

Jeugd-GGZ in de Wlz

Onderzoek naar de openstelling van de Wlz voor jeugdigen met GGZ-problematiek

Auteur(s) Ellen Geuzebroek, Msc.
dr. Patrick Jansen
Annika van de Belt, MA, Msc.
dr. Albertus Laan
Anouk van der Veen, Msc.

Opdrachtgever Ministerie van VWS

Kenmerk EG/20/0921/jggzwlz

Publicatiedatum 17 juni 2020

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Vraagstelling.....	6
2. Aanpak	8
2.1 Voorbereiding onderzoek	8
2.2 Afbakenen doelgroep	8
2.3 Landelijke uitvraag	9
2.3.1 Data-analyse.....	9
2.3.2 Respons op landelijke uitvraag	10
2.4 Integrale zorg en ondersteuning	11
2.5 Uitvoeringsconsequenties.....	12
2.6 Financiële consequenties	12
2.7 Rapportage.....	13
3. Definitie doelgroep	14
3.1 Kenmerken jeugdigen.....	14
3.2 Ondersteuningsbehoefte	16
3.3 Huidige ondersteuning en knelpunten	16
4. Kenmerken en omvang doelgroep	18
4.1 Respons	18
4.2 Kenmerken van de jeugdigen.....	19
4.3 Jeugdigen met mogelijk toegang tot Wlz.....	19
4.3.1 Kenmerken jeugdigen met mogelijk toegang tot Wlz	21
4.3.2 Aard zorgvraag jeugdigen met mogelijk toegang tot Wlz.....	22
4.3.3 Toetsing J42-regio's.....	23

4.4 Zorgprofielen	24
4.5 Extrapolatie	25
5. Integrale zorg en ondersteuning	28
5.1 Verschillenanalyse Wlz en Jeugdwet.....	28
5.2 Integrale zorg en ondersteuning vanuit de Wlz	30
6. Uitvoeringsconsequenties	33
6.1 Indicatiestelling	34
6.2 Contractering	36
6.3 Levering van zorg	37
6.4 Verantwoording van zorg	38
7. Financiële consequenties.....	39
7.1 Uitkomsten landelijke uitvraag	39
7.2 Aanvullende bronnen	41
8. Conclusie	44
9. Beschouwing	51
Bijlage 1. Samenstelling begeleidingscommissie	53
Bijlage 2. Samenstelling expertgroepen.....	54
Bijlage 3. Geanonimiseerde dossiers.....	55
Bijlage 4. Online landelijke uitvraag	57
Bijlage 5. Wlz-Zorgprofielen, omschrijving op hoofdlijnen	61
Bijlage 6. Beschrijving voormalige deelprestaties.....	62
Bijlage 7. Overzicht zorgaanbieders met potentiële Wlz-populatie	63
Bijlage 8. Verschillenanalyse Jeugdwet en Wet langdurige zorg	64

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm. Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn. Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.



Samenvatting

Aanleiding

Medio juli 2019 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel 'Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis' aangenomen. Hierin is geregeld dat vanaf 2021 ook volwassenen met psychische problematiek toegang kunnen krijgen tot de Wlz, als ze een blijvende behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Tegelijk is het Amendement aangenomen dat jeugdigen met een psychische stoornis op een nader te bepalen tijdstip toegang kunnen krijgen tot de Wlz, wanneer inzichtelijk is wat de omvang van de doelgroep is en welke uitvoeringsconsequenties en financiële consequenties zijn verbonden aan de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep. Bureau HHM heeft in opdracht van het ministerie van VWS het onderzoek uitgevoerd dat inzicht geeft in de doelgroep die het betreft, de uitvoeringsconsequenties voor alle betrokkenen en de financiële consequenties.

Aanpak

Met behulp van voorliggend onderzoek hebben we een beeld gekregen van de omvang van de doelgroep en de consequenties van de mogelijke openstelling van de Wlz voor jeugdigen met een psychische stoornis.

Definitie doelgroep

Met behulp van expertsessies (met ervaringsdeskundigen en jeugdzorgprofessionals) en geanonimiseerde dossiers hebben we de doelgroep jeugdigen die toegang tot de Wlz kunnen gaan krijgen beter afgebakend.

Kenmerken en omvang doelgroep

Om de doelgroep in beeld te brengen hebben we gekozen voor een landelijke uitvraag onder zorgaanbieders in Nederland die mogelijk jeugdigen met psychische problematiek in zorg hebben. Deze aanbieders hebben we bereikt via de leden van de begeleidingscommissie (Kenniscentrum KJP, GGZ-NL, VGN, Per Saldo) en Jeugdzorg-NL. De uitvraag is opgesteld aan de hand van relevante documentatie en getoetst met zorgprofessionals tijdens een expertsessie en door de begeleidingscommissie. De ontvangen informatie hebben we per zorgaanbieder teruggekoppeld, om te bepalen of de gegevens gebruikt kunnen worden. Vervolgens is de informatie teruggekoppeld aan de 42 Jeugdzorgregio's.

Integrale zorg en ondersteuning

De inhoudelijke verschillen tussen de Wlz en Jeugdwet qua zorg en ondersteuning zijn inzichtelijk gemaakt door een juridische analyse van de wetteksten Wlz en Jeugdwet uit te voeren. Met enkele zorgaanbieders hebben we interviews afgenomen die zorg en ondersteuning bieden aan jeugdigen met een (licht) verstandelijke beperking, om een beeld te krijgen bij hoe zij de integrale zorg en ondersteuning aan de jeugdigen en het systeem organiseren. Deze bevindingen zijn tijdens een expertsessie besproken met (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen.

Uitvoeringsconsequenties

Aan de hand van onze expertise en de expertise van enkele professionals uit de expertgroep hebben we per partij in beeld gebracht wat de uitvoeringsconsequenties zijn voor de betrokken partij (jeugdigen en ouders, zorgaanbieders, gemeenten, CIZ en Wlz-uitvoerders). Deze

bevindingen zijn verwerkt in een notitie en besproken met professionals en ervaringsdeskundigen tijdens een expertsessie.

Financiële consequenties

We hebben verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd en bronnen benut om zicht te krijgen op de huidige kosten van zorg en ondersteuning aan jeugdigen uit de doelgroep. De huidige kosten per jeugdige zijn allereerst uitgevraagd via de landelijke online vragenlijst, slechts een deel van de respondenten heeft deze informatie aangeleverd. Parallel hieraan zijn enkele gemeenten benaderd om gegevens over de huidige kosten aan te leveren. Het aanleveren van de exacte kosten voor de doelgroep jeugdigen is niet mogelijk, omdat gemeenten sinds 2015 niet uniform registreren op het soort problematiek van jeugdigen. Bij het verzamelen van de geanonimiseerde dossiers hebben we ook uitgevraagd welke kosten momenteel gemoeid zijn met de zorg en ondersteuning aan de jeugdigen en de ondersteuning aan hun systeem. De professionals konden niet voor alle dossiers deze informatie aanleveren. Aanvullend is een analyse uitgevoerd op intern referentie-materiaal van bureau HHM. De resultaten van bovenstaande stappen zijn ter toetsing voorgelegd aan de begeleidingscommissie, de expertsessie en de 42 Jeugdregio's.

Conclusies

Samenvattend betreft het naar verwachting een relatief kleine groep jeugdigen met complexe problematiek waarvoor de uitvoeringsconsequenties uitvoerbaar zijn, maar onbekend is wat de financiële consequenties zullen zijn. Op basis van onze bevindingen komen we tot de volgende samenvattende conclusies (in [hoofdstuk 8](#) leest u de gehele conclusie):

- de verwachte omvang van de groep jeugdigen met een psychische stoornis die voldoet aan de Wlz-criteria ligt waarschijnlijk tussen de

300 en 800; de exacte omvang van deze groep wordt duidelijk als het CIZ voor deze groep gaat indiceren;

- naast een psychische stoornis is bij een aanzienlijk deel van deze jeugdigen ook sprake van een (licht) verstandelijke beperking;
- bij deze jeugdigen is sprake van complexe meervoudige problematiek, zoals traumatische ervaringen, hechtingsproblematiek, emotie-regulatie problematiek en disharmonisch ontwikkelingsprofiel;
- deze jeugdigen hebben veel behoefte aan structuur, ondersteuning bij ADL/HDL dat kan fluctueren gedurende de dag en qua behandeling gaat het veelal om psychotherapie, psycho-educatie, traumatherapie, ambulante thuisbehandeling of therapie voor structurering;
- overheveling van de zorg voor deze jeugdigen van de Jeugdwet naar de Wlz leidt tot uitvoeringsconsequenties op het gebied van de indicatiestelling, contractering, levering van zorg en verantwoording van zorg; deze consequenties richten zich op informatievoorziening, procesinrichting, formatie en scholing; deze consequenties zijn uitvoerbaar, maar vragen een zorgvuldige voorbereiding en voldoende doorlooptijd om ze te kunnen realiseren; hierbij verdient het onderbouwen en vaststellen van de blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid voor deze jeugdigen specifieke aandacht, omdat van tevoren moeilijk is aan te geven hoe de jeugdige zich de komende jaren ontwikkelt;
- vanwege het ontbreken van betrouwbare gegevens over de huidige kosten voor de cliënten uit de doelgroep hebben we tijdens voorliggend onderzoek slechts een beperkt beeld gekregen van de financiële consequenties; nader onderzoek is nodig om een beter beeld te krijgen van de financiële consequenties; uit het onderzoek is wel duidelijk geworden dat een deel van de doelgroep reeds zorg

1

2

3

4

5

6

7

8

9



ontvangt vanuit de Wlz; het is onduidelijk of deze groep een herindicatie kan/zal aanvragen, en of dit mogelijk leidt tot een verschuiving binnen de Wlz;

- we hebben tijdens het onderzoek geen signalen ontvangen dat door de overheveling van de Jeugdwet naar de Wlz de inhoud van de zorg voor deze jeugdigen substantieel gaat veranderen; grotendeels zullen dezelfde zorgaanbieders dezelfde zorg blijven leveren; de knelpunten (op het gebied van juiste expertise en goede samenwerking) die voor de zorg onder de Jeugdwet gelden, gelden ook als deze zorg vanuit de Wlz wordt geboden;
- voor deze groep jeugdigen is de grootste consequentie van een Wlz-toegang dat ze voor onbeperkte duur gebruik kunnen maken van zorg en ondersteuning (en niet te maken hebben met kortdurende beschikkingen); dit brengt rust en continuïteit om langdurig passende zorg in te zetten en op- en af te schalen indien gewenst; omdat ondersteuning van het cliëntsysteem van groot belang is bij de doelgroep en de Wlz gericht is op de cliënt zelf, is het van belang dat wordt geregeld dat ook het cliëntsysteem vanuit de Wlz kan worden ondersteund.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft in het kort de aanleiding van het onderzoek en de onderzoeksvragen die met het onderzoek worden beantwoord.

1.1 Aanleiding

Sinds 2015 is de Wet langdurige zorg van kracht. Deze wet geeft toegang tot integrale zorg aan mensen met een blijvende behoefte aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Voor mensen met psychische problematiek is de Wlz alleen toegankelijk nadat de verzekerde drie jaar verblijf met medisch noodzakelijke geneeskundige zorg vanuit de Zvw heeft gehad. Mensen met psychische problematiek kunnen vervolgens voor drie jaar toegang krijgen tot de Wlz om deze geneeskundige zorg voort te zetten (deze periode kan telkens met drie jaar worden verlengd).

Medio juli 2019 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel 'Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis' aangenomen. Hierin is geregeld, dat met ingang van 2021 ook volwassenen met psychische problematiek toegang kunnen krijgen tot de Wlz als ze een blijvende behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Tegelijk is een Amendement¹ aangenomen waarin is gesteld dat jeugdigen met een psychische stoornis op een nader te bepalen tijdstip toegang tot de Wlz kunnen krijgen, nadat is onderzocht wat de omvang van de doelgroep is en welke uitvoeringsconsequenties en financiële consequenties zijn verbonden aan de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep.

¹ Kamerstukken II, 2018-2019, 35 146, nr. 16

Het ministerie van VWS heeft bureau HHM opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren dat inzicht geeft in de doelgroep die het betreft, de uitvoeringsconsequenties voor alle betrokkenen en de financiële consequenties. Inzicht hierin is een voorwaarde voor het openstellen van de Wlz voor jeugdigen met een psychische stoornis, zoals verwoord in het amendement.

Benadering van het onderzoek

Het uitgangspunt van het onderzoek is het Amendement van de Tweede Kamer. Dit wil zeggen dat de focus in dit onderzoek ligt op de openstelling van de Wlz voor jeugdigen met ernstige psychische problematiek in de leeftijd tot 18 jaar. De toegangscriteria van de Wlz zijn hierin leidend: een blijvende (levenslange) behoefte aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht.

1.2 Vraagstelling

Het onderzoek geeft antwoord op de volgende (sub)vragen:

1. Hoe ziet de doelgroep jeugdigen eruit die vanwege psychische problematiek op basis van de zorginhoudelijke criteria toegang zou kunnen krijgen tot de Wlz?
 - a. Welke beperkingen en stoornissen hebben deze jeugdigen?
 - b. Wat is de leeftijd van deze jeugdigen?
 - c. Hoeveel jeugdigen zullen voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz?

1

2

3

4

5

6

7

8

9



1.
 - d. Wat zijn de kosten die gemeenten kwijt zijn aan het leveren van zorg aan deze jeugdigen?
 - e. Welke ggz-zorgprofielen zullen naar verwachting worden toegewezen in de Wlz?
2. Op welke wijze ontvangen deze jeugdigen op dit moment zorg?
 - a. Welke zorg ontvangen deze jeugdigen sinds 2015 vanuit gemeenten?
 - b. Verblijven deze jeugdigen in een instelling, of ontvangen ze zorg thuis (via Zorg in Natura of een Persoonsgebonden budget)?
 - c. Vanuit welke instellingen ontvangen deze jeugdigen op dit moment zorg?
3. Wat is de daadwerkelijke zorgbehoefte van deze doelgroep?
 - a. Welke zorg is benodigd voor deze jeugdigen?
 - b. Zijn er knelpunten waardoor jeugdigen niet de benodigde zorg krijgen?
4. Wlz-aanspraken:
 - a. Welke verschillen zijn in de zorg en ondersteuning die een jeugdige op grond van de Wlz kan ontvangen ten opzichte van de Jeugdwet?
 - b. Wat zijn de financiële consequenties hiervan?
5. Uitvoeringsconsequenties en implementatieopgaven:
 - a. Wat zijn de uitvoeringsconsequenties van de overheveling voor alle betrokken partijen?
 - b. Welke voorbereidingen van partijen zijn nodig om tot een uitvoerbare openstelling van de Wlz te komen voor deze jeugdigen?

6. Wat zijn de mogelijkheden om deze jeugdigen en hun gezinnen integrale zorg en ondersteuning te bieden?
 - a. Welke mogelijkheden zijn er om ondersteuning vanuit de Jeugdwet te combineren met zorg uit de Wlz?
 - b. Wat zijn de financiële consequenties hiervan?



2. Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we onze aanpak om antwoord te krijgen op de geformuleerde onderzoeksvragen. Na voorbereiding met het ministerie van VWS zijn we gestart met een inhoudelijke afbakening van de doelgroep. Vervolgens hebben we een landelijke uitvraag gedaan om een beeld te krijgen van de omvang van de doelgroep. Tevens hebben we met experts een inhoudelijke analyse gemaakt van de Wlz en Jeugdwet en de uitvoeringsconsequenties voor alle betrokken partijen en de financieringsconsequenties. Deze stappen lichten we hieronder toe.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

2.1 Voorbereiding onderzoek

Het onderzoek is gestart met een gesprek met de opdrachtgever. In dit startgesprek hebben we concrete werkafspraken gemaakt over planning, communicatie en het definitieve plan van aanpak vastgesteld. Ook hebben we afspraken gemaakt over de gewenste samenstelling en rolinvulling van de begeleidingscommissie. De commissie is zorgvuldig vormgegeven, rekening houdend met de verschillende betrokken disciplines (zie [bijlage 1](#)). Gaandeweg het onderzoek zijn ook Zorgverzekeraars Nederland en Jeugdzorg Nederland betrokken bij het onderzoek. Tijdens één bijeenkomst van de begeleidingscommissie is ook een vertegenwoordiger van de Nationale Jeugdraad (NJR) aanwezig geweest. Daaruit werd duidelijk dat de NJR vanwege de doelgroep geen relevante bijdrage kon leveren aan voorliggend onderzoek. De NJR is dan ook verder niet betrokken geweest bij het onderzoek.

2.2 Afbakenen doelgroep

Voor dit onderzoek is het cruciaal dat duidelijk is welke jeugdigen met ernstige psychische problematiek onder de Wlz kunnen gaan vallen en welke jeugdigen een beroep blijven doen op de Jeugdwet. Om hier inzicht in te krijgen hebben we expertsessies georganiseerd en dossieronderzoek uitgevoerd. Als basis hiervoor hebben we gebruik gemaakt van de notitie² die was opgesteld naar aanleiding van de expertsessie die bureau HHM in 2018 voor het ministerie van VWS organiseerde in de aanloop van de behandeling van het wetsvoorstel 'Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis'³.

Vervolgens hebben we twee expertsessies georganiseerd, één met professionals en één met ervaringsdeskundigen (ouders van jeugdigen met psychische problematiek). Op deze manier kregen we vanuit verschillende perspectieven nader zicht op de kenmerken van deze jeugdigen en de aspecten van zorg en ondersteuning die voor deze doelgroep belangrijk zijn. De samenstelling van de expertgroepen staat in [bijlage 2](#) (tabel 1: professionals en tabel 2: ervaringsdeskundigen).

Tijdens de expertsessie met jeugdzorgprofessionals hebben we de aanwezigen gevraagd om geanonimiseerde dossiers aan te leveren van jeugdigen met psychische problematiek waarvan de professional aangeeft dat ze een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Het verzoek om dossiers aan te leveren is ook via leden van de begeleidingscommissie gedeeld. Met als doel om de relatie tussen cliëntkenmerken en zorg en ondersteuning te concretiseren, en ook een beeld te krijgen van de kosten die hiermee

² Jeugdigen met GGZ-problematiek en een blijvende behoefte aan verblijf (PJ/18/2088), bureau HHM, 15 december 2018

³ Kamerbrief 20-12-2019 met kenmerk 1624346-199725-LZ

gemoeid zijn. De focus is gelegd op de vraag waarom jeugdigen een blijvende behoefte hebben aan permanente toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid en op de knelpunten die zich voordoen in het bieden van zorg en ondersteuning aan jeugdigen en hun ouders. We hebben 13 geanonimiseerde dossiers aangeleverd gekregen en geanalyseerd. In [bijlage 3](#) staan de dossiers beschreven, vereenvoudigd en samengevat op de volgende punten: kenmerken problematiek, kenmerken zorg en ondersteuning, kenmerken (ondersteuning van het) systeem van de jeugdigen en het beschikbare jaarbudget.

1

2.3 Landelijke uitvraag

2

Om een landelijk beeld te krijgen van de omvang van de doelgroep hebben we een online vragenlijst uitgezet onder zorgaanbieders waar jeugdigen uit de doelgroep mogelijk verblijven. Wij hebben in nauwe afstemming met de begeleidingscommissie deze landelijke online uitvraag breed uitgezet onder de achterban van Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP), van de brancheverenigingen GGZ-NL, VGN en Jeugdzorg NL en via de website van Per Saldo (omdat een aantal jeugdigen uit de doelgroep ook thuis woont, waarbij het eigen netwerk de nabijheid van zorg of het toezicht organiseert). We hebben uit zorgvuldigheid gekozen voor een brede uitzet. Aangezien het een specifieke groep jeugdigen met complexe problematiek betreft, is de verwachting dat slechts een beperkt aantal zorgorganisaties uit de benaderde achterbannen zorg en ondersteuning levert aan deze doelgroep.

3

4

5

6

7

8

9

We hebben gekozen voor deze uitvraag onder zorgaanbieders, omdat op landelijk niveau en bij gemeenten geen gegevens beschikbaar zijn om de omvang van de doelgroep in kaart te brengen. Zorgaanbieders hebben het best zicht op de kenmerken van de jeugdigen en de behoefte aan

24 uur nabijheid van zorg of permanent toezicht. Met de landelijke uitvraag onder zorgaanbieders hebben we beter zicht gekregen op het aantal jeugdigen dat tot de doelgroep behoort, de kenmerken van deze jeugdigen, de zorgaanbieders waarvan ze nu zorg ontvangen, de gewenste behoefte aan zorg en ondersteuning, het GGZ-zorgprofiel en de huidige kosten.

De uitvraag is opgesteld aan de hand van de wettekst van de Wlz, het wetvoorstel 'Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis', het amendement van de Tweede Kamer, beleidsregels van het CIZ en de resultaten van de expertsessie. Een conceptversie van de uitvraag is voorgelegd aan en besproken met professionals tijdens een expertsessie en met de begeleidingscommissie. Vervolgens is de definitieve versie online geplaatst en verspreid onder zorgaanbieders en pgb-budgethouders (de vragenlijst is opgenomen in [bijlage 4](#)).

2.3.1 Data-analyse

Om te bepalen of de jeugdige tot de doelgroep behoort, hebben we in de online uitvraag enkele inhoudelijke vragen gesteld om te beoordelen of de jeugdige mogelijk in aanmerking komt voor de Wlz. Deze antwoorden hebben we getoetst aan de formele Wlz-criteria om een inschatting te kunnen maken van de omvang van deze groep jeugdigen. We hebben dus bewust niet de vraag gesteld '*vindt u dat deze jeugdige toegang moet krijgen tot de Wlz*'. Een dergelijke vraag laat te veel ruimte voor eigen interpretatie door de respondenten. We hebben een kwantitatieve analyse uitgevoerd op de ontvangen gegevens waarbij we aandacht hebben besteed aan de (non)respons, de cliëntkenmerken, de omvang van de doelgroep en kenmerken van de huidige indicatie.

2.3.2 Respons op landelijke uitvraag

De online uitvraag is door Kenniscentrum KJP, GGZ-NL, VGN en Jeugdzorg NL verstuurd naar hun achterban en door Per Saldo op de website gepubliceerd.

Voorafgaand aan het versturen van de uitvraag hebben deze partijen een vooraankondiging verstuurd. Met deze werkwijze hebben we geprobeerd zoveel mogelijk relevante zorgaanbieders te bereiken.

	Benaderde aanbieders	Aanbieders met potentiële Wlz-doelgroep die vragenlijsten hebben ingevuld	Aanbieders zonder de potentiële Wlz-doelgroep	Aanbieders die afzien van deelname	Aanbieders zonder reactie (non-respons)
Totaal unieke aanbieders	306	33	25	8	240
<i>Waarvan lid van landelijke organisatie:</i>					
GGZ-NL	93	15	20	6	52
Kenniscentrum KJP ⁴	21	10	3	3	5
VGN	165	6	8	3	148
Jeugdzorg NL	75	13	5	0 ⁵	57
Per Saldo	n.v.t.	21 (pgb-houders)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 1: Respons zorgaanbieders online vragenlijst, uitgesplitst naar landelijke organisaties

Tabel 1 geeft per landelijke organisatie weer hoe de respons eruitziet aan de hand van de volgende kolommen⁶:

- hoeveel aanbieders door de landelijke organisatie op de hoogte zijn gesteld van dit onderzoek,
- hoeveel aanbieders één of meerdere vragenlijsten hebben ingevuld en hebben aangegeven de potentiële Wlz-doelgroep in zorg te hebben,
- hoeveel aanbieders expliciet hebben aangegeven de potentiële Wlz-doelgroep niet in zorg te hebben,
- hoeveel aanbieders expliciet hebben aangegeven af te zien van deelname aan het onderzoek en
- hoeveel aanbieders niet hebben gereageerd (hieronder vallen ook aanbieders die de doelgroep niet in zorg hebben).

⁴ De tabel geeft de reacties per landelijke organisatie weer. Alle leden van Kenniscentrum KJP zijn ook lid van GGZ-NL, hierdoor zit overlap in de respons van beide organisaties.

⁵ Via Jeugdzorg NL is niet aan de leden gecommuniceerd een reactie te geven als ze de doelgroep jeugdigen niet in zorg hebben. Om deze reden is het aantal aanbieders die afzien van deelname nul.

⁶ De totalen in de bovenste rij van tabel 1 zijn geen optelling van de rijen daaronder, omdat een aantal zorgaanbieders lid is van meerdere landelijke organisaties.



Als redenen voor het afzien van deelname geven aanbieders aan andere prioriteiten te stellen, bijvoorbeeld door de beperkt beschikbare tijd te besteden aan zorgverlening in plaats van onderzoek en/of doordat de zorgaanbieder al deelneemt aan andere onderzoeken. Uit tabel 1 blijkt dat we van 240 aanbieders geen reactie hebben ontvangen, wat een groot deel van de 306 benaderde zorgaanbieder is. Zoals eerder aangegeven zijn uit voorzorg zoveel mogelijk aanbieders benaderd (omdat geen overzicht bestaat van de zorgaanbieders die zorg verlenen aan de doelgroep). De respons binnen Kenniscentrum KJP, waar de doelgroep naar verwachting veel voorkomt is hoog. De non-respons onder de leden van GGZ-NL is ook goed verklaarbaar, omdat een deel van de achterban geen zorg biedt aan deze doelgroep jeugdigen, zoals bijvoorbeeld forensische klinieken of kleine aanbieders. Aangezien leden van Kenniscentrum KJP ook onderdeel zijn van de brancheorganisatie GGZ-NL, is de aandacht voor het belang van deelname aan het onderzoek via twee kanalen onder de aandacht gebracht bij deze aanbieders en heeft dit elkaar versterkt. Hierdoor is de veronderstelling dat we alle relevante aanbieders hebben bereikt met deze uitvraag.

De ontvangen informatie hebben we per zorgaanbieder teruggekoppeld. Dit is gedaan om de gegevens te toetsen en duidelijk te krijgen hoe de gegevens geïnterpreteerd en gebruikt kunnen worden. In totaal hebben we van 66 zorgaanbieders een reactie ontvangen op het onderzoek, waarvan 26 ons per e-mail of telefonisch op de hoogte hebben gebracht de doelgroep niet in zorg te hebben of wegens tijd niet deel te nemen aan het onderzoek. De overige 40 aanbieders hebben één of meerdere vragenlijsten (deels) ingevuld (waarvan 33 de doelgroep in zorg heeft en 7 de doelgroep niet in zorg bleek te hebben tijdens het invullen). De informatie hebben wij op aanbiedersniveau naar deze 40 aanbieders per mail teruggekoppeld, met de vraag of de informatie herkend wordt. Van

33 aanbieders hebben wij een schriftelijke of telefonische reactie ontvangen dat de gegevens worden herkend of een nadere duiding gekregen van de aangeleverde gegevens.

Vervolgens hebben we het verkregen regiobeeld naar alle 42 Jeugdzorg-regio's (J42) verspreid in afstemming met de VNG. We hebben de regio's de vraag gesteld of zij zich herkennen in het landelijke beeld, verkregen uit de uitvraag, met betrekking tot de kenmerken van de jeugdigen en de kosten. Daarnaast is het aantal jeugdigen in de regio dat mogelijk in aanmerking komt voor de Wlz, voorgelegd aan de regio (gebaseerd op de respons op de uitvraag). Hierbij is de locatie van de zorgorganisaties bepalend geweest in welk regiobeeld de jeugdige is meegenomen. Het woonplaatsbeginsel was niet leidend. Hiervoor hebben we gekozen omdat het voor de respondenten van de zorgaanbieders niet altijd duidelijk is vanuit welke gemeente de zorg gefinancierd wordt. Om de kwaliteit van de (non)respons te beoordelen hebben we de gemeenten gevraagd van welke zorgorganisaties in de regio zij verwachten dat ze deze jeugdigen in zorg hebben. De 42 regio's zijn gevraagd dit per e-mail te bevestigen. In totaal hebben wij van 26 regio's reactie ontvangen op (een deel van) de vragen. Daarvan heeft een onderzoeker van HHM met 12 regio's een telefonische afspraak gehad over de gegevens en/of een toelichting te geven op het onderzoek en het regiobeeld.

2.4 Integrale zorg en ondersteuning

Tijdens deze onderzoekstap onderzochten we inhoudelijke verschillen tussen de Wlz en Jeugdwet qua zorg en ondersteuning. Hiervoor hebben we een juridische analyse gedaan op de wettekst van de Wlz en de wettekst van de Jeugdwet gericht op aspecten die relevant zijn voor de GGZ-jeugdigen. Ook hebben we in dit kader interviews gehouden met enkele zorgaanbieders die zorg en ondersteuning bieden aan jeugdigen met een

(licht) verstandelijke beperking. Deze interviews hadden tot doel om uit te vragen hoe zij de integrale zorg en ondersteuning leveren aan zowel de VG-jeugdigen als ook het systeem om de jeugdige heen. Zodat lering getrokken kan worden uit de ervaringen die VG-instellingen binnen de Wlz hebben opgedaan met ondersteuning van het cliëntsysteem in relatie tot de ondersteuning van het cliëntsysteem voor jeugdigen met psychische problematiek. De bevindingen hebben we beschreven in notities die we tijdens een expertsessie hebben besproken met professionals en ervaringsdeskundigen. Zie [bijlage 2](#), tabel 3, voor de samenstelling van de expertgroep.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

2.5 Uitvoeringsconsequenties

De uitvoeringsconsequenties hebben we in drie stappen inzichtelijk gemaakt:

1. Op basis van onze expertise hebben we zelf in beeld gebracht wat de uitvoeringsconsequenties zijn voor de betrokken partijen: jeugdigen en ouders, zorgaanbieders, gemeenten, CIZ en Wlz-uitvoerders (zorgkantoren). Dat hebben we gedaan door per 'type partij' na te gaan welke rol(len) de partij nu vervult, welke activiteiten daarbij horen en wat de concrete consequenties zijn van deze overheveling voor de invulling van hun rol(len) en activiteiten.
2. Vervolgens hebben we de analyse per e-mail voorgelegd aan de leden van de expertgroep waarop zij schriftelijk of telefonisch hun aanscherpingen op de analyse hebben gedeeld. Specifiek hebben wij de input gevraagd van een zorgprofessional van een zorgaanbieder die voor meerdere jeugdigen een vragenlijst heeft aangeleverd.
3. De uitkomsten van deze twee stappen hebben we verwerkt in een notitie en besproken met professionals en ervaringsdeskundigen tijdens een expertsessie. De samenstelling van deze expertgroep is te vinden in [bijlage 2](#).

2.6 Financiële consequenties

Om een beeld te krijgen van de financiële consequenties hebben we informatie over de huidige omvang van de kosten voor de doelgroep uitgevraagd via de landelijke online vragenlijst. Parallel aan de landelijke uitvraag zijn enkele gemeenten individueel benaderd om gegevens over de huidige kosten van de doelgroep aan te leveren. Sinds de invoering van de Jeugdwet 2015 registreren gemeenten niet uniform op het soort problematiek van jeugdigen. Daarom is het aanleveren van de exacte kosten voor de jeugdigen uit deze specifieke doelgroep niet mogelijk.

Zoals beschreven in paragraaf 2.2, hebben we geanonimiseerde dossiers verzameld. Hierbij vroegen wij ook welke kosten momenteel gemoeid zijn met de zorg en ondersteuning aan de jeugdige met psychische problematiek en de ondersteuning aan hun systeem. De dossiers zijn aangeleverd door zorgaanbieders, expertteams, gemeenten en het CCE. De professionals konden niet voor alle dossiers de kosten aanleveren die gemoeid zijn met de zorg en ondersteuning.

Daarnaast hebben we een analyse uitgevoerd op intern referentiemateriaal van bureau HHM. De interne database beschikt over 50 tarieven van voorzieningen voor *Jeugd met verblijf* van ongeveer 40 gemeenten. De gegevens vanuit de vragenlijst, het dossieronderzoek en de analyse van de interne database hebben we ter toetsing voorgelegd aan de begeleidingscommissie en de expertsessie (zie samenstelling in [bijlage 2](#)). Tot slot zijn de resultaten van de vragenlijst in het kader van de huidige kosten voor deze jeugdigen ter toetsing gedeeld met de J42, zoals beschreven in paragraaf 2.3. We hebben de vraag gesteld of zij de minimale, gemiddelde en maximale jaarbudgetten voor deze jeugdigen herkennen.



2.7 Rapportage

Op basis van alle bevindingen hebben we voorliggende rapportage opgesteld en in conceptvorm besproken met het ministerie van VWS als opdrachtgever en met de begeleidingscommissie. Aan de hand van de ontvangen reacties hebben we de rapportage aangescherpt.

Hoofdstuk 3 geeft een algemene beschrijving van de doelgroep die centraal staat in dit onderzoek. Vervolgens bevat hoofdstuk 4 de resultaten van de landelijke uitvraag: in welke mate komen de cliënt-kenmerken die in hoofdstuk drie zijn gedefinieerd voor en hoeveel van deze jeugdigen krijgen mogelijk toegang tot de Wlz?

In hoofdstuk 5 beschrijven wij de juridische verschillen tussen de Jeugdwet en Wlz en de mogelijkheid om binnen de Wlz integrale zorg te kunnen leveren voor zowel de jeugdige als zijn/haar systeem. Vervolgens besteden we in hoofdstuk 6 aandacht aan de uitvoeringsconsequenties voor alle betrokken partijen. Hoofdstuk 7 bevat een beschrijving van de financiële consequenties. Tot slot formuleren we in hoofdstuk 8 een aantal conclusies aan de hand van de onderzoeksvragen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



3. Definitie doelgroep

Dit hoofdstuk beschrijft de definitie van de doelgroep. Allereerst wordt ingegaan op de kenmerken van de jeugdigen. Vervolgens besteden we aandacht aan de kenmerken van het steunsysteem en de ondersteuningsbehoefte. Daarmee geeft dit hoofdstuk antwoord op de onderzoeksvragen 1a, 1b en 3.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Kennismaken met Liam

Liam is hoogbegaafd, maar gaat sinds een lange tijd niet meer naar school vanwege zijn psychiatrische problematiek. Hij heeft de diagnose meervoudige complexe ontwikkelingsstoornis (McDD). Hij groeit als enig kind op in een éénoudergezin. Het vermoeden is dat de ouder die hij nooit gekend heeft ook psychische problematiek heeft. Zijn stoornis in het autisme spectrum, gaat gepaard met psychotische belevenissen. Vanaf jonge leeftijd is Liam in poliklinische behandeling bij een centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Liam heeft jarenlang verschillende langdurige intensieve behandelingen gehad (bijvoorbeeld psychotherapie, ambulante thuisbehandeling, ouder-begeleiding). Deze behandelingen hebben onvoldoende effect gehad, waardoor de verwachting bestaat dat Liam blijvend behoefte heeft aan zorg in de nabijheid. Door suïcidaliteit in combinatie met psychotische belevenissen is Liam drie maanden met een machtiging uithuisplaatsing (MUHP) gaan wonen in een gesloten setting. Momenteel wordt gezocht naar een woonomgeving met gespecialiseerde hulp, omdat Liam behoefte heeft aan een prikkelarme kleinschalige setting waar hij langdurig kan wonen.

3.1 Kenmerken jeugdigen

Kenmerkend aan de doelgroep is dat het een (kleine) groep jeugdigen met complexe problematiek betreft die moeilijk te duiden is langs lijnen van stoornissen, beperkingen en grondslagen. Deze jeugdigen hebben veelal een lange geschiedenis van hulpverlening achter de rug, met onvoldoende behandelingsresultaat. Er is vaak sprake van wisselende en/of meerdere diagnoses. De problematiek is blijvend en meervoudig, waarbij de diverse problemen elkaar versterken en effect hebben op meerdere functieniveaus en levensdomeinen, gedurende alle levensfasen. Ze hebben ondersteuningsbehoeften op meerdere levensdomeinen.

Grondslagen

Bij deze doelgroep is sprake van problematiek waarbij één of meer symptomen veroorzaakt worden door psychische factoren. Denk hierbij aan diagnoses die worden gehanteerd binnen de DSM-5, zoals ASS, AD(H)D, ODD, OCD, schizofrenie, angst-, paniek-, hechtings-, trauma gerelateerde- of persoonlijkheidsstoornissen en/of verslavingsproblematiek. Ook kan sprake zijn van een combinatie van grondslagen en een stapeling van problematieken: chronisch somatische of een (licht) verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking.

Kenmerken

Daarnaast geven de experts aan dat sprake is van één of meer van de onderstaande kenmerken:

- disharmonisch ontwikkelingsprofiel: verschil tussen enerzijds per formaal IQ en anderzijds verbaal IQ,
- traumatische ervaring,
- hechtingsproblematiek,
- emotie-regulatieproblematiek,
- beperkt leervermogen; onvoldoende behandelingsresultaat.

De effecten van deze kenmerken kunnen tot uiting komen in meerdere levensdomeinen en levensfasen en maken dat jeugdigen (bijna dagelijks) een hulpvraag hebben op ongeplande momenten.

Ernstig nadeel

Bovenstaande kan tot gevolg hebben dat er een reëel risico is op ernstig nadeel voor deze jeugdigen. Hierbij kan gedacht worden aan verwaarlozing, lichamelijk letsel, ernstige schade van zijn/haar ontwikkeling, verslaving en onder invloed komen van anderen. De mogelijkheid dat een gevaar bestaat is op zichzelf niet genoeg om toegang te krijgen tot de Wlz. Het gaat om een reëel risico dat jeugdigen het ernstig nadeel daadwerkelijk zal overkomen. Er is dus sprake van een kwetsbaarheid. Deze jeugdigen kunnen hun eigen veiligheid niet organiseren.

Blijvendheid

Om toegang te krijgen tot de Wlz moet de jeugdige een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, met andere woorden dat deze behoefte niet meer over gaat. Dit wil niet zeggen dat het functioneren van de jeugdigen nooit meer zal verbeteren. Wel betekent dit dat als het functioneren verbetert, de beperkingen zodanig zijn dat de behoefte zorg in nabijheid of permanent toezicht nodig blijft. Het CIZ onderzoekt of de jeugdige vanwege de psychische stoornis levenslang is aangewezen op zorg in nabijheid of permanent toezicht. Een jeugdige krijgt geen toegang tot de Wlz als (ten aanzien van de behoefte aan toezicht of nabijheid) mogelijkheden zijn voor (functionele) verbetering of herstel óf als niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan nabijheid of toezicht blijvend is.

De onderbouwing van blijvendheid kan worden gevonden in de levensloop, de behandelgeschiedenis en prognose. Bij jeugdigen kijkt

het CIZ niet alleen naar eventuele mogelijkheden van verbetering van functioneren of herstel, maar ook naar de ontwikkelingsmogelijkheden in relatie tot de behoefte aan 24 uur zorg in nabijheid of permanent toezicht. Toegang tot de Wlz wordt enkel gegeven als het CIZ kan vaststellen dat de jeugdigen ook in de toekomst aangewezen zal zijn op zorg in nabijheid of permanent toezicht, ondanks deze ontwikkelingsmogelijkheden. CIZ stelt de blijvendheid vast op basis van de informatie die wordt aangeleverd door de zorgaanbieder en/of andere betrokkenen. Alle experts geven aan dat de blijvende behoefte aan nabijheid of toezicht lastig is vast te stellen, zowel bij volwassenen als bij jeugdigen. Voor jonge kinderen is dit complexer vanwege het ontbreken van een lange levensloop en behandelgeschiedenis.

Kennismaken met Joëlle

Joëlle is al sinds jonge leeftijd bekend bij Jeugdzorgprofessionals. Na meerdere uithuisplaatsingen woont ze nu op 16-jarige leeftijd al 2,5 jaar in een gesloten setting. Daar woont ze met twee-op-één begeleiding, waarbij twee zorgprofessionals haar van ongeveer 7:00 tot 21:00 begeleiden. Vanwege haar psychiatrische problematiek (diagnose ADHD en ASS) gaat ze langere tijd niet meer naar school en bleek dagbesteding ook geen geschikte oplossing. Zonder strakke structuur in de dag en activiteiten, kunnen fysieke en verbale uitbarstingen volgen. Behandelaren verwachten dat in een passende, open verblijfsetting de begeleiding afgeschaald kan worden naar één-op-één of één-op-twee. Eén keer per maand blijft Joëlle een weekend logeren bij haar ouders. Voor die weekenden ontvangen haar ouders ondersteuning. Joëlle heeft een hechte band met haar ouders en leeft naar het weekend toe. Een langdurige verblijfplaats in de buurt is daarom essentieel.



3.2 Ondersteuningsbehoefte

Uit dit onderzoek blijkt dat de doelgroep op het gebied van ondersteuning een blijvende (levenslang) behoefte heeft aan één of meerdere van onderstaande aspecten:

- ondersteuning bij het structureren van de dag en/of uitvoeren van activiteiten;
- ondersteuning bij het uitvoeren van ADL-/HDL- taken: aan- en uitkleden, zichzelf reinigen, maaltijden bereiden en huishoudelijk werk;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid en (hoofdzakelijk passieve) observatie waardoor de zorgverlener tijdig kan ingrijpen: passieve observatie betreft een vorm van beschikbaarheid van toezicht in de nabijheid; er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie;
- Permanent toezicht, 24 uur per dag onafgebroken toezicht en actieve observaties, waardoor een zorgverlener tijdig bij een ernstig nadeel of dreigende escalatie kan ingrijpen: actieve observatie betreft onafgebroken toezicht waardoor direct ingegrepen kan worden gedurende het gehele etmaal. Bij jeugdigen met een behoefte aan actieve observatie kan elk moment iets (ernstig) misgaan;
- de mogelijkheid om zorg en ondersteuning op- en af te schalen, omdat de behoefte aan zorg en ondersteuning (sterk) kan fluctueren in de loop van de tijd.

3.3 Huidige ondersteuning en knelpunten

Voor goede hulpverlening aan de doelgroep is een juiste diagnose door een deskundige noodzakelijk, zodat vervolgens voldoende passende zorg kan worden geleverd. Bij deze doelgroep jeugdigen kan de diagnose nog worden bijgesteld, omdat kenmerken van problematiek in elkaar kunnen overlopen. Deze paragraaf beschrijft enkele knelpunten

waardoor de zorg en ondersteuning aan deze jeugdigen met complexe psychische problematiek wordt bemoeilijkt. Het eerste knelpunt richt zich op de levering van zorg en staat in principe los van de Jeugdwet en de Wlz. De andere twee knelpunten hebben betrekking op de (uitvoering van de) Jeugdwet.

Zorgaanbod en deskundigheid

Voor de doelgroep jeugdigen is het van belang dat op diverse momenten in het proces de juiste deskundigheid aanwezig is om de jeugdige goede zorg en ondersteuning te kunnen leveren. Juiste expertise is met name ook van belang voor een goede triage. Om goede zorg en ondersteuning te kunnen leveren aan de jeugdige is voldoende passend zorgaanbod nodig. Experts geven aan dat in diverse regio's passende zorg beperkt beschikbaar is, waardoor wachtlijsten ontstaan.

Niet alleen de omvang van het zorgaanbod, maar ook de deskundigheid is van belang. Deskundigheid in de vorm dat zorgaanbieders weten welke ondersteuning bij welke jeugdige passend is en er oog is voor de context waarin de jeugdige zich bevindt. Maatwerk is hierin belangrijk. Dit vraagt soms om innovatieve vormen van zorg en in bepaalde situaties de inzet van specifieke deskundigheid over bepaalde zorgvormen. Voor het realiseren van passende zorg is samenwerking essentieel. Volgens de experts wordt onvoldoende samengewerkt tussen aanbieders met specifieke expertise voor jeugdigen met complexe problematiek. Daarnaast geven experts aan dat er wisselingen zijn in het personeelsbestand van zorgaanbieders, waardoor deskundigheid uit de organisatie verdwijnt.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Gemeentelijk beleid

De uitvoering van de Jeugdwet valt onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Eén van de redenen voor deze keuze is, dat gemeenten beter kunnen aansluiten bij de zorgvragen van jeugdigen in hun gemeente omdat zij er dichterbij staan en omdat zij zicht hebben op het gezin van de jeugdige en de sociale context. Daardoor kunnen zij passende hulp verlenen aan de jongere en het gezin waar hij deel van uitmaakt, en op meerdere levensdomeinen. Gemeenten hebben hierbij een zekere beleidsvrijheid. Hierdoor kunnen verschillen ontstaan in de uitvoeringspraktijk tussen gemeenten.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Een meerderheid van de experts geven aan dat door de verschillende uitvoering van de Jeugdwet tussen gemeenten onderlinge verschillen kunnen ontstaan (een ongelijk speelveld). Experts hebben bijvoorbeeld genoemd dat een gevolg hiervan kan zijn dat ouders niet durven te verhuizen uit angst dat het niet lukt om de juiste zorg en ondersteuning te krijgen voor hun zoon of dochter in een andere gemeente. Daarnaast ervaren experts dat sommige toegangsmedewerkers van gemeenten (nog) over onvoldoende expertise beschikken ten aanzien van de complexe zorgvraag van deze doelgroep jeugdigen met ernstige psychische problematiek.

Beschikkingen

Via het wijkteam of de huisarts in de gemeente waar de jeugdige woont wordt voorzien in de benodigde hulp en ondersteuning. Gemeenten geven beschikkingen af voor een gespecialiseerde vorm van hulp. Waar nodig worden beschikkingen voor meerdere voorzieningen toegekend wat gezamenlijk een passend arrangement moet vormen. Deze beschikkingen worden voor een bepaalde tijd afgegeven. Experts geven aan dat in diverse gemeenten kortdurende (drie tot twaalf maanden)

beschikkingen worden afgegeven (dit beeld wordt in [hoofdstuk 7](#) bevestigd met de antwoorden die we hebben gekregen op de vragenlijst). De kortdurende beschikkingen kunnen een ontwrichtende werking hebben op jeugdigen en hun systeem (vanwege de onzekerheid die gepaard gaat met deze kortdurende beschikkingen terwijl deze jeugdigen langdurend zorg en ondersteuning nodig hebben). Daarnaast geven experts aan dat het aanvraagproces voor een pgb in sommige gemeenten wordt bemoeilijkt en op zorg in natura wordt aangestuurd, terwijl het zorg in natura aanbod onvoldoende aansluit bij de zorgvraag van de jeugdige.



4. Kenmerken en omvang doelgroep

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de landelijke uitvraag bij zorgaanbieders die zorg verlenen aan jeugdigen (18-) met psychische problematiek, die langdurig behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. We besteden hierbij achtereenvolgens aandacht aan de (non)respons, de kenmerken van de jeugdigen en een inschatting van de omvang van deze doelgroep. Hiermee geven we antwoord op de onderzoeksvragen 1a, b, c, e, 2a en c.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

4.1 Respons

In tabel 1 in paragraaf 3.2.2 hebben we de respons weergegeven van de landelijk uitvraag. De respons komt overeen met de verwachting dat de doelgroep jeugdigen momenteel met name bij de leden van Kenniscentrum KJP en GGZ-NL in zorg zijn en in mindere mate bij de leden van VGN en Jeugdzorg NL. Wat betreft de pgb-budgethouders kunnen we moeilijker de (non)respons duiden, omdat het niet duidelijk is aan welk aantal we dit cijfer kunnen refereren.

De respondenten van zorgaanbieders die vragenlijsten hebben ingevuld, hebben op aanbiedersniveau aangegeven aan hoeveel jeugdigen met psychische problematiek zij in totaal zorg en ondersteuning verlenen. Organisaties waarbij deze informatie ontbrak, hebben wij per e-mail gevraagd naar het totaal aantal jeugdigen met psychische problematiek.

⁷ ggznederland.nl

Aanvullend hebben van informatie via de jaar-verantwoording. In totaal hebben we van 56 zorgaanbieders informatie ontvangen waaruit blijkt dat ze verschillende vormen van zorg en ondersteuning verlenen aan 48.300 jeugdigen met psychische problematiek.

De respons op de vragenlijst is niet direct te duiden aan de hand van een landelijke omvang van GGZ-jeugdigen, omdat landelijk actuele informatie niet beschikbaar is over het totaal aantal jeugdigen (18-) met psychische problematiek dat zorg en ondersteuning ontvangt in Nederland, aangezien gemeenten niet uniform registreren op grondslag. Uit informatie van GGZ-NL blijkt wel dat ongeveer 170.000 jeugdigen in Nederland (5%) een psychische aandoening heeft, die leidt tot ernstige beperkingen in hun functioneren of tot verhoogd risico op een verstoorde ontwikkeling⁷. Ervan uitgaande dat de aanbieders in onze respons zorg en ondersteuning verlenen aan jeugdigen met complexe beperkingen, vertegenwoordigt deze respons 28,4% van de jeugdigen met ernstige psychische problematiek in Nederland. We hebben ook het CIZ gevraagd om gegevens waarmee we een duiding kunnen geven aan de verwachte totale groep jeugdigen met ernstige psychische problematiek, maar het CIZ heeft aangegeven niet over deze gegevens te beschikken.

Vier zorgaanbieders hebben omwille van de tijd voor een representatief gedeelte van hun jeugdigen vragenlijsten aangeleverd. Op basis van de aangeleverde vragenlijsten hebben we in nauwe afstemming met de betreffende aanbieder de vragenlijsten geëxtrapoleerd naar de overige locaties van de aanbieders. De geëxtrapoleerde vragenlijsten hebben we meegenomen in de analyse. Hierdoor zijn we uitgekomen op een totaal van 622 ingevulde vragenlijsten.

4.2 Kenmerken van de jeugdigen

In deze paragraaf geven we een inhoudelijke beschrijving van *alle* jeugdigen waarvan een vragenlijst is ontvangen aan de hand van de cliëntkenmerken (dit betreft dus alle jeugdigen die langdurig verblijven bij deze zorgaanbieders waarvan maar een deel mogelijk toegang krijgt tot de Wlz). De vragenlijst is ingevuld voor 622 jeugdigen.

Uit tabel 2 blijkt dat 40% van deze jeugdigen tussen 15 en 18 jaar is, ongeveer een kwart tussen 12 en 15 jaar en ruim 20% onder de 12 jaar. Van de 622 jeugdigen waarvoor een vragenlijst is ingevuld, wordt bij 3,4% de zorg en ondersteuning met een pgb bekostigd. Vanuit het onderzoek is niet exact te bepalen waar de jeugdigen wonen, maar kijkend naar de respons nemen we aan dat een meerderheid van de jeugdigen in een instelling verblijft, en een beperkt aantal jeugdigen thuis met een pgb. Bij ruim 83% van de jeugdigen is een diagnose voor een psychiatrische stoornis vastgesteld of bestaat een vermoeden van een diagnose. Bij 55% van de 622 jeugdigen is naast psychische problematiek ook sprake van één of meerdere andere beperkingen, dit betreft voornamelijk een (licht) verstandelijke beperking.

Cliëntkenmerk (N=622)	Antwoordcategorie	Percentage
Leeftijd	0 t/m 4 jaar	1,8%
	5 t/m 11 jaar	19,3%
	12 t/m 14 jaar	24,8%
	15 tot 18 jaar	40,0%
	Onbekend ⁸	14,1%

⁸ Het is mogelijk dat onder onbekend jeugdigen van 18 jaar en ouder vallen, omdat > 18 jaar geen antwoordcategorie in de vragenlijst was.

⁹ Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020, ClZ, publicatie 3 december 2019

Cliëntkenmerk (N=622)	Antwoordcategorie	Percentage
Bekostiging	Persoonsgeboden Budget	3,4%
Diagnose psychiatrische stoornis	Vastgesteld door deskundige	72,5%
	Vermoeden	10,6%
	Geen diagnose	16,9%
Combinatie met andere beperking	Ja	55,0%
Andere beperking	Licht verstandelijk	40,8%
	Verstandelijk	12,5%
	Chronisch somatische	4,7%
	Lichamelijk	1,9%
	Zintuiglijk	1,6%

Tabel 2: Cliëntkenmerken totale groep op basis van de landelijke uitvraag

4.3 Jeugdigen met mogelijk toegang tot Wlz

Om toegang te krijgen tot de Wlz met de grondslag psychische stoornis moet de jeugdige aan een aantal criteria voldoen⁹:

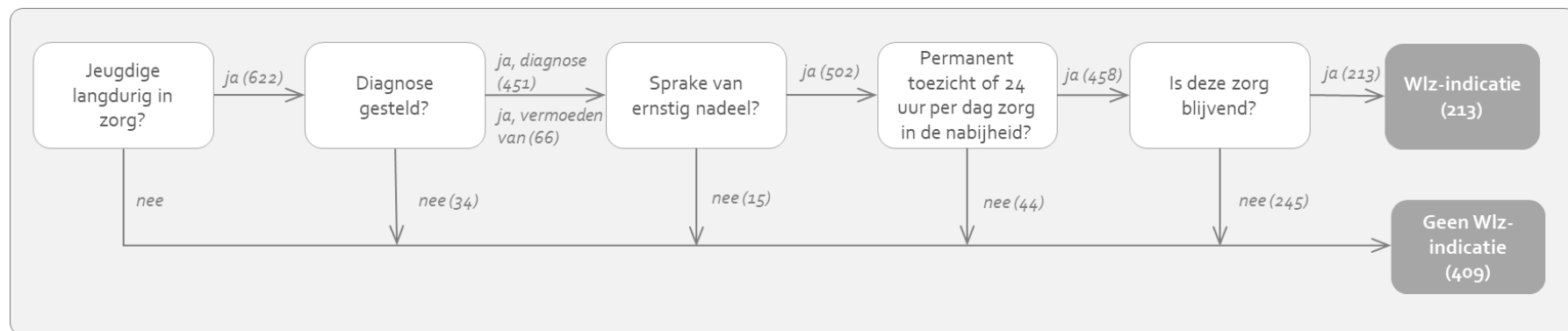
- Aanwezigheid van een aandoening of stoornis;
- Permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel;
- Daarbij dient deze behoefte blijvend (levenslang, van niet voorbijgaande aard) te zijn.

We hebben een vragenlijst opgesteld met de verschillende elementen van het Wlz-afwegingskader.



Figuur 1 beschrijft hoe wij aan de hand van deze elementen zijn gekomen tot een inschatting van het aantal jeugdigen dat mogelijk toegang krijgt tot de Wlz, gebaseerd op de resultaten van de uitvraag. Uiteindelijk is het aan het CIZ om te bepalen welke jeugdigen daadwerkelijk aan de Wlz-criteria voldoen. Het CIZ besluit op individueel niveau over de toegang tot de Wlz en het zorgprofiel.

Op basis van de ingevulde vragenlijsten voldoen 213 jeugdigen volgens de respondenten aan de genoemde criteria om mogelijk toegang te krijgen tot de Wlz (met de toevoeging dat zich hieronder drie jeugdigen (twee van 5-11 jaar en één van 15-18 jaar) bevinden met 'een vermoeden' van een psychische stoornis; strikt genomen voldoen ze hiermee niet aan de Wlz-criteria).



Figuur 1: Elementen uit het Wlz-afwegingskader toegepast op GGZ-jeugdige-respondenten

Tijdens expertsessies is besproken dat het voor onder andere de begeleider of behandelaar van de jeugdige moeilijk is te bepalen of de jeugdige *blijvend* (levenslang, van niet voorbijgaande aard) 24 uur zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig heeft. Uit de uitkomsten van de uitvraag blijkt dat bij 171 van de 458 jeugdigen (die behoefte hebben aan 24 uur zorg in nabijheid en/of permanent toezicht) de respondent niet zeker weet of deze behoefte blijvend is. Er is dus sprake van een relatief grote groep waarbij respondenten het moeilijk vinden om aan te geven dat de jeugdige blijvend toezicht of nabijheid van zorg nodig hebben. De blijvendheid stelt CIZ vast op basis van de informatie aangeleverd door de zorgaanbieder en/of andere betrokkenen.

Voor een zo zuivere mogelijke analyse van de doelgroep die mogelijk toegang kan krijgen tot de Wlz, richten we ons in de komende drie subparagrafen op de 213 jeugdigen waarbij de respondent heeft aangegeven dat de behoefte voor 24 uur zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht blijvend is.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9



4.3.1 Kenmerken jeugdigen met mogelijk toegang tot Wlz

Vanaf deze paragraaf geven we een inhoudelijke beschrijving van de 213 jeugdigen die mogelijk toegang tot de Wlz kunnen krijgen volgens figuur 1.

Tabel 3 geeft de kenmerken weer van deze jeugdigen:

- ruim 40% van deze jeugdigen valt in de categorie 15 tot 18 jaar,
- Bij 8,9% van deze jeugdigen wordt zorg en ondersteuning met een pgb bekostigd,
- bij vrijwel al deze jeugdigen (98,6%) is op dit moment een diagnose voor een psychische stoornis vastgesteld,
- daarnaast heeft 87% van deze jeugdigen naast een psychische stoornis ook één of meerdere andere beperkingen, met name een lichtverstandelijke beperking (60%) of een verstandelijke beperking (26%).

Cliëntkenmerk (N=213)	Antwoordcategorie	Percentage
Leeftijd	0 t/m 4 jaar	0,9%
	5 t/m 11 jaar	21,1%
	12 t/m 14 jaar	33,3%
	15 tot 18 jaar	42,3%
	Onbekend	2,3%
Bekostiging	Persoonsgeboden Budget	8,9%
Diagnose psychische stoornis	Vastgesteld door deskundige	98,6%
	Vermoeden	1,4%
Combinatie met andere beperking	Ja	87,3%
Andere beperking	Licht verstandelijk	60,6%

Cliëntkenmerk (N=213)	Antwoordcategorie	Percentage
	Verstandelijk	26,3%
	Chronisch somatisch	3,3%
	Lichamelijk	4,7%
	Zintuiglijk	3,8%

Tabel 3: Kenmerken groep jeugdigen die mogelijk voldoen aan de Wlz-criteria op basis van de gegevens uit de landelijke uitvraag

In vergelijking met tabel 2 (met gegevens van alle jeugdigen waarvoor een vragenlijst is ingevuld) zijn de grootste verschillen dat bij de jeugdigen die mogelijk toegang hebben tot de Wlz vrijwel altijd een psychiatrische diagnose bekend is en sprake is van een combinatie met een andere beperking. Enerzijds hebben experts aangegeven dat het hoge aandeel jeugdigen met een psychische stoornis en een (licht)verstandelijke beperking overschat kan zijn doordat een groot aantal organisatie in de respons ook zorg bieden aan jeugdigen met (licht)verstandelijke beperking en complexe problematiek. Anderzijds zijn er experts die aangeven dat het percentage mensen met een (licht)verstandelijke beperking zelfs nog hoger kan zijn, omdat een (licht)verstandelijke beperking vaak niet wordt herkend bij mensen met psychische problematiek.

Kijkend naar de 171 jeugdigen (die behoefte hebben aan zorg in nabijheid en/of permanent toezicht) waarvan de respondent niet zeker weet of de behoefte blijvend is, zien we een aanzienlijk lager percentage jeugdigen met een andere beperking naast een psychische stoornis. Slechts 32,2% van deze 171 jeugdigen heeft een andere beperking naast de psychische stoornis. Blijkbaar is het makkelijker om de *blijvende* behoefte voor zorg in nabijheid of permanent toezicht vast te stellen wanneer sprake is van

1

2

3

4

5

6

7

8

9



multiproblematiek, dan wanneer de jeugdigen *enkel* psychische problematiek heeft. Door uit te gaan van de groep van 213 jeugdigen die voldoen aan de Wlz-criteria kan hierdoor spraken zijn van een onderschatting van het aantal jeugdigen met alleen een psychische stoornis.

Opvallend bij tabel 3 is dat ruim 50% van de jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz tussen 5 en 14 jaar is. Dit is een opmerkelijke bevinding omdat voorafgaand de verwachting bij de experts was dat de openstelling van de Wlz voor jeugdigen met psychische problematiek met name voor de doelgroep 15 tot 18 jaar was. Met name tussen 5 en 11 is dit een jonge leeftijd om aan te geven dat de jeugdige blijvend (levenslang) zorg in nabijheid of toezicht nodig heeft. Wellicht wordt dit mede veroorzaakt door het feit dat de meerderheid van deze jeugdigen ook een (licht) verstandelijke beperking heeft.

Vanuit de expertsessies en het dossieronderzoek kwamen de volgende aspecten naar voren als kenmerken van problematiek voor deze doelgroep: een disharmonisch ontwikkelingsprofiel¹⁰, traumatische ervaringen, hechtingsproblematiek, emotie-regulatieproblematiek en een onvoldoende behandelingseffect.

Kenmerk problematiek (N=213)	Antwoordcategorie	Percentage
Kenmerk	Traumatische ervaring	69,0%
	Hechtingsproblematiek	65,3%
	Emotie-regulatieproblematiek	62,4%
	Disharmonisch ontwikkelingsprofiel	58,2%

¹⁰ Disharmonisch ontwikkelingsprofiel, verschil tussen enerzijds verbaal IQ en anderzijds perfoormaal IQ.

Kenmerk problematiek (N=213)	Antwoordcategorie	Percentage
	Onvoldoende behandelingseffect	34,3%

Tabel 4: Kenmerken van problematiek van jeugdigen die mogelijk voldoen aan de Wlz-criteria op basis van de gegevens uit de landelijke uitvraag

Tabel 4 toont de aanwezigheid van de kenmerken van problematiek bij deze jeugdigen. Het betreft in onderstaande tabel enkel de reeds gediagnosticeerde kenmerken. Het is mogelijk dat een jeugdige over een kenmerk beschikt, maar dat deze (nog) niet gediagnosticeerd is. Bij 92% van de 213 jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz is sprake van één of meerdere van deze kenmerken. Daarbij heeft ongeveer 65% van de jeugdigen drie of meer kenmerken. Het kenmerk *onvoldoende behandelingseffect* scoort het laagst (34%).

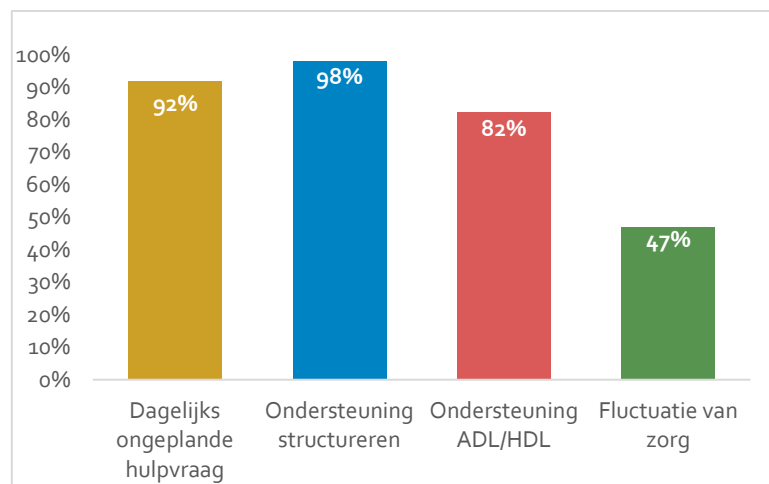
4.3.2 Aard zorgvraag jeugdigen met mogelijk toegang tot Wlz

[Bijlage 3](#) geeft een overzicht van een aantal geanonimiseerde dossiers, waarin beschreven staat welke zorg de jeugdigen momenteel ontvangen. Uit deze dossiers blijkt dat de zorg en ondersteuning die de jeugdigen ontvangen sterk varieert wat betreft inhoud, omvang en terminologie. Dit komt onder andere omdat binnen de Jeugdwet geen uniforme profielen bestaan. Deze dossiers maken wel duidelijk dat het bij de doelgroep meestal gaat om intensieve vormen van begeleiding met nabijheid van zorg of toezicht. Als het om behandeling gaat, dan gaat het om bijvoorbeeld psychotherapie, psycho-educatie, traumatherapie, ambulante thuisbehandeling of therapie voor structurering. In de landelijke uitvraag hebben we niet de vraag gesteld welke zorg en ondersteuning de jeugdigen momenteel exact ontvangen,

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

omdat dit waarschijnlijk een divers beeld had opgeleverd, dat (met name door de verschillen in terminologie die worden gehanteerd) lastig te interpreteren en vergelijken zou zijn geweest. We hebben daarom in de landelijke uitvraag wel gevraagd naar het type zorg en ondersteuning waar deze jeugdigen momenteel behoefte aan hebben.

Van de 213 jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz is de aard van de zorgvraag in kaart gebracht. In figuur 2 is te zien dat ruim 90% van deze jeugdigen (bijna) dagelijks een ongeplande hulpvraag heeft en bijna alle jeugdige (98%) ondersteuning nodig hebben bij het structureren van de dag en/of het uitvoeren van activiteiten. Daarnaast heeft ruim 80% van deze jeugdigen behoefte aan ondersteuning bij het uitvoeren van ADL-/HDL-taken. Tot slot geldt voor bijna de helft dat de behoefte aan zorg en ondersteuning sterk kan fluctueren in de loop van de tijd, waardoor behoefte is aan op- en afschalen van de zorg.



Figuur 2: Aard van de zorgvraag van jeugdigen die mogelijk voldoen aan de Wlz-criteria op basis van de gegevens uit de landelijke uitvraag

4.3.3 Toetsing J42-regio's

De 42 Jeugdregio's hebben we gevraagd of zij de kenmerken van de jeugdigen en het aantal jeugdigen in de regio herkennen. De uitkomsten van de kenmerken die wij gecommuniceerd hebben aan de regio's wijken in enkele gevallen licht af ten opzichte van de uitkomsten in dit rapport (omdat we na de toetsing extra gegevens hebben ontvangen).

Kenmerken van jeugdigen

We hebben van 25 regio's (60%) reactie ontvangen op de vraag of zij de kenmerken van de jeugdigen herkennen. De meervoudige complexe problematiek wordt onderstreept door meerdere regio's, met name de combinatie van GGZ-problematiek en een (licht) verstandelijke beperking. Met betrekking tot de leeftijd geven drie regio's aan dat hun verwachting is dat het percentage jonge kinderen (0 tot en met 11 jaar) hoger ligt dan 22% (zie tabel 3), omdat deze problematiek al vanaf jonge leeftijd speelt. Door drie regio's is aangekaart dat het denken in grondslagen en de oude schotten 'ouderwets' is. De discussie of de (licht) verstandelijke beperking dominant is of de psychische stoornis bij jeugdigen waarbij de problematiek sterk met elkaar verweven is, zit momenteel in de weg om de juiste zorg en ondersteuning te bieden.

Daarnaast benadrukken drie regio's de complexiteit van de duiding van de doelgroep, waarbij het essentieel is dat heel duidelijk is over welke groep jeugdigen we het hebben, en met welke definities de groep te vangen is. Twee regio's geven aan dat de GGZ-zorgprofielen (zoals beschreven in [bijlage 5](#)) deels aan lijken te sluiten op hun deelprestaties GGZ met verblijf A tot en met H (zie [bijlage 6](#)).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9



Tot slot geven acht regio's aan dat het lastig is de percentages te staven op regioniveau, of dat het als gemeenten niet mogelijk is de zorginhoudelijk kenmerken van de jeugdigen te beoordelen, omdat deze informatie niet op die wijze geregistreerd wordt.

Aantallen jeugdigen per regio

Van 25 regio's hebben we reactie ontvangen op de vraag of zij de gepresenteerde aantallen jeugdigen die verblijven in de regio herkennen. De vragenlijsten zijn door zorgaanbieders ingevuld. Aan de hand van de locatie van de zorgaanbieder waar de jeugdige verblijft zijn de jeugdigen ingedeeld naar regio's. Het woonplaatsbeginsel is dus niet leidend geweest.

Drie regio's hebben aangegeven dat zij het regiobeeld herkennen, bijvoorbeeld dat het om een klein aantal jeugdigen gaat of dat er in de regio geen GGZ-jeugd-organisaties gevestigd zijn. Eén regio gaf aan dat het aantal jeugdigen dat bij de gemeenten in beeld is, lager is dan de aantallen in het regiobeeld. Een verklaring hiervoor is dat in bepaalde regio's grote zorgaanbieders gevestigd zijn waar ook jeugdigen uit andere gemeenten naartoe komen. Daarnaast gaven twaalf regio's aan dat het gepresenteerde aantal jeugdigen in het regiobeeld lager is dan het aantal jeugdigen dat bekend is bij de regio. Van deze negen regio's geven acht regio's aan dat dit berust is op een vermoeden of verwachting. De overige vier regio's gaven aan dat deze uitspraak onderbouwd kan worden met beschikbare informatie, maar men kon op dat moment geen exacte aantallen geven.

Zes regio's hebben expliciet genoemd dat deze doelgroep mogelijk ook met een pgb vanuit de Jeugdwet gefinancierd zorg in nabijheid of permanent toezicht thuis ontvangen, gezien de huidige ambulantisering.

Tot slot hebben negen regio's aangegeven geen uitspraak kunnen doen op het gepresenteerde aantal jeugdigen in het regiobeeld. Meerdere argumenten werden hiervoor aangedragen, bijvoorbeeld doordat de informatie niet uitgaat van het woonplaatsbeginsel of door een lage respons van aanbieders in de regio. Wat met name genoemd is door de regio's is dat bij gemeenten inzicht ontbreekt in de grondslag van de problematiek en het blijvende karakter van de zorgvraag. Gemeenten kunnen niet inhoudelijk beoordelen van welke zorginhoudelijke kenmerken bij de jeugdigen sprake is. Deze reacties maken duidelijk dat een goede toetsing door de regiogemeenten lastig is omdat we gegevens per zorgaanbieder hebben verzameld. De zorgaanbieders hebben we gevraagd naar de feitelijke verblijfplaats van de jeugdigen, omdat begeleiders en behandelaren (die de inhoudelijke vragen over de jeugdige hebben beantwoord) niet altijd zicht hebben op de gemeente die de zorg voor de betreffende jeugdige financiert. Tegelijkertijd hebben gemeenten geen/beperkt zicht op welke jeugdigen in hun gemeenten verblijven bij welke zorgaanbieders. Hierdoor is het niet gemakkelijk de doelgroep jeugdigen exact in beeld te krijgen.

4.4 Zorgprofielen

Vanaf 2021 kunnen 18+ cliënten die hun leven lang geestelijke gezondheidszorg nodig hebben toegang krijgen tot de Wlz. Op het moment dat ook jeugdigen vanwege een psychische grondslag toegang krijgen tot de Wlz worden dezelfde zorgprofielen gehanteerd als bij de 18+ cliënten. Het betreft vijf zorgprofielen:

1

2

3

4

5

6

7

8

9



- GGZ: Wonen met intensieve begeleiding
- GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
- GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
- GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
- GGZ: Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

Zie [bijlage 5](#) voor een beschrijving op hoofdlijnen van deze vijf profielen.

Aan de respondenten van de vragenlijst hebben we gevraagd om aan te geven welk zorgprofiel best passend is bij de zorgvraag. Van de jeugdigen die mogelijk toegang tot de Wlz krijgen (n=213) past ruim 60% volgens de respondenten het best binnen profiel *GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering*. Deze uitkomst is volgens verwachting gegeven de kenmerken van de doelgroep.

GGZ-profiel (N=213)	Percentage
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding	13,6%
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	1,9%
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering	62,9%
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	3,3%
GGZ: Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	13,1%
Onbekend	5,2%

Tabel 5: GGZ-profielen van jeugdigen die mogelijk voldoen aan de Wlz-criteria op basis van de gegevens uit de landelijke uitvraag

Daarnaast laat tabel 5 zien dat circa 13% van de jeugdigen past binnen het lichtere profiel *Wonen met intensieve begeleiding* en circa 13% van de jeugdigen past binnen het zwaardere profiel *Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding*. Slechts 5% van de jeugdigen zal naar verwachting een ggz-zorgprofiel toegewezen krijgen met verzorging en/of verpleging (GGZ-zorgprofiel: *Wonen met intensieve begeleiding en verzorging* en *Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging*). Het percentage *onbekend* betreft jeugdigen waarvoor degene die de vragenlijst heeft ingevuld geen passend GGZ-zorgprofiel kon kiezen.

4.5 Extrapolatie

Het aantal van 213 jeugdigen beschouwen we als ondergrens van het aantal jeugdigen met psychische problematiek dat mogelijk toegang krijgt tot de Wlz. Omdat dit aantal is gebaseerd op de respons van de landelijke uitvraag maken we op basis van aanvullende informatie in deze paragraaf een extrapolatie. Met als doel om te komen tot een globale inschatting van de totale omvang van de doelgroep voor heel Nederland: betreft het honderden of duizenden jeugdigen? Concrete cijfers zijn nergens beschikbaar, maar via de terugkoppeling naar zorgaanbieders en toetsing door gemeenten hebben we veel kwalitatieve informatie ontvangen die we kunnen gebruiken voor de extrapolatie.

Aanvullende informatie aanbieders

Zoals beschreven in paragraaf 2.3.2, hebben we de gegevens uit de vragenlijsten per zorgaanbieder teruggekoppeld. Van zes aanbieders hebben wij aanvullende informatie ontvangen om de potentiële Wlz-doelgroep binnen de organisatie nader in kaart te brengen (zie tabel 6).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Organisatie	Reactie
Organisatie A	De ingevulde vragenlijsten betreft enkel één afdeling, heeft geen zicht op de overige 400 cliënten. Weet niet of deze jeugdigen mogelijk tot de Wlz-doelgroep kunnen behoren.
Organisatie B	Verwachting is dat 11 GGZ-jeugdigen in zorg zijn, die toegang krijgen tot de Wlz vanwege blijvende behoefte nabijheid van zorg.
Organisatie C	Respondent kent ongeveer 150 van de 1.000 jeugdigen, waarvan 2 in de doelgroep vallen. Op basis daarvan kan geredeneerd worden dat 13 jeugdigen in de hele organisatie in de doelgroep vallen.
Organisatie D	Schatting is dat 1.200 VG-jeugdigen in de organisatie gefinancierd worden vanuit Jeugdwet. Daarvan blijkt dat bij ongeveer 20% ook GGZ-problematiek speelt, waarvan onduidelijk is wat bovenliggend is (dus 240 'puzzelcliënten'). Er kan niet gesteld worden dat al deze jeugdigen toegang tot de Wlz kunnen krijgen.
Organisatie E	Heeft zicht op de klinische setting, 16 jeugdigen, en niet op ambulante. Alle jeugdigen stromen vanuit organisatie uit richting Wmo of Beschermd Wonen.
Organisatie F	Verwacht dat 100/150 jeugdigen langdurig zorg nodig hebben. Geen zicht op of bij deze jeugdigen de GGZ problematiek dominant is en of het blijvend is.
Organisatie G	Uitgaand van huidige populatie is de schatting dat 10 jeugdigen blijvend 24 uur zorgbehoefte hebben.

Tabel 6: Aanvullende informatie van zorgaanbieders naar aanleiding van de landelijke uitvraag

Van acht aanbieders hebben wij het bericht ontvangen dat zij vanwege tijd niet hebben deelgenomen aan het onderzoek. Hiervan is (op basis van de beschrijving van hun doelgroep) van vijf aanbieders de verwachting dat zij de potentiële Wlz-doelgroep GGZ-jeugd in zorg hebben, bij de overige drie is dit niet met zekerheid te zeggen.

Toetsing J42 en begeleidingscommissie

Van de 26 regio's hebben we namen van 77 unieke zorgaanbieders ontvangen waarvan zij verwachten dat de aanbieder de potentiële Wlz-doelgroep in zorg heeft. Ook hebben wij twee namen van zorgaanbieders gekregen waarvan de regio aangeeft dat de aanbieder de doelgroep niet in zorg heeft. Van de 77 zorgaanbieders genoemd door de regio:

- hebben 31 zorgaanbieders een reactie gegeven op ons onderzoek (16 aanbieders hebben vragenlijsten aangeleverd, negen aanbieders gaven expliciet aan de doelgroep niet in zorg te hebben en zes aanbieders hebben omwille van tijd niet deelgenomen);
- hebben 31 zorgaanbieders geen reactie op ons onderzoek gegeven en hebben we geen informatie of de doelgroep in zorg is;
- zijn 15 zorgaanbieders niet aangeschreven voor deelname aan het onderzoek omdat ze niet behoren tot de achterban van de landelijke organisaties.

Ook hebben enkele regio's aangegeven niet met zekerheid te kunnen zeggen of deze aanbieders de doelgroep jeugdigen in zorg heeft. Dit blijkt ook uit het feit dat negen zorgaanbieders – die zijn genoemd door de regio - expliciet hebben aangegeven de doelgroep niet in zorg te hebben.

Tot slot hebben we ook de leden van de begeleidingscommissie gevraagd van welke zorgorganisaties zij het belangrijk vinden dat ze in de respons zitten. Daarop zijn negen namen van aanbieders genoemd. Tabel 7 laat zien of de organisaties deelgenomen hebben aan het onderzoek.

Reactie onderzoek	Organisaties genoemd
Deelgenomen	4
Niet deelgenomen omwille van tijd	4
Geen reactie	1

Tabel 7: Aanbieders genoemd als belangrijk door de begeleidingscommissie

Verwachte omvang doelgroep

Op basis van de kwalitatieve informatie die we hebben ontvangen concluderen we dat we van een groot aantal zorgaanbieders die de doelgroep (naar verwachting) in zorg heeft, respons hebben ontvangen op de vragenlijst. Daarnaast missen we nog een aantal zorgaanbieders die (naar verwachting) zorg verleent aan de doelgroep. Als we al deze informatie combineren komen we tot de volgende extrapolatie. Uit de antwoorden op de ontvangen vragenlijsten lijken 213 jeugdigen aan de Wlz-criteria te voldoen (met de toevoeging dat dit een inschatting betreft en uiteindelijk het CIZ besluit welke jeugdigen daadwerkelijk toegang krijgen tot de Wlz).

Dit aantal beschouwen we als ondergrens van de omvang van de doelgroep. Als we daar de 171 jeugdigen aan toevoegen, waarbij de respondent niet kon aangeven of de behoefte aan 24 uren zorg in de nabijheid of permanent toezicht blijvend is, bevat de groep 384 jeugdigen (waarbij mogelijk een deel niet zal voldoen aan alle Wlz-criteria als het CIZ de aanvraag beoordeelt). Daarbij verwachten we ook dat we slechts een deel van de jeugdigen met een pgb in beeld hebben gekregen. Ervan uitgaande dat we respons missen van een aantal grote zorgaanbieders die zorg en ondersteuning verleent aan deze doelgroep, verwachten we dat we met dit onderzoek ongeveer de helft van de

doelgroep in beeld hebben gekregen. Hiermee komen we tot een schatting van de totale omvang van de doelgroep van 300-800 jeugdigen.

Als we vervolgens rekening houden met het percentage jeugdigen dat volgens de landelijke uitvraag tot de doelgroep behoort en reeds een Wlz-indicatie heeft (17,4%, zie [hoofdstuk 7](#)) dan is het mogelijk dat tussen de 50 en 135 jeugdigen geen herindicatie aanvragen (voor een Wlz-GGZ-indicatie ter vervanging van de bestaande Wlz-VG-indicatie).

1

2

3

4

5

6

7

8

9



5. Integrale zorg en ondersteuning

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de verschillen in zorg en ondersteuning die een jeugdige op grond van de Wlz kan ontvangen ten opzichte van de Jeugdwet. Vervolgens gaan we in op de mogelijkheden om ondersteuning vanuit de Jeugdwet te combineren met zorg vanuit de Wlz. Dit hoofdstuk geeft antwoord op onderzoeksvragen 4 en 6.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

5.1 Verschillenanalyse Wlz en Jeugdwet

Om antwoord te geven op de vraag naar de verschillen tussen de Wlz en Jeugdwet aangaande de zorg en ondersteuning voor jeugdigen hebben we de verschillen tussen de Wlz en Jeugdwet geanalyseerd (zie [bijlage 8](#) voor de verschillenanalyse). In deze paragraaf beschrijven we de belangrijkste conclusies aan de hand van doelgroep, zorginhoudelijk, beleid, toegang en financiering.

Doelgroep

De Jeugdwet biedt zorg en ondersteuning aan de jeugdige zelf, maar ook aan het systeem van de jeugdige en de context van het systeem in termen van bestaanszekerheid. Daarbij gaat de Jeugdwet uit van een herstelgedachte. Het creëren van een veilige opvoed- en opgroeicontext is een belangrijk doel van de Jeugdwet. Daarnaast kent de Jeugdwet niet de voorwaarde voor permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid.

Wlz-zorg kan alleen geboden worden aan een verzekerde, de geïndiceerde cliënt. De Wlz is bedoeld voor cliënten die behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid, met als restrictie dat als permanent toezicht of 24 uur zorg in nabijheid er niet is, dit leidt tot ernstig nadeel van de cliënt.

Zorginhoudelijk

Omdat de Jeugdwet een leeftijdsrestrictie bevat, is er per definitie sprake van tijdelijke zorg. Jeugdhulp biedt ondersteuning aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van en omgaan met de gevolgen van problemen en ondersteuning bij of het overnemen van persoonlijke verzorging. Daarnaast heeft jeugdhulp ook het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren van jeugdigen tot doel.

Anders dan de Jeugdwet biedt de Wlz levenslange en levensbrede zorg. De Wlz kent de nadruk op het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren niet. Een individuele cliënt heeft op grond van de Wlz naast verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, vervoer en logeeropvang ook recht op geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, (mobiliteits) hulpmiddelen en kleding (verband houdende met karakter en doelstelling van de aanbieder). Het recht op de algemeen medische zorg (geneeskundige, farmaceutische en tandheelkundige zorg) beperkt zich tot een geïntegreerd pakket met behandeling en verblijf. In samenspraak met het zorgkantoor kan gekozen worden om een pakket exclusief behandeling bij de desbetreffende instelling in te kopen. In dat geval worden de genoemde behandelingsvormen niet uit de Wlz bekostigd, maar moet de instelling nog steeds wel toezien op afgestemde zorg.



Beleid

De uitvoering van de Jeugdwet valt onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Voor de nadere uitvoering van de Jeugdwet stellen gemeenten periodiek een plan vast dat richting geeft aan de uitvoering van preventie, jeugdhulp, kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Dit doen zij in verbinding en afstemming met relevante partners, zoals onderwijs. Hierdoor kunnen verschillen ontstaan tussen de uitvoering van de gemeenten en daarmee ook in de financiering. De Jeugdwet kent geen eenduidige financieringswijze. Alle gemeenten dienen zelf afspraken met zorgaanbieders te maken.

1

De uitvoering van de Wlz valt onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS en daaraan gelieerde uitvoeringsorganisaties. Binnen Nederland bestaat daardoor een grotere mate van consistentie in de uitvoering van deze wet. De Wlz kent als (volks)verzekering een eenduidige wijze van financiering.

2

3

4

5

6

7

8

9

Toegang

De gemeente waar de jeugdige woonachtig is, is verantwoordelijk voor de verlening van jeugdhulp onder de Jeugdwet. In de verordening bepalen gemeenten de wijze waarop toegang tot en de toekenning van een individuele voorziening wordt afgestemd met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen. Via het wijkteam of de huisarts in de gemeente waar de jeugdige woont wordt voorzien in de benodigde hulp en ondersteuning. De Jeugdwet kent naast het wijkteam en de huisarts, ook de medisch specialist en jeugdarts als verwijzingsbevoegden. Waar nodig worden beschikkingen voor meerdere voorzieningen toegekend zodat zij gezamenlijk een passend arrangement vormen. Binnen de Jeugdwet

wordt een beschikking afgegeven voor een maatwerkvoorziening, dit kan een gespecialiseerde voorziening zijn.

Binnen de Wlz is het mogelijk een integraal zorgarrangement op maat samen te stellen met zorgprofielen. Een zorgprofiel wordt voor onbepaalde tijd afgegeven en is daardoor levenslang geldig (tenzij de cliënt niet meer voldoet aan de criteria van de Wlz zijnde een blijvende behoefte aan permanent toezicht of nabijheid van zorg of er sprake is van een toenemende zorgvraag). Daarmee geeft de Wlz recht op zorg. Het CIZ voert de indicatiestelling voor de Wlz uit.

Samenvatting verschillen Jeugdwet en Wlz

Een aantal verschillen tussen de Jeugdwet en de Wlz:

- De Jeugdwet kent een leeftijdsrestrictie (tot 18 jaar en bij verlengde Jeugdwet tot 23 jaar), terwijl de Wlz levenslang zorg biedt.
- Waar de zorg onder Jeugdwet is bedoeld voor de jeugdige en zijn/haar systeem, is de zorg onder de Wlz enkel bedoeld voor de geïndiceerde cliënt.
- De Jeugdwet kent geen voorwaarden als permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid, de Wlz wel.
- De Jeugdwet kent geen eenduidig beleid in het kader van uitvoering en financiering, de Wlz wel.

Een gevolg van de wetswijziging zal zijn dat jeugdigen die toegang krijgen tot de Wlz, levenslang en levensbreed recht hebben op zorg vanuit de Wlz. Een voordeel is dat indicatiestelling in principe een eenmalige aangelegenheid is. Daar staat tegenover dat ondersteuning aan het systeem wettelijk gezien geen onderdeel is van Wlz-aanspraken.

5.2 Integrale zorg en ondersteuning vanuit de Wlz

In deze paragraaf gaan we nader in op integrale zorg en ondersteuning aan jeugdigen. We beschrijven welke mogelijkheden er zijn om de zorg vanuit de Wlz aan te vullen met ondersteuning aan het gezin, zoals die thans onder de Jeugdwet wordt verleend. Hiervoor hebben we gebruikgemaakt van de verschillenanalyse uit paragraaf 5.1, ervaringen uit de gehandicaptenzorg met betrekking tot de wijze waarop jeugdigen in de gehandicaptenzorg integrale zorg en ondersteuning ontvangen vanuit de Wlz en ervaringen van experts uit de jeugd-GGZ.

1

Noodzaak voor integrale zorg en ondersteuning

Experts geven aan dat binnen de gezinnen van jeugdigen met psychische problematiek ook andere problematiek (zoals woonproblematiek, armoede of schulden) kan spelen. De verhouding tussen draaglast en drachtkracht in het gezin is verzwakt door de langdurige problematiek van de jeugdigen en de ouderlijke beschikbaarheid en/of pedagogische vaardigheden kunnen beperkt zijn. Het gezin is een belangrijke sleutel tot verbetering en een onmisbare bron van sociale steun, ook voor jeugdigen die niet meer thuis wonen. Integrale zorg wordt door de experts dan ook gezien als een noodzaak.

2

In de volgende paragraaf gaan we in op de wijze waarop er binnen de gehandicaptenzorg integrale zorg en ondersteuning wordt geboden aan jeugdigen vanuit de Wlz. Experts geven echter wel aan dat, in vergelijking met VG-jeugdigen, bij de GGZ-jeugdigen meer focus op ondersteuning van de jeugdige en het systeem moet liggen. Systemen van GGZ-jeugdigen zijn vaak onderdeel en oplossing van de problematiek van jeugdigen en hebben een aandeel in de begeleiding.

3

4

5

6

7

8

9

Integrale zorg en ondersteuning aan VG-jeugdigen binnen Wlz Zorgaanbieders binnen de gehandicaptensector geven aan dat zij de zorg en ondersteuning aan het systeem van jeugdigen die toegang krijgen tot de Wlz over het algemeen op dezelfde wijze inrichten als vanuit de Jeugdwet. Systeemondersteuning aan jeugdigen wordt momenteel in diverse vormen geboden, zoals maatschappelijk werk, opvoedondersteuning, (ambulante) gezinsbehandeling, intensieve orthopedagogische gezinstherapie (IOG) en multidimensionale familie therapie (MDT). Eventueel kan voor multiprobleem gezinnen een gezinsregisseur ingezet worden.

Twee van de drie zorgaanbieders ervaren geen financiële problemen met het bieden van integrale zorg en ondersteuning uit de Wlz. Ze geven aan dat tot op heden het Wlz-budget toereikend is geweest. De derde zorgaanbieder ervaart in enkele casussen onvoldoende ruimte binnen het Wlz-budget om ook ondersteuning te bieden aan het systeem. Zorgaanbieders geven aan dat het wenselijk is dat jeugdigen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar dat het voor deze jeugdigen moeilijke is om uit te komen met het Wlz-budget. Zo is bijvoorbeeld het kinderdienstencentrum (KDC) duurder voor jeugdigen die thuis wonen en is vaak kostbare logeerszorg nodig.

Aangezien ondersteuning aan het systeem niet valt onder de Wlz-aanspraak, moeten zorgaanbieders zelf de vertaalslag maken naar ondersteuning aan het systeem. Zorgaanbieders 'puzzelen' met de rekenmodule waarin weergegeven wordt welke zorg en ondersteuning ingezet wordt vanuit het Wlz-budget. De zorgaanbieders maken vrijwel geen gebruik van de aanspraak op kind toeslagen uit de Wlz, maar wel van Extra Kosten Thuis (EKT) of Meerzorg. Met Meerzorg is het mogelijk om extra tijd aan het systeem van de jeugdige te besteden, zodat het

systeem kan worden begeleid in de ondersteuning van de jeugdige. Zorgaanbieders geven aan dat met een goede onderbouwing Meerzorg vaak wordt toegekend door het zorgkantoor. Zorgaanbieders geven aan dat er uitzonderlijke casussen bekend zijn waarbij de jeugdige naast Wlz-zorg, aanvullende ondersteuning ontvangt vanuit de Jeugdwet, het 'stapelen van wetten'.

Onderwijs

Onderwijs is een belangrijk onderdeel van de omgeving van jeugdigen en vormt een essentieel onderdeel van hun leefwereld. Experts benadrukken dat onderwijs aan GGZ-jeugdigen een heikel punt is. Voor de VG-jeugdigen wordt, vaker dan bij GGZ-jeugdigen, intensieve ondersteuning aan scholen geboden. GGZ-jeugdigen en jeugdigen met een hoog IQ zijn vaak lastig te plaatsen en zitten thuis vanwege onbegrepen en ingewikkeld gedrag. Bovendien varieert het schoolniveau van GGZ-jeugdigen sterk, van praktijkonderwijs tot VWO. Zorgaanbieders binnen de gehandicaptensector geven aan dat voor VG-jeugdigen onvoldoende ruimte wordt ervaren om (vanuit de Wlz) ondersteuning te bieden op scholen.

Mogelijkheden voor integrale zorg en ondersteuning

Uit dit onderzoek komen, gelet op bovenstaande, drie mogelijkheden naar voren die het mogelijk maken om integrale zorg en ondersteuning vanuit de Wlz aan te bieden aan GGZ-jeugdigen en hun systeem en waar nodig ondersteuning op school. Voorop moet staan dat jeugdigen en hun gezinnen de juiste zorg en ondersteuning ontvangen, niet alle mogelijkheden zijn even wenselijk.

1. *Stapeling van de wetten waarbij de reguliere zorg vanuit de Wlz gefinancierd wordt en daarnaast integrale zorg en ondersteuning gefinancierd wordt vanuit de Jeugdwet.* Het voordeel van deze mogelijkheid is dat er geen aanpassingen in beide wetten nodig zijn. Het nadeel is dat er een ongelijk speelveld kan ontstaan doordat gemeenten, ten opzichte van elkaar, verschillen in beleid en uitvoering. Om de kans op verschillen tussen gemeenten te verkleinen zouden duidelijke kaders opgesteld moeten worden, maar dit past niet bij de beleidsvrijheid die gemeenten hebben. De praktijk laat zich moeilijk in kaders vatten waardoor de kans blijft bestaan op discussie wat onder welke wet valt. Daarnaast geven experts aan dat het stapelen van wetten onwenselijk is, omdat de inrichting van de zorg en ondersteuning evenals de financiering bemoeilijkt wordt.
2. *Integrale zorg en ondersteuning van de cliënt en het systeem expliciet beschrijven en onderdeel maken van de Wlz-aanspraken.* Het voordeel van deze mogelijkheid is dat integrale zorg en ondersteuning onderdeel wordt van de Wlz-aanspraken. Nadeel is dat de Wlz moet worden aangepast en dit een lange doorlooptijd heeft. Om dit te organiseren is er een fundamentele wetswijziging nodig. Op het moment dat integrale zorg en ondersteuning onderdeel wordt van de Wlz-aanspraken is de consequentie dat iedere cliënt die recht heeft op de Wlz aanspraak kan doen op integrale zorg en ondersteuning, tenzij in de aanspraken aangegeven wordt dat deze ondersteuning alleen geldt voor GGZ-jeugd. Als gekozen wordt voor laatstgenoemde, dan leidt dit mogelijk tot de discussie om te bepalen welke systemen van welke Wlz-cliënt wel en niet ondersteuning vanuit de Wlz mogen ontvangen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

3. *Inbouwen van een Wlz-systeem-toeslag voor de doelgroep jeugdigen met GGZ-problematiek om ook systeemondersteuning of behandeling te bieden aan het systeem van de jeugdige.* Het voordeel van deze mogelijkheid is dat integrale zorg en ondersteuning aan jeugdigen geleverd kan worden vanuit de Wlz zonder dat alle cliënten binnen de Wlz recht hebben op integrale zorg en ondersteuning en zonder een fundamentele wetswijziging van de Wlz. De optie van een Wlz-systeem-toeslag kan gericht ingezet worden voor de cliënten voor wie integrale zorg en ondersteuning noodzakelijk is. Het nadeel van deze mogelijkheid is een groeiende hoeveelheid aan toeslagen. Om dit te voorkomen kan gebruik worden gemaakt van (een aanpassing van) reeds bestaande toeslagen, zoals Meezorg. Het is dan wel gewenst dat Meezorg langdurig ingezet kan worden en dat de administratieve lasten van een aanvraag en verantwoording beperkt wordt gehouden.

1

2

3

4

5

6

7

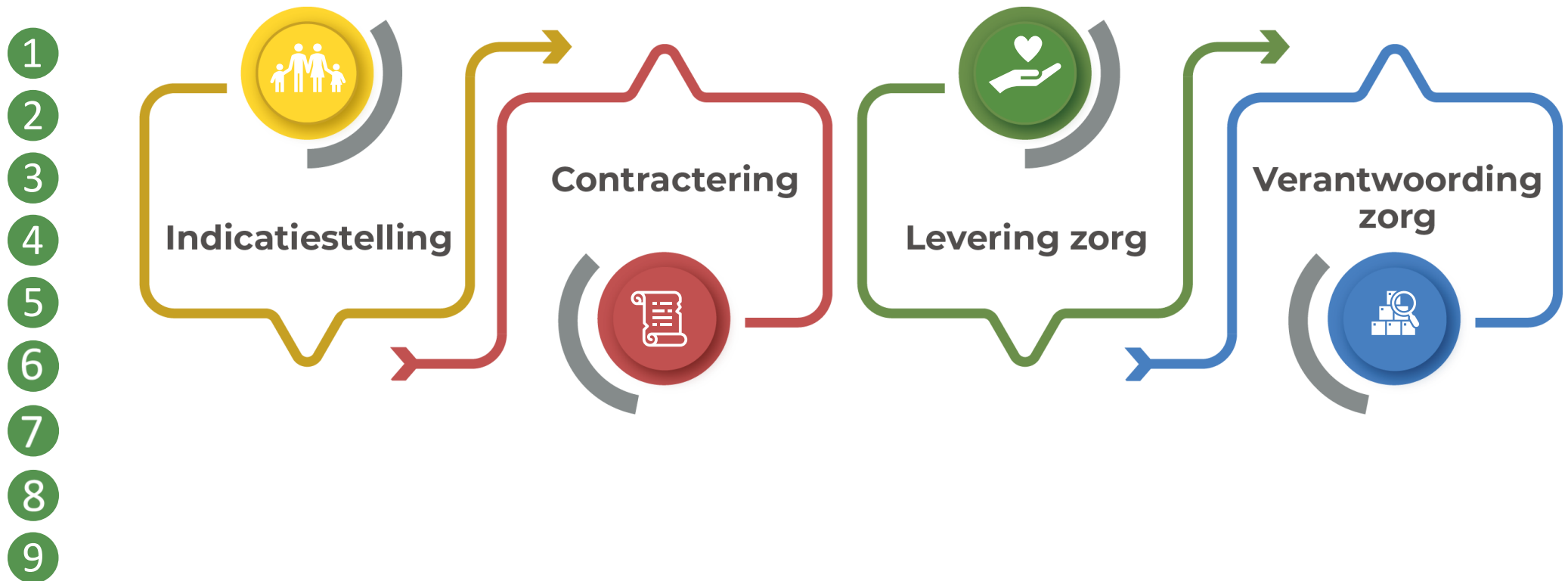
8

9



6. Uitvoeringsconsequenties

Dit hoofdstuk beschrijft de uitvoeringsconsequenties die pas van toepassing zijn op het moment dat daadwerkelijk sprake is van openstelling van de Wlz voor jeugdigen met GGZ-problematiek. Zoals weergegeven in onderstaande figuur brengen we deze consequenties in beeld aan de hand van vier processtappen: de indicatiestelling, contractering, levering van zorg en verantwoording van zorg. Dit hoofdstuk geeft antwoord op onderzoeksvraag 5.



6.1 Indicatiestelling

In het kader van de indicatiestelling besteden we aandacht aan de consequenties met betrekking tot de informatievoorziening, procesinrichting, formatie & scholing en indicatieaanvraag.



1

2

3

4

5

6

7

8

9

Informatievoorziening

Alle partijen die betrokken zijn bij de indicatiestelling dienen geïnformeerd te worden of informatie te verzamelen over de consequenties van de mogelijke wetswijziging.

- *Jeugdigen en ouders*
 Voor jeugdigen en hun ouders is het van belang om van de landelijke overheid, gemeenten, zorgaanbieders en het CIZ volledige en juiste informatie te ontvangen omtrent de consequenties van de wetswijziging. Denk hierbij aan het informeren over de wetswijziging, de invulling van de overgangssituatie, gevolgen voor bestaande afspraken van jeugdigen en ouders met gemeenten en zorgaanbieders. Ook dienen jeugdigen en ouders, bij het indienen van een aanvraag voor toegang tot de Wlz, geïnformeerd te worden dat de Wlz, net als de Jeugdwet, de mogelijkheid biedt voor cliëntondersteuning. Een cliëntondersteuner kan begeleiding bieden aan jeugdigen en ouders bij de formulering van zorg- en ondersteuningsbehoeften, het maken van

afspraken in het zorgplan en ondersteuning bieden door het verstrekken van relevante informatie. De cliëntondersteuners moeten ook op de hoogte worden gebracht worden over de wetswijziging.

- *Zorgaanbieders*
 Een deel van de zorgaanbieders krijgt te maken met wet- en regelgeving waar ze tot dan toe niet mee te maken hadden. Deze consequentie betreft de zorgaanbieders die nu zorg leveren aan GGZ-jeugdigen vanuit de Jeugdwet en in de toekomst zorg gaan leveren vanuit de Wlz. Zorgaanbieders die zorg willen leveren vanuit de Wlz dienen te beschikken over een WTZi-toelating. De eisen voor deze toelating staan beschreven in de Wet toelating zorginstellingen. Daarnaast gaat het om zorgaanbieders die nu zorg leveren vanuit de Wlz en straks zorg gaan leveren aan GGZ-jeugdigen terwijl ze die zorg nu niet leveren. Voor de zorgaanbieders is het van belang om inzichtelijk te hebben wanneer jeugdigen aanspraak kunnen maken op toegang tot de Wlz en hoe het proces van het aanvragen van een indicatie verloopt.
- *Gemeenten*
 Het zorgen voor integrale zorg en ondersteuning vraagt om nauwe afstemming en samenwerking van gemeenten met onder meer zorgaanbieders en onderwijs. Gemeenten dienen verwijzers naar jeugdhulp en belangrijke stakeholders, zoals huisartsen, Gecertificeerde Instellingen, zorgaanbieders en scholen te informeren over de consequenties van de wetswijziging voor onder andere verwijzingen en indicatieaanvragen.

Procesinrichting

Een consequentie van de wetswijziging is het doorvoeren van aanpassingen in de beleidsregels van de gemeente en van het CIZ. Gemeenten dienen ieder hun lokale beleidsregels en afwegingskaders

aan te passen. De beleidsregels van het CIZ dienen zo aangepast te worden dat jeugdigen (18-) met een psychische stoornis toegang kunnen krijgen tot de Wlz.

Daarnaast is het nodig de nieuwe doelgroep in te passen in het huidige proces van indicatiestelling en herindicatiestelling: van aanvraag, triage, informatie opvragen, stroombepaling, via onderzoeken en beoordelen tot het nemen van een besluit. Hierbij kan gedacht worden aan het proces zoals is vormgegeven voor volwassenen (18+) met psychische stoornis.

1

De registratiesystemen van zorgaanbieders, CIZ, Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) en SVB moeten worden aangepast. Deze systemen moeten communiceren met de juiste uitvoeringsorganisaties. Voor het CIZ geldt dat een aanpassing nodig is van de leeftijdsgrens. Voor zorgaanbieders zijn de aanpassingen afhankelijk van de systemen die gebruikt worden en de doelgroep die de aanbieders bedienen. Het betreft hier eenmalige voorbereidende activiteiten.

2

3

4

5

Formatie & Scholing

Bij het CIZ is mogelijk een uitbreiding van de formatie noodzakelijk om voor deze nieuwe doelgroep indicaties te beoordelen. Hierbij moet specifiek aandacht besteed worden aan eventuele herindicaties. Waarbij gebruik gemaakt kan worden van de ervaringen die zijn opgedaan in het traject voor GGZ-volwassenen. De omvang van de uitbreiding zal afhangen van de omvang van de doelgroep. De huidige formatie (die nu uitvoering geeft aan de indicatiestelling op aanvragen voor Wlz-toegang voor mensen met psychische problematiek van 18 jaar en ouder) is reeds geschoold voor cliënten met psychische problematiek van 18+. Het openstellen van de Wlz voor jeugdigen (18-) met psychische

6

7

8

9

problematiek kan mogelijk vragen om extra scholing van het personeel van CIZ met betrekking tot het aspect *blijvend* bij de jonge doelgroep. Veel experts geven aan dat het niet eenvoudig is om bij deze jeugdigen te onderbouwen dat de behoefte aan toezicht of nabijheid vanwege de psychische stoornis blijvend is, omdat van tevoren moeilijk is aan te geven hoe de jeugdige zich ontwikkelt.

Mogelijk dienen ook zorgaanbieders hun medewerkers te scholen, bijvoorbeeld over wet- en regelgeving, aspecten die van belang zijn met betrekking tot de blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid en registratiesystemen. Deze scholing is hoofdzakelijk relevant voor medewerkers die betrokken zijn bij het aanvragen van indicaties.

Indicatieaanvraag

Voor de gemeenten is het van belang om, samen met zorgaanbieders en het CIZ, inzichtelijk te hebben welke huidige jeugdigen in aanmerking komen voor toegang tot de Wlz. Dit betekent dat alle betrokkenen over de juiste expertise over de doelgroep moet beschikken. Gezien de geringe omvang van de doelgroep gaat het per gemeente waarschijnlijk om weinig casussen. Op voorhand zijn duidelijke en eenduidige afspraken met gemeenten, zorgaanbieders en het CIZ nodig om te voorkomen dat jeugdigen 'tussen wal en schip' vallen. Het CIZ moet het herindicatieproces inrichten en opstarten. De ervaringen uit het proces, zoals gehanteerd wordt bij de huidige instroom van mensen met psychische problematiek (18+) tot de Wlz, komt hierbij van pas.

Voor de huidige jeugdigen en ouders betekent dit dat een besluit genomen moet worden over de leveringsvorm van de zorg binnen de Wlz: zorg in natura met verblijf (zin), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgeboden budget (pgb).

6.2 Contractering

In het kader van de contractering besteden we aandacht aan de consequenties met betrekking tot de procesinrichting, formatie & scholing en contractering.



1

2

3

4

5

6

7

8

9

Procesinrichting

De Wlz-uitvoerders stellen op sectorniveau, in ZN-samenwerkingsverband, de inkoopkaders vast. De verwachting is dat naar aanleiding van de wetswijziging het huidige inkoopkader voor de GGZ uitgebreid moet worden. Ook dient gezien de waarschijnlijk geringe omvang van de doelgroep, bepaald te worden of deze doelgroep bij elke Wlz-uitvoerder apart belegd gaat worden, of dat het wenselijk is dat er gekozen wordt voor één of een beperkter aantal concessiehouders.

Formatie & scholing

De formatie van de Wlz-uitvoerders moet mogelijk worden aangepast, waarbij het onder meer gaat om beheermedewerkers en inkopers. Ook de afdeling zorgadvies moet wellicht worden uitgebreid, omdat deze

verantwoordelijk is voor moeilijke plaatsingen en wachtlijstbemiddeling. Daarnaast moeten de betrokken medewerkers worden geschoold.

Mogelijk dienen ook zorgaanbieders hun medewerkers te scholen, bijvoorbeeld over wet- en regelgeving. Deze scholing is hoofdzakelijk relevant voor medewerkers die betrokken zijn bij de inkoop en contractering.

Contractering

Voor het contracteren van zorgaanbieders is er een verschil tussen de bij de Wlz-uitvoerder bekende en onbekende zorgaanbieders. In het geval van een bestaand contract dient het contract uitgebreid te worden. Dit betekent dat productieafspraken op nieuwe prestatiecodes opgesteld moeten worden en dat een nieuwe of aangepaste overeenkomst moet worden afgesloten. Bij een nieuw contract is dit proces ingrijpender voor zowel de Wlz-uitvoerder als voor de zorgaanbieder, omdat dan het gehele inkoop-/aanbestedingsproces doorlopen moet worden.

Wlz-uitvoerders dienen per zorgaanbieder te weten aan hoeveel cliënten zij zorg bieden, omdat zij op basis hiervan productieafspraken maken. Doorgaans weten Wlz-uitvoerders dat op basis van historische cijfers. Aangezien deze informatie ontbreekt over deze doelgroep, kan een eerste beeld worden gevormd op basis van de verwachtingen van de zorgaanbieders. Een monitoring is noodzakelijk om tot een betrouwbare omvang te komen. Gaandeweg het jaar dient een herschikkingsronde plaats te vinden en na afloop van het jaar een nacalculatieronde.

Zorgaanbieders dienen alert te zijn of de goede zorg geboden wordt. Er is nog geen kwaliteitskader GGZ, maar wel een set van voorlopige kwaliteitsuitgangspunten. Deze moet ingebed worden in de huidige

kwaliteitssystemen. Ook moeten zorgaanbieders met de Wlz-uitvoerders afspraken maken over de aard, kwaliteit, doelmatigheid, omvang en prijs van de te verlenen zorg. Voor de zorgaanbieder is het van belang inzicht te hebben hoe de tarieven voor de GGZ-zorgprofielen zijn opgebouwd.

Wanneer een jeugdige een toekenning heeft gekregen voor een pgb moeten afspraken worden gemaakt tussen de zorgaanbieder(s), zorgverlener(s) en budgethouder. Deze afspraken worden vastgelegd in een zorgovereenkomst voordat kan worden gestart met de zorglevering.

6.3 Levering van zorg

In het kader van de levering van zorg besteden we aandacht aan de consequenties met betrekking tot de zorguitvoering, scholing en formatie.



Zorguitvoering

Zorgaanbieders dienen in staat te zijn om, bij een geïntegreerd pakket met behandeling en verblijf, alle vormen van Wlz-zorg te bieden. Een

individuele cliënt heeft op grond van de Wlz naast verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, vervoer en logeeropvang ook recht op geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, (mobiliteits) hulpmiddelen en kleding (verband houdende met karakter en doelstelling van de aanbieder). Het recht op de algemeen medische zorg (geneeskundige, farmaceutische en tandheelkundige zorg) en speciale kleding beperkt zich tot een geïntegreerd pakket met behandeling en verblijf. In samenspraak met het zorgkantoor kan er bovendien voor gekozen worden om een pakket exclusief behandeling bij de desbetreffende instelling in te kopen. De Jeugdwet biedt geen recht op de vijf laatstgenoemde vormen van zorg. Deze vormen van zorg moeten vanuit het Wlz-budget gefinancierd worden. Zorgaanbieders die eerder geen Wlz-zorg boden dienen de zorguitvoering zo in te regelen dat deze laatstgenoemde vormen van zorg ook aangeboden kunnen worden. Dit kan door de betreffende zorg zelf te leveren of door samenwerkingsafspraken te maken met onderaannemers.

Daarnaast krijgen zorgaanbieders mogelijk ook te maken met de Wet verplichte GGZ en de Wet zorg en dwang (indien een verstandelijke beperking is vastgesteld). Als zorgaanbieder is het van belang te onderzoeken wat de invloed is van de samenloop van de Wet verplichte GGZ en de Wet zorg en dwang en de betekenis daarvan voor hun organisatie. De Wet zorg en dwang regelt de rechten bij onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname bij mensen met een verstandelijke beperking. De Wet verplichte GGZ regelt de rechten van mensen met een psychiatrische aandoening. Het betreft hier voorbereidende activiteiten die met enige regelmaat geëvalueerd en waar nodig aangepast dienen te worden.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Jeugdigen en ouders dienen afspraken te maken met zorgaanbieders over welke zorg en ondersteuning geleverd gaat worden vanuit de Wlz (zorgplan). In alle gevallen ontvangen jeugdigen en ouders reeds jeugdhulp voordat de jeugdige toegang krijgt tot de Wlz. Huidige afspraken over de invulling van de zorg en ondersteuning met de zorgaanbieder kunnen door dezelfde zorgaanbieder voortgezet worden of wanneer sprake is van een andere zorgaanbieder (deels) overgenomen worden. Ondanks dat de Wlz niet van de sociale context uitgaat maar enkel van de cliënt, is het noodzakelijk dat de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de jeugdige en ouders en eventuele ondersteuning op school geborgd zijn onder deze (nieuwe) afspraken.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Scholing

Mogelijk dienen zorgaanbieders hun medewerkers te scholen, bijvoorbeeld over wet- en regelgeving, doelgroep en zorguitvoering. Deze scholing is hoofdzakelijk relevant voor staffunctionarissen, behandelaren en zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor de inrichting, levering en kwaliteit van de zorg. Het gaat hier om eenmalige voorbereidende activiteiten.

Formatie

Er dient uitgezocht te worden of de wetswijziging tot gevolg heeft dat zorgaanbieders aanpassingen moeten doorvoeren in afspraken over welke functie regiebehandelaar mogen zijn. Het kan zijn dat in het jeugddomein momenteel andere functies ingezet worden als regiebehandelaar.

6.4 Verantwoording van zorg

Wlz-uitvoerders hebben afspraken met zorgaanbieders met betrekking tot de kwaliteit van zorg.



Deze afspraken staan beschreven in kwaliteitskaders. Voor deze wetswijziging dient een kwaliteitskader opgesteld te worden voor deze doelgroep jeugdigen. Tevens dienen, bij een geïntegreerd pakket met behandeling en verblijf, goede werk- en samenwerkingsafspraken te worden gemaakt tussen Wlz-uitvoerders, de inspectie en zorgaanbieders over de invulling van activiteiten op het gebied van monitoring en inspectie. Het betreft hier voorbereidende activiteiten die met enige regelmaat geëvalueerd en waar nodig aangepast dienen te worden.

7. Financiële consequenties

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de resultaten op de landelijk uitvraag met betrekking tot de financiering van zorg. Vervolgens worden de resultaten van het aanvullende dossieronderzoek en de reacties op de uitkomsten van de expertsessie en de Jeugdregio's besproken. Dit hoofdstuk geeft antwoord op onderzoeksvraag 1d.

1

Op diverse manieren hebben we gegevens verzameld over de kosten van zorg en ondersteuning aan jeugdigen uit de doelgroep. De respondenten van de landelijke uitvraag (behandelaars en begeleiders van zorg-aanbieders) gaven aan dat zij beperkt inzicht hebben in de omvang van de kosten van de beschikking voor zorg en ondersteuning aan de jeugdigen. Daarnaast gaven ook gemeenten aan dat zij beperkt inzicht hebben in de kosten die zij kwijt zijn aan deze specifiek doelgroep. Immers, gemeenten registreren niet uniform de aard van de problematiek waarvoor deze beschikking wordt afgegeven. Het is daarom niet mogelijk om tot een exacte omvang van de kosten te komen. We hebben verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd en bronnen benut om inzicht te verkrijgen in de huidige kosten voor de potentiële Wlz-doelgroep.

2

3

4

5

6

7

8

9

7.1 Uitkomsten landelijke uitvraag

In de landelijke uitvraag hebben we enkele vragen gesteld over de bekostigingsgrondslag en de duur van de beschikking. Tabel 8 laat zien dat ruim 60% van de 213 jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de

Wlz op dit moment gefinancierd worden vanuit de Jeugdwet met Zorg in Natura. Ruim 17% van deze groep jeugdigen heeft al een indicatie voor de Wlz. Naar verwachting hebben deze jeugdigen een Wlz-indicatie op basis van (L)VG-problematiek. Het is onduidelijk of deze groep een herindicatie kan/zal aanvragen¹¹ en of dit mogelijk leidt tot een verschuiving binnen de Wlz.

Huidige indicatie (N=213)	Antwoordcategorie	Percentage
Bekostigingsgrondslag	Jeugdwet (ZIN)	60,6%
	Jeugdwet (pgb)	8,9%
	Zvw (ZIN)	0,5%
	Zvw (pgb)	0%
	Wlz	17,4%
	Onbekend	12,7%
Geldigheidsduur beschikking	0 tot 3 maand	5,2%
	3 tot 6 maand	7,5%
	6 tot 12 maand	31,9%
	1 tot 3 jaar	21,6%
	3 tot 5 jaar	0%
	5 jaar of langer	20,7%

Tabel 8: Kenmerken huidige beschikking of indicatie

Bij ruim 12% is de bekostigingsgrondslag onbekend. Ruim 30% van de 213 jeugdigen heeft een indicatie voor een periode van zes tot twaalf maanden. Bij bijna 13% van deze jeugdigen is de duur van de beschikking korter dan zes maanden. Voor ruim 21% van deze jeugdigen is de

¹¹ N.B. Voor het Wlz-GGZ-volwassenen traject is afgesproken om in het overgangsjaar 2020 geen herindicaties in behandeling te nemen.

beschikking één tot drie jaar geldig en voor ruim 20% langer dan 5 jaar. Van deze jeugdigen met een beschikking van vijf jaar of langer heeft 80% een Wlz indicatie en 20% een beschikking vanuit de Jeugdwet.

Vanuit de respons op de landelijke uitvraag zien we dat de respondenten beperkt zicht hebben op het huidige budget voor de jeugdigen. Van de meerderheid (72%) van de jeugdigen is geen informatie over de huidige kosten aangeleverd. In totaal hebben we van 28% van de groep jeugdigen die mogelijk toegang krijgt tot de Wlz antwoord gekregen op de vraag welk maand- of jaarbudget beschikbaar is voor deze zorg-aanbieder. Tabel 9 geeft de uitkomsten weer voor de groep jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz waarvoor deze vraag ingevuld is. Ruim 37% van de 59 jeugdigen heeft een budget tussen de €120.000 en €180.000.

Beschikbare jaarbudget (N=59)	Percentage
Minder dan €10.000	3,4%
€10.000 tot €30.000	20,3%
€30.000 tot €60.000	13,6%
€60.000 tot €120.000	20,3%
€120.000 tot €180.000	37,3%
€180.000 of meer	5,1%

Tabel 9: Huidige kosten jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz

Tabel 10 toont statistieken van deze huidige kosten (minimum, maximum, gemiddelde en mediaan). Wat opvalt is dat de kosten sterk variëren, waarbij het gemiddelde rond €100.000 ligt. Het minimum

wordt als laag aangemerkt door experts voor deze doelgroep. Enkele lage kosten hebben we getoetst bij de respondenten, op basis waarvan enkele laagste kosten zijn aangepast. Over de overige lage kosten hebben we geen reactie gehad, waardoor een minimum blijft wat door experts niet wordt herkend.

Basisstatistieken jaarbudget (N=59)	Budget
Minimum	€8.640
Maximum	€450.000
Gemiddelde	€96.894
Mediaan	€102.565

Tabel 10: Basisstatistieken kosten jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz

De NZa heeft *indicatieve* tarieven bepaald voor cliënten met een psychische stoornis (18+) die vanaf 2021 toegang hebben tot de Wlz¹². Deze tarieven zijn gebaseerd op eerder kostenonderzoek, indexcijfers en enkele factoren die volgens de NZa meegewogen moeten worden. Op 1 juli 2020 worden de definitieve tarieven voor 2021 gepubliceerd.

In het overzicht in tabel 11 is per GGZ-zorgprofiel (die voor zowel 18- als 18+ van toepassing kunnen worden) het gemiddelde jaarbudget weergegeven, gebaseerd op de resultaten van voorliggend onderzoek en de indicatieve NZa tarieven:

- Per gemiddeld jaarbudget staat aangegeven op welke aantal jeugdigen uit voorliggend onderzoek het gemiddelde gebaseerd is. Dit betreft alleen de jeugdigen die volgens de analyse in dit

¹² NZa tariefindicaties cliënten langdurige ggz naar Wlz, kenmerk: PUC_306772_22

onderzoek voldoen aan de Wlz-criteria (zie paragraaf 4.3) en waarover we financiële gegevens hebben ontvangen.

- De bedragen in de laatste kolom zijn de indicatieve NZa-tarieven voor de prestatie voor het geïntegreerde bekostigingsmodel, gebaseerd op het dagtarief inclusief behandeling en dagbesteding. De omvang van het pgb-tarief wordt afgeleid van deze GGZ-zorgprofiel tarieven, maar kan afwijken.

vertonen de jaarbudgetten geen opbouw die vergelijkbaar is met de opbouw van de zorgprofielen. Mogelijk komt dit door het beperkt aantal cliënten bij het eerste, tweede en vierde zorgprofiel. Hierdoor is de vergelijking met de indicatieve NZa-tarieven moeilijk te maken. Bij het vijfde zorgprofiel is het bedrag relatief laag. Mogelijk hebben de respondenten geen rekening gehouden met de hoge kosten die gepaard gaan met de component beveiligd wonen.

GGZ-zorgprofiel (N=57)	Gemiddeld jaarbudget o.b.v. uitvraag	Indicatieve jaartarief NZa ¹³
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding	€121.227 (N=5)	€78.245
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	€60.479 (N=3)	€82.782
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering	€96.362 (N=27)	€86.841
GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	€148.806 (N=1)	€136.171
GGZ: Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	€94.143 (N=21)	€159.804

Tabel 11: Het gemiddelde jaarbudget gebaseerd op dit onderzoek en het indicatieve NZa tarief per GGZ-zorgprofiel

De zorgprofielen zijn van boven naar beneden gerangschikt van relatief lichte zorg naar relatief zware zorg. Als we kijken naar de jaarbudgetten die momenteel worden besteed aan de betreffende cliënten dan

7.2 Aanvullende bronnen

Dossiers

Van de 13 geanonimiseerde dossiers hebben we van vier professionals informatie gekregen over de huidige kosten voor de zorg en ondersteuning van de jeugdigen. De overige professionals hadden geen zicht op de huidige kosten. Drie bedragen die genoemd zijn voor deze jeugdigen en hun systeem ligt tussen circa € 150.000 en € 250.000. Voor één van de dossiers betaalt de betreffende gemeente ongeveer € 500.000. Deze genoemde bedragen op casusniveau zijn hoger dan vanuit de uitvraag naar voren komt. Het is naar verwachting dat op casusniveau de opvallende dossiers - en daardoor dossiers met hogere tarieven - aangedragen zijn. Bij deze casussen is veelal sprake van 1 op 1 of 1 op 2 begeleiding, waardoor de kosten voor de inzet van zorgpersoneel erg hoog is.

Database

Ter toetsing is de verkregen informatie naast de bij ons bekende tarieven zoals die nu gelden binnen *Jeugdhulp met verblijf*. De interne database van HHM beschikt over 50 tarieven van Jeugd met verblijf beschikkingen

¹³ Met de regeling Meerzorg is het mogelijk om zorg te bekostigen voor cliënten die een zorgbehoefte hebben die minimaal 25% hoger is dan de zorg in het zorgprofiel. Meerzorg is mogelijk bij het vierde en vijfde GGZ-zorgprofiel

van ongeveer 40 gemeenten. Dit behelst de voormalige deelprestaties A tot en met H (zie [bijlage 6](#) voor beschrijvingen). Hierbij zijn we uitgegaan dat een tarief voor een geheel jaar geldt (etmaaltarief * 365 dagen), waarbij de kanttkening geplaatst moet worden dat deze beschikking ook voor trajecten van zes tot negen maanden worden afgegeven.

Deelprestatie	Minimum jaarbedrag	Maximum jaarbedrag	Gemiddeld jaarbedrag
A en B	€ 50.000	€ 80.000	€ 60.000
C en D	€ 80.000	€ 120.000	€ 100.000
E en F	€ 120.000	€ 150.000	€ 130.000
G en H	€ 170.000	€ 400.000	€ 210.000
Totaal	€ 50.000	€ 400.000	€ 120.000

Tabel 12: Minimum, maximum en gemiddeld jaarbedrag gecategoriseerd op de voormalige deelprestaties (gebaseerd op de interne database HHM)

Tabel 12 geeft per deelprestaties Jeugd-GGZ met verblijf (exclusief behandeling) het minimale, maximale en gemiddelde gedrag per jaar. Ook hier lopen de jaarbedragen sterk uiteen. Het gemiddelde bedrag gebaseerd op de interne database in tabel 12 ligt in dezelfde orde van grootte, het minimum jaarbedrag in tabel 12 ligt aanzienlijk hoger dan de uitkomsten op onze uitvraag.

Expert inschattingen

Tijdens de expertsessie werd bevestigd dat de kosten voor de potentiële Wlz-doelgroep sterk variëren. Gesteld kan worden dat het blijvende karakter van de zorgbehoefte niet gelieerd hoeft te zijn met de intensiteit, en dus de kosten, van de zorg- en ondersteuningsbehoeften. De potentiële Wlz-doelgroep bevat jeugdigen die zeer intensieve zorg in

nabijheid en behandeling nodig hebben, maar ook jeugdigen die met een passende context beperkte zorg in de nabijheid nodig hebben. Voor jeugdigen die thuis verblijven (met pgb, vpt of mpt) hebben we geen informatie ontvangen over richtbedragen. Het bedrag van circa € 350 per etmaal is genoemd als richtlijn voor zorg met verblijf voor de doelgroep jeugdigen, wat neerkomt op € 127.750 per jaar. Ook is het bedrag van circa € 700 per etmaal genoemd in crisissituaties, die kortdurend van aard zijn. Deze bedragen zijn ook door respondenten van de landelijke uitvraag genoemd tijdens telefonische gesprekken naar aanleiding van de terugkoppeling.

Terugkoppeling Jeugdregio's

De 42 Jeugdregio's hebben we gevraagd of zij de minimale, gemiddelde en maximale jaarbudgetten voor deze jeugdigen herkennen. De bijdragen die wij gecommuniceerd hebben aan de regio's verschilden iets van de gepresenteerde bedragen in tabel 12, omdat we na de toetsing extra gegevens hebben ontvangen. De bedragen die wij gedeeld hebben met de regio's waren gebaseerd op de landelijke uitkomsten en niet op regioniveau, omdat de respons hiervoor niet hoog genoeg is.

We hebben van 24 regio's een reactie ontvangen op de vraag of zij de informatie met betrekking tot de huidige kosten herkennen. Tabel 13 toont de antwoorden van de regio's gecategoriseerd naar een aantal type reacties. De reacties van de regiogemeenten op de kosten voor de doelgroep jeugdigen variëren, wat bevestigt dat de huidige kosten voor de potentiële Wlz-doelgroep lastig exact te benaderen zijn.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Reactie op kosten	Aantal regio's
Herkent de bedragen, het uiteenlopende karakter van kosten	7
Herkent minimum en maximum, maar verwacht dat het gemiddelde hoger ligt	2
Herkent minimum en gemiddeld, maar niet het maximumbedrag of bedragen boven €300.000	5
Herkent maximum en gemiddelde, maar niet het minimum of bedragen onder €100.000	4
Kan kosten niet bevestigen of ontkennen, bijvoorbeeld omdat voor gemeente niet duidelijk is welke soort zorg geleverd wordt vanuit een beschikking	6

Tabel 13: Reactie van regiogemeenten op de huidige kosten uit de landelijke uitvraag

Ook door de gemeenten is meermaals aangekaart dat deze doelgroep jeugdigen niet per definitie duur hoeft te zijn, indien de jeugdige kan verblijven in een passende context die de noodzakelijke toezicht of nabijheid van zorg kan leveren. De verzamelde informatie en reacties maken duidelijk dat het met de verzamelde gegevens niet mogelijk is om de huidige kosten voor deze doelgroep jeugdigen exact in beeld te brengen. De informatie met betrekking tot de kosten voor deze jeugdigen roept bij de contactpersonen van de regio's diverse vragen op. Meerdere regio's hebben aangegeven bereid te zijn regionale gegevens aan te leveren voor aanvullend onderzoek.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



8. Conclusie

Dit onderzoek hebben we verricht naar aanleiding van een amendement van de Tweede Kamer, waarin is gesteld dat jeugdigen met een psychische stoornis op een nader te bepalen tijdstip toegang tot de Wlz kunnen krijgen. Met dit onderzoek hebben we inzicht gekregen in de kenmerken en omvang van de doelgroep en de uitvoerings- en financiële consequenties die zijn verbonden aan de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep. In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

De kenmerken van de doelgroep jeugdigen met psychische problematiek die mogelijk toegang kan krijgen tot de Wlz is tijdens expertsessies nader gedefinieerd. We hebben een landelijke uitvraag uitgezet onder alle zorgaanbieders die mogelijk jeugdigen met psychische problematiek in zorg hebben, om zicht te krijgen op de kenmerken, de omvang en de huidige kosten van de doelgroep. Daarnaast hebben we een deskresearch uitgevoerd (dossiers en wetteksten), expertsessies georganiseerd en de bevindingen bij verschillende partijen getoetst om zicht te krijgen op de doelgroep en de uitvoerings- en financiële consequenties van de mogelijke openstelling van de Wlz voor jeugdigen met psychische problematiek.

Hoe ziet de doelgroep jeugdigen die vanwege een grondslag psychische stoornis op basis van de zorginhoudelijke criteria toegang zouden kunnen krijgen tot de Wlz eruit?

Welke beperkingen en stoornissen hebben deze jeugdigen?

Bij deze doelgroep is sprake van problematiek waarbij één of meer symptomen veroorzaakt worden door in de psyché gelegen factoren

(bijvoorbeeld ASS, AD(H)D, ODD, OCD, schizofrenie, angst-, paniek-, hechtings-, trauma gerelateerde- of persoonlijkheidsstoornissen en/of verslavingsproblematiek). Uit de uitkomsten van het onderzoek blijkt dat bij een groot deel van de jeugdigen (87%) ook sprake is van een andere beperking (stapeling van problematiek), met name een (licht) verstandelijke beperking. We zien dat bij de groep jeugdigen waarbij het blijvende karakter van de behoefte aan toezicht of nabijheid niet zeker is, een aanzienlijk lager percentage een (licht) verstandelijke beperking heeft.

Kenmerken van problematiek voor deze doelgroep die naar voren zijn gekomen zijn: traumatische ervaringen (69%), hechtingsproblematiek (65%), emotie-regulatie problematiek (62%), disharmonisch ontwikkelingsprofiel (58%) en een onvoldoende behandelingseffect (34%). De effecten van deze kenmerken kunnen tot uiting komen in meerdere levensdomeinen en levensfasen, en maakt dat jeugdigen (bijna dagelijks) op ongeplande momenten een hulpvraag hebben.

Wat is de leeftijd van deze jeugdigen?

Ruim 40% van de jeugdigen in deze doelgroep valt in de leeftijdscategorie 15 tot 18 jaar. Slechts 1% van de jeugdigen in het onderzoek is 4 jaar of jonger. Een kleine meerderheid van de jeugdigen (54%) is tussen de 5 en 14 jaar, wat een jonge leeftijd is om aan te geven dat de jeugdige blijvend nabijheid of toezicht nodig heeft vanwege een psychische stoornis. Mogelijk is dit te verklaren door het feit dat een ruime meerderheid van de jeugdigen in de respons ook een (licht) verstandelijke beperking heeft.



Hoeveel jeugdigen zullen voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz?

Op basis van de kwantitatieve informatie verkregen uit de landelijke uitvraag, aangevuld met kwalitatieve informatie komen we tot de volgende extrapolatie. Vanuit de uitkomsten op de uitvraag voldoen 213 jeugdigen met psychische problematiek aan de Wlz-criteria. Dit aantal beschouwen we als een ondergrens. Van deze 213 jeugdigen heeft een deel (17%) momenteel reeds een Wlz-indicatie. Van 171 jeugdigen kon de respondent niet aangeven of de behoefte aan 24 uur zorg in nabijheid of permanent toezicht blijvend is. Als we deze groep toevoegen, is de omvang van de doelgroep 384 jeugdigen (waarbij mogelijk een deel niet zal voldoen aan alle Wlz-criteria als het CIZ de aanvraag beoordeelt). We missen in de respons een aantal grote zorgaanbieders die zorg en ondersteuning levert aan de potentiële Wlz-doelgroep. Ook is de verwachting dat niet alle jeugdigen die thuis zorg en ondersteuning ontvangen bereikt zijn.

We verwachten dat met het onderzoek ongeveer de helft van de doelgroep in kaart gebracht is. Op basis van de onderzoekstappen (uitvraag onder zorgaanbieders, aanvullende informatie van aanbieders, toetsing van Jeugdregio's en begeleidingscommissie) verwachten we dat tussen 300 en 800 jeugdigen met een psychische stoornis zullen voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Als we rekening houden met de 17% jeugdigen die tot de doelgroep behoort volgens de uitvraag maar reeds een Wlz-VG-indicatie heeft, dan is het mogelijk dat tussen de 50 en 135 jeugdigen geen herindicatie aanvragen (voor een Wlz-GGZ-indicatie ter vervanging van de bestaande Wlz-VG-indicatie).

Wat zijn de kosten die gemeenten kwijt zijn aan het leveren van zorg aan deze jeugdigen?

Uit de landelijke uitvraag blijkt dat begeleiders en behandelaars van de doelgroep jeugdigen beperkt zicht hebben op het huidige budget dat beschikbaar is voor de jeugdigen. Bij circa een kwart van de jeugdigen die mogelijk toegang krijgt tot de Wlz is informatie bekend met betrekking tot het beschikbare maand- of jaarbudget (n=59). Daarnaast is het niet mogelijk om de exacte kosten voor deze jeugdigen bij de gemeenten op te halen, omdat gemeenten sinds de invoering van de Jeugdwet 2015 niet uniform registreren op het soort problematiek van jeugdigen.

Verschillende onderzoeksactiviteiten zijn uitgevoerd en bronnen zijn benut om inzicht te verkrijgen in de huidige kosten van de potentiële Wlz-doelgroep. De kosten vanuit de uitvraag variëren sterk, waarbij het gemiddelde rond €100.000 ligt, met een minimum van €9.000 en een maximum van €450.000. Respondenten, experts en regio's hebben meermaals aangekaart dat deze doelgroep niet per definitie dure zorg en ondersteuning hoeft te ontvangen, indien de jeugdige in een passende context de juiste zorg en ondersteuning ontvangt. Het minimum vanuit de respons op de vragenlijst wordt door de verschillende experts niet herkend.

De reacties maken duidelijk dat het met de verzamelde gegevens niet mogelijk is de huidige kosten voor deze doelgroep jeugdigen exact in beeld te brengen. Om dit inzichtelijk te krijgen is nader onderzoek nodig. Meerdere regio's hebben aangegeven bereid te zijn regionale gegevens aan te leveren voor aanvullend onderzoek.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Welke ggz-zorgprofielen zullen naar verwachting worden toegewezen in de Wlz?

Op het moment dat ook jeugdigen (18-) vanwege een psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz worden dezelfde zorgprofielen gehanteerd als bij de 18+ cliënten. Uit de landelijke uitvraag blijkt dat ruim 60% van de jeugdigen volgens de begeleiders en behandelaren het best past binnen GGZ-profiel: *Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering*. Slechts 5% van de jeugdigen zal naar verwachting een ggz-zorgprofiel toegewezen krijgen met verzorging en/of verpleging (GGZ-zorgprofiel: *Wonen met intensieve begeleiding en verzorging en Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging*).

1

2

Op welke wijze ontvangen deze jeugdigen op dit moment zorg?

Welke zorg ontvangen deze jeugdigen sinds 2015 vanuit gemeenten?

Welke zorg de jeugdigen op dit moment ontvangen vanuit de gemeenten is geïllustreerd in de geanonimiseerde dossiers in [bijlage 3](#). Het betreft meestal intensieve vormen van begeleiding met verblijf. Uit deze dossiers blijkt dat de zorg en ondersteuning die de jeugdigen ontvangen sterk varieert wat betreft inhoud, omvang en terminologie (binnen de Jeugdwet bestaan geen uniforme profielen). Daarom hebben we tijdens de landelijke uitvraag niet de vraag gesteld welke zorg de jeugdigen momenteel exact ontvangen. Wel hebben we de vraag gesteld aan welke zorg en ondersteuning de jeugdigen nu behoefte hebben. Voor een nadere beschrijving van deze behoefte aan de zorg verwijzen we naar het antwoord op 'welke zorg is er benodigd voor deze jeugdigen?'.
 3
 4
 5
 6
 7
 8

Daarnaast laat de landelijke uitvraag zien dat een meerderheid van de doelgroep jeugdigen de zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet ontvangt (70%). Ruim 40% van de jeugdigen die mogelijk toegang krijgt

9

tot de Wlz, heeft een beschikking voor zorg en ondersteuning met een geldigheidsduur van minder dan 1 jaar en ruim 20% van 1-3 jaar. Degenen met een besluit dat 5 jaar of langer geldig is betreffen vrijwel allemaal jeugdigen met een Wlz-VG-indicatie.

Verblijven deze jeugdigen in een instelling, of ontvangen ze zorg thuis (via Zorg in Natura of een Persoonsgebonden-budget)?

De uitkomsten van de uitvraag laat zien dat de meerderheid van deze jeugdigen zorg in natura ontvangen en in een instelling verblijven. 8,9% van de jeugdigen die mogelijk toegang krijgen tot de Wlz, ontvangt zorg en ondersteuning via een pgb (meestal in de thuissituatie). Ook is bij een gedeelte van de jeugdigen het voor de respondent onbekend vanuit welke financiering de zorg en ondersteuning bekostigd wordt (13%).

Vanuit welke instellingen ontvangen deze jeugdigen op dit moment zorg?

Met het onderzoek hebben we respons ontvangen vanuit de achterbannen van de brancheverenigingen (GGZ-NL, VNG, Jeugdzorg NL (inclusief Gezinshuis.com) en Per Saldo) en het Kenniscentrum KJP. De variatie aan instellingen waar deze jeugdigen op dit moment zorg van ontvangen is groot. [Bijlage 7](#) weergeeft het overzicht van de namen van de zorgaanbieders die hebben aangegeven de potentiële Wlz-doelgroep in zorg te hebben en één of meerdere vragenlijsten hebben ingevuld.

Wat is de daadwerkelijke zorgbehoefte van deze doelgroep?

Welke zorg is er benodigd voor deze jeugdigen?

Uit dit onderzoek blijkt dat de jeugdigen op het gebied van zorg en ondersteuning een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in

nabijheid of permanent toezicht om reëel risico op ernstig nadeel te voorkomen. De jeugdigen hebben behoefte aan:

- Ondersteuning bij het structureren van de dag en/of uitvoeren van activiteiten (98%);
- Ondersteuning bij het uitvoeren van ADL-/HDL- taken: aan- en uitkleden, zichzelf reinigen, maaltijden bereiden en huishoudelijk werk (82%);
- De mogelijkheid om zorg en ondersteuning op- en af te schalen, omdat de behoefte aan zorg en ondersteuning (sterk) kan fluctueren in de loop van de tijd (47%).

In de geanonimiseerde dossiers zijn de volgende voorbeelden van behandelingen aangegeven voor deze doelgroep: psychotherapie, psycho-educatie, traumatherapie, ambulante thuisbehandeling of therapie voor structurering.

Zijn er knelpunten waardoor jeugdigen momenteel niet de benodigde zorg krijgen?

Knelpunten waardoor jeugdigen niet de benodigde zorg krijgen zijn beschreven in drie categorieën:

- **Zorgaanbod en deskundigheid:** Er is beperkt passend zorgaanbod (in de regio) voor deze jeugdigen, waardoor wachtlijsten ontstaan. Daarnaast is beperkte deskundigheid bij zorgaanbieders voor deze complexe problematiek en is er suboptimale samenwerking tussen aanbieders met specifieke expertise. Dit knelpunt staat in principe los van de Jeugdwet en de Wlz en verdient bij overheveling naar de Wlz onverminderd aandacht.
- **Gemeentelijk beleid:** Toegangsmedewerkers van sommige gemeenten beschikken over onvoldoende expertise ten aanzien van de complexe zorgvraag van deze doelgroep jeugdigen. Door

verschillen in de uitvoeringspraktijk tussen gemeenten kunnen onderlinge verschillen ontstaan (ongelijk speelveld);

- **Beschikkingen:** Kortdurende beschikkingen en de onzekerheid die hiermee gepaard gaat hebben een ontwrichtende werking op de jeugdigen en hun systeem. Het aanvraagproces voor een pgb wordt in sommige gemeenten bemoeilijkt en gestuurd op zorg in natura, terwijl het zorg in natura aanbod soms onvoldoende aansluit op de zorgvraag.

Wlz-aanspraken

Welke verschillen zijn er in de zorg en ondersteuning die een jeugdige op grond van de Wlz kan ontvangen ten opzichte van de Jeugdwet?

Op basis van de analyse in het onderzoek zijn een aantal verschillen waarneembaar tussen de Jeugdwet en de Wlz, namelijk:

- de Jeugdwet kent een leeftijdsrestrictie terwijl de Wlz levenslang zorg biedt,
- de Jeugdwet is bedoeld voor de jeugdige en zijn/haar systeem terwijl de Wlz enkel is bedoeld voor de geïndiceerde cliënt,
- de Jeugdwet kent geen voorwaarde voor permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid, de Wlz wel,
- de Jeugdwet kent geen eenduidig beleid in het kader van uitvoering en financiering, de Wlz wel.

Een gevolg van de wetswijziging zal zijn dat jeugdigen die toegang krijgen tot de Wlz blijvend (levenslang en levensbreed) recht hebben op zorg, waarbij de toegang centraal is georganiseerd, waardoor deze jeugdigen niet te maken krijgen met kortdurende indicaties en eventuele stapeling van indicaties.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Wat zijn de financiële consequenties hiervan?

Als deze doelgroep jeugdigen toegang krijgt tot de Wlz, dan moet er een overheveling van budget plaatsvinden van de gemeenten naar de Wlz.

Dit budget moet voldoende zijn om ook de ondersteuning van het systeem van de jeugdige te regelen (zie laatste deelvraag). Ook zien we dat een deel van de jeugdigen (17%) momenteel een Wlz-indicatie heeft. Het is onduidelijk of deze groep een herindicatie kan/zal aanvragen, en of dit mogelijk leidt tot een verschuiving binnen de Wlz.

1

In het onderzoek hebben we een vergelijking gemaakt tussen de huidige kosten voor deze doelgroep (gebaseerd op informatie uit de landelijke uitvraag) en de indicatieve NZa tarieven. Mede door het beperkte aantal gegevens uit de landelijk uitvraag is het moeilijk deze vergelijking te maken. Om hier meer zicht op te krijgen is nader onderzoek nodig.

2

3

Meerdere Jeugdregio's hebben aangegeven dat zij bereid zijn aanvullende informatie aan te leveren.

4

5

6

7

8

9



Uitvoeringsconsequenties en implementatieopgaven

Wat zijn de uitvoeringsconsequenties van de overheveling voor alle betrokken partijen?

En welke voorbereidingen van partijen zijn nodig om tot een uitvoerbare openstelling van de Wlz te komen voor deze jeugdigen?

Procesinrichting

- Huidige inkoopkader Wlz-uitvoerders uitbreiden met GGZ

Formatie & scholing

- Formatie Wlz-uitvoerders aanpassen
- Afdeling zorgadvies uitbreiden. Betrokken medewerkers scholen

Contractering

- Uitbreiden bestaand contract Wlz-uitvoerder
- Afspraken tussen zorgaanbieder en pgb-budgethouder, vastgelegd in een zorgovereenkomst
- Nieuw contract Wlz-uitvoerder: hele inkoop-/aanbestedingsproces doorlopen
- Productieafspraken Wlz-uitvoerders: niet o.b.v. historische cijfers, monitoring noodzakelijk, herschikkingsronde en nacalculatieronde
- Zorgaanbieders: alert of de goede zorg geboden wordt
- Afspraken met Wlz-uitvoerders over aard, kwaliteit, doelmatigheid, omvang en prijs van zorg
- Zorgaanbieder: inzicht nodig in opbouw tarieven GGZ-zorgprofielen

Wlz-uitvoerders:

- Kwaliteitskader voor de GGZ aanpassen?
- Goede werk- en samenwerkingsafspraken tussen Wlz-uitvoerders, inspectie en zorgaanbieders over invulling monitoring en inspectie

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9



Informatievoorziening

Betrokken partijen informeren over consequenties wetswijziging

Procesinrichting

- Aanpassen beleidsregels gemeente en CIZ
- Nieuwe doelgroep inpassen in huidige proces (her)indiciëstelling
- Aanpassen registratiesystemen zorgaanbieders, CIZ, Wlz-uitvoerders en SVB

Formatie & Scholing

- Extra scholing personeel CIZ
- Mogelijk scholing medewerkers zorgaanbieders

Indiciëaanvraag

Inzicht voor gemeenten, zorgaanbieders en CIZ welke jeugdigen in aanmerking voor toegang Wlz Vaststellen blijvendheid

Zorguitvoering

- Zorgaanbieders: nu *alle* vormen van Wlz-zorg bieden
- Zorgaanbieders mogelijk ookte maken met Wet verplichte GGZ
- Zorgaanbieder keuze uit twee regimes: Wzd of Wvvgz
- Jeugdigen en ouders: afspraken met zorgaanbieders over zorg en ondersteuning vanuit de Wlz (zorgplan)

Scholing

- Zorgaanbieders: mogelijk medewerkers scholen

Formatie

- Zorgaanbieders: aanpassingen in afspraken over welke functies regiebehandelaar mogen zijn



Wat zijn de mogelijkheden om deze doelgroep jeugdigen en hun gezinnen integrale zorg en ondersteuning te bieden?

Welke mogelijkheden zijn er om ondersteuning vanuit de Jeugdwet te combineren met zorg uit de Wlz? En wat zijn de financiële consequenties hiervan?

Het is van belang dat jeugdigen en hun systeem de juiste zorg en ondersteuning ontvangen. Gelet op de resultaten uit het onderzoek komen drie mogelijkheden naar voren die het mogelijk maken om integrale zorg en ondersteuning vanuit de Wlz te bieden aan deze doelgroep jeugdigen en hun systeem.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Stapelning van wetten waarbij de reguliere zorg vanuit de Wlz gefinancierd wordt en daarnaast integrale zorg en ondersteuning gefinancierd wordt vanuit de Jeugdwet.

Voordeel van het stapelen van de wetten (waarbij de reguliere zorg vanuit de Wlz gefinancierd wordt en integrale zorg en ondersteuning van het systeem vanuit de Jeugdwet) is dat er geen aanpassingen nodig zijn in beide wetten. Mogelijk ontstaat, door verschillen in gemeentelijk beleid, een ongelijk speelveld. Daarnaast is het stapelen van wetten volgens experts onwenselijk, omdat het de praktische inrichting van zorg en financiering bemoeilijkt.

Integrale zorg en ondersteuning van de cliënt en het systeem expliciet beschrijven en onderdeel maken van de Wlz-aanspraken.

Voordeel van de optie is dat integrale zorg en ondersteuning aan de jeugdigen en het systeem expliciet onderdeel wordt van de Wlz-aanspraak. Dit vraagt om een aanpassing van de Wlz. Daarnaast leidt dit

mogelijk tot discussie welke systemen van welke cliënten wel en niet ondersteund mogen worden vanuit de Wlz.

Inbouwen van een Wlz-systeem-toeslag voor de doelgroep jeugdigen met GGZ-problematiek om ook systeemondersteuning of behandeling te bieden aan het systeem van de jeugdige.

Voordeel van het inbouwen van een toeslag in de Wlz voor deze doelgroep jeugdigen, is dat integrale zorg en ondersteuning aan specifiek deze jeugdigen en het systeem geleverd kan worden vanuit de Wlz. Keerzijde van deze optie is de groeiende hoeveelheid aan toeslagen die de Wlz kent. Om dit te voorkomen kan gebruikt gemaakt worden van (een aanpassing van) een bestaande toeslag, zoals Meerzorg. Het is dan wel gewenst dat Meerzorg langdurig ingezet kan worden en dat de administratieve lasten van een aanvraag en verantwoording beperkt wordt gehouden.

9. Beschouwing

Jeugdigen met een psychische stoornis kunnen op een nader te bepalen tijdstip toegang krijgen tot de Wlz, wanneer inzichtelijk is wat de omvang van de doelgroep is en welke uitvoerings- en financiële consequenties zijn verbonden aan de toegang tot de Wlz voor deze doelgroep.

1

Met behulp van voorliggend onderzoek hebben we voor het eerst een landelijk beeld gekregen van de mogelijke omvang en consequenties:

2

- de verwachte omvang van de groep jeugdigen met een psychische stoornis die voldoet aan de Wlz-criteria ligt waarschijnlijk tussen de 300 en 800; de exacte omvang van deze groep wordt duidelijk als het CIZ voor deze groep gaat indiceren;

3

- naast een psychische stoornis is bij een aanzienlijk deel van deze jeugdigen ook sprake van een (licht) verstandelijke beperking;

4

- bij deze jeugdigen is sprake van complexe meervoudige problematiek, zoals traumatische ervaringen, hechtingsproblematiek, emotie-regulatie problematiek en disharmonisch ontwikkelingsprofiel;

5

- deze jeugdigen hebben veel behoefte aan structuur, ondersteuning bij ADL/HDL dat kan fluctueren gedurende de dag en qua behandeling gaat het veelal om psychotherapie, psycho-educatie, traumatherapie, ambulante thuisbehandeling of therapie voor structurering;

6

- overheveling van de zorg voor deze jeugdigen van de Jeugdwet naar de Wlz leidt tot uitvoeringsconsequenties op het gebied van de indicatiestelling, contractering, levering van zorg en verantwoording van zorg; deze consequenties richten zich op informatievoorziening,

7

procesinrichting, formatie en scholing; deze consequenties zijn uitvoerbaar, maar vragen een zorgvuldige voorbereiding en voldoende doorlooptijd om ze te kunnen realiseren; hierbij verdient het onderbouwen en vaststellen van de blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid voor deze jeugdigen specifieke aandacht, omdat van tevoren moeilijk is aan te geven hoe de jeugdige zich de komende jaren ontwikkelt;

- vanwege het ontbreken van betrouwbare gegevens over de huidige kosten voor de cliënten uit de doelgroep hebben we tijdens voorliggend onderzoek slechts een beperkt beeld gekregen van de financiële consequenties; nader onderzoek is nodig om een beter beeld te krijgen van de financiële consequenties; uit het onderzoek is wel duidelijk geworden dat een deel van de doelgroep reeds zorg ontvangt vanuit de Wlz; het is onduidelijk of deze groep een herindicatie kan/zal aanvragen, en of dit mogelijk leidt tot een verschuiving binnen de Wlz;
- we hebben tijdens het onderzoek geen signalen ontvangen dat door de overheveling van de Jeugdwet naar de Wlz de inhoud van de zorg voor deze jeugdigen substantieel gaat veranderen; grotendeels zullen dezelfde zorgaanbieders dezelfde zorg blijven leveren; de knelpunten (op het gebied van juiste expertise en goede samenwerking) die voor de zorg onder de Jeugdwet gelden, gelden ook als deze zorg vanuit de Wlz wordt geboden;
- voor deze groep jeugdigen is de grootste consequentie van een Wlz-toegang dat ze voor onbeperkte duur gebruik kunnen maken van zorg en ondersteuning (en niet te maken hebben met kortdurende beschikkingen); dit brengt rust en continuïteit om langdurig passende zorg in te zetten en op- en af te schalen indien gewenst; omdat ondersteuning van het cliëntsysteem van groot belang is bij de doelgroep en de Wlz gericht is op de cliënt zelf, is het van belang

8

9



dat wordt geregeld dat ook het cliëntsysteem vanuit de Wlz kan worden ondersteund.

Samenvattend betreft het naar verwachting een relatief kleine groep jeugdigen met complexe problematiek waarvoor de uitvoeringsconsequenties uitvoerbaar zijn, maar onbekend is wat de financiële consequenties zullen zijn.

Tot slot beschouwen we de samenvattende conclusies vanuit het perspectief van de jeugdige. De openstelling van de Wlz geeft de jeugdige voor onbepaalde tijd recht op zorg. Dit beantwoordt aan de grote behoefte van jeugdigen, ouders en professionals, dat de continuïteit van zorg is gegarandeerd. Echter dient dit niet te leiden tot allerlei onduidelijkheden over het wel of niet kunnen vaststellen van de blijvende behoefte aan nabijheid of toezicht, of het wel of niet kunnen ondersteunen van het cliëntsysteem vanuit de Wlz. Hierbij is de jeugdige niet gebaat. Tevens is het van belang dat de jeugdige binnen de Wlz voldoende mogelijkheden krijgt om zich te blijven ontwikkelen (ondanks de blijvende behoefte aan nabijheid of toezicht). Daarnaast is het openstellen van de Wlz voor deze doelgroep niet zondermeer een oplossing voor alle situaties waarin momenteel geen passende zorg wordt geboden. Bij openstelling van de Wlz zullen grotendeels dezelfde zorgaanbieders de zorg verlenen die ook binnen de Wlz vraagt om de juiste expertise en samenwerking. En ook voor jeugdigen die niet voldoen aan de Wlz-criteria, is het van belang dat ze de juiste zorg krijgen. Hoe eerder de juiste zorg en context binnen de Jeugdwet wordt geboden hoe kleiner de kans dat de zorgvraag zo complex wordt dat deze voldoet aan de Wlz-criteria. We willen de verantwoordelijke partijen meegeven om op basis van deze resultaten keuzes te maken die

daadwerkelijk leiden tot oplossingen voor de zorg aan deze jeugdigen en geen nieuwe problemen creëren.

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Bijlage 1. Samenstelling begeleidingscommissie

Naam	Organisatie
Dorothe van Kempen	CCE
Christine Pollmann	Gemeente Amsterdam
Djeuwke Verseput	GGZ-NL
Alex Martinius	GGZ-NL
Gerard van Unen	GGZ-NL
Sara van der Weerd	Kenniscentrum KJP
Marlies Roosjen	MIND
Kim Ross	Per Saldo
Jacqueline Gomes	Per Saldo
Gera van der Woude	VGN
Bianca Roos	VGN
Reinier Lagerwerf	VNG
Geert Schipaanboord	VNG

Tabel 14: Leden van de begeleidingscommissie met naam organisatie

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Bijlage 2. Samenstelling expertgroepen

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Naam	Organisatie
Nynke Frieswijk	Accare
Adrienne Ligtenberg	CCE
Tom van Son	CCE
Rona Bosman	CIZ
Aletta Willems	CIZ
Anke van Dijke	Fier (schriftelijk input)
Frank de Graaff	Gemeente Amsterdam
Leonie van Loon	Iipse de Bruggen

Tabel 2.1 Aanwezigen expertgroep definiëren doelgroep en expertgroep toetsen vragenlijst

Naam	Organisatie
Marjan Maarschalkerweerd	ACIC
Audrey Maeder-Sahupala	ACIC
Anke-Elze de Jong-Rietstap	Ambassadeur Per Saldo
Corinne Vinks	Balans
Sonja Toet	Centrum2Play
Wilma van der Scheer	MIND
Jacqueline Nebbeling	Ouders Hoenderloo
Babette Brouwer	Ouders Hoenderloo
Nely Sieffers	Uw Ouderplatform

Tabel 2.2 Aanwezigen expertgroep ervaringsdeskundigen definiëren doelgroep

Naam	Organisatie
Nynke Frieswijk	Accare
Marjan Maarschalkerweerd	ACIC, ervaringsdeskundige
Sonja Toet	Centrum2Play, ervaringsdeskundige
Rona Bosman	CIZ
Alies Heerma	De Bascule (schriftelijk input)
Judith Meerburg	Gemeente Amsterdam (schriftelijk input)
Els van der Poel	GGZ Noord Holland Noord
Nikki Meeuwssen	Op persoonlijke titel, voormalig zorgprofessional
Gieke Buur	VNG (schriftelijk input)

Tabel 2.3 Aanwezigen expertgroep verschillen Wlz en Jeugdwet, integrale zorg en ondersteuning, uitvoerings- en financiële consequenties

Bijlage 3. Geanonimiseerde dossiers

De tabel geeft de informatie weer van de dossiers die gebruikt is in het kader van het dossieronderzoek. De 13 dossiers zijn geanonimiseerd aangeleverd door professionals werkzaam bij de gemeente, het CCE, en (samenwerkingsverband van) zorgaanbieders. De dossiers betreffen jeugdigen met psychische problematiek waarvan de professionals aangeeft dat ze blijvende behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Gezien de privacy zijn deze dossiers gecategoriseerd en samengevat op een aantal aspecten, bijvoorbeeld in leeftijdscategorieën. Niet elk dossier geeft informatie over alle aspecten, met name het jaarbudget voor de zorg en ondersteuning is niet in alle gevallen bekend bij de professionals die deze informatie heeft aangeleverd.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Dossier	Leeftijd	Diagnose GGZ	Aard problematiek en (vermoeden op) andere beperking	Huidige zorg/ondersteuning en behoeften	Ondersteuning systeem	Budget per jaar
1	15-18	ADHD, ASS	LVG, emotieregulatie	Gesloten jeugdzorg, 2 op 1 begeleiding, continuïteit, zoekend naar open setting, extreme behoefte structuur in dag	Hechte band met ouders, slaapt 2x p/m thuis. Behoeft acceptatie problematiek, ondersteuning	Ca. €500.000
2	15-18	ADHD, MCDD	LVG, emotieregulatie, trauma, disharmonisch profiel, impulsief	Gesloten jeugdzorg, 2 op 1 begeleiding, 16 uur p/d, diverse (crisis)plaatsingen, behoefte woonplek, continuïteit en sturing	Behoeft aan psycho-educatie en traumatherapie	-
3	15-18	MCDD, PTSS	Hechting, emotieregulatie, trauma, disharmonisch profiel	Verblijft aantal jaar op crisisplek, 1 op 1 begeleiding, diverse uithuisplaatsingen, structurering	Pedagogische onmacht, gezinshuisouders overbelast	-
4	12-14	MCDD, ADHD	Hechting, emotieregulatie, realiteitstoetsingsproblemen, bovengemiddeld begaafd	Individuele begeleiding 15-20 uur p/w, 2x p/m weekendopvang, therapie 1x per week, behoeft extreme structurering activiteiten	Trajectbegeleiding (5-10 uur p/w), individuele opvoedondersteuning (3-5 uur p/w), individuele begeleiding ouder (5-10 uur p/w)	SPIC duurzaam zwaar intensief, aanvullende IBO
5	?	MCDD	Hoogbegaafd, psychotische belevingen, suïcidaal, fluctuatie van problematiek	Individuele psychotherapie, ambulante thuisbehandeling, door structuur rustig. Zoekend naar kleinschalige verblijfvoorziening	Intensief betrokken, ouderbegeleiding	Ca. €150.000
6	15-18	ASS, ADHD	Disharmonisch profiel, emotieregulatie, impulsiviteit	Individueel behandeltraject, gesloten, dagbesteding, 1 op 1. Korte termijn naar open	Hechte band, ouder nauw betrokken en ondersteund	Ca. € 250.000



Dossier	Leeftijd	Diagnose GGZ	Aard problematiek en (vermoeden op) andere beperking	Huidige zorg/ondersteuning en behoeften	Ondersteuning systeem	Budget per jaar
				setting, kleinschalig/beschermd. Diverse uithuisplaatsingen. Duidelijk kaders en structurering nodig,		
7	15-18	PTSS	Gedragsstoornis, emotie-regulatie, disharmonisch profiel	Gesloten verblijf, 1 op 1 begeleiding, therapietrajecten traumaverwerking, structureren dag en activiteiten, zoekende naar passende verblijfplek	Ouder betrokken bij behandeltraject, geen ondersteuning	€266.508 (131.508 regulier verblijf, 135.000 1-1 Meerzorg)
8	15-18	ADHD, ODD	Trauma, disharmonisch profiel, emotieregulatie automutilatie, suïcide	Gesloten jeugdzorg, FACT 3-5 uur p/w, structureren dag en activiteiten	Onveilig structuur, conflictueuze relatie ouders, systemische gesprekken	-
9	15-18	ASS	Disharmonisch profiel, angst, emotieregulatie, LVG	Dagbesteding, individuele begeleiding, op zoek naar passende verblijfplek	Ouders overbelast, hechte band. Psycho-educatie systeem en zorgcoördinatie	-
10	15-18	MCD	Disharmonisch profiel	Verblijft gesloten verblijf. Eerder diverse uithuisplaatsingen, crisisplaatsing met dagbesteding	-	-
11	12-14	?	Hechting, disharmonisch profiel	Verblijf met behandeling, tot 21 jaar	Zorgcoördinatie en persoonlijk proces	-
12	15-18	ASS	LVG	School en naschoolse dagbehandeling, behoefte ondersteuning fluctueert	Thuis onhoudbaar. Ondersteuning voorkomen uithuisplaatsing, mogelijk pleeggezin	-
13	15-18	MCDD	Disharmonisch profiel, LVG	Gesloten verblijf met behandeling, diverse crisisplaatsingen	-	-

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Bijlage 4. Online landelijke uitvraag

Deze bijlage geeft de vragen weer die gesteld zijn in de landelijke uitvraag.

Gegevens aanbieder

Naam zorgaanbieder:	
Naam contactpersoon:	

Wilt u eenmalig onderstaande gegevens invullen? Voor de volgende jeugdigen kunt u de velden leeg laten.

Functie:	
E-mailadres:	
Telefoonnummer:	
Sector:	

1. Aan hoeveel jeugdigen met psychische problematiek levert uw organisatie in totaal zorg en ondersteuning?

2. Levert uw organisatie zorg en ondersteuning aan jeugdigen met

(a) een (vermoeden van een) psychische stoornis EN

(b) waarbij het perspectief is dat zij vanwege de beperkingen langdurig toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben?

- Ja (ga door naar de volgende vraag en vul de vragenlijst verder in)
 Nee (ga naar einde vragenlijst)

Gegevens jeugdige (de volgende vragen kunt u per jeugdige invullen)

In welke leeftijdscategorie valt de jeugdige?

- 0 t/m 4 jaar
 5 t/m 11 jaar
 12 t/m 14 jaar
 15 tot 18 jaar

Welke gemeente verblijft de jeugdige?	
Unieke cliëntcode	

Vul hier een voor de onderzoekers (of derden) niet herleidbare code in die voor de zorgaanbieder wel herleidbaar is zodat de onderzoekers eventueel nog aanvullende vragen kunnen stellen. Let op: dit mag geen BSN zijn!

Inzicht in de problematiek

1. Heeft de jeugdige een psychische stoornis?

Problematiek waarbij één of meer symptomen veroorzaakt wordt door in de psychie gelegen factoren. Hierbij wordt gedacht aan de diagnoses die worden gehanteerd binnen de DSM-5. Hieronder valt dus ook verslavings- of gedragsproblematiek.

- Ja, er is een diagnose vastgesteld door een daartoe bevoegde en ter zake deskundige
 Ja, er is een vermoeden van een psychische stoornis
 Nee

2. Heeft de jeugdige naast de psychische problematiek, ook een chronisch somatische of een (licht) verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Ja, chronisch somatische handicap
 Ja, licht verstandelijke handicap
 Ja, verstandelijke handicap
 Ja, lichamelijke handicap
 Ja, zintuiglijke handicap
 Nee
 Onbekend

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Kenmerken jeugdige

3. Welk van de onderstaande kenmerken zijn van toepassing op de jeugdige?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Disharmonisch ontwikkelingsprofiel, verschil tussen enerzijds IQ en anderzijds sociaal-emotioneel gebied en adaptief functioneren
- Traumatische ervaring
- Hechtingsproblematiek
- Emotie-regulatieproblematiek
- Onvoldoende behandeldeffect
- Geen van bovenstaande kenmerken

4. Heeft de jeugdige (bijna dagelijks) een hulpvraag op ongeplande momenten?

- Ja
- Nee

5. Heeft de jeugdige behoefte aan ondersteuning bij het structureren van de dag en/of activiteiten uitvoeren?

- Ja (ga naar vraag 5a)
- Nee (ga naar vraag 6)

5a. Is deze behoefte aan ondersteuning bij het structureren en/of activiteiten uitvoeren blijvend (levenslang, van niet voorbijgaande aard)?

Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige verbetering of herstel op enig moment in iemands leven (bijvoorbeeld vanwege begeleiding of een behandeling) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan ondersteuning levenslang is, is het niet blijvend.

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

6. Heeft de jeugdige behoefte aan ondersteuning bij het uitvoeren van ADL-/HDL-taken (Denk aan: aan- en uitkleden, zichzelf reinigen en - afhankelijk van leeftijd - maaltijden bereiden en huishoudelijk werk)

- Ja (ga naar vraag 6a)
- Nee (ga naar vraag 7)

6a. Is deze behoefte aan ondersteuning bij ADL-/HDL-taken blijvend (levenslang, van niet voorbijgaande aard)?

Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige verbetering of herstel op enig moment in iemands leven (bijvoorbeeld vanwege begeleiding of een behandeling) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan ondersteuning levenslang is, is het niet blijvend.

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

7. Kan de behoefte aan zorg en ondersteuning van de jeugdige (sterk) fluctueren in de loop van de tijd, waardoor behoefte is aan op- en afschalen van de zorg en ondersteuning?

- Ja (ga naar vraag 7a)
- Nee (ga naar vraag 8)

7a. Is deze behoefte aan op- en afschalen blijvend (levenslang, van niet voorbijgaande aard)?

Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige verbetering of herstel op enig moment in iemands leven (bijvoorbeeld vanwege begeleiding of een behandeling) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan ondersteuning levenslang is, is het niet blijvend.

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Vaststellen ernstig nadeel

8. Is er een reëel risico dat er bij de jeugdige gevaren optreden als gevolg van de beperking?

Denk aan: verwaarlozing, lichamelijk letsel, ernstige schade van zijn ontwikkeling, verslaving, onder invloed van anderen komen (loverboys).

Het gaat om een reëel risico dat specifiek deze jeugdige het ernstig nadeel daadwerkelijk zal overkomen. De enkele mogelijkheid dat een gevaar bestaat (of relatief veel voorkomt bij deze doelgroep) is op zichzelf niet genoeg.

- Ja
 Nee

Vaststellen blijvende behoefte 24 uur zorg in nabijheid

9. Heeft de jeugdige behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en (hoofdzakelijk passieve) observatie waardoor een zorgverlener tijdig kan ingrijpen?

Passieve observatie betreft een vorm van beschikbaarheid van toezicht in de nabijheid. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie.

- Ja
 Nee

9a. Is de behoefte aan 24 uur zorg in nabijheid blijvend (levenslang, van niet voorbijgaande aard)?

Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige verbetering of herstel op enig moment in iemands leven (bijvoorbeeld vanwege begeleiding of een behandeling) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid levenslang is, is het niet blijvend.

- Ja
 Nee
 Weet ik niet

Vaststellen blijvende behoefte permanent toezicht

10. Heeft de jeugdige behoefte aan 24 uur per dag onafgebroken toezicht en actieve observatie waardoor een zorgverlener tijdig bij een ernstig nadeel of dreigende escalatie kan ingrijpen?

Actieve observatie betreft onafgebroken toezicht waardoor direct ingegrepen kan worden gedurende het gehele etmaal. Bij jeugdigen met een behoefte aan actieve observatie kan elk moment iets (ernstig) misgaan.

- Ja (ga naar vraag 9a)
 Nee (ga naar vraag 10)

10a. Is de behoefte aan permanent toezicht blijvend (levenslang, van niet voorbijgaande aard)?

Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige verbetering of herstel op enig moment in iemands leven (bijvoorbeeld vanwege begeleiding of een behandeling) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan permanent toezicht levenslang is, is het niet blijvend.

- Ja
 Nee
 Weet ik niet

Huidige indicatie

11. Ten laste van welk wettelijk kader wordt de zorg en ondersteuning momenteel gefinancierd?

- Jeugdwet (Zorg in Natura)
 Jeugdwet (Persoonsgebonden budget)
 Zvw (Zorg in Natura)
 Zvw (Persoonsgebonden budget)
 Anders, namelijk:

11a. Wat is de geldigheidsduur van de huidige beschikking of indicatie?

- 0 tot 3 maand
 3 tot 6 maand
 6 tot 12 maand
 1 tot 3 jaar
 3 tot 5 jaar
 5 jaar of langer

1

2

3

4

5

6

7

8

9



11b. Wat is het huidige beschikbare budget voor zorg voor de jeugdige?

Vul hier in wat het geschatte totale budget voor de jeugdigen is in euro's, maak een keuze tussen *per maand* of *per jaar*

- Budget per maand:
- Budget per jaar:

Vaststellen zorgprofiel

12. Kunt u aangeven welke van de volgende beschrijvingen het huidige zorgprofiel van de jeugdige het beste weergeeft?

Zie hieronder voor de nadere toelichting van de zorgprofielen. Het wonen kan zowel in een instelling als thuis.

Het gaat hier om uw inschatting van het meest passende zorgprofiel voor de jeugdige. Het betreft geen formele indicatie.

- GGZ - Wonen met intensieve begeleiding
- GGZ - Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
- GGZ - Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
- GGZ - Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
- GGZ - Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding
- Geen van bovenstaande beschrijvingen

GGZ: Wonen met intensieve begeleiding

- Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling
- Gedragsproblematiek: hanteerbaar door voortdurende begeleiding
- Psychiatrische problematiek: passief tot actief
- ADL-taken: toezicht of stimulatie van de persoonlijke verzorging

GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging

- Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling nodig op alle levensterreinen plus verzorging vanwege (somatische) gezondheidsproblemen
- Gedragsproblematiek: hanteerbaar door voortdurende begeleiding
- Psychiatrische problematiek: actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving

- ADL-taken: hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging

GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering

- Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling en een sterk gestructureerde dagindeling nodig
- Gedragsproblematiek: ernstig, (verbaal) agressief, manipulatief, dwangmatig
- Psychiatrische problematiek: actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving
- ADL-taken: toezicht en stimulatie en/of hulp

GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging

- Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling, overname van taken
- Gedragsproblematiek: hanteerbaar middels voortdurende begeleiding
- Psychiatrische problematiek: actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving
- ADL-taken: uitgebreide hulp, bij eten, drinken, wassen en kleden

GGZ: Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

- Ondersteuning: zeer intensieve begeleiding/behandeling, beveiliging en een sterk gestructureerde dagindeling
- Gedragsproblematiek: extreem, verbaal/lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig en ongecontroleerd
- Psychiatrische problematiek: zeer ernstig, actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving
- ADL-taken: uitgebreide hulp, verpleegkundig handelen nodig

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Bijlage 5. Wlz-Zorgprofielen, omschrijving op hoofdlijnen

Zorgprofielen	
	<p>GGZ: Wonen met intensieve begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling • Gedragsproblematiek: hanteerbaar door voortdurende begeleiding • Psychiatrische problematiek: passief tot actief • ADL-taken: toezicht of stimulatie van de persoonlijke verzorging
1	<p>GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling nodig op alle levenssterreinen plus verzorging vanwege (somatische) gezondheidsproblemen • Gedragsproblematiek: hanteerbaar door voortdurende begeleiding • Psychiatrische problematiek: actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving • ADL-taken: hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging
2	
3	
4	<p>GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling en een sterk gestructureerde dagindeling nodig • Gedragsproblematiek: ernstig, (verbaal) agressief, manipulatief, dwangmatig • Psychiatrische problematiek: actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving • ADL-taken: toezicht en stimulatie en/of hulp
5	
6	<p>GGZ: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning: intensieve begeleiding/behandeling, overname van taken • Gedragsproblematiek: hanteerbaar middels voortdurende begeleiding • Psychiatrische problematiek: actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving • ADL-taken: uitgebreide hulp, bij eten, drinken, wassen en kleden
7	
8	<p>GGZ: Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning: zeer intensieve begeleiding/behandeling, beveiliging en een sterk gestructureerde dagindeling • Gedragsproblematiek: extreem, verbaal/lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig en ongecontroleerd • Psychiatrische problematiek: zeer ernstig, actief van aard (floride psychiatrie) en/of actieve middelenverslaving • ADL-taken: uitgebreide hulp, verpleegkundig handelen nodig
9	



Bijlage 6. Beschrijving voormalige deelprestaties A t/m H

De tabel beschrijft de voormalige deelprestaties A t/m H Jeugd-GGZ met verblijf (excl. Behandeling) en is onderdeel van de standaard landelijke productcodelijst.

Voorziening	Beschrijving
A – Licht	Lichte verstoring in psychiatrisch ziektebeeld, beperkte behoefte aan begeleiding door 24-uurscontinuïteitsdienst (oproepbaar). Geen extra verzorging of toezicht, geen begeleiding ADL
B – Beperkt	Beperkte verstoring in psychiatrisch ziektebeeld, beperkte behoefte aan begeleiding door 24-uurscontinuïteitsdienst (oproepbaar). Stimulatie, toezicht en beperkte begeleiding ADL
C – Matig	Matige verstoring in psychiatrisch ziektebeeld, matige behoefte aan begeleiding door 24-uurscontinuïteitsdienst (in nabijheid). Begeleiding, toezicht noodzakelijk en begeleiding ADL
D – Gemiddeld	Gemiddelde verstoring in psychiatrisch ziektebeeld, wisselende behoefte aan begeleiding door 24-uurscontinuïteitsdienst (direct beschikbaar). Begeleiding en structureel toezicht ADL
E – Intensief	Intensieve verstoring in psychiatrisch ziektebeeld, structurele behoefte aan begeleiding door 24-uurscontinuïteitsdienst (direct beschikbaar). Volledig begeleidende zorg en permanent toezicht
F – Extra intensief	Intensieve verstoring in psychiatrisch ziektebeeld, permanente behoefte aan begeleiding door 24-uurscontinuïteitsdienst. Permanente begeleidende zorg en permanent toezicht, gedragsproblemen, agressie, verstoring functioneren
G – Zeer intensief	Zeer intensieve verstoring in psychiatrisch ziektebeeld. Permanente behoefte aan begeleiding en toezicht door 24-uurscontinuïteitsdienst (dubbele bezetting). Ernstig gedragsproblemen/ agressie, intensieve dagelijkse dag structurering
H – High Intensive Care	Zeer intensieve verstoring in psychiatrisch ziektebeeld. Behoeft begeleiding, indien nodig 1 op 1 begeleiding, voorkomen van dwangmaatregelen. Ernstige gedragsproblemen, permanente begeleiding en toezicht, intensieve dagelijkse dag structurering

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Bijlage 7. Overzicht zorgaanbieders met potentiële Wlz-populatie

De tabel geeft de namen weer van de zorgaanbieders die één of meerdere vragenlijsten hebben ingevuld en hebben aangegeven dat ze zorg of ondersteuning leveren aan de potentiële Wlz-doelgroep.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Aanbieders met potentiële Wlz-doelgroep
Berkelstroom
Bijzonder jeugdwerk
Cardea Jeugdzorg
Cavent
De Bascule
Dimence groep
FIER
GGMD
GGz Centraal
GGz Delfland
GGz Eindhoven
Hart voor de zaak
Horizon Jeugdzorg & Onderwijs
Inforsa
Ipse de Bruggen

Aanbieders met potentiële Wlz-doelgroep
Klein Agteveld
Novadic Kentron
OG Heldring
Onder de regenboog
Parnassia groep
Pluryn - Intermetzo
Reinier van Arkel
Rubicon
's Heerenloo
Schitter
Spirit!, De koppeling en Jeugd- en Opvoedhulp
Stichting Jeugdhulp Friesland
Verslavingszorg Noord-Nederland
Almata
Icarus
Xieje.care
Yulius



Bijlage 8. Verschillenanalyse Jeugdwet en Wet langdurige zorg

Doelgroep

Beide wetten kennen sterke verschillen waar het gaat om de doelgroep. De Wlz is bedoeld voor cliënten die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid, met als restrictie dat als permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid er niet is, dit leidt tot ernstig nadeel van de cliënt.^a Vanaf 2021 wordt de Wlz ook toegankelijk voor cliënten met psychische problemen (18+). De Jeugdwet kent de voorwaarden van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid niet. Daarnaast is jeugdhulp bedoeld voor een breder palet aan problemen, aandoeningen, beperkingen en handicaps. Zo kunnen jeugdigen naast de bovengenoemde zaken ook ondersteuning krijgen bij psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen en gedragsproblemen.^b Tevens is het creëren van een veilige opvoed- en opgroeicontext een belangrijk doel van de Jeugdwet.^c

De Jeugdwet kent wel restricties aan leeftijd. Waar de Jeugdwet specifiek gericht is op jeugdigen die de leeftijd van 18 jaar (in enkele gevallen de leeftijd van 23 jaar) nog niet hebben bereikt hebben kent de Wlz geen leeftijdsrestricties.^d Bij het stellen van een indicatie kan vanwege de leeftijd van de jeugdige het CIZ besluiten niet te indiceren wanneer nog niet duidelijk is welke ontwikkelingsmogelijkheden er zijn.

Jeugdigen tot de leeftijd van 23 kunnen vallen onder de jeugdwet wanneer:

- Is bepaald dat de voortzetting van jeugdhulp, waarvan de verlening was aangevangen voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar, noodzakelijk is.

- Voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is bepaald dat jeugdhulp noodzakelijk is.
- Is bepaald dat na beëindiging van jeugdhulp die was aangevangen voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar, binnen een termijn van een half jaar hervatting van de jeugdhulp noodzakelijk is.^e

Typerend aan de Jeugdwet is dat de Jeugdwet hulp biedt aan jeugdigen en ouders. Het is binnen de Jeugdwet dan ook mogelijk ondersteuning te bieden aan het totale cliëntensysteem.^f Wlz-zorg kan alleen geboden worden aan de geïndiceerde cliënt.^g

Zorginhoudelijk

Tussen beide wetten zijn meerdere zorginhoudelijke verschillen. Anders dan in de Jeugdwet biedt de Wlz levenslange en levensbrede zorg. Omdat de Jeugdwet een leeftijdsgrens bevat is er altijd sprake van tijdelijke zorg.

Een individuele cliënt heeft op grond van de Wlz, bij Zorg in Natura intramuraal, naast verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, vervoer en logeeropvang ook recht op geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, (mobiliteits)hulpmiddelen en kleding (verband houdende met karakter en doelstelling van de aanbieder).^h De Jeugdwet biedt geen recht op de vijf laatstgenoemde vormen van zorg. Deze zorg ontvangt de cliënt uit de voorliggende wettelijke voorzieningen. Uitzondering hierop is pleegzorg. Pleegouders ontvangen een vergoeding voor verzorging en opvoeding waar onder andere eten/drinken, kleding en verzorging onder valt.ⁱ



Jeugdhulp heeft, naast ondersteunen van en hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij verminderen stabiliseren, behandelen en opheffen van en omgaan met de gevolgen van problemen en het ondersteunen bij of het overnemen van persoonlijke verzorging, ook tot doel het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren van jeugdigen.^j De Jeugdwet kent naast jeugdhulp ook jeugdbescherming en jeugdreclassering. Onder jeugdbescherming vallen (voorlopige) voogdijk^k en (voorlopige) ondertoezichtstelling^{l, m}. Onder jeugdreclassering vallen reclasseringswerkzaamhedenⁿ, begeleiden en toezicht houden op deelname aan scholings- en trainingsprogramma^o en het geven van aanwijzingen^{p, q}. De Wlz kent de nadruk op het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren niet.

Beide wetten kennen de verplichting om een hulpverleningsplan op te stellen. Binnen de Wlz wordt dit een zorgplan^r genoemd en binnen de Jeugdwet een hulpverleningsplan, plan van aanpak, plan et cetera^s. De gehanteerde term hiervoor verschilt per gemeente. Waar het zorgplan gericht is op de individuele cliënt is het familiegroepsplan gericht op de jeugdige en zijn/haar ouders.

Vrijwillig en gedwongen hulpverlening

De Jeugdwet kent zowel de mogelijkheid voor vrijwillige zorg en ondersteuning als de mogelijkheid voor gedwongen opname in een gesloten, daartoe bevoegde, instelling. De machtiging voor gedwongen opname wordt verleend door de kinderrechter.^t Ook de Wlz kent de mogelijkheid voor vrijwillige opname en zorg en voor gedwongen opname en zorg. In principe is opname Wlz vrijwillig. De Wet zorg en Dwang (Wzd) kan van toepassing worden bij bijvoorbeeld psycho-geriatrische problematiek en het risico op ernstig nadeel.^u

Bij een dubbele grondslag kan de Wet Verplichte GGZ (Wvggz) van toepassing zijn.

Tot slot kent de Jeugdwet een verplichting om te werken met een meldcode huiselijk geweld en kindersmishandeling^v en worden zorgaanbieders gestimuleerd om gebruik te maken van de verwijzindex risicojeugdigen^w. Zowel de meldcode als de verwijzindex worden in de Wlz niet genoemd.

Beleid

De uitvoering van de Jeugdwet valt onder verantwoordelijkheid van gemeenten om te kunnen komen tot betere samenwerking van hulpverleners rond gezinnen, eerdere ondersteuning bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, hulp op maat en meer ruimte voor professionals en tot het demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren van de jeugdsector.^x Hierdoor kunnen echter wel verschillen ontstaan tussen gemeenten. De uitvoering van de Wlz valt echter onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS en daaraan gelieerde uitvoeringsorganisaties. Binnen Nederland bestaat daardoor een grotere mate van consistentie in de uitvoering van deze wet.

Toegang

Ten aanzien van de toegang zijn er diverse verschillen tussen de Jeugdwet en de Wlz, namelijk verschillen in wie toegang verleent, karakter van indicaties en de duur waar indicaties voor afgegeven worden.

Voor de Wlz is het CIZ belast met de taak van het nemen van indicatiebesluiten.^y Een indicatie kan op drie verschillende manieren worden verzilverd:

- 1) zorg in natura, bestaande uit zorg en verblijf in een instelling,

1

2

3

4

5

6

7

8

9



- 2) zorg in natura zonder verblijf door middel van een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mpt) en
- 3) een persoonsgebonden budget (pgb) of een combinatievorm van pgb en mpt.^z Binnen de Wlz is het mogelijk een integraal zorgarrangement op maat samen te stellen middels zorgprofielen, CIZ indiceert op basis van de zorgbehoefte. Het zorgarrangement wordt bepaald in overleg tussen cliënt en zorgaanbieder. Een zorgprofiel wordt voor onbepaalde tijd afgegeven en is daardoor levenslang geldig (tenzij de cliënt niet meer voldoet aan de criteria van de Wlz zijnde een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid van zorg). Hier zijn drie uitzondering op, de LVG, SGLVG en GGZ-B-zorgprofielen. Deze zijn voor maximaal drie jaar geldig, waarbij bij de GGZ-B-profielen de mogelijkheid bestaat om deze met drie jaar te verlengen.^{aa} Een beschikking voor pgb wordt voor bepaalde tijd afgegeven.

De toegang naar de Jeugdwet loopt via de gemeente waar de jeugdige woonachtig is.^{bb} Waar de Wlz het recht op zorg geeft wordt binnen de Jeugdwet een beschikking afgegeven voor een gespecialiseerde voorziening. Hier vallen ook voorzieningen onder die de ouders in staat stellen hun rol als verzorgers en opvoeders te blijven vervullen. Waar nodig worden beschikkingen voor meerdere voorzieningen toegekend wat gezamenlijk een passend arrangement moet vormen. Deze beschikkingen worden, gezien de leeftijdsrestrictie van de Jeugdwet, voor een bepaalde tijd afgegeven. Lichte zorg en ondersteuning is in de eerste lijn vrij toegankelijk. Een jeugdige kan de hulp vanuit de Jeugdwet verzilveren via zorg in natura of via een persoonsgebonden budget.^{cc}

Zorgaanbieders

Binnen de Wlz ligt de zorgplicht bij de Wlz-uitvoerders.^{dd} Per regio is een Wlz-uitvoerder aangewezen als zorgkantoor.^{ee} Voor de invulling van zijn zorgplicht sluit een Wlz-uitvoerder een overeenkomst met een zorgaanbieder. De duur van deze overeenkomst bedraagt maximaal vijf jaar.^{ff} Binnen de Jeugdwet ligt de zorgplicht bij de gemeenten.^{gg} Iedere gemeente is verantwoordelijk voor voldoende passende en beschikbare zorg. Via aanbestedingen sluiten gemeenten contracten af met jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen. Een gecertificeerde instelling heeft een certificaat nodig om de werkzaamheden, namelijk jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringsmaatregelen, uit te mogen voeren.^{hh} Gemeenten kunnen zelf invulling geven aan de wijze van aanbesteding.

Financiering

De Wlz kent een eenduidigere wijze van financiering dan de Jeugdwet, de Wlz is een (volks)verzekering en de Jeugdwet is een gemeentelijke voorziening. Met betrekking tot de financiering van de Wlz stelt de NZa tarieven vast voor ZIN in een tariefbeschikking die beschreven staan in beleidsregels. In de beleidsregels staan maximumtarieven, ofwel tarieven die ten hoogste in rekening gebracht mogen worden. Voor de maximumtarieven voor pgb worden de tarieven in de Regeling langdurige zorg (Rlz) vastgelegd. Bij het maken van productieafspraken kunnen Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor en de zorgaanbieder lagere tarieven afspreken. Uitzonderingen hierop betreffen de prestaties voor bepaalde postcodegebieden waarin zorglevering duurder is dan in andere gebieden en de transitie-middelen verpleeghuiszorg 2020. VWS is verantwoordelijk voor de maximum pgb-tarieven.



Het is mogelijk om een vpt, zvp of zpz exclusief behandeling af te spreken en in rekening te brengen, in combinatie met de behandelprestaties die vermeld zijn in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. Bij sommige vpt's en zpz's is sprake van een integraal pakket waarbij de dagbesteding niet afzonderlijk kan worden afgesproken. Bij andere vpt's en zpz's is het mogelijk om de componenten dagbesteding en woonzorg afzonderlijk af te spreken.

De NZa heeft tarieven bepaald per:

- ZPZ: verpleging en verzorging (vv), geestelijke gezondheidszorg (ggz) en gehandicaptenzorg (ghz)
- Overige basisprestaties
- Basisprestaties dagbesteding
- Vervoer bij dagbesteding/dagbehandeling ⁱⁱ

Mocht een cliënt meer zorg nodig hebben dan op grond van zijn indicatie mogelijk is kan het zorgkantoor extra geld toekennen via:

- Toeslagen
- Meerzorg
- Extra kosten thuis
- Duurdere behandeling of begeleiding
- Persoonlijke Assistentie Budget
- Terminale zorg ^{jj}

Specifiek voor jeugdigen kent de Wlz de volgende toeslagen:

- Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg: doel is om de gebruikelijke zorg te kunnen bieden die elke jeugdige, ongeacht of sprake is van beperkingen, behoeft.
- Toeslag dagbesteding gehandicaptenzorg: doel is om een dagprogramma te geven voor jeugdigen die als gevolg van hun

beperkingen niet kunnen deelnemen aan gewoon of speciaal onderwijs. De toeslag is bedoel om een grotere en zwaardere inzet van deskundigheid mogelijk te maken.

- Toeslag kinderdagcentrum (kdc) gehandicaptenzorg: doel is huisvesting te bieden aan een kdc voor de volgende cliëntcategorie: jeugdige verblijft bij een zorgaanbieder en ontvangt dagbesteding/ behandeling bij dezelfde aanbieder. Kdc's zijn gericht op het vergroten en ontwikkelen van de individueel mogelijkheden van de jeugdige. In een kdc wordt een combinatie van behandeling, dagbesteding en persoonlijke begeleiding geboden. ^{kk}

Specifiek voor jongvolwassenen ggz kent de Wlz de volgende toeslag:

- Toeslag woonzorg jongvolwassenen ggz: doel is het verlenen van meer zorg en behandeling aan jongvolwassenen met een indicatie voor ggz-b (leeftijd 18 tot en met 22 jaar) dan opgenomen in een zpz ggz-b. Doel is te voorzien in de gebruikelijke zorg bieden die elke jongvolwassene, ongeacht of sprake is van beperkingen, behoeft en in extra behandeling. ^{ll}

Een mpt bestaat uit één of meer losse vormen van prestaties waarvoor het NZa een waarde per prestatie per uur of per dagdeel heeft toegekend. ^{mmm}

Bij een pgb doet de Sociale verzekeringsbank voor een cliënt betalingen voor zorg in plaats van dat de cliënt zorg in natura ontvangt. De cliënt of zijn vertegenwoordiger dienen een persoonlijk plan in bij het zorgkantoor waarin de samenstelling van het budget geschetst wordt. Het zorgkantoor neemt hierover een beslissing. ⁿⁿ

1

2

3

4

5

6

7

8

9



Binnen de Wlz kan een bijdrage van de cliënt (18+) gevraagd worden voor de geleverde zorg. De eigen bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de cliënt behoort, de zorg die vertrekt wordt, de wijze waarop het recht op zorg tot gelding wordt gebracht en kan mede afhankelijk worden van het inkomen en vermogen van cliënt en diens echtgenoot.^{oo} De CAK is verantwoordelijk voor het innen van de eigen bijdrage. ^{pp} Cliënten kunnen in het SVB-portaal een vrijwillige bijdrage storten als een zorgovereenkomst is gesloten met een aanbieder waarin het maximumtarief wordt overschreden. De Jeugdwet kent geen ouderbijdrage meer.^{qq}

1

In tegenstelling tot de Wlz kent de Jeugdwet geen eenduidige wijze van financiering. Alle gemeenten dienen zelf afspraken met zorgaanbieders te maken over:

2

3

- Prestaties en doelgroep
- Doelstelling en resultaat
- Budget/bekostiging
- Looptijd contracten
- Randvoorwaarden
- Wijze van aanbesteding^{rr}

4

5

6

Voor de hulpverlening door enkele zeer gespecialiseerde aanbieders van jeugdhulp zijn op landelijk niveau afspraken gemaakt over de financiering.

7

8

Bij een pgb doet de Sociale verzekeringsbank voor een cliënt betalingen voor zorg in plaats van dat de cliënt zorg in natura ontvangt. De gemeente is verantwoordelijk voor het verstrekken van pgb's.^{ss}

9

In het geval van pleegzorg verstrekt een pleegzorgaanbieder een vergoeding aan pleegouders voor de verzorging en opvoeding van de desbetreffende jeugdige, bestaande uit een basisbedrag, welke kan worden vermeerderd met een toeslag, of verminderd met een korting. Tevens wordt een vergoeding voor bijzondere kosten aan pleegouders verstrekt.^{tt}

Uitvoeringsorganisaties

Beide wetten kennen andere organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van de betreffende wet, namelijk:

- Wlz: ministerie van VWS, Wlz-uitvoerders, Zorginstituut, CIZ, NZa, CAK, Sociale verzekeringsbank en zorgaanbieders.
- Jeugdwet: ministerie van VWS, gemeenten, jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen en Sociale verzekeringsbank.

Conclusie

Belangrijk verschil tussen de Wlz en Jeugdwet is dat vanuit de Jeugdwet hulp geboden wordt aan het totale cliëntensysteem, waarbij Wlz-zorg enkel geboden wordt aan de geïndiceerde cliënt (verzekerde). De Jeugdwet kent een leeftijdsrestrictie en geeft een indicatie af voor een beperkte duur. Onder de Wlz valt een levenslange en levensbrede integraal zorgarrangement. De Jeugdwet biedt geen recht op een integraal zorgarrangement. De Wlz is een volksverzekering en de Jeugdwet is een gemeentelijke voorziening, de financiering van de Wlz kent een eenduidigere wijze dan de Jeugdwet. De Wlz kent toeslagen welke gebruikt kunnen worden voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld voor een kind of jongvolwassene. Bij de Jeugdwet loopt de toegang via de gemeente waar de jeugdige woonachtig is en bij de Wlz besluit het CIZ over het toekennen van een indicatie.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

- a Wet langdurige zorg: Artikel 3.2.1
- b Jeugdwet: Artikel 1.1
- c Jeugdwet: Artikel 2.1
- d Jeugdwet: Artikel 1.1
- e Jeugdhulp: Artikel 1.1
- f Jeugdwet: Artikel 1.1
- g Wet langdurige zorg: Artikel 3.1.1 & 3.2.1
- h Wet langdurige zorg: Artikel 3.1.1
- i Jeugdwet: Artikel 5.3
- j Jeugdwet: Artikel 1.1
- k Burgerlijk Wetboek: Boek 1
- l Burgerlijk wetboek: Boek 1: Artikel 255 en 257
- m Jeugdwet: Artikel 1.1
- n Wetboek van strafrecht: Artikel 77
- o Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen: Artikel 3
- p Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen: Artikel 12
- q Jeugdwet: Artikel 1.1
- r Wet langdurige zorg: Artikel 8.1.3
- s Jeugdwet: Artikel 4.1.2 & 4.1.3
- t Jeugdwet: Artikel 6.2.1
- u dwangindezorg.nl
- v Jeugdwet: Artikel 4.1.7
- w Jeugdwet: Artikel 7.1.1 tot en met 7.1.4.6

- x Jeugdwet: Inleiding
- y Wet langdurige zorg: Artikel 3.2.3
- z Wet langdurige zorg: Artikel 3.3.1
- aa [CIZ - Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020](#)
- bb Jeugdwet: Artikel 2.3
- cc Jeugdwet: Artikel 8.1.1 & 8.1.5
- dd Wet langdurige zorg: Artikel 4.2.1
- ee Wet langdurige zorg: Artikel 4.2.4
- ff Wet langdurige zorg: Artikel 4.2.2
- gg Jeugdwet: Artikel 2.1
- hh Jeugdwet: Artikel 3.4
- ii [Nza](#)
- jj [Zorginstituut Nederland](#)
- kk [Nza](#)
- ll [Nza](#)
- mm [Nza](#)
- nn Wet langdurige zorg: Artikel 3.3.3
- oo Wet langdurige zorg: Artikel 3.2.5.
- pp Wet langdurige zorg: Artikel 6.2
- qq [VNG](#)
- rr [VNG](#)
- ss Jeugdwet: Artikel 8.1.1
- tt Jeugdwet: Artikel 5.3

