

**Verslag van consultatierondes met zorgaanbieders, gemeenten en cliëntenorganisaties over aandachtspunten ten aanzien van specifieke doelgroepen bij de transitie van de jeugdzorg**

1 november 2011

## Inhoudsopgave

---

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Aandachtspunten voor groepen</b>	<b>5</b>
2.1 Genoemde groepen door zorgaanbieders	6
2.2 Genoemde groepen door gemeenten	23
2.3 Genoemde groepen door cliëntenorganisaties	25
<b>3. Samenvatting aandachtspunten voor meerdere groepen</b>	<b>26</b>

## 1. Inleiding

---

In het regeerakkoord van kabinet Rutte is vastgelegd dat een stelselherziening van de jeugdzorg de effectiviteit van de jeugdzorg zal moeten verbeteren. In het regeerakkoord staat dat het kabinet hiertoe de volgende maatregelen zal nemen. Ten eerste zal er één financieringssysteem komen voor het huidige preventieve beleid, de huidige vrijwillige provinciale jeugdzorg, de jeugd LVG (licht verstandelijk gehandicapten) en jeugd-ggz. Ten tweede zullen in lijn met het advies van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, alle taken op het gebied van jeugdzorg gefaseerd overgeheveld worden naar de gemeenten. Het betreft hier: jeugd-ggz (zowel AWBZ als Zorgverzekeringswet), provinciale jeugdzorg, gesloten jeugdzorg, jeugdreclassering, jeugdbescherming en licht verstandelijk gehandicapte jeugd. Preventie en vrijwillige hulpverlening zullen in goede afstemming met gedwongen hulpverlening georganiseerd worden door (samenwerkende) gemeenten. En ten slotte zullen de Centra voor Jeugd en Gezin die inmiddels gerealiseerd zijn, bij de overheveling naar de (samenwerkende) gemeenten gaan dienen als front office voor alle jeugdzorg van de gemeenten.

In de periode van 18 juli tot en met 29 augustus 2011 heeft Deloitte, in opdracht van het ministerie van VWS, diverse gesprekken gevoerd met partijen uit het veld. Het doel van deze gesprekken was als volgt:

1. Informatie verzamelen over doelgroepen met specifieke aandachtspunten bij de herziening van het jeugdzorgstelsel;
2. In kaart brengen welke aandachtspunten dit zijn;
3. In kaart brengen welke maatregelen mogelijk genomen kunnen worden.

Dit verslag is een weerslag van de informatie die is opgehaald tijdens de gesprekken met de zorgaanbieders, de gemeenten en de cliëntenorganisaties. Er zijn gesprekken gevoerd met de volgende organisaties:

- Jeugdzorg Nederland
- William Schrikker Groep
- SGJ (Christelijke jeugdzorg)
- Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC)
- GGZ Nederland en jeugd-GGZ instellingen (Karakter, Accare en GGZ centraal)
- Beleidsadviseurs jeugdzorg van gemeenten (Amsterdam, Enschede, Leiden, Middelburg, Rotterdam en Utrecht)
- Cliëntenorganisaties

Voorafgaand aan de gesprekken hebben de zorgaanbieders een vragenlijst ingevuld om een eerste inventarisatie te maken van de groepen met specifieke aandachtspunten. Vervolgens is in de gesprekken dieper ingegaan op aandachtspunten en maatregelen per groep. Op basis hiervan is een eerste lijst van groepen opgesteld die is besproken in de twee daarop volgende consultatierondes: één met gemeenten en één met cliëntenorganisaties.

Op basis van dit verslag zal het 'Programma stelselherziening zorg voor jeugd' van het ministerie van VWS samen met de betrokken partijen bekijken of, en zo ja welke, vervolgstappen nodig zijn.

#### Leeswijzer

Dit verslag is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk twee beschrijft de groepen die genoemd zijn tijdens de gesprekken. In de paragrafen wordt weergegeven welke groepen genoemd zijn door respectievelijk de zorgaanbieders, gemeenten en cliëntenorganisaties. In hoofdstuk drie worden de aandachtspunten en maatregelen samengevat die genoemd zijn voor meerdere groepen.

## 2. Aandachtspunten voor groepen

---

Kinderen en jongeren ontvangen momenteel zorg via de provinciale jeugdzorgsector (instellingen voor jeugd- en opvoedhulp, Bureau Jeugdzorg en LWI's), de gehandicaptenzorg (jeugd-LVG), de geestelijke gezondheidszorg (jeugd-GGZ), via het speciaal onderwijs vanwege gedragsproblemen en in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJl's) of Jeugdzorg plus instellingen. Uit de factsheet van het Nederlands Jeugd Instituut<sup>1</sup> blijkt dat jaarlijks een kleine tien procent van de Nederlandse jeugd te maken krijgt met gespecialiseerde hulp bij psychosociale problematiek.

In de nieuwe situatie worden gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de gehele zorg voor kinderen, jongeren en hun opvoeders. Doordat de verschillende onderdelen van de jeugdzorg bij elkaar worden gebracht op en rond de plaatsen waar jeugdigen en gezinnen vaak komen, zal integrale ondersteuning en zorg dicht bij huis makkelijker tot stand komen. Het nieuwe jeugdkader biedt de uitdaging om aansluiting te zoeken bij de mogelijkheden en de kracht van jeugdigen en hun opvoeders en deze te helpen versterken.

Naast de kansen die de decentralisatie van jeugdzorg biedt, is het ook noodzakelijk om de specifieke aandachtspunten te benoemen. In dit verslag staan de aandachtspunten die zich specifiek of extra voordoen vanwege de decentralisatie naar de gemeenten. Het verslag bevat geen beschrijving van aandachtspunten die momenteel ook al bestaan. Een voorbeeld hiervan is 'het uit beeld raken van zorgmijders'. Dit aandachtspunt bestaat namelijk in de huidige situatie ook. Ook na decentralisatie van de jeugdzorg blijft het van belang om met alle betrokken partijen, inclusief gemeenten, aandacht te hebben voor het identificeren en het in beeld houden van zorgmijders. In de context van dit verslag wordt ingegaan op de risico's die specifiek voortvloeien uit de decentralisatie.

In de vragenlijsten en consultatierondes met de zorgaanbieders, gemeenten en cliëntenorganisaties zijn aandachtspunten voor specifieke groepen geïnterviewd. In de volgende paragrafen wordt weergegeven welke groepen genoemd zijn tijdens de verschillende consultatierondes. De eerste paragraaf gaat in op de door zorgaanbieders genoemde groepen, de tweede paragraaf geeft weer welke groepen genoemd zijn in de consultatieronde met beleidsadviseurs jeugdzorg van gemeenten en tot slot geeft de derde paragraaf een weerslag van de bijeenkomst met de cliëntenorganisaties.

---

<sup>1</sup> Nederlands Jeugd Instituut (2011). Factsheet: Hoeveel jeugdigen krijgen zorg in de jeugdzorg?

## 2.1 Genoemde groepen door zorgaanbieders

De gesproken zorgaanbieders en koepelorganisaties kijken verschillend tegen de decentralisatie van de jeugdzorg aan. Hieronder volgt per gesproken organisatie een korte weergave van hun perspectief op de transitie.

### Jeugdzorg Nederland

Jeugdzorg Nederland onderschrijft het uitgangspunt dat alle jeugdzorg gedecentraliseerd wordt naar gemeenten, maar stelt dat de kwaliteit van de geleverde zorg en ingezette verbetertrajecten niet verloren mogen gaan in de transitie. Tijdens de transitie moet de - kwaliteit van de - dienstverlening aan cliënten gewaarborgd blijven. Bovendien moet door de transitie een verdere verbetering van integraal zorgaanbod gerealiseerd worden. Het is van belang om alle taken op het gebied van zorg voor jeugd gezamenlijk en gelijktijdig te decentraliseren. Dit is in het kader van het aanbieden van een evenwichtig en integraal zorgaanbod aan jeugdigen en hun opvoeders noodzakelijk. Het decentraliseren van bijvoorbeeld alleen de provinciale jeugdzorg zal de knelpunten van het functioneren van huidige jeugdzorgstelsel niet oplossen en heeft niet de steun van Jeugdzorg Nederland.

De zorg voor jeugd zoals die nu georganiseerd wordt door onder meer de provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVG horen volgens Jeugdzorg Nederland thuis in één financieringskader onder één bestuurslaag. Hierdoor ontstaat - naast integrale zorg voor jongeren - een positieve prikkel voor het inzetten op preventie. Gemeenten zullen willen voorkomen dat jeugdigen gebruik moeten maken van duurdere vormen van zorg. Bovendien worden gemeenten gestimuleerd om de nazorg na verblijf in een residentiële inrichting goed te organiseren, om terugval naar een dure voorziening in de toekomst te voorkomen.

De transitie dient een helder perspectief te bieden aan de professionals in de jeugdzorg. Onrust kan leiden tot vertrek van goede medewerkers en kan een negatieve invloed hebben op de output en outcome van de sector. Aan de medewerkers dient dan ook het perspectief gegeven te worden dat zij, los van het eventueel verdwijnen van organisaties of instituties, aan het werk blijven in het primaire proces van zorg.

De schaal waarop bestuurlijke, financiële en inhoudelijke verbindingen tussen jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVG tot stand worden gebracht is het regionale niveau. Dit geldt tevens voor de inkoop van zorg. De aard en inrichting van werkprocessen in de specialistische jeugdzorg maken het bijzonder complex om dit binnen individuele gemeenten te organiseren. Per individuele gemeente zal in de meeste gevallen slechts sprake zijn van een kleine doelgroep. Kleine gemeenten zullen met sommige doelgroepen bijvoorbeeld slechts 1 keer in de 8 jaar te maken krijgen. Jeugdzorg Nederland stelt dat het voor kleine en middelgrote gemeenten noodzakelijk is om de inkoop bovengemeentelijk te organiseren om zo de kwaliteit, landelijke werkmethodeken en beschikbaarheid van zorg voor kwetsbare groepen te borgen. Jeugdzorg Nederland gaat uit van gemeentelijke samenwerkingsverbanden die gebieden van circa 500.000 inwoners bedienen.

### De William Schrikker Groep (WSG)

De William Schrikker Groep is een landelijk werkende instelling voor jeugdbescherming, jeugdreclassering en pleegzorg. Zij richten zich op kinderen met een beperking of chronische ziekte, maar ook op kinderen van ouders met een beperking. Wanneer in de thuissituatie ernstige

opvoedingsproblemen ontstaan, bieden zij hulp, advies en ondersteuning. De William Schrikker Groep heeft specifieke groepen in behandeling waarbij er sprake is van problematiek in combinatie met een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclasseringsmaatregel. Hun zorg is dat de opgebouwde expertise rondom deze specifieke groepen na decentralisatie verloren zal gaan. Een ander probleem dat de WSG signaleert is dat er in het huidige systeem te weinig bevoegdheden zijn voor de gezinsvoogd of de pleegouders, wanneer de ouders niet in staat zijn om de benodigde zorg voor het kind te regelen. In het nieuwe jeugd kader is het van belang om het juridische kader voor de gezinsvoogd of pleegouders beter te regelen. Zij zouden de positie moeten hebben om de cliënt te vertegenwoordigen en de benodigde zorg te kunnen regelen, wanneer de ouders dit zelf niet kunnen. Op pagina 15 tot en met 17 zijn de door de William Schrikker Groep genoemde groepen met aandachtspunten en genoemde maatregelen opgenomen.

### **SGJ (Christelijke jeugdzorg)**

De SGJ richt zich op ouders en kinderen uit het orthodox-gereformeerde volksdeel (grosso modo, maar niet uitsluitend, het electoraat van de Christen Unie en de SGP). De SGJ heeft totaal ca. 480 kinderen/gezinnen in zorg afkomstig uit het hele land (55 in residentiele zorg, 8 kinderen in gezinshuizen, 120 gezinnen met intensieve ambulante ondersteuning, 300 kinderen in pleeggezinnen, de afdeling 'gespecialiseerde zorg' biedt hulp aan ca. 125 kinderen (intensieve ambulante gezinsondersteuning en opvang). Opvoeden en geloof zijn naar de overtuiging van de zorgvragers onlosmakelijk met elkaar verbonden. De verwachting is dat het overgrote deel van deze gezinnen zorg zal mijden, wanneer er geen christelijke jeugdzorg meer wordt geboden. De SGJ voorziet dat gemeenten straks geen contract zullen afsluiten met een kleine zorgaanbieder voor slechts enkele cliënten in hun gemeente. Daarnaast maakt de SGJ zich zorgen over de enorme toename van administratieve lasten wanneer zij wel met elke gemeente waarin ze momenteel werken kleine contracten zullen sluiten. In beide gevallen bedreigt de decentralisatie in de ogen van de SGJ de continuïteit van de bedrijfsvoering en de dienstverlening.

### **Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC)**

De VOBC verwacht dat er na de decentralisatie van de jeugdzorg door gemeenten meer op het gebied van preventie gedaan zal worden, waardoor er mogelijk minder doorverwijzingen noodzakelijk zijn naar de tweede of derdelijns zorg. Het VOBC geeft aan dat zij een rol zien voor zichzelf in de zorg die gemeenten straks willen aanbieden aan hun burgers. Door de kennis van de LVG doelgroep naar voren te brengen in de keten, kan er voor gezorgd worden dat LVG jongeren op de juiste wijze worden geholpen, voordat er eerst allerlei dingen fout hoeven te gaan. De VOBC vraagt aandacht voor de LVG doelgroepen met meervoudige problematiek. Op pagina 18 en 19 worden deze groepen benoemd met aandachtspunten en genoemde maatregelen.

### **GGZ Nederland en jeugd-GGZ instellingen (Karakter, Accare en GGZ centraal)**

In het huidige systeem is het vaststellen van de noodzakelijke zorg in de GGZ voorbehouden aan de BIG-geregistreerde professional, die dat baseert op (eigen) onderzoek van de individuele cliënt en binnen de aanspraken zoals ze gelden binnen de gezondheidszorg. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en kopen daartoe deze zorg in. Daar komt geen rechtstreekse overheidssturing aan te pas.

De jeugd-ggz instellingen geven aan dat zij op dit moment geen inzicht hebben in de wijze waarop de decentralisatie van de jeugdzorg exact zal worden vormgegeven, maar het lijkt dat het kader gezondheidszorg zal worden losgelaten en dat gemeentelijke visies op het gebied van welzijn en maatschappelijke dienstverlening leidend zullen worden in de vormgeving van de jeugdzorg. Deze vorm van lokale overheidssturing zal naar verwachting een grote impact hebben op de relatie tussen professional en cliënt.

In de lijn van de vraagstelling van dit onderzoek zien de jeugd-ggz instellingen de totale groep jeugdige cliënten in de (specialistische) ggz als specifieke doelgroep waarbij de transitie naar gemeenten grote risico's op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en de continuïteit van zorg met zich mee zullen brengen. Bovendien zullen er nieuwe schotten ontstaan tussen de jeugd en de volwassenen-ggz en de somatische zorg.

Het waarborgen van opleidingen, nascholing en (internationaal wetenschappelijk) onderzoek vereist een aanpak die moeilijk te verenigen is met een lokale sturing. In de gezondheidszorg begint de expertiseontwikkeling van onderaf, vaak in de klinische praktijk, vanuit de praktiserende professional/onderzoeker, de opleider en in de context van multidisciplinaire academische centra. Via beroepsverenigingen en nascholing wordt nieuwe kennis verspreid onder professionals en beleidsbepalers. Daarnaast moet worden opgemerkt dat er wat betreft bekostiging (DBC), resultaatmeting (ROM op cliëntniveau), verantwoording, cliëntenrechten en toezicht de jeugd-ggz afwijkend is van de belendende jeugdzorgcompartimenten. Zie hiervoor het wettelijk (toetsings)kader voor de ggz ( WGBO, BIG, BOPZ Zvw etc.). Een landelijk expertisecentrum voor gemeentelijke jeugdzorg achten de gesproken jeugd-ggz instellingen onvoldoende in staat wetenschappelijke ontwikkelingen, wet- en regelgeving en informatiebeleid in de volle breedte op lokaal niveau te implementeren.

Ten aanzien van het gebrek aan schaalgrootte van gemeenten spelen naast praktische, financiële en organisatorische aandachtspunten, ook zorginhoudelijke. Niet alleen in de brede jeugdzorg, maar ook in de brede gezondheidszorg is een discussie gaande over basiszorg die dichtbij huis beschikbaar moet zijn en concentratie van specialistische expertise in specifieke behandelcentra omdat is vastgesteld dat cliënten dan betere zorg krijgen.

Samenvattend hebben de jeugd-ggz instellingen de volgende principiële bezwaren tegen de decentralisatie van de jeugd-ggz:

- De jeugd-ggz hoort thuis in het kader van de zorgverzekeringswet; Het gaat in de ggz, net als bij de somatische zorg, om mensen die een ziekte hebben.
- Publieke zorg en geneeskundige zorg zijn op een verschillend paradigma gebaseerd. Het uitgangspunt dat een lokale overheid basisvoorzieningen realiseert voor uitsluitend de eigen inwoners, is nauwelijks te verenigen met de keuzevrijheid van mensen die (mogelijk) lijden aan een ziekte en de individuele relatie tussen patiënt en hulpverlener als basis voor een behandelovereenkomst waarbij professioneel gehandeld moet worden op basis van internationaal vastgestelde richtlijnen en praktijk.

Daarnaast heeft de jeugd-ggz praktische bezwaren tegen de decentralisatie van de jeugd-ggz:

- Gebrek aan kennis bij gemeenten; in de jeugd-ggz kan niet uitgaan worden van doelgroepen met een afgebakende zorgvraag. Het waarborgen van opleidingen, nascholing en (internationaal



wetenschappelijk) onderzoek vereist een aanpak die moeilijk te verenigen is met een lokale sturing.

- Gebrek aan schaalgrootte; Bepaalde specialistische zorg is maar op enkele plekken in het land beschikbaar. Het is vastgesteld dat cliënten betere zorg krijgen wanneer specialistische expertise is geconcentreerd in specifieke behandelcentra.
- Hoe wordt omgegaan met de zorg die door vrijevestigden wordt geleverd?
- Er ontstaan nieuwe schotten op basis van leeftijd en de somatiek.
- Risico spreiding; Het is noodzakelijk om te werken met macro budgettaire kaders. Het kan zich voordoen dat er binnen een gemeente of regio in een korte tijd hogere kosten worden gemaakt (bijvoorbeeld bij een suïcide epidemie). Nu is er risicospreiding tussen verzekeraars. Hoe moeten gemeenten dit opvangen?

De gesproken jeugd-ggz instellingen vragen zich af welk probleem er wordt beoogd op te lossen met de decentralisatie van de jeugd-ggz. In de ogen van de jeugd-ggz instellingen worden er alleen extra problemen gecreëerd, wanneer de jeugd-ggz wordt gedecentraliseerd. Er kan beter gekeken worden hoe de toegang tot de jeugd-ggz en de coördinatie/verbinding met andere zorg verbeterd kan worden. De jeugd-ggz instellingen stellen daarom voor om de jeugd-ggz binnen de zorgverzekeringswet te houden.

Daarnaast benadrukken de jeugd-ggz instellingen dat het noodzakelijk is om te werken aan een betere toegang tot de jeugd-ggz en een betere verbinding met andere vormen van zorg. Kennis delen rond de zorg aan moeilijke doelgroepen vinden de jeugd-ggz een belangrijke taak van ggz-instellingen. In het geval van de psychiatrie is er kennis op verschillende niveaus beschikbaar. Algemene psycho-educatie over psychische ziekten, leefstijladviezen (preventie) en opvoedadviezen zouden zo breed mogelijk gedeeld moeten worden om de eigen kracht van jeugdigen en opvoeders te vergroten. Specialistische kennis van psychiatrische ziekten is beschikbaar als de jeugd-ggz (consultatief) aanwezig is in de basisvoorzieningen in de gemeente en het onderwijs. Dit voorkomt dat te eenzijdige nadruk wordt gelegd op opvoedkundige gedragsproblemen van kinderen en jongeren waardoor risico's ontstaan van onderdiagnose of te laat ingrijpen.

Op de volgende pagina worden alle door de zorgaanbieders genoemde groepen weergegeven met de aandachtspunten en de door hen genoemde maatregelen.

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Jeugdbescherming</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de huidige Deltamethode helpen gezinsgezinsvoogden ouders continu om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de opvoeding. Deze aanpak vereist continue capaciteit op het gebied van zowel logistiek als deskundigheid (van o.a. juristen en gedragswetenschappers). Het betreft hier jongeren met ernstige opvoeden- en opgroei problemen, waarbij het gezin niet in staat is zelfstandig zorg te zoeken of zorgmijdend gedrag vertoont.</li> <li>• De aard en inrichting van de werkprocessen binnen de jeugdbescherming maken het bijzonder complex om dit binnen individuele gemeenten te organiseren. Per individuele gemeente zal in de meeste gevallen slechts sprake zijn van een kleine groep die jeugdbescherming nodig heeft. Gemeenten dienen de door de kinderrechtler opgelegde maatregelen uit te voeren conform bestaande wetgeving en beleidskaders. Zo dienen er voldoende gezinsvoogden te zijn, evenals gedragswetenschappers en juristen. Bovendien dient gewerkt te worden conform landelijk gemaakte afspraken over doorlooptijd en zijn er afspraken met de Raad voor de Kinderbescherming en de Kinderrechtlers. Zo dient er binnen een week na het opleggen van de juridische maatregel een gezinsgezinsvoogd beschikbaar te zijn. Ook dient iedere individuele gemeente een 24-uurs bereikbaarheid te garanderen.</li> <li>• Het betreft landelijk circa 50.000 cliënten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteit van deze gespecialiseerde vorm van zorg dient goed geborgd te zijn (bijv. door certificering). Vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroepen en de borging van de landelijk ingevoerde Deltamethode Gezinsgezinsvoogdij ziet Jeugdzorg NL graag een sturingsfilosofie voor de jeugdbescherming die uitgewerkt dient te worden in overleg tussen Rijk, VNG, Inspectie en de branches.</li> <li>• Jeugdzorg NL pleit verder voor een voldoende schaalniveau voor inkoop waardoor het specialistische karakter van deze zorg geborgd wordt. Voor een adequate jeugdbescherming die functioneert binnen het geschetste kader is volgens Jeugdzorg Nederland een bovenlokale organisatie nodig, waarbij voor inkoop van deze zorg een gebied van circa 500.000 inwoners noodzakelijk is.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
Jeugdreclassering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jongeren van 12 jaar en ouder kunnen wegens strafbaar gedrag voor de kinderrechter moeten verschijnen. De kinderrechter kan besluiten dat de jongere begeleiding nodig heeft van een jeugdreclasseringswerker (begeleider) van Bureau Jeugdzorg. De begeleiding moet het strafbare gedrag stoppen en voorkomen dat de jongere opnieuw de fout ingaat.</li> <li>• Het betreft landelijk circa 17.000 cliënten</li> <li>• Juridisch zijn er diverse afspraken. Het rechterlijk systeem wil alles volstrekt uniform aangeleverd krijgen.</li> <li>• De aard en inrichting van de werkprocessen binnen de jeugdreclassering maken het praktisch onmogelijk om dit binnen individuele gemeenten te organiseren. Per individuele gemeente zal in de meeste gevallen sprake zijn van een kleine groep die te maken krijgt met jeugdreclassering (een kleine gemeente zal wellicht 1 keer in de 8 jaar te maken krijgen met jeugdreclassering).</li> <li>• De jeugdreclassering werkt met een aantal landelijke instrumenten en methodieken, waaronder risicotaxatie, gegevensuitwisseling en identiteitscontroles, die geborgd dienen te worden. Bovendien is de jeugdreclassering sterk ketenafhankelijk en heeft zij te maken met de Raad voor de Kinderbescherming, het Openbaar Ministerie en de politie. Deze zijn op arrondissementaal niveau georganiseerd. Decentralisatie van de huidige provinciaal georganiseerde jeugdreclassering over individuele gemeenten zal de ketensamenwerking en borging van het landelijke instrumentarium zeer complex maken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteit van de jeugdreclassering dient goed geborgd te zijn (bijv. door certificering). Vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep en de borging van de landelijk ingevoerde werkmethode jeugdreclassering dient de sturingsfilosofie uitgewerkt te worden in overleg tussen Rijk, VNG, Inspectie en de branches. Jeugdzorg NL pleit verder voor een voldoende schaalniveau voor inkoop waardoor het specialistische karakter van de Jeugdreclassering geborgd wordt.</li> <li>• Voor een adequate jeugdreclassering die functioneert binnen het geschetste kader is een bovenlokale organisatie nodig, waarbij een verzorgingsgebied van circa 500.000 inwoners noodzakelijk is. Op dit moment zijn jeugdbescherming en jeugdreclassering, vanuit het principe ‘zorg naast straf’ beide belegd in het provinciale Bureau Jeugdzorg en de LWI’s. Gezien de aard van de problematiek en de omvang van de doelgroep heeft het de voorkeur van Jeugdzorg Nederland om deze twee zorgsoorten in het nieuwe stelsel eveneens gezamenlijk te organiseren.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Kinderen waarvan vermoed wordt dat zij mishandeld worden, Advies en Meldpunt Kindermishandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze jongeren worden gemeld bij het AMK omdat er aanwijzingen zijn bij verwijzers of omgeving van het kind, dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling. De AMK's adviseren en onderzoeken deze meldingen en geleiden de meeste zaken na onderzoek door naar hulpverlening. Een aantal wordt in de jeugdbescherming verder geholpen. Bij het doorverwijzen moet het AMK een beroep kunnen doen op een scala van hulpverleningsmogelijkheden en soms het onderbrengen buiten de eigen omgeving van kinderen en of gezin (ihkv het huisverbod). Dit scala aan mogelijkheden kan niet iedere gemeente zelf in huis hebben, bij het mislukken van een doorverwijzing zal een kind vaker onder toezicht gesteld moeten worden.</li> <li>• Het betreft circa 62.000 adviezen en onderzoeken</li> <li>• Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is omgeven met een strak wettelijk kader. Er moet bijvoorbeeld binnen 5 dagen een multidisciplinaire beslissing worden genomen, de doorlooptijd van een onderzoek is in de wet vastgelegd (ter vergelijking; binnen de Provincie Utrecht zijn nu twee teams).</li> <li>• Aangezien het hierbij gaat om het gezag van de ouders over de kinderen is het van belang dat dit uniform gebeurd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteit van deze gespecialiseerde vorm van zorg dient goed geborgd te zijn (bijv. door certificering). Dit vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroepen en de borging van de landelijk ingevoerde ORBA methode. De sturingsfilosofie dient uitgewerkt te worden in overleg tussen Rijk, VNG, Inspectie en de branches.</li> <li>• De aard en inrichting van de werkprocessen binnen het AMK maken het bijzonder complex om dit binnen individuele gemeenten te organiseren. Per individuele gemeente zal in de meeste gevallen slechts sprake zijn van een kleine groep. Desondanks dienen er voldoende onderzoekers te zijn, evenals gedragswetenschappers en vertrouwensartsen. Bovendien dient gewerkt te worden conform landelijk gemaakte afspraken over doorlooptijd en zijn er afspraken met de Raad voor de Kinderbescherming.</li> <li>• Een verzorgingsgebied van circa 500.000 inwoners is noodzakelijk voor de borging van de kwaliteit en mogelijkheden voor doorverwijzing.</li> <li>• Het is nuttig om de financiering via gemeenten te laten lopen, omdat zij al een grote rol spelen in de keten (signalering). Wellicht is het een optie om aan te sluiten bij de veiligheidsregio's.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Jeugdzorg<sup>Plus</sup> (gesloten jeugdzorg)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 1 januari 2008 is de gewijzigde Wet op de jeugdzorg (Wjz) in werking getreden. Hierdoor is het mogelijk geworden om civielrechtelijke jongeren, die van de rechter gesloten moeten worden behandeld, in een jeugdzorginstelling te plaatsen. Hierdoor is plaatsing van civielrechtelijke jongeren in een JJI sinds 1 januari 2008 niet langer nodig.</li> <li>• Om een instelling 24/7 te beveiligen zijn er voor de bewaking alleen al 18 personen nodig.</li> <li>• Landelijk heeft de Jeugdzorg<sup>Plus</sup> circa 3000 cliënten per jaar.</li> <li>• Het bieden van 24-uurs zorg voor een zeer complexe doelgroep vraagt aanwezigheid van onder meer gedragswetenschappers, behandelcoördinatoren, orthopedagogen en een 24-uurs bezetting van beveiliging en groepsleiders. Dit kan alleen gerealiseerd worden indien een organisatie een bezetting heeft van minimaal 80 bedden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten dienen de kwaliteit van de Jeugdzorg<sup>Plus</sup> instellingen te borgen (bijv. door certificering). Vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep en de verdere ontwikkeling van Jeugdzorg<sup>Plus</sup> als specialistische zorg dient de sturingsfilosofie uitgewerkt te worden in overleg tussen Rijk, VNG, Inspectie en de branches. Jeugdzorg NL pleit verder voor een voldoende schaalniveau voor inkoop waardoor het specialistische karakter van Jeugdzorg<sup>Plus</sup> geborgd wordt.</li> <li>• Daar per gemeente geen vast aantal bedden afgenomen kan worden is een collectieve inkoop noodzakelijk. Daar het aantal plaatsen in Jeugdzorg<sup>Plus</sup> instellingen landelijk wordt vastgesteld kan vanuit dat aantal het verzorgingsgebied per instelling en aantal gemeenten vastgesteld worden.</li> <li>• Schaalgrootte van 500.000 inwoners is hier te klein.</li> </ul>
<b>Gezinshuizen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een gezinshuis geeft ruimte aan maximaal vier jongeren, die tussen de vier en vijftien jaar oud zijn. De leiding is in handen van gezinshuisouders. Wanneer de gezinshuisouders zelf kinderen hebben, wonen die ook in het gezinshuis. Jongeren die in een gezinshuis wonen kunnen door hun persoonlijke problematiek niet in een pleeggezin wonen. De gezinshuisouders nemen gedurende een periode de dagelijkse verzorging en opvoeding voor hun rekening. Waar mogelijk wordt nauw contact met het gezin van herkomst onderhouden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is minimaal een schaal van 500.000 inwoners nodig om voldoende schaal te hebben om de plaatsing in gezinshuizen te organiseren.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Residentiële zorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het betreft hier jongeren met problemen die om verschillende redenen tijdelijk niet meer in hun thuissituatie kunnen opgroeien. Wanneer de situatie thuis onhoudbaar of onveilig is geworden dient een plaatsing in een residentiële jeugdzorgorganisatie voorradig te zijn. Dit om escalatie van de problematiek te voorkomen.</li> <li>• Op dit moment worden deze jeugdigen opgevangen in residentiële jeugdzorgorganisatie op provinciaal niveau.</li> <li>• Een risico van de decentralisatie kan zijn dat jeugdigen niet of te laat een plaats krijgen in een residentiële jeugdzorgorganisatie. Hierdoor kunnen hun problemen escaleren. De borging van voldoende plaatsen is door individuele gemeente moeilijk te realiseren, evenals flexibel inspelen op het benodigde aantal plaatsen per jaar door individuele inkoop.</li> <li>• Het betreft circa 11.000 cliënten</li> <li>• De kosten bedragen gemiddeld 125.000 tot 135.000 euro per cliënt</li> <li>• Gezien het plan om de huidige 1600 bedden af te bouwen tot 800 bedden is voor de toekomst eerder een grotere schaal van inkoop nodig dan een kleinere.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten dienen de kwaliteit van de residentiële instellingen te borgen. Jongeren dienen niet alleen een plaats te krijgen, maar ook een plaats die aansluit bij hun specifieke problematiek. Bovendien dient in het belang van de jeugdige rekening gehouden te worden met de samenstelling van de groep. Voor het maken van een goede match is keuze uit meerdere opties noodzakelijk.</li> <li>• Het bieden van 24-uurs zorg vraagt aanwezigheid van onder meer gedragswetenschappers, behandelcoördinatoren, orthopedagogen en een 24-uurs bezetting van beveiliging en groepsleiders. Dit kan alleen gerealiseerd worden indien een organisatie een bezetting heeft van minimaal 80 bedden. Daar per gemeente geen vast aantal bedden afgenomen kan worden is een collectieve inkoop noodzakelijk. Om kwaliteit en continuïteit te garanderen van deze zorgvorm is een verzorgingsgebied van circa 500.000 inwoners noodzakelijk voor residentiële instellingen.</li> <li>• De gemeente waar het kind oorspronkelijk vandaan komt, zou verantwoordelijk moeten zijn voor de inkoop van de zorg. Het is goed wanneer alle gemeenten een klein beetje meebetalen aan het in stand houden van deze voorzieningen.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Gespecialiseerde ambulante jeugdzorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialistische ambulante hulp is gericht op kinderen en jongeren en hun ouders of verzorgers. De behandeling is gericht op ingewikkelde problemen, zoals ontwikkeling- en gedragsproblemen of psychiatrische stoornissen. Hulp wordt over het algemeen integraal aangeboden waarbij ook ouders of verzorgers als cliënt worden beschouwd. Daarnaast krijgen contacten met jeugdartsen, scholen en maatschappelijk werk speciale aandacht.</li> <li>• Het betreft circa 51.000 cliënten met indicatie en 4800 zonder indicatie.</li> <li>• Op dit moment wordt deze vorm van zorg veelal uitgevoerd door organisaties die tevens residentiële zorg of Jeugdzorg<sup>Plus</sup> verzorgen op provinciaal of rijksniveau.</li> <li>• Het moet in de toekomst mogelijk blijven dat er vanuit de ambulante hulp direct kan worden opgeschaald, wanneer situaties escaleren. Het is daarom van belang dat de instellingen die ambulante hulp bieden ook toegang blijven bieden tot bedden.</li> <li>• In sommige gevallen dient er zwaar psychotherapeutisch geïnvesteerd te worden in gezinnen. Dit wordt gedaan door landelijke begeleidingsorganisaties die gedrags-interventies toepassen (MST, FFT, MDFT of NPT). In de huidige jeugdzorg lopen individuele hulpverleners vaak vast in deze gezinnen. De hulpverlening sluit onvoldoende aan bij de complexiteit en onderlinge samenhang van problematiek. Er is een gebrek aan directe en een integrale aanpak met doorzettingsmacht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante specialistische hulp dient altijd in samenhang gezien te worden met zwaardere vormen van zorg, zoals jeugdbescherming, residentiële zorg of Jeugdzorg<sup>Plus</sup>. Indien noodzakelijk dient snel doorgeschakeld te kunnen worden naar deze zorgvormen. Hetzelfde geldt tevens omgekeerd: vanuit zwaardere vormen van zorg dient snel teruggeschakeld te kunnen worden naar specialistische ambulante zorg. Voor een goede aansluiting tussen de ambulante zorg enerzijds en de residentiële en gesloten jeugdzorg anderzijds ligt een organisatie van beide varianten op hetzelfde bovenlokale niveau voor de hand.</li> <li>• Het is voor individuele gemeenten moeilijk in te schatten hoeveel cliënten er jaarlijks zijn voor bepaalde ambulante programma's. In de match van vraag en aanbod is ook hier een grotere schaal nodig dan de gemiddelde individuele gemeente kan bieden.</li> <li>• Gemeenten zouden ambulante zorg en residentieel verblijf als pakket moeten inkopen.</li> <li>• Het is van belang dat de specifieke programma's met expertise en passende interventies blijven bestaan. Daarnaast moet er ook financiering blijven bestaan om dergelijke programma's te ontwikkelen.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Pleegzorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op dit moment wordt pleegzorg verzorgd vanuit provinciale pleegzorginstellingen met een groot verzorgingsgebied.</li> <li>• Matching van het pleegkind en de meest optimale ouders is belangrijker dan gemeentegrenzen. Binnen netwerkpleegzorg gebeurt het vaak dat familieleden in andere gemeenten wonen. Soms kan het voor het betreffende kind beter zijn om volledig uit de eigen omgeving geplaatst te worden. Om de optimale match te kunnen blijven maken tussen pleegkinderen en pleegouders blijft bovenlokale pleegzorgorganisatie noodzakelijk.</li> <li>• Het betreft circa 20.000 cliënten</li> <li>• Er zijn 500.000 inwoners nodig om voldoende schaal te hebben om deze zorg te kunnen organiseren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om zowel de kwaliteit als de continuïteit van een dergelijke pleegzorgorganisatie te borgen is een aantal van circa 400 pleegzorgplaatsingen noodzakelijk.</li> </ul>
<b>Dagbehandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagbehandeling betekent dat kinderen die begeleidt worden, thuis wonen en overdag (gedeeltelijk) bij dagbehandeling zijn. Er zijn verschillende soorten dagbehandeling voor specifieke doelgroepen, bijv. het medisch kinderdagverblijf, dagbehandeling 4 tot 12, dagbehandeling 12 tot 18. Per individuele gemeente is het complex en kostbaar om verschillende varianten van dagbehandeling te realiseren. Het risico is dat kinderen en jongeren niet de dagbehandeling krijgen die zij nodig hebben (maar bijvoorbeeld een andere variant), waardoor kans op escalatie van problemen toeneemt, wat weer kan leiden tot zwaardere vormen van zorg.</li> <li>• Dagbehandeling is momenteel op provinciaal niveau georganiseerd.</li> <li>• Het betreft circa 9000 cliënten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten kunnen door samen te werken de verschillende vormen van dagbehandeling organiseren. Hierbij moet echter rekening gehouden worden dat het mogelijk dient te zijn om de zorg voor de jongere op te schalen naar residentiële zorg of Jeugdzorg<sup>plus</sup>. Deze plaatsen moeten dan echter wel voorradig zijn. Het is dan ook aan te bevelen om vanuit deze opschalingsgedachte aan te sluiten bij het bovenlokale niveau waarop tevens de residentiële voorzieningen en de Jeugdzorg<sup>plus</sup> voorzieningen georganiseerd dienen te worden.</li> </ul>



Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Kinderen met ernstige lichamelijke handicap of terminale ziekte i.c.m. een kinderbeschermingsmaatregel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor deze groep is palliatieve zorg belangrijk en bijvoorbeeld het leren van therapietrouw.</li> <li>• Vanwege de geringe omvang van de groep (circa 200) en het ontbreken van een landelijk dekkend aanbod is het zeer lastig deze zorg per gemeente te organiseren.</li> <li>• De AWBZ gaat uit van vrijwilligheid en zelfredzaamheid. Deze kinderen en hun ouders zijn niet in staat om toestemming te geven voor de behandeling. Hierdoor kan er geen indicatie aangevraagd worden. Het risico bestaat dat deze kinderen uit zicht raken, dat er een verstoorde samenwerking met artsen en therapeuten ontstaat en dat het kind overvraagd wordt.</li> <li>• Niemand is werkelijk toegerust om deze kinderen wettelijk te vertegenwoordigen. WSG heeft kennis en expertise van deze doelgroep. Deze kinderen verblijven in een pleeggezin of in een gezinshuis (bijvoorbeeld Mappa Mondo, een kinderspice).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De deskundigheid over deze doelgroep moet ook na de decentralisatie behouden blijven. Vanwege de grootte van de groep lijkt het alleen haalbaar wanneer deze zorg landelijk geregeld en ingekocht wordt.</li> <li>• In het nieuw jeugdkader moet juridisch worden geregeld dat de hulpverlener de cliënt kan vertegenwoordigen wanneer de ouders dit niet kunnen.</li> </ul>
<b>Kinderen met een verstandelijke beperking (IQ &lt;60) i.c.m. een kinderbeschermingsmaatregel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door de geringe omvang van de groep (circa 2500) en de lage spreiding komt de doelgroep niet vaak voor in gemeenten, hierdoor is de groep minder makkelijk in beeld. De problematiek is chronisch waardoor het probleem levenslang en levens breed speelt.</li> <li>• De doelgroep formuleert zelf geen hulpvraag en is voortdurend afhankelijk van zorg doordat ouders deze rol niet op zich kunnen nemen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn aparte trainingen nodig voor hulpverleners om zaken als misbruik te ontdekken. Een maatregel zou zijn om hiervoor certificering verplicht te stellen.</li> <li>• Professionaliteit en specifieke zorg zijn voor deze doelgroep noodzakelijk. Vanwege de grootte van de groep lijkt het alleen haalbaar wanneer deze zorg landelijk geregeld en ingekocht wordt.</li> <li>• In het nieuw jeugdkader moet juridisch worden geregeld dat de hulpverlener de cliënt kan vertegenwoordigen wanneer de ouders dit niet kunnen.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Kinderen met een lichamelijke, visuele, auditieve of meervoudige beperking i.c.m. een kinderbeschermingsmaatregel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De doelgroep heeft een geringe omvang (circa 1000) en een lage spreiding en is daardoor niet goed in beeld bij de gemeenten.</li> <li>• Er is prima zorg, maar deze komt niet vaak bij deze groep. De wijze waarop de zorg georganiseerd is verondersteld een goed functionerend gezin, waarbij de ouders pro actief op zoek gaan naar de beste zorg voor hun kind. Dat kunnen de ouders van deze kinderen niet.</li> <li>• Wanneer voor deze groep niet de juiste deskundigheid wordt ingezet, bestaat de kans op isolement, onderstimulering en escalatie van de problemen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionaliteit en specifieke zorg zijn voor deze doelgroep noodzakelijk. Vanwege de grootte van de groep lijkt het alleen haalbaar wanneer deze zorg landelijk geregeld en ingekocht wordt.</li> <li>• In het nieuw jeugdkader moet juridisch worden geregeld dat de hulpverlener de cliënt kan vertegenwoordigen wanneer de ouders dit niet kunnen.</li> </ul>
<b>Kinderen/ jeugdigen met een Licht Verstandelijke Beperking i.c.m. een jeugdreclasserings maatregel en in relatie tot Openbare Veiligheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze groep (circa 2000) wordt vaak niet herkend vanwege het ontbreken van specifieke deskundigheid in reguliere strafrechtelijke trajecten. Hierdoor krijgen zij onvoldoende begeleiding in het strafrechtstelsel en wordt er geen passende reactie gegeven op het delict gedrag. Mogelijke consequenties zijn: risico op rechtsongelijkheid, escalatie van problemen, recidive, overlast, met als gevolg zeer hoge kosten voor gemeenten.</li> <li>• Een laag IQ is een risicofactor voor delinquentie. Jongeren met LVB zijn oververtegenwoordigd in het jeugdstrafrecht. LVB wordt vaak niet of pas laat herkend. Bijkomend risico voor deze doelgroep is dat er ook geen ouders zijn die dit duidelijk kunnen maken.</li> <li>• Het ontbreken van dag- en/of vrijetijdsbesteding en erkende interventies kunnen criminogene factoren in de hand werken. Positieve beïnvloeding is zeer belangrijk. Een harde aanpak werkt absoluut niet en bereikt het tegenovergestelde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De William Schrikker Jeugdreclassering heeft de kennis en expertise om deze doelgroep de juiste begeleiding, hulp, steun en nazorg te geven.</li> <li>• Om de kwaliteit van de zorg te bewaken zouden er licenties uitgegeven kunnen worden aan de zorgverleners die beschikken over de kennis en kunde m.b.t. de specialistische interventies</li> <li>• Er moet een werkwijze worden ingericht waarbij een goede samenwerking met de kinderbescherming en andere relevante partijen wordt gewaarborgd.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Kinderen met een Licht Verstandelijke Beperking i.c.m. psychiatrische problematiek en een kinderbeschermingsmaatregel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze groep (circa 3000 waarbij ook sprake is van een kinderbeschermingsmaatregel) is slecht zichtbaar, omdat zij niet wil opvallen/gezien worden. Hierdoor komt de doelgroep vaak pas laat of niet in beeld. Het gevolg hiervan is dat deze kinderen geen passende hulp krijgen, kans op isolement, intergenerationele overdracht van problemen, overlast, zorgmijden, escalatie van problemen, groot risico op seksueel misbruik, loverboys, prostitutie, calamiteiten, de transitie van jeugd naar volwassenheid verloopt vaak met problemen.</li> <li>• Deze doelgroep heeft specifieke deskundigheid nodig op het gebied van levenslange en levensbrede zorg, met drang/bemoeizorg. De hulpverlener moet kunnen omgaan met weerstand en op de juiste wijze weten te communiceren met de cliënt.</li> <li>• De diagnose is lastig te stellen, omdat de psychiatrische problematiek slecht zichtbaar is. GGZ zorg is lastig toegankelijk, doordat er geen ouders zijn die de hulpvraag kunnen stellen.</li> <li>• Jeugdzorg herkent de doelgroep onvoldoende. Het risico is dat deze doelgroep nog minder goed herkend wordt door gemeenten en dat er bij de inkoop van zorg geen rekening wordt gehouden met de chroniciteit en de benodigde specifieke deskundigheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroege signalering is belangrijk, omdat dit zowel sociaal als financieel veel oplevert.</li> <li>• De hulpverlening moet centraal gecoördineerd worden (WSG heeft hiervoor de kennis en expertise in huis). Er zijn vaak meerdere hulpverleners en instellingen nodig.</li> <li>• Professionaliteit en specifieke zorg zijn voor deze doelgroep noodzakelijk. Vanwege de grootte van de groep lijkt het alleen haalbaar wanneer deze zorg landelijk geregeld en ingekocht wordt.</li> <li>• In het nieuw jeugdkader moet juridisch worden geregeld dat de hulpverlener de cliënt kan vertegenwoordigen wanneer de ouders dit niet kunnen.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>LVB-kinderen met bijkomende problematiek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij deze kinderen is sprake van een onzichtbare beperking. Zolang de beperking niet is vastgesteld worden deze kinderen overvraagd en worden er eisen aan hen gesteld waaraan zij niet kunnen voldoen. Hierdoor worden kinderen gefrustreerd en ontstaat gedragsproblematiek. Het is sterk afhankelijk van het draagvlak en opvoedingsvaardigheden in het gezin of deze problemen aangepakt worden of juist verergeren.</li> <li>• Het betreft circa 250.000 jongeren</li> <li>• Deze kinderen lopen het risico dat hun beperking niet onderkend wordt en dat er geen of niet passende hulp wordt geboden.</li> <li>• De directe sociale omgeving speelt een grote rol, zowel negatief (in de vorm van slechte invloeden en aanzetten tot, overlast, verslaving en criminaliteit) alsook positief (door het bieden van goede voorbeelden en ondersteuning).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten kunnen dit risico ondervangen door zich te richten op preventie in de jeugdgezondheidszorg, de Centra voor Jeugd en Gezin en het onderwijs.</li> <li>• Bij het ontwikkelen van preventieve hulp kan gebruik worden gemaakt van de expertise van de orthopedagogische behandelcentra (screening, diagnostiek, behandeling / begeleiding)</li> </ul>
<b>Kinderen / jongeren met LVB en psychiatrische stoornis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het gaat om kinderen met een licht verstandelijke beperking én een psychiatrische stoornis. Deze kinderen zijn aangewezen op een combinatie van psychiatrische en orthopedagogische behandeling</li> <li>• Het betreft circa 1000-1500 jongeren die hiervoor momenteel in een residentiele voorziening worden behandeld.</li> <li>• In de jeugd-ggz worden 20.000 cliënten behandeld die tevens een verstandelijke beperking hebben.</li> <li>• Het risico voor deze groep kinderen zit hem in de doorverwijzing. Zullen gemeenten doorverwijzen naar specialistische voorziening in een andere gemeente / regio?</li> <li>• Voor deze gespecialiseerde zorg zijn in de afgelopen jaren samenwerkingsverbanden opgezet van orthopedagogische behandelcentra en instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie; Multi Functionele Centra (MFC). Deze MFC 's zijn bovenregionaal werkzaam voor deze specifieke doelgroep en beschikken over plm. 400 intramurale behandelplaatsen, naast een aanbod van ambulante behandeling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de huidige situatie fungeren de MFC's als een derde lijnsvoorziening en worden kinderen vanuit de gespecialiseerde zorg (GGZ, LVG) doorverwezen voor behandeling in een MFC. Deze beslissing is gebaseerd op inhoudelijke gronden. Gemeenten zouden bovenregionaal kunnen samenwerken om deze specialistische zorg in stand te houden.</li> </ul>

Genoemde groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Adolescenten / jongvolwassenen (18-23) met LVB en gedragproblemen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze jongeren hebben door hun licht verstandelijke beperking grote moeite met onzekere situaties en overgangsmomenten. Dit roept grote spanning op en verlies van zelfcontrole. In combinatie met hun gedragsproblematiek levert dit grote risico's op van terugval in oud gedrag, verslaving, psychische problemen, enz.</li> <li>• Het betreft circa 20.000 jongeren</li> <li>• Deze groep jongeren loopt het risico dat er onvoldoende begeleiding is bij hun overgang van thuis naar zelfstandig wonen en van school naar werk.</li> <li>• Het risico is gelegen in de fase waarin vanuit hulpverlening en onderwijs een verbinding gemaakt moet worden met vervolfbegeleiding bij wonen en werk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten kunnen deze groep jongeren ondersteunen door in de Wmo begeleiding te borgen voor deze doelgroep en speciale aandacht hiervoor vast te leggen bij lokale voorzieningen voor arbeidsintegratie.</li> </ul>
<b>groep jeugdige cliënten in de (specialistische) ggz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaarlijks zijn er 140.000 jeugdigen tot 18 jaar in behandeling en daarbij ook nog ongeveer 100.000 ouders die in de behandeling participeren. Hierin is een kunstmatige scheiding op leeftijd toegepast die los staat van de zorgbehoefte van jeugdigen. Met de decentralisatie ontstaan nieuwe schotten op basis van leeftijd en de somatiek.</li> <li>• Publieke zorg en geneeskundige zorg zijn op een verschillend paradigma gebaseerd. Het uitgangspunt dat een lokale overheid basisvoorzieningen realiseert voor uitsluitend de eigen inwoners, is nauwelijks te verenigen met de keuzevrijheid van mensen die (mogelijk) lijden aan een ziekte en de individuele relatie tussen patiënt en hulpverlener als basis voor een behandelovereenkomst waarbij professioneel gehandeld moet worden op basis van internationaal vastgestelde richtlijnen en praktijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De jeugd-ggz instellingen stellen voor om de jeugd-ggz binnen de zorgverzekeringswet te houden.</li> <li>• Een landelijk expertisecentrum voor gemeentelijke jeugdzorg achten de gesproken jeugd-ggz instellingen onvoldoende in staat wetenschappelijke ontwikkelingen, wet- en regelgeving en informatiebeleid in de volle breedte op lokaal niveau te implementeren.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is gebrek aan kennis bij gemeenten; in de jeugd-ggz kan niet uitgegaan worden van doelgroepen met een afgebakende zorgvraag. Binnen de gezondheidszorg is een discussie gaande over basiszorg die dichtbij huis beschikbaar moet zijn waarbij specialistische expertise in specifieke behandelcentra gecentreerd wordt omdat is vastgesteld dat cliënten dan betere zorg krijgen. De decentralisatie lijkt haaks op deze beweging te staan.</li> <li>• Risico spreiding; Het is noodzakelijk om te werken met macro budgettaire kaders. Het kan zich voordoen dat er binnen een gemeente of regio in een korte tijd hogere kosten worden gemaakt (bijvoorbeeld bij een suïcide epidemie). Nu is er risicospreiding tussen verzekeraars. Hoe moeten gemeenten dit opvangen?</li> </ul>	
--	---	--

*Tabel 1: De door zorgaanbieders genoemde groepen met aandachtspunten en mogelijke maatregelen bij de transitie van de jeugdzorg*

## 2.2 Genoemde groepen door gemeenten

In de consultatieronde met gemeenten zijn de door de zorgaanbieders genoemde groepen (uit tabel 1) aan de aanwezige gemeenten voorgelegd. De gemeenten geven aan dat zij voornamelijk kansen zien bij de stelselherziening van de jeugdzorg. De gemeenten zien, naast de uitdagingen op het gebied van o.a. schaalgrootte, voldoende aanknopingspunten om alle zorg voor jeugd te decentraliseren. Zij noemen daarbij de volgende kansen:

- **Meer aandacht voor preventief beleid:** de gemeente is reeds actief in domeinen zoals onderwijs, veiligheid en welzijn. Vanuit deze domeinen kunnen zorgvragen vroegtijdig worden gesignaleerd en kan er in een vroeg stadium gestart worden met preventieve maatregelen. In de toekomstige situatie heeft de gemeente ook de middelen, de instrumenten en de doelstelling om cliënten tijdig te voorzien van de juiste zorg om escalatie te voorkomen.
- **Integraal naar het gehele gezin kijken:** een specialistische zorgvraag komt vrijwel nooit alleen. Voor een jeugdige is het van belang dat er naar de complete gezinssituatie wordt gekeken. Om problemen structureel op te lossen willen de gemeenten wijkzorgteams met een brede expertise in gaan zetten die de problematiek in een gezin integraal benaderen.
- **Zorgregie:** de gemeente zal straks de rol van regisseur op zich nemen, waarbij het CJG fungeert als coördinatiecentrum. Op deze manier wordt er voor gezorgd dat er voor elke zorgvraag het juiste aanbod komt en dat er zo min mogelijk verschillende hulpverleners bij 1 gezin over de vloer komen. De focus zal liggen op de vraag van de cliënt. Indien hierbij specialistische zorg nodig is of een aanbieder met een specifieke (geloofs)grondslag, dan moet gekeken worden hoe dit gerealiseerd kan worden. Er zal een opschaalmodel moeten zijn voor zorg die niet door het wijkzorgteam zelf geleverd kan worden.
- **Uitgaan van de kracht van het eigen netwerk:** Er zal eerst gekeken moeten worden naar wat iemand zelf en zijn/haar netwerk kan doen in de probleemsituatie, voordat professionele hulp wordt ingezet.
- **Minder dure zorg:** wanneer nazorg binnen de gemeente goed wordt geregeld, is het wellicht mogelijk om bijvoorbeeld korter gebruik te maken van de gesloten jeugdzorg.

Tegelijkertijd zien gemeenten ook een aantal algemene aandachtspunten voor de stelselherziening:

- **Schaalgrootte en spreiding:** er kunnen kleine specifieke groepen zijn waarvoor het verstandig kan zijn om de zorg bovenlokaal te organiseren. De gemeenten geven aan dat zij dit zelf willen organiseren en dat zij dit liever niet vastgelegd zien in het jeugdkader.
- **Specifieke kennis moet behouden blijven:** de gemeenten geven aan dat zij zich kunnen voorstellen dat er een landelijk expertisecentrum komt waarin alle specifieke kennis wordt gebundeld en waar innovatie kan plaatsvinden. De gemeenten zouden hier gezamenlijk gebruik van kunnen maken en gezamenlijk kunnen financieren.
- **Keuzevrijheid cliënten:** het moet in de nieuwe situatie mogelijk blijven om een second opinion aan te vragen of om over te stappen naar een andere zorgaanbieder wanneer de huidige niet bevalt.
- **Samenwerking met het Openbaar Ministerie:** momenteel vindt er een centraliseringsslag plaats binnen het OM. Er moet gekeken worden hoe er in de keten met de lokale gemeenten straks samengewerkt gaat worden.
- **Houding van de zorgaanbieders ten aanzien van gemeenten:** wanneer zorgaanbieders zich defensief opstellen ten opzichte van de verandering, is het lastig om gezamenlijk tot een nieuw

zorgaanbod te komen met nieuwe producten. Zorgaanbieders weten vaak niet wat gemeenten nu al doen op het gebied van o.a. welzijn. Het is daarom belangrijk om elkaar beter te leren kennen. Er zijn al wel voorbeelden te noemen van aanbieders die proactief gemeenten opzoeken om te kijken welke rol zij kunnen spelen in het vormgeven van een integraal aanbod op wijkniveau.

De volgende groepen zijn genoemd door de gemeenten:

Groep	Genoemd aandachtspunt	Genoemde maatregel
<b>Specialistische zorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet elke gemeente is in staat om zelf alle mogelijke specialistische zorg in te kopen</li> <li>Gemeenten zijn niet in staat om alle opgebouwde kennis en ervaring in huis te halen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeenten kunnen een hoofdaannemer inhuren die op aanvraag toegang heeft tot alle vormen van specialistische zorg.</li> <li>Er kan een (landelijk) expertise centrum opgericht worden om alle kennis in stand te houden.</li> <li>Gemeente kunnen afspraken maken om samen te werken.</li> </ul>
<b>Zorgvragers of -mijders die verhuizen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wanneer zorgvragers/mijders verhuizen naar een andere gemeente moet het mogelijk zijn om de zorg voort te zetten. Zorgmijders mogen niet uit het oog verloren worden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeenten kunnen afspraken met elkaar maken op welke wijze zij cliënten aan elkaar overdragen en op welke wijze zorg voortgezet kan worden.</li> </ul>
<b>Kinderen waarvan vermoed wordt dat zij mishandeld worden, Advies en Meldpunt Kindermishandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeenten zien het als een verbetering wanneer het AMK beter aangesloten wordt op het lokale veld.</li> <li>Gemeenten willen de optie open laten om te kiezen voor aansluiting bij een boven lokale aanpak (bijvoorbeeld de GGD regio, de veiligheidsregio of de regio indeling samenwerkingsverbanden passend onderwijs).</li> <li>Het moet mogelijk zijn om kinderen voor hun veiligheid buiten de gemeente op te vangen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het AMK moet aansluiting vinden bij de CJG's, zodat het onderdeel wordt van de integrale lokale aanpak.</li> <li>Er kunnen afspraken gemaakt worden tussen gemeenten over opvang van kinderen buiten de gemeentegrenzen wanneer dat nodig is.</li> </ul>
<b>Illegalen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er mag door gemeenten geen zorg geleverd worden aan illegalen, maar gemeenten moeten hier wel wat mee. Wanneer gemeenten verantwoordelijk worden voor de jeugdzorg wordt de problematiek duidelijker zichtbaar binnen de gemeente.</li> <li>De jeugd-ggz is voor (jeugdige) illegalen wel beschikbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afspraken maken hoe er omgegaan moet worden met jeugdige illegalen (en hun gezinnen) wanneer zij voor zorg aankloppen bij de gemeente.</li> </ul>

Tabel 2: De door gemeenten genoemde groepen met aandachtspunten en mogelijke maatregelen bij de transitie van de jeugdzorg



### 2.3 Genoemde groepen door cliëntenorganisaties

Op 27 oktober 2011 heeft overleg met de cliëntenorganisaties plaats gevonden. Tijdens het overleg hebben de cliëntenorganisaties aangegeven dat het voor hen te vroeg is om conclusies te kunnen trekken over de benodigde maatregelen voor specifieke groepen. Zij hebben behoefte aan meer informatie over hoe het nieuwe jeugdkader er uit komt te zien. In de bijeenkomst is afgesproken dat er in het vervolgtraject vanuit het cliëntperspectief gekeken zal worden naar de benodigde maatregelen voor specifieke groepen binnen de jeugdzorg. Hierbij zal in ieder geval worden ingegaan op de volgende onderwerpen:

- Bovenlokale samenwerking
- De deskundigheid binnen de Centra voor Jeugd en Gezin
- De kwaliteit van jeugdzorg ná decentralisatie
- De continuïteit van zorg bij verhuizing en voor 18+
- De financiële prikkel die gemeente zal hebben om zo goedkoop mogelijk zorg te leveren
- De rechtspositie van cliënten
- Het recht op zorg
- Toezicht

### 3. Samenvatting aandachtspunten voor meerdere groepen

In de consultatierondes zijn een aantal aandachtspunten meerdere malen genoemd. Samengevat komen we tot de volgende algemene aandachtspunten voor de transitie van de zorg voor jeugd:

1. **Mogelijk gebrek aan kennis en informatie** bij gemeenten (over doelgroepen en benodigde specialistische zorg) en bij zorgaanbieders (over de werkwijze van gemeenten) om gezamenlijk tot een passend zorgaanbod in de gemeente te komen.
2. **Mogelijk gebrek aan schaalgrootte per gemeente:** het kan voor kleine doelgroepen, waarvoor specifieke expertise en/of een specifieke locatie nodig is, niet haalbaar zijn om de zorg per gemeente te organiseren.
3. **Mogelijk gebrek aan mogelijkheden om op te schalen of terug te schakelen in zwaarte van zorg:** voor kleine en middelgrote gemeenten is het niet haalbaar om alle vormen van zorg lokaal te organiseren. Hierdoor kan het lastiger worden om op te schalen naar residentiele zorg of terug te schakelen naar specifieke ambulante zorg, wanneer deze zorg lokaal niet beschikbaar is.
4. **Mogelijk komt de keuzevrijheid van cliënten in het geding:** voor cliënten is het van belang dat de zorgverlener of bijvoorbeeld het pleeggezin aansluiten bij de vraag van de cliënt. Wanneer gemeenten slechts één of twee aanbieders contracteren, wordt het mogelijk lastiger om tot de juiste match tussen zorgverlener en cliënt te komen.
5. **Tegenstelling tussen centralisatie en decentralisatie:** Een deel van de keten is centraal of op arrondissementaal niveau georganiseerd (zoals Raad voor de Kinderbescherming, het Openbaar Ministerie en recent de nationale politie). Binnen de gezondheidszorg is een discussie gaande over basiszorg die dichtbij huis beschikbaar moet zijn waarbij specialistische expertise in specifieke behandelcentra gecentreerd wordt omdat is vastgesteld dat cliënten dan betere zorg krijgen. De decentralisatie van specialistische jeugdzorg lijkt haaks op deze beweging te staan.

In de volgende tabel is per aandachtspunt samengevat hoe dit momenteel wordt opgevangen, voor welke specifieke groepen dit aandachtspunt geldt bij decentralisatie van de jeugdzorg en welke maatregelen hiervoor mogelijk genomen kunnen worden.

#	Aandachtspunten bij decentralisatie	Huidige werkwijze	Groepen waarvoor aandachtspunt geldt	Mogelijke maatregelen
1	Mogelijk gebrek aan kennis en informatie bij gemeenten en zorgaanbieders om tot passend zorgaanbod te komen.	Bij de zorgaanbieders, bureau Jeugdzorg, zorgkantoren en verwijzers is momenteel kennis aanwezig om voor cliënten tot een passend zorgaanbod te komen.	Alle groepen	Informatie en kennis over doelgroepen moet actief verzameld en gedeeld worden. Gemeenten en zorgaanbieders kunnen leren van elkaars kennis en kunde.

#	Aandachtspunt bij decentralisatie	Huidige werkwijze	Groepen waarvoor aandachtspunt geldt	Mogelijke maatregelen
2	Mogelijk gebrek aan schaalgrootte per gemeente: het kan voor kleine groepen, waarvoor specifieke expertise en/of locatie nodig is, niet haalbaar zijn om de zorg per gemeente te organiseren.	Op dit moment wordt voor deze groepen gewerkt met een beperkt aantal aanbieders, die vaak niet evenredig over Nederland verdeeld zijn.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdbescherming</li> <li>• Jeugdreclassering</li> <li>• Jeugdzorg<sup>plus</sup></li> <li>• Gezinshuizen</li> <li>• Residentiele zorg</li> <li>• Gespecialiseerde dagbehandeling en gespecialiseerde ambulante jeugdzorg</li> <li>• Jeugd-ggz</li> </ul>	Er zouden bovenlokale afspraken gemaakt kunnen worden over hoe gemeenten voor de voor hen kleine groepen gemeenschappelijk tot een regeling kunnen komen om de administratieve lasten te beperken.
3	Mogelijk gebrek aan mogelijkheden om op te schalen of terug te schakelen in zwaarte van zorg.	Op dit moment wordt ambulante zorg en residentiële zorg/ Jeugdzorg <sup>plus</sup> uitgevoerd door dezelfde organisatie. Hierdoor kunnen deze organisaties relatief eenvoudig opschalen naar zwaardere zorg (zij hebben direct toegang tot een bed). Ook kunnen zij relatief makkelijk terugschakelen in zorg, omdat de ambulante zorg ingezet kan worden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groepen waarbij de problematiek escaleert of fluctueert</li> <li>• Groepen die van ambulante zorg/ dagbehandeling naar residentiële zorg /Jeugdzorg<sup>plus</sup> gaan of omgekeerd</li> </ul>	De ambulante zorg en de residentiële en gesloten jeugdzorg zouden op hetzelfde (boven)lokale niveau georganiseerd moeten worden, om de toegang tot een bed te waarborgen. Daarnaast zouden gemeenten ambulante zorg en residentieel verblijf als pakket kunnen inkopen, waarbij het opschalen en terugschakelen van de zorg onderdeel is van het aanbod.
4	Mogelijk komt de keuzevrijheid van cliënten in het geding	Veelal is het advies van verwijzers leidend in het zorgaanbod dat door cliënten wordt afgenomen. Een second opinion of een zorgaanbieder naar keuze is vaak mogelijk op initiatief van de cliënt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle groepen</li> </ul>	Gemeenten kunnen bij de inkoop van zorg er voor zorgen dat een second opinion en het overstappen naar een andere zorgaanbieder mogelijk blijft. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden met een hoofdaannemer met onderaannemers.

#	Aandachtspunt bij decentralisatie	Huidige werkwijze	Groepen waarvoor aandachtspunt geldt	Mogelijke maatregelen
5	Tegenstelling tussen centralisatie en decentralisatie	Momenteel is de jeugdzorg veelal georganiseerd op het niveau van de provincie. De jeugd-GGZ en jeugd-LVG zijn (boven)regionaal georganiseerd. De jeugd-ggz is in het kader van de Zorgverzekeringswet een open markt en er bestaat daarom geen formele regio-indeling. Er zijn diverse organisatievormen; van zelfstandige gevestigde praktijkhouders, regionale en bovenregionale aanbieders tot landelijk werkende organisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdbescherming</li> <li>• Jeugdreclassering</li> <li>• Jeugdzorg<sup>plus</sup></li> <li>• Gesloten jeugdzorg</li> <li>• Gezinshuizen</li> <li>• Residentiële zorg</li> <li>• AMK</li> <li>• Gespecialiseerde dagbehandeling en gespecialiseerde ambulante jeugdzorg</li> <li>• Jeugd-ggz</li> </ul>	Met de ketenpartners moeten afspraken gemaakt worden over de werkwijze in de keten. De wettelijke doorlooptijden kunnen door gemeenten worden gehaald door dezelfde systematieken en hulpverleners in te zetten als nu gebeurt. Er zouden bovenlokale afspraken gemaakt kunnen worden over hoe de expertise van de specialistische zorg geborgd kan worden.

Tabel 4: Samenvatting van de genoemde aandachtspunten bij de transitie van de zorg voor jeugd met de genoemde bijbehorende maatregelen.

#### Tot slot

De genoemde maatregelen zijn tijdens de consultatierondes nog niet verder geconcretiseerd. Op basis van dit verslag zal het 'Programma stelselherziening zorg voor jeugd' van het ministerie van VWS samen met de betrokken partijen bekijken of, en zo ja welke, vervolgstappen nodig zijn. Uit vervolggesprekken kan eventueel ook blijken of vervolgonderzoek noodzakelijk is en of er nog groepen zijn die nog niet in de consultatierondes naar voren zijn gekomen.

--/--