgkantoren willen wel graag de ruimte om een (deel van het) traject te betalen voor iemand die geen Wlz-indicatie heeft (tijdelijk of regulier), als duidelijk is dat die persoon op een passende plek zit, maar de indicatiestelling voor Wlz of Wmo niet rond komt. De regelgeving laat dit momenteel niet toe. Tot slot noemen we het recent gestarte onderzoek naar ontschot financieering vanuit het landelijke

programma Beschermd Thuis; hier zijn nog geen concrete resultaten over te melden, maar lessen hieruit kunnen straks ook bruikbaar zijn voor de doelgroep jongvolwassenen met een LVB.

4.2 Mogelijkheden en belemmeringen

Alle partijen benadrukken dat de zorgvraag leidend zou moeten zijn voor de zorg die de cliënt kan ontvangen en niet de leeftijd of andere afbakeningen uit wettelijke of organisatorische kaders. Onze indruk is dat partijen hier ook mogelijkheden voor zien, maar dat deze nog niet ten volle worden benut. Dat is opvallend, omdat veel stakeholders ook inzien dat een doorgaande lijn terugval of toename van problemen voorkomt. Als belemmeringen om sluitende zorg te organiseren, zijn punten genoemd die te maken hebben met het stelsel en punten die te maken hebben met de uitvoering.

Stelsel

- Door de decentralisatie van jeugdhulp en andere taken naar gemeenten is er nu een combinatie van lokale en regionale organisatie van zorg. Voor regionaal werkende partijen (zoals zorgkantoren en veel zorgaanbieders) betekent dit schakelen met veel verschillende gemeenten die ieder een eigen beleid voeren. Dit maakt effectieve samenwerking lastig en tijdrovend. Ook is het hierdoor moeilijk om flexibel op- en af te schalen tussen zorgvormen, omdat steeds een proces van indicatiestelling moet worden doorlopen (anders is de rechtmatigheid in het geding). Zorgkantoren zien dat er een gezamenlijke opgave ligt met partijen uit verschillende domeinen, maar vinden dat de regie op de samenwerking bij de gemeenten ligt omdat het merendeel van de jongvolwassenen (ook die met een LVB) uiteindelijk in het gemeentelijke domein thuishoren. Deze regierol wordt door sommige gemeenten actief ingevuld, maar niet alle gemeenten lijken zich hiervan bewust. Daarnaast hebben niet alle stakeholders voldoende kennis van het stelsel en de wetten.

- De leeftijdsgrens van 18 jaar bestond al voordat de Jeugdwet in 2015 werd ingevoerd. Het verschil met destijds is dat in de AWBZ een tijdelijke verblijfsindicatie kon worden afgegeven waar geen leeftijdsbeperking aan zat. Jongeren en volwassenen met een LVB konden enkele maanden of jaren wonen in een beschermende setting om zich verder te ontwikkelen tot zelfstandigheid. In deze setting was vaak een combinatie van begeleiding en behandeling aanwezig. In het huidige stelsel is deze combinatie wel mogelijk in de Jeugdwet, maar niet in de Wmo. Behandelzorg voor volwassenen is geregeld via de Zvw. Voor cliënten boven de 18 kan deze combinatie alleen in de LVG-behandelsetting (tijdelijke Wlz) en in de reguliere Wlz worden geboden. Het zou goed zijn wanneer een integraal aanbod van wonen, begeleiding en behandeling mogelijk is.
- Jeugdbeschermingsmaatregelen stoppen als jongeren 18 worden. Vaak kijkt de jeugdige ernaar uit om eindelijk zelf te mogen beslissen en wil hij of zij geen bemoeienis meer vanuit de zorg. Dit is het moment dat jongeren uit beeld raken en na maanden of jaren met ergere problemen weer terugkomen. Sommige partijen pleiten er daarom voor deze maatregelen langer door te laten lopen; anderen zien meer heil in het tijdig opbouwen van een vertrouwensband met de jeugdige, te werken aan zelfinzicht en zorgen dat hij/zij daardoor zelf ook het lijntje wil blijven houden.

Uitvoering

- Gemeenten hebben de mogelijkheid om verlengde Jeugdwet in te zetten, maar dit gebeurt niet of nauwelijks volgens andere stakeholders (uitzonderingen daargelaten). De druk op de gemeentelijke budgetten kan hierbij een rol spelen. Het kan ook te maken hebben met onterechte verwachtingen van wat in andere stelsels kan worden geboden. Kennis en bewustwording is dus van belang.

- Wachtlijsten in de zorg en voor woonruimte maken dat jongeren niet kunnen in- of uitstromen naar een passende plek of zorgvorm. Dit is een veelgehoord knelpunt, vooral omdat dit maakt dat jongvolwassenen op hun 18^e hun eigen weg gaan en uit beeld raken. Er is behoefte aan uitbreiding van woonplekken waar ook een stukje behandeling kan worden geboden (zie ook de tweede bullet onder het kopje Stelsel).
- Het verwijt over de harde knip bij 18+ gaat vaak van aanbieders naar gemeenten, maar sommige aanbieders hanteren zelf in hun aanbod ook 18 jaar als grens, waardoor iemand over moet naar een andere afdeling of andere aanbieder. Ook geven gemeenten aan dat veel VG-aanbieders zich terugtrekken uit de Wmo en zich puur richten op de Wlz-doelgroep, waardoor er minder plekken en expertise zijn voor de gemeentelijke doelgroep. Het is belangrijk dat gemeenten en aanbieders samen zorgen dat expertise en concrete, passende hulp beschikbaar is voor deze doelgroep.

Samenvattend: Op dit moment is een deel van het aanbod (en de toegang tot dit aanbod) ingericht op basis van leeftijdsgrenzen. Er zijn aanbevelingen die pleiten voor het veranderen van leeftijdsgrenzen (die merendeels niet zijn opgevolgd), terwijl andere aanbevelingen focussen op het versoepelen van de overgang ertussen (waar verschillende voorbeelden van zijn uit de praktijk). Onder de stakeholders die we hebben gesproken verschillen de meningen over wat goed is om te doen. De tendens uit de gesprekken is om voor de LVB-doelgroep vooral te zorgen voor een soepele overgang. Het verhogen van de leeftijdsgrens van 18 naar 21 of 23 jaar verplaatst het probleem alleen maar, omdat specifieke zorg of ondersteuning bij deze doelgroep veel langer nodig kan zijn (de leeftijd van 27 jaar wordt daarbij vaak genoemd). De boodschap is vooral om voor deze doelgroep de 'hokjes' minder strikt toe te passen. Wat echt wordt gemist is (regie op) domeinoverstijgende samenwerking en de mogelijkheid van behandeling als integraal onderdeel van het woonzorgaanbod in de Wmo.

5. Conclusie en advies

Dit hoofdstuk begint met een overstijgende conclusie over de eerste twee subvragen van het onderzoek (zoals geformuleerd in paragraaf 1.1). Daarna beschrijven we voor elk van de drie lijnen wat nodig is om de zorgcontinuïteit voor mensen met een LVB te verbeteren. We geven hierbij adviezen over welke actie dit vraagt, van welke stakeholder op welk niveau. Paragraaf 5.2 tot en met 5.3 beschrijven de acties op korte termijn (derde subvraag) en 5.5 gaat in op de langere termijn (vierde subvraag).

5.1 Opvolging aanbevelingen en effect op zorgcontinuïteit

Subvraag 1: In hoeverre zijn stakeholders aan de slag gegaan met aanbevelingen en hoe zijn ze omgegaan met eventuele problemen bij de implementatie?

Op alle drie hoofdrichtingen van eerdere aanbevelingen hebben we diverse acties gevonden:

4. *Gedeeld beeld van de opgave rond jongvolwassenen met een LVB en betrekken doelgroep:* Er zijn veel organisaties en initiatieven die kennis over (jongvolwassenen met) een LVB ontwikkelen en verspreiden, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. Partijen geven aan dat dit nog meer moet en kan, om te zorgen dat mensen met een LVB tijdig in beeld komen en passende zorg krijgen. Onbekendheid met kenmerken en de behoefte van deze doelgroep en werkdruk zijn genoemde belemmeringen om hier goed invulling aan te geven. Er lijkt een groeiende aandacht voor de inzet van ervaringsdeskundigen met een LVB op alle niveaus; er zijn geen belemmeringen genoemd voor het betrekken van de doelgroep.
5. *Begeleiding in overgang naar volwassenheid:* Er zijn diverse gemeenten die werken met een toekomstplan voor de overgang 18+ en ook aanbieders hebben hier aandacht voor. Het toekomstplan voldoet echter niet altijd aan de voorwaarden dat het tijdig wordt opgesteld, aandacht besteedt aan alle leefgebieden en onder regie (liefst met mandaat) wordt uitgevoerd. Er zijn goede voorbeelden van transitiebegeleiding, maar het blijkt lastig om dit duurzaam te verankeren, vooral vanwege de financiering hiervan.
6. *Organiseren van aansluiting in aanbod:* Op dit moment is een deel van het aanbod (en de toegang tot dit aanbod) ingericht op basis van leeftijdsgrenzen. De tendens uit de gesprekken is om voor de LVB-doelgroep vooral te zorgen voor een soepele overgang in plaats van leeftijdsgrenzen te wijzigen. Het verhogen van de leeftijdsgrens van 18

naar 21 of 23 jaar verplaatst het probleem alleen maar. We hebben allerlei goede voorbeelden gehoord van gemeenten en aanbieders die de aansluiting verbeteren, die vooral effect hebben op lokaal niveau. Eventuele belemmeringen liggen in de financiering en wachtlijsten voor wonen en zorg. Verder vraagt de inrichting van het stelsel om domeinoverstijgende samenwerking, wat in de praktijk lastig blijkt (bijvoorbeeld vanwege vragen over regievoering en financiering en omdat ook bij de betrokken partijen soms kennis ontbreekt over het stelsel en de wetten).

Uit de reacties op ons overzicht van aanbevelingen bleek dat de partijen niet van alle aanbevelingen op de hoogte zijn. De acties die partijen in gang hebben gezet, komen meestal voort uit hun eigen ervaring of analyse van wat niet goed gaat of beter kan. Er is dus niet altijd sprake van gerichte opvolging van aanbevelingen; het zijn meer acties die ook bijdragen aan zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB.

Subvraag 2: In hoeverre dragen de aanbevelingen daadwerkelijk bij aan het verbeteren van ervaringen met zorgcontinuïteit van jongvolwassenen met een LVB? Zijn aanvullende oplossingsrichtingen te noemen?

Dit onderzoek kent een specifieke doelgroep (jongvolwassenen met een LVB) en toch een zeer brede scope. Dit komt door de diversiteit in de ondersteuningsbehoeften van deze jongvolwassenen, de vier zorgwetten die in deze ondersteuningsbehoeften kunnen voorzien en waarbinnen jongvolwassenen verschillende 'routes' kunnen doorlopen, de verschillende stakeholders die daarin een rol hebben en de verschillende niveaus waarop deze kunnen acteren. Van de grote hoeveelheid aanbevelingen uit eerder onderzoek bleek vaak niet duidelijk op welke situatie en stakeholder deze gericht waren.

De grote diversiteit op alle aspecten in dit onderzoek maakt het lastig een concreet antwoord op deze vraag te geven. Onze inschatting op basis van wat we gehoord hebben in de interviews is dat alle acties die partijen hebben ondernomen, bijdragen aan soepeler zorgovergangen voor jongvolwassenen met een LVB, maar het effect ervan is waarschijnlijk vaak beperkt tot de betreffende gemeente of regio. Op basis van de gekozen onderzoeksaanpak met een beperkt aantal respondenten kunnen we geen algemene conclusies trekken over verbetering van de zorgcontinuïteit. Het is uit de interviews in ieder geval ook duidelijk dat op alle fronten meer actie nodig en mogelijk is. Goede voorbeelden die lokaal of regionaal zijn ontwikkeld kunnen bijvoorbeeld ook op andere plekken worden toegepast.

Onder onze respondenten verschillen de meningen over aanvullende oplossingsrichtingen. De zorgkantoren vinden dat de beschreven aanbevelingen uit eerder onderzoek voorbij gaan aan de kern van het probleem, namelijk de beleidsvrijheid van gemeenten waardoor niemand de gemeenten kan voorschrijven welke voorzieningen ze moeten bieden. Gemeenten vinden het juist belangrijk dat er ruimte is voor een lokale aanpak, omdat je de ondersteuning dichtbij de persoon moet organiseren en hierdoor samenhang kunt realiseren met andere lokaal georganiseerde domeinen, zoals huisvesting en inkomen. Zorgaanbieders noemen de diversiteit tussen gemeenten wel als complicerende factor, maar zien het als een breder probleem in het zorgstelsel dat cliënten precies in een hokje moeten passen om ergens voor in aanmerking te komen. Dit geldt zowel voor de Wlz (zowel tijdelijke LVG-behandeling als reguliere Wlz) als voor de Jeugdwet en Wmo.

Uit dit onderzoek is duidelijk geworden dat de wettelijke kaders een belemmering kunnen vormen, maar ook dat dit vaak meer met de uitvoering te maken heeft dan met de regels op zich. Denk aan het toepassen van verlengde jeugdhulp, waar gemeenten verschillend mee om lijken te gaan. En met

knelpunten zoals wachtlijsten voor zorg en woningen en financiële tekorten. Er komt dus niet een eenduidige wens tot aanpassing van het stelsel naar voren. Wij zien (in het verlengde van de aanbevelingen uit eerder onderzoek) diverse mogelijkheden voor het verbeteren van de zorgcontinuïteit van jongvolwassenen met een LVB binnen de bestaande stelsels.

In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we in op acties die op relatief korte termijn, dat wil zeggen binnen een jaar, door stakeholders kunnen worden opgestart voor het beantwoorden van *subvraag 3. Welke aanbevelingen of oplossingsrichtingen kunnen op korte termijn door stakeholders opgepakt en uitgevoerd worden?* We doen dit met een paragraaf voor elk van de drie hoofdthema's uit de bevindingen (5.2, 5.3 en 5.4). De acties kunnen op korte termijn in gang worden gezet, maar het kan wel langer duren voordat een actie ook tot effect leidt. Een actie kan op meerdere hoofdthema's effect hebben, maar voor de leesbaarheid noemen we iedere actie bij het hoofdthema waarop het 't meest effect heeft.

In de laatste paragraaf (5.5) schetsen we een perspectief voor de langere termijn voor het beantwoorden van *subvraag 4. Welke aanbevelingen of oplossingsrichtingen vragen een lange termijn aanpak en wat zijn hierin de eerste stappen die gezet kunnen worden door welke van de betrokken partijen?*

5.2 Gedeeld beeld opgave en betrekken doelgroep

Mensen met een LVB zijn in veel kwetsbare groepen oververtegenwoordigd. Dat er (mede) sprake is van een LVB wordt niet altijd gezien. Daarom is het belangrijk dat alle professionals die werken met en voor kwetsbare mensen, kennis hebben van LVB en gebruik maken van instrumenten die helpen om een LVB te herkennen. Het merendeel van de mensen met een LVB komt niet in aanmerking voor de reguliere Wlz, omdat zij geen blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit

vraagt om bewustwording bij gemeenten en andere partijen in het sociaal domein dat zij hun ondersteuning passend inrichten voor deze doelgroep. We adviseren de volgende acties:

Actie 1. Stimuleer aandacht voor LVB in opleidingen

VWS (landelijk): Bespreek met het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW) welke mogelijkheden er zijn om het bieden van basis-kennis over (het herkennen van) een LVB te stimuleren in sociale en medische opleidingen. Ook kan VWS samen met beroepsverenigingen verkennen wat hun aandeel kan zijn in het vergroten van de kennis over LVB in scholing.

Actie 2. Zorg voor kennis over LVB in gemeentelijk beleid en uitvoering

Gemeenten en organisaties in het sociaal domein (lokaal): Zorg voor training van medewerkers over LVB, zodat zij in de uitvoering een LVB eerder herkennen en weten hoe zij hiermee om moeten gaan en beleidsmedewerkers weten waar ze rekening mee moeten houden om aan de behoeften van jongvolwassenen met een LVB tegemoet te komen. Maak bijvoorbeeld gebruik van de producten van het Kenniscentrum LVB, zoals de [toolkit Blik op LVB](#). Benut hierbij de kennis van zorgaanbieders en ervaringsdeskundigen in de gemeente. En stimuleer het gebruik van screeningstools zoals de SCIL op plekken waar mensen met een LVB in beeld kunnen komen.

Actie 3. Creëer bewustzijn over de verantwoordelijkheid voor deze groep

VWS, VNG en VGN (landelijk): Om de bewustwording over deze doelgroep in het hele stelsel te vergroten, moeten VWS, VNG en VGN de betrokken partijen wijzen op hun verantwoordelijkheid voor deze doelgroep. Ontwikkel bijvoorbeeld een handreiking of infographic waarin tevens de ondersteuningsbehoefte met behulp van enkele casusbeschrijvingen of persona's wordt beschreven. NB: Voor de doelgroep met een tijdelijke behoefte aan een

beschermende woonomgeving is al informatie beschikbaar in de [handreiking](#) hierover.

Actie 4. Deel goede voorbeelden

VNG en VGN (landelijk), met input van gemeenten en aanbieders (lokaal/regionaal): Zorg voor bundeling en verspreiding van goede voorbeelden van gemeenten, aanbieders en samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld via een online platform met (links naar) kennis en projecten en de mogelijkheid om ervaringen te delen. Organiseer bijeenkomsten of webinars waar goede voorbeelden kunnen worden toegelicht door bijvoorbeeld aanbieders en waar deelnemers vragen kunnen stellen.

Actie 5. Maak gebruik van ervaringskennis

VWS, VNG/gemeenten, ZN/zorgkantoren/zorgverzekeraars, VGN/aanbieders (landelijk, regionaal en lokaal): Betrek bij de uitvoering van de hiervoor genoemde acties (vertegenwoordigers van) mensen met een LVB, om goed aan te kunnen sluiten bij hun wensen, mogelijkheden en begripsniveau. Op landelijk niveau kan dit via organisaties als LFB en JongPIT; op regionaal niveau biedt de LFB via haar STERKplaatsen de mogelijkheid om ervaringskennis van mensen met een LVB te benutten en kan gebruik gemaakt worden van het [Consortium Ervaringsdeskundigheid](#). Op zowel regionaal als lokaal niveau kunnen zorgaanbieders helpen contact te leggen met mensen met een LVB.

5.3 Begeleiden van jongvolwassenen met LVB naar volwassenheid

Zolang er verschillende zorgwetten zijn, blijven er zorgovergangen voor deze doelgroep (zelfs als leeftijdsgrenzen zouden wijzigen). Daarom is transitiebegeleiding van jongvolwassenen met een LVB essentieel. Kenmerken van deze transitiebegeleiding:

- De transitiebegeleiding moet ruim voor het 18^e jaar starten, bij voorkeur rond de 16^e verjaardag.
- De transitiebegeleiding wordt planmatig opgepakt, is integraal (over alle voor de persoon belangrijke leefgebieden) en kan langdurig worden ingezet (ruimschoots over de leeftijdsgrens van 18 of 23 jaar heen).
- De transitiebegeleider heeft mandaat om de benodigde ondersteuning in te zetten of een zwaarwegend advies hierover te geven (hierin verschilt de transitiebegeleider van de reguliere onafhankelijke cliëntondersteuning).
- De transitiebegeleider heeft, naast het regelen van aansluitende zorg en praktische zaken, ook oog voor wat de persoon nodig heeft op sociaal-emotioneel gebied en levensvragen in de transitie naar volwassenheid.
- De jongere en zijn informele netwerk worden actief bij de planvorming betrokken.

We adviseren de volgende acties:

Actie 6. Stimuleer de inzet van transitiebegeleiding over domeinen heen

VWS en VNG (landelijk): Het gewenste startmoment van transitiebegeleiding ligt rond het 16^e jaar, soms nog eerder. Op deze leeftijd komt de zorg en ondersteuning van mensen met LVB meestal uit de Jeugdwet. Benoem daarom als onderdeel van Actie 3 (bewustzijn over verantwoordelijkheid) de rol van gemeenten in de begeleiding van jongvolwassenen bij de overgang naar volwassenheid. De manier waarop transitiebegeleiding ingevuld kan worden, verschilt. Een beproefd concept is bijvoorbeeld de transitiecoach LVB, maar we hoorden ook over JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) of anderen uit het informele netwerk van de jeugdige, een regisseur jeugd die 'meegaat' naar Wmo en een kernteam dat op casusniveau afstemt. Roep gemeenten op om een plan van aanpak te maken voor de inzet van domeinoverstijgende transitiebegeleiding en uit te werken wat nodig is om dit financieel mogelijk te

maken. Deze actie vraagt vervolgens van gemeenten en aanbieders (lokaal) om de handschoen op te pakken en afspraken te maken over de invulling van transitiebegeleiding.

Actie 7. Overweeg een financiële impuls voor inzet transitiebegeleiding

VWS (landelijk): Om gemeenten op weg te helpen in het organiseren van transitiebegeleiding kan VWS gemeenten faciliteren met tijdelijke middelen. Uit eerdere pilots is gebleken dat transitiebegeleiding veel positieve effecten heeft, maar toch niet langdurig gefinancierd wordt door gemeenten. Met een impuls of startfinanciering worden gemeenten gestimuleerd en gefaciliteerd om de werkwijze goed in te regelen, passend bij de lokale situatie. De transitiebegeleiding valt binnen de reguliere verantwoordelijkheid van gemeenten voor Jeugdwet en Wmo en zou na de tijdelijke financiering uit de middelen van Jeugdwet en Wmo georganiseerd moeten worden. Door zelf te ervaren wat de positieve effecten van transitiebegeleiding zijn en dat het ergere problemen voorkomt, is de kans groter dat gemeenten dit blijven organiseren. Wellicht kan de Specifieke uitkering domeinoverstijgende samenwerking of de middelen die vrijkomen via het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) hiervoor worden ingezet.

5.4 Organiseren van aansluiting in aanbod

Het zwaartepunt in de ondersteuning voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB ligt in het lokale gemeentelijke domein, zeker wanneer ook de andere domeinen als inkomen en huisvesting worden meegenomen. Er kan tijdelijk iets nodig zijn uit een ander domein (bijvoorbeeld GZSP uit de Zw of LVG-behandeling uit de Wlz), maar de meeste jongvolwassenen met een LVB blijven qua ondersteuningsbehoefte (ook) een beroep doen op het sociaal domein. De regie op een sluitend aanbod moet dan ook door gemeenten worden opgepakt. Daarom stellen wij de volgende acties voor:

Actie 8. Ondersteun gemeenten door agendering LVB binnen aanpak 16-27

VNG (landelijk): Zet de doelgroep jongvolwassenen met een LVB op de agenda van bijeenkomsten van het landelijk gemeentelijk netwerk 16-27 en zorg voor specifieke informatie over de ondersteuningsbehoefte van deze doelgroep op de Big5. Zorg ervoor dat voldoende aandacht is voor de diversiteit van de vragen en problemen. En betrek hierbij (organisaties die werken met) ervaringsdeskundigen.

Actie 9. Zorg voor een goede overgang van Jeugdwet naar vervolgzorg

Gemeenten en aanbieders (lokaal, zo mogelijk/nodig regionaal): Creëer een goede aansluiting voor iedere jongvolwassene met LVB, redenerend vanuit de ondersteuningsbehoefte (zoals geïnventariseerd en vastgelegd in een toekomst- of transitieplan), door de volgende bestaande mogelijkheden te benutten: tijdig een Wmo-indicatie afgeven (zo nodig vóór het 18^e jaar) en anders verlengde jeugdhulp inzetten. Kijk ook naar de mogelijkheid om jeugdhulpaanbieders te contracteren binnen de Wmo, zodat zij een traject rustig af kunnen maken. Aanbieders, zorg dat de interne organisatie doorlopende zorg mogelijk maakt (bijvoorbeeld door een begeleider vanuit het jeugdtraject ook in te kunnen zetten vanuit volwassenenzorg).

Actie 10. Synchroniseer de inkoop van LVG-behandeling

Gemeenten en zorgkantoren (regionaal): Een specifieke overgang is die naar de tijdelijke LVG-behandeling in de Wlz (en van daaruit terug naar het gemeentelijk domein, de Wmo). Stem af over de partijen die gecontracteerd worden in de Jeugdwet en Wlz-LVG, zodat trajecten naadloos kunnen doorlopen. Omdat de zorgkantoren regionaal georganiseerd zijn en ook het aanbod meestal een regionale functie heeft, helpt het als gemeenten voor deze specifieke groep binnen de LVB regionaal één lijn hanteren.

Actie 11. Creëer financieringsmogelijkheid binnen de Wlz

VWS (landelijk): In het verlengde van de vorige actie: ook de overgang vanuit de LVG-behandeling naar de Wmo of de reguliere Wlz kent soms problemen. Zorgaanbieders en zorgkantoren ervaren de leeftijdsgrens van 23 jaar als belemmering voor goede (afronding van) LVG-behandeling in de Wlz. Geef zorgkantoren daarom de ruimte om in uitzonderingsgevallen de zorg te financieren voor mensen die qua zorgbehoefte op een passende plek zitten maar niet (meer) voldoen aan de voorwaarden. Zoals jongvolwassenen die op hun 23^e nog niet klaar zijn met de LVG-behandeling. Wanneer dit een wetswijziging vraagt, zal dit niet op korte termijn gerealiseerd kunnen worden; onderzoek of er mogelijkheden zijn voor toepassen van coulance of bijzondere bevoegdheid voor zorgkantoren die in lagere regelgeving kan worden vastgelegd.

Actie 12. Stimuleer regionale samenwerking rond LVB

VNG en ZN (landelijk): De VNG en ZN hebben een samenwerkingsagenda en een werkstructuur, bedoeld om gemeenten en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het maken van regionale afspraken⁷. Voeg de doelgroep LVB op landelijk niveau aan deze werkagenda toe. Onderwerpen voor deze regionale afstemming kunnen zijn: preventie en vroegsignalering van psychische problemen bij mensen met een LVB; ondersteuningsbehoeften op het gebied van zowel wonen, begeleiding als behandeling.

Actie 13. Onderzoek de noodzaak van en mogelijkheden voor behandelexpertise als integraal onderdeel van Wmo-verblijf

VWS (landelijk): Voor de groep die tijdelijk een beschermende woonomgeving nodig heeft gericht op zelfredzaamheid en participatie, is er de wens om behandelexpertise in te kunnen zetten. Tot 2015 kon behandelexpertise

worden geboden in de woonsetting als onderdeel van tijdelijk verblijf. De Wmo voorziet hierin niet, omdat deze expertise naar zijn aard niet goed onder de Wmo past. Behandeling kan wel geboden worden vanuit de Zvw, maar maakt dan geen integraal onderdeel uitmaken van de woonzorg. Stel daarom een onderzoek in om te bepalen hoe groot dit probleem is en welke oplossingen gevonden kunnen worden binnen de Wmo en/of samen met de Zvw (bijvoorbeeld vanuit de GZSP).

Actie 14. Breng de verschillende zorgovergangen van jeugdigen in beeld

VWS, VNG, VGN (landelijk): Er zijn verschillende zorgovergangen voor jeugdigen met een LVB op weg naar volwassenheid en bij elke zorgovergang is de aansluiting van aanbod anders. Breng deze overgangen in beeld en beschrijf daarbij de wettelijke kaders en betrokken partijen, zodat de samenhang tussen de losse wetten, regels en instrumenten duidelijk wordt. Maak hier een visueel overzicht van (bijvoorbeeld een infographic) en verspreid dit onder de relevante partijen, om meer kennis en bewustzijn te creëren over de zorgovergangen en wat daarbij nodig is. NB. Deze actie hangt samen met actie 3.

5.5 Advies voor de middellange termijn

De urgentie om deze acties aan te pakken is groot, gezien de omvang van de doelgroep en de potentiële problemen bij het ontbreken van zorgcontinuïteit. In voorgaande paragrafen hebben we 14 acties beschreven die bijdragen aan verbetering van de zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB. Met deze concrete acties hebben we focus aangebracht in wat nodig is voor soepele zorgovergangen voor jongvolwassenen met een LVB. Omdat de acties in lijn liggen met de aanbevelingen uit eerder onderzoek en de genoemde belemmeringen grotendeels te maken hebben met keuzes die

⁷ <https://vng.nl/persberichten/gemeenten-en-zorgverzekeraars-in-elke-regio-samenwerking-op-zorg-en-ondersteuning>

partijen maken, rijst de vraag of alle acties daadwerkelijk op korte termijn opgepakt gaan worden door alle betrokken stakeholders en of deze geborgd worden in de praktijk. Daarom adviseren wij het ministerie van VWS om initiatief te nemen tot een samenhangende aanpak voor de verbetering van zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB. Een aanpak waarin de verschillende acties samenkomen, waarin een duidelijke opdracht wordt geformuleerd voor de verschillende betrokken partijen, zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau en waarin een ondersteuningsstructuur wordt neergezet voor facilitering van de uitvoering.

Omdat voor het eerste thema (gedeeld beeld van opgave en betrekken van doelgroep) en tweede thema (transitiebegeleiding) al veel dingen zijn ontwikkeld, kan de focus daar vooral liggen op verspreiding en implementatie in de lokale of regionale praktijk. Let daarbij wel op of ervaringsdeskundigheid voldoende wordt benut. In het derde thema (organiseren van aansluiting in aanbod) zitten een aantal punten die om nader onderzoek of uitwerking vragen. Ook zit hierin de uitdaging van domeinoverstijgende samenwerking. We adviseren om hiervoor via lokale en regionale pilots een werkwijze te ontwikkelen, die vervolgens breed kan worden uitgerold (rekening houdend met de couleur locale).

De eerste stap is om met de landelijke partijen te verkennen hoe men aankijkt tegen een dergelijke integrale en actiegericht aanpak, omdat draagvlak voor de uitvoering cruciaal is. (Draagvlak voor de ambitie is er al, omdat dit naadloos past binnen de lijn van de Toekomstagenda.) Daarna kunnen, op basis van de in dit rapport beschreven acties, keuzes worden gemaakt over de invulling.

Met dit voorstel beogen wij een sterkere sturing op het behalen van concrete resultaten door de betrokken stakeholders op de beschreven acties, zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau.

Bijlage 1. Samenvattend beeld aanbevelingen

Inleiding

Door een documentstudie hebben we aanbevelingen en oplossingsrichtingen uit eerdere onderzoeken verzameld. We hebben 150 aanbevelingen en oplossingsrichtingen gevonden en deze gecategoriseerd op thema. In deze bijlage beschrijven wij per thema de hoofdlijnen uit de aanbevelingen en oplossingsrichtingen. Waar mogelijk benoemen we het niveau (lokaal, regionaal of landelijk) voor actie op de aanbeveling. Overigens werd de partij aan wie de aanbeveling is gericht vaak niet vermeld in de onderzoeksrapporten. Dit is daarom in veel gevallen een interpretatie van ons als onderzoekers.

Toelichting thema's

De volgende thema's komen naar voren uit de documentstudie. Wanneer een aanbeveling bij meerdere thema's past, hebben we voor het meest passende thema gekozen.

1. *Beleid (44 aanbevelingen)*: Adviezen rondom het ontwikkelen en aanpassen van landelijk, regionaal en lokaal beleid in samenwerking/ afstemming met de doelgroep.
2. *Inhoud van zorg en ondersteuning (37 aanbevelingen)*: Elementen die van belang zijn voor het bieden van passende zorg- en ondersteuning aan de jongere.
3. *Creëren van passend aanbod (19 aanbevelingen)*: Adviezen voor het creëren en organiseren van voldoende en passend aanbod op het gebied van (beschermd) wonen, zorg/ondersteuning en werken.
4. *Samenwerking (19 aanbevelingen)*: Samenwerking tussen partijen en professionals die betrokken zijn bij de zorg- en ondersteuning van jongeren met een LVB.

5. *Toeleiding naar passend aanbod (17 aanbevelingen)*: Voorbereiding op de volwassenheid en vanuit daar een doorgaande ondersteuningslijn. Ook duidelijkheid over mogelijkheden voor zorg en ondersteuning en de vindbaarheid daarvan vallen onder dit thema.
6. *Sociaal netwerk (9 aanbevelingen)*: Betrekken van/samenwerking met het sociale netwerk van de jongere bij het volwassen worden.
7. *Financiering (5 aanbevelingen)*: Mogelijkheden rondom financiering ter bevordering van integrale zorg- en ondersteuning.

1. Beleid

Een aantal aanbevelingen is gericht op het landelijke niveau en vraagt actie van Rijksoverheid in afstemming met VNG/gemeenten en ZN/zorgkantoren. Voor de uitvoering van de zorg zijn uiteraard ook de zorgaanbieders betrokken. Dit betreft ten eerste aanbevelingen voor de specifieke doelgroep jongeren/jongvolwassenen in een LVG-behandelcentrum:

- Uniformering van zorgprofielen en criteria tussen Jeugdwet en Wlz en tussen regio's.
- Meer bewegingsmogelijkheden binnen en tussen indicaties, zoals het administratief kunnen omzetten van LVG-indicaties naar een lager profiel, inzetten van volledig pakket thuis (vpt) aan het eind van het traject en inzet van trajectindicaties waardoor op- en afgeschaald kan worden (tussentijds geen toets van CIZ of gemeente noodzakelijk).

Andere aanbevelingen op landelijk niveau hebben te maken met de wettelijke leeftijdsgrens. Dit valt binnen de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid, in afstemming met VNG/gemeenten:

- Verhogen van de leeftijdsgrens van de jeugdhulpplicht van 18 naar 21 jaar.

- Versoepelen van de transitie van wettelijke minder- naar meerderjarigheid.
- Versoepelen van de overgangen tussen wettelijke kaders door betere aansluitingen. NB. Deze aanbeveling vraagt ook actie op lokaal of regionaal niveau.

Aanbevelingen die voor zowel het landelijke als het regionale en lokale beleidsniveau gelden:

- Betrek de doelgroep bij de ontwikkeling van beleid. Bijvoorbeeld door als beleidsmedewerker mensen met een beperking te ontmoeten en zo een beter beeld te krijgen van de realiteit.
- Stem het beleid af op de mogelijkheden van de doelgroep en pak het integraal aan. Houd daarbij rekening met verminderde zelfredzaamheid en heb reële verwachtingen van deze doelgroep.
- Zorg voor structurele en actieve vertegenwoordiging van jongeren met een beperking en heb aandacht voor hun talenten en de kansen die zij bieden.
- Vertel een positief, inclusief verhaal. Weest optimistisch, enthousiast en overtuigend en heb geduld.

Aanbevelingen aan beleidsmakers binnen de gemeenten (lokaal niveau en voor beschermd wonen regionaal niveau):

- Krijg zicht op de lokale situatie (aantallen, problematiek, aanbod).
- Benoem de doelgroep in de woon(zorg)visie van de gemeente en prestatieafspraken met woningcorporaties.
- Zorg voor deskundigheid bij de toegang en wijs cliënten op het recht zich te laten bijstaan door een cliëntondersteuner.
- Stelt een wijkteammedewerker aan met aandachtsgebied jongeren van 16-27 jaar, die regie voert over het integraal plan voor een soepele overgang.

- Organiseer een 'wachtljistregisseur'.
- Voorkom administratieve rompslomp en onnodige wachttijd.
- Geef langlopende beschikkingen af en geef voldoende ruimte in beschikkingen.
- Benut beleidsruimte (er kan meer dan soms wordt gedacht).
- Ontwikkel samenhangende dienstverlening.
- Focus niet alleen op hulpverlening, maar ook op een preventieve infrastructuur.
- Benoem de opgave voor professionals (gedeeld beeld van benodigde verandering).
- Zorg dat er zicht is op het welzijn van alle jongeren en niet alleen de kwetsbare groep omdat het niet altijd duidelijk is wie kwetsbaar is.

2. Inhoud zorg en ondersteuning

Aanbevelingen over de inhoud van zorg en ondersteuning zijn vooral gericht op professionals van zorgaanbieders en (in de toegang) van gemeenten. Zij werken meestal op individueel cliëntniveau maar moeten vanuit hun organisaties, die lokaal of regionaal werken, worden gefaciliteerd.

- Maak gebruik van een toekomstplan of vergelijkbaar instrument (bijvoorbeeld levensdoelen) en evalueer dit regelmatig in het transitieproces van kinderzorg naar volwassenenzorg. Begin hier op tijd mee (meeste bronnen zeggen vanaf 16 jaar, andere zelfs vanaf 12 jaar).
- Betrek de jongere actief, luister naar wensen en behoeften (vraag-gestuurde zorg met keuzevrijheid en flexibiliteit).
- Betrek ouders/verzorgers actief bij het transitieproces en begeleid hen bij overdracht van regie en verantwoordelijkheid naar hun kind.
- Zorg voor de juiste expertise bij professionals; zorg voor ruimte in de opleidingen van alle betrokken professionals en maak al beschikbare expertise toegankelijk voor andere professionals. Daarnaast is tijd en aandacht voor intervisie/reflectie (casus coaching) belangrijk.

- Maak gebruik van ervaringsdeskundigen om kennis/expertise over mensen met LVB te bevorderen.

Bij het bieden van de zorg en ondersteuning is het belangrijk om aandacht te hebben voor:

- Bieden van continuïteit.
- Creëren van (zelf)vertrouwen; dit kan extra tijd vragen (bovenop wat regulier wordt ingezet).
- Communicatie passend bij het niveau en de belevingswereld van de jongvolwassene (zo nodig visuele ondersteuning gebruiken).
- Wensen, verwachtingen en ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen.
- Rekening houden met de diversiteit van de doelgroep in wensen/mogelijkheden.
- Probeerruimte: balans tussen ruimte geven en overnemen.
- Naast resultaatgericht, ook procesgericht werken.
- Toekomstgericht werken, maar niet te ver vooruit kijken.

3. Creëren van passend aanbod

Aanbod moet voornamelijk op lokaal en zo nodig op regionaal niveau worden gecreëerd, waarbij gemeenten en aanbieders en eventueel zorgkantoren als belangrijkste stakeholders aan zet zijn. Het gaat hierbij om:

- Zorgen voor benodigde (uitwisseling van) kennis en expertise, bijvoorbeeld door expertise van professionals met veel kennis over de doelgroep toegankelijk te maken voor anderen en door ervaringsdeskundigen hun ervaringen te laten delen.
- In kaart brengen of er voldoende aanbod beschikbaar is om de vraag op te vangen.
- Creëren van voldoende aanbod, ook voor de lange termijn:
 - Woon- en werkplekken, bijvoorbeeld:
 - Noodplekken (bijvoorbeeld beschermd wonen)

- Woonruimte voor jongeren die uit de jeugdhulp stromen en niet terug naar ouders/verzorgers kunnen
- Uitstroom uit verblijfssettingen waarbij betaalbare huisvesting en/of omklapwoningen gewenst zijn
- Diverse vormen van begeleiding en gradaties in beschikbaarheid (zodat eventueel geleidelijke afschaling gerealiseerd kan worden)

Houd bij de organisatie van passende zorg en ondersteuning rekening met:

- Verminderde flexibiliteit van jongeren bij bijvoorbeeld dagbesteding.
- Borging van ondersteuning in (de buurt van) de leefomgeving van de cliënt.
- Betaalbare huisvesting voor mensen met een kleine portemonnee.
- Zorgsetting waarin verschillende aanbieders zorg kunnen leveren, ook uit verschillende kaders.

Tot slot wordt regionale inkoop van passend aanbod geadviseerd vanwege het vaak beperkte aantal cliënten per gemeente.

4. Samenwerking

Het gaat hierbij om aanbevelingen die op lokaal en eventueel regionaal niveau moeten worden gerealiseerd, met als voornaamste stakeholders de gemeenten en zorgaanbieders/professionals:

- Samenwerking tussen organisaties (denk aan zorgorganisaties, school, woningcorporaties, politie etc.) en professionals voor een geleidelijke zorgovergang, het bieden van integrale zorg en ondersteuning, combineren van expertise en casuïstiekoverleg.
- Samenwerking tussen professionals en beleidsmakers.
- Inzet van een casemanager, transitiecoördinator of andere professional die regie voert en de jongere, het netwerk en stakeholders actief betreft.

- Inzet van een medisch professional die de regiefunctie heeft over de medische problematiek. Tevens goede samenwerking tussen alle betrokken medische professionals.
- Benutten van de bestaande regionale structuren.

5. Toeleiding naar passend aanbod

Toeleiding gebeurt vooral op het niveau van de jongere/jongvolwassene met een beperking en daarom veelal lokaal, door (professionals van) gemeenten en zorgaanbieders. Het gaat hierbij om:

- Voorbereiding op de veranderingen rondom het 18^e levensjaar. Bijvoorbeeld door een inventarisatie van de toekomstwensen rond het 16^e levensjaar.
- Creëren van een doorgaande (ondersteunings)lijn, zowel van school naar werk of dagbesteding als bij de overgangen tussen de wettelijke domeinen. Rekening houdend met veranderingen in zorg- en ondersteuningsbehoefte. Bijvoorbeeld door inzet van een casemanager.

Belangrijk hierbij:

- Duidelijkheid over de mogelijkheden en goede vindbaarheid, bereikbaarheid en ondersteuning voor jongvolwassenen en ouders.
- Een proactieve aanpak, om te voorkomen dat een jongvolwassene uit beeld raakt.
- Een goede overdracht van zorg én transitie naar volwassenenzorg, bijvoorbeeld via een transitiepolikliniek waarbij de jongere, voordat de overdracht plaatsvindt, in contact komt met de volwassenenzorg.

Specifiek voor jongvolwassenen in een LVG-behandelcentrum is de aanbeveling op landelijk niveau om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de overgang naar de Wmo te versoepelen. Ook voor deze doelgroep is de

aanbeveling om tijdig het CIZ te consulteren over de vervolindicatie. Dit vraagt iets van de aanbieder (lokaal/regionaal) en van het CIZ (regionaal/landelijk).

6. Sociaal netwerk

Aanbevelingen in dit thema zijn gericht op het niveau van de jongere/jongvolwassene met een beperking en daarom veelal lokaal, door (professionals van) gemeenten en zorgaanbieders:

- Creëer een sociaal netwerk (of steunfiguur) rondom de jongere of, indien er al een netwerk is, betrek dit actief.
- Zet in op de eigen kracht/regie van de jongere en bespreek verwachtingen rondom betrokkenheid van ouders en de rest van het netwerk.
- Begeleid de ouders/verzorgers in overdracht van regie naar de jongere bij overgang naar volwassenheid.
- Leg deze verwachtingen en gemaakte afspraken vast in een toekomst- of transitieplan.

7. Financiering

Hierbij gaat het met name om:

- Landelijk: het ontschotten van de financieringsstromen of (faciliteren van) experimenten met overgangsbudgetten, zodat de financiering de zorgvraag volgt en niet andersom.
- Lokaal/regionaal: aandacht voor integraal budget en vertaling hiervan naar de inkoop jeugdhulp en Wmo, zodat aanbieders kunnen doen wat nodig is. Dit betekent ook samenwerken met andere partijen.
- Lokaal/regionaal: zorg dat direct bij start van de ondersteuning ook financiering beschikbaar is.

Bijlage 2. Geraadpleegde bronnen

- Bureau HHM (2020): In-, door- en uitstroom LVG zorgprofielen
- Academische Werkplaats Sterker op eigen benen, Radboudumc (2018): Begeleidingsbehoeften van jongeren met een LVB in transitie naar volwassenheid
- Fontys Hogeschool lectoraat Sociale veerkracht (2018): Jongeren met een LVB niet louter cliënt: een volwassen aanpak
- OJOV (2021): Ondersteuning van jongeren op de drempel van volwassenheid
- AEF Programma 16-27 (2017-2021), in opdracht van VWS en VNG (2020): Een passende plek voor een specifieke behoefte
- Rijksoverheid (2022): Kamerbrief over uitwerking Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking
- VWS en betrokken partijen (2021): Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking (programmatische uitwerking)
- SCP (2019): Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting
- Landelijk Kenniscentrum LVB (2018): Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking; Kenmerken en gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies
- Raad Dordrecht (2020): Plan van aanpak 'van Jeugdwet naar Wmo: niet tussen wal en schip'
- Programma Sociaal Domein: Betere ondersteuning voor mensen met een licht verstandelijke beperking
- Handreiking Krachtplan 18+
- HHM i.o.v. VWS (2020): Handreiking beschermde woonomgeving voor specifieke groepen
- VNG (2022): Handreiking cliëntondersteuning
- KC KJP, Nji en KC LVB: Infographic op weg naar volwassenheid
- Kennisland i.o.v. ZonMw (2022): Handreiking verbeteren van de positie van jongeren met een beperking.
- VNG/Nji (2016): Handreiking van jeugd naar volwassenheid voor gemeenten
- Richtlijndatabase: Jongeren in transitie van kinderzorg naar volwassenzorg
- HHM (2016): Onderzoek LVB 18+
- AEF (2018): Onderzoek naar de leeftijdsgrens van de jeugdhulpplicht: en dan ben je volwassen
- Kennisplein Gehandicaptensector (2014): Handleiding (F)ACT: LVB'ers aan de slag
- CCE: Samenwerken in PRO bij LVB en probleemgedrag
- Ministerie van Financiën (2019): Interdepartementaal beleidsonderzoek Mensen met een licht verstandelijke beperking
- Kamerbrief: Kabinetsreactie IBO mensen met een LVB – Zorg&Sociaalweb
- Transitiebureau Jeugd (2014): Kinderen en jongeren met een beperking van AWBZ naar Jeugdwet
- Nji (2015): Brochure Media en kinderen met een LVB
- Handreiking betere zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen in de meest kwetsbare omstandigheden en/of met de meest complexe problemen
- Sien voor mensen met een VB: Regels na je 18^e
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2018): Leeftijdsgrenzen, betere kansen voor kwetsbare jongeren
- Nji (2022): ondersteuning op weg naar volwassenheid
- Nji (2021): Verkenning richtlijn toekomstgericht werken
- Op eigen benen.nu (2017): Tien punten programma betere transitie in zorg, van kindzorg naar volwassenzorg voor jongeren met een chronische aandoening
- Nji (2018): Leeftijdsgrenzen in beleid, wat werkt in de praktijk?
- Spirit!: Opgroeien naar (jong)volwassenheid