

Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd  
Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland, VGN, VOBC

## Continuïteit van zorg voor jeugd 2015 - 2017

Maatregelen voor specifieke doelgroepen bij inwerkingtreding van de Jeugdwet  
10 februari 2014





## **Continuïteit van zorg voor jeugd 2015 - 2017**

### Maatregelen voor specifieke doelgroepen bij inwerkingtreding van de Jeugdwet

#### **Inleiding**

##### *Transitie*

Als de nieuwe Jeugdwet conform het huidige wetsvoorstel doorgang vindt, zijn vanaf 2015 gemeenten verantwoordelijk voor alle jeugdhulp. Vanuit verschillende domeinen gaat de verantwoordelijkheid voor de zorg voor jeugd over naar de gemeenten. Zowel de huidige provinciale jeugdzorg als de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor jeugdigen tot 18 jaar vallen straks onder de Jeugdwet.

Het nieuwe stelsel voor jeugdhulp is erop gericht dat ieder kind gezond en veilig opgroeit en zo zelfstandig mogelijk kan deelnemen aan het maatschappelijk leven, rekening houdend met zijn of haar ontwikkelingsniveau. Ouders zijn hiervoor eerstverantwoordelijk. Als dit niet vanzelf gaat, komt de hulpverlening in beeld. Dan moet het nieuwe jeugdstelsel snel, goed en op maat functioneren. Gemeenten krijgen hiermee een sleutelrol in de hulp en zorg voor jeugdigen en hun ouders.

##### *Transformatie*

Omdat het huidige jeugdstelsel verschillende tekortkomingen laat zien, is een omslag (transformatie) nodig die leidt tot:

- preventie en uitgaan van eigen kracht van jeugdigen, ouders en het sociale netwerk;
- minder snel medicaliseren, meer ontzorgen en normaliseren;
- eerder (jeugd)hulp op maat voor kwetsbare kinderen;
- integrale hulp met betere samenwerking rond gezinnen met complexe problematiek;
- één gezin, één plan, één regisseur;
- meer ruimte voor jeugdprofessionals en vermindering van regeldruk.

##### *Infrastructuur*

Parallel aan de transitie en gevraagde transformatie vinden ingrijpende bezuinigingen plaats. Transitie, transformatie en bezuinigingen tezamen hebben gevolgen voor de zorginfrastructuur en vragen om een gecontroleerde sanering.

#### **Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd**

De BGZJ (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd: Jeugdzorg Nederland en de VGN voor wat betreft het gespecialiseerde deel, GGZ Nederland en VOBC) presenteren hierbij het plan 'Continuïteit van zorg voor jeugd 2015 - 2017'. Doel van dit plan is ervoor te zorgen dat de ambitie om het nieuwe jeugdstelsel snel, goed en op maat te laten functioneren, ook daadwerkelijk en verantwoord kan worden gerealiseerd. Dit voorstel vraagt om ruimte voor gemeenten, zorgaanbieders en (regionale) samenwerkingsverbanden om de stelselwijziging tot een succes te maken.

De BGZJ zien de stelselwijziging Jeugd als een kans om de hulp aan en zorg voor jeugdigen te verbeteren en tot een omslag (transformatie) te komen, maar zien ook een aantal grote risico's. Vooral voor de continuïteit van zorg. Er komen steeds meer signalen dat de onzekerheden die de transitie met zich meebrengt de zorgcontinuïteit in de weg staat. Faillissement van grote

zorginstellingen is op korte termijn niet ondenkbeeldig. Die onzekerheden en het bijkomende risico kunnen worden beperkt door *nu* een aantal maatregelen te nemen.

In dit plan doen we hier een voorstel voor. We benoemen een aantal specifieke maatregelen om de continuïteit van zorg voor een aantal specifieke doelgroepen te borgen.

Dit plan:

- is gericht op de continuïteit van de gespecialiseerde zorg voor jeugd;
- sluit aan bij de inhoudelijke doelen van de nieuwe Jeugdwet;
- sluit aan bij de beweging van decentralisatie en de beleidsverantwoordelijkheid van gemeenten;
- gaat uit van invoering van de Jeugdwet op 1 januari 2015;
- is gemaakt in het besef dat er een generieke bezuiniging is beoogd, oplopend tot 15% in 2017<sup>1</sup>;
- is erop gericht om frictiekosten zoveel mogelijk te beperken;
- is erop gericht administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken;
- is gericht op het borgen van kennis en expertise, en op het borgen van de infrastructuur die daarvoor nodig is;
- is erop gericht te voorkomen dat doorontwikkeling van nieuwe kennis stopt;
- is gemaakt vanuit de overtuiging dat veelal de 'kost voor de baat' uit zal gaan om de doelen van de transformatie te realiseren.

Met continuïteit van zorg bedoelen we in dit plan niet alleen dat jeugdigen die nu specialistische zorg ontvangen deze ook in 2015 krijgen, maar bedoelen we ook het op de lange termijn borgen van de kennis en expertise van de gespecialiseerde zorg voor jeugd en van de infrastructuur die daarvoor nodig is.

Dit plan is aansluitend op het proces dat door VNG en gemeenten al in gang is gezet via de werkgroep Overgangsmaatregelen waarin alle betrokken partijen vertegenwoordigd zijn, en dat tot doel heeft knelpunten in de uitvoering te identificeren en zo mogelijk op te lossen; via het ontwikkelen van modelovereenkomsten waarvan de 42 regio's en zorgaanbieders gebruik kunnen maken om bovenregionale inkoop te realiseren; via het landelijk transitiearrangement waarin een beperkt deel van de gespecialiseerde zorg is ondergebracht en via een aantal specifieke afspraken rond vertrouwenswerk, de Kindertelefoon en nazorg.

### **Zes extra kwetsbare doelgroepen**

Een zorgvuldige invoering van de nieuwe Jeugdwet is van belang voor alle zorg voor jeugdigen. Voor alle zorg voor jeugd geldt dat de continuïteit van zorg in 2015 geborgd moet zijn en dat zorgvuldig moet worden gekeken hoe zowel de transitie, als inhoudelijke transformatie kan worden gemaakt naar de nieuwe Jeugdwet en hoe frictiekosten zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen dan wel gecompenseerd.

---

<sup>1</sup> In het zorgakkoord zijn voor de GGZ andere afspraken gemaakt.

In dit plan doen we echter alleen een voorstel voor specifieke maatregelen voor in totaal zes doelgroepen. Het gaat om een aantal *extra* kwetsbare doelgroepen waar we ons *extra* zorgen over maken en die tot nu toe in de regionale transitiearrangementen onderbelicht zijn gebleven. In aantallen is dit een relatief beperkte groep, maar de kosten voor de jeugdhulp aan deze groep zijn juist relatief hoog.

Vanuit het perspectief van zorg op de korte en de lange termijn wordt er bij iedere doelgroep een voorstel gedaan voor specifieke maatregelen, zoals waarborgen voor een goede toeleiding, uitbreiding van het overgangsrecht voor kinderen die langdurig in zorg zijn, het instellen van een overgangsperiode en/of afspraken over inkoop en kennisoverdracht door zorgverzekeraars en een geleidelijke overgang naar nieuwe ICT- en registratiesystemen.

Hierna volgt een beschrijving van de zes extra kwetsbare doelgroepen met de benodigde specifieke maatregelen per doelgroep. Voor al<sup>2</sup> deze doelgroepen pleit de BGZJ voor:

### **1. Uitbreiden overgangsrecht voor kinderen**

Het overgangsrecht voor kinderen en jeugdigen met betrekking tot continuïteit van zorg beperkt zich in de Jeugdwet tot één jaar. Dat moet voor deze groepen, die vaak langdurig zorg ontvangen, worden uitgebreid. Voor hen is het wenselijk het overgangsrecht te verlengen tot 3 jaar: het evaluatiemoment van de Jeugdwet, of nog beter 5 jaar: vergelijkbaar met de Wmo.

### **2. Meerjarige overgangsregeling voor de zorginfrastructuur**

Het gaat om specialistische zorg voor specifieke, relatief kleine doelgroepen, waarvoor een bepaalde schaalgrootte en infrastructuur nodig is om deze zorg en de expertise die dat vraagt goed te kunnen organiseren. Daarom gaat het veelal om zorg die op bovenregionaal niveau is georganiseerd. Deze bovenregionale infrastructuur moet ook na het eerste overgangsjaar in stand blijven, aanvullend op de zorg op wijk, gemeente of regionaal niveau.

Een overgangsregeling van tenminste drie jaar is nodig. Zorgaanbieders die deze zorg moeten leveren, moeten tijdig, minimaal een jaar van tevoren, zekerheid hebben over de continuïteit van de organisatie. De zorg die in deze overgangsregeling terecht komt zou bijvoorbeeld jaarlijks herijkt kunnen worden op omvang en kosten, in overleg tussen VNG, VWS en branches.

### **3. Instellen van een commissie**

Continuïteitsgarantie voor zorgaanbieders is noodzakelijk en kan bereikt worden door afspraken te maken over geleidelijke sanering en transformatie van het huidige aanbod. De mogelijkheden voor sanering worden beperkt door het tempo waarin realistisch kan worden afgebouwd. Dit geldt zowel voor vastgoed als personeel. Kijkend naar de historische gegevens van verloop en naar de huidige arbeidsmarkt kan door individuele zorgaanbieders een daling van meer dan 5% per jaar niet worden opgevangen zonder forse frictiekosten. Voor vastgoed en personeel moet specifiek lokaal en regionaal maatwerk worden geleverd. Er moet derhalve zekerheid worden geboden over de minimale budgetomvang/korting per zorgaanbieder en zekerheid over de financiering van frictiekosten.

Voorstel is hiervoor een speciale, tijdelijke (maximaal 3 jaar) commissie onder Rijksregie in te stellen die tot doel heeft inzicht te krijgen in de benodigde capaciteit, de

---

<sup>2</sup> Voor doelgroep 6 kan dit pas worden beoordeeld, dan wel meer specifiek worden gemaakt, na het uitvoeren van een impactanalyse.

transformatiemogelijkheden, een realistisch tempo waarin dit bereikt kan worden en die zorgaanbieders en gemeenten met kennis en financiële middelen ondersteunt bij het oplossen van frictieproblemen en die doorzettingsmacht heeft naar zowel zorgaanbieders als gemeenten. Belangrijke criteria voor hun advisering zijn de kwaliteit van het zorgaanbod, de organisatiekracht en de financiële houdbaarheid op korte en langere termijn.

#### **4. Bestaande informatiesystemen langer handhaven**

Gezien de nog korte resterende voorbereidingstijd is het niet mogelijk de huidige informatie-, registratie- en declaratiesystemen aan te passen. Afgesproken is dat de gemeenten maximaal zullen aansluiten op de bestaande systemen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en provincies. De komende jaren moeten gebruikt worden om tot een nieuw, samenhangend, robuust en flexibel systeem te komen. Onderzoek en voorbereidingen in 2014/2015, testen en schaduwdraaien in 2016/2017 en definitief invoeren in 2018. Zorgaanbieders zullen actief meewerken aan proeftuinen die hiervoor input moeten leveren.

#### **5. Compenseren van onvoorziene kosten**

Transitie, transformatie en sanering kunnen beïnvloed worden door factoren en kosten die niet allemaal te voorzien zijn. Een voorbeeld daarvan is de dreiging van BTW-plicht voor zorgaanbieders. Als deze niet worden gecompenseerd kunnen zorgaanbieders niet meer garant staan voor de kwaliteit en toegang van de zorg.

## Specifieke doelgroepen waarvoor aanvullende afspraken nodig zijn

<b>Doelgroep1</b>	<b>Type jeugdhulp</b>	<b>Aantallen</b>
<p>Jongeren tot 23 jaar met een licht verstandelijke beperking (LVB), ernstige gedragsproblemen en bijkomende meervoudige problematiek: leer- en opvoedingsproblemen, extreem middelengebruik of psychiatrische stoornis.</p> <p>Vaak in combinatie met een lange zorggeschiedenis en een instabiele en/of bedreigende gezinssituatie door bijvoorbeeld mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.</p>	<p>1. Behandeling met verblijf: ZZP (= zorgzwaartepakket) LVB 4 en 5</p> <p>en</p> <p>2. Jeugd SGLVB (= Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Beperkt)</p>	<p>1.000 plaatsen ZZP LVB 4/5 bij 8 behandelcentra met een bovenregionale c.q. landelijke functie</p>

### Specifieke maatregelen voor deze doelgroep:

Inherent aan de aard van de beperking is bij deze jeugdigen vaak sprake van te late onderkenning van de beperking en vaak inadequaat voorgaande hulpverlening. Opname in een behandelcentrum is noodzakelijk vanwege een samenloop van intensieve kindproblematiek en onveiligheid in de opvoedingssituatie. Het behandelcentrum biedt orthopedagogische behandeling in een veilig pedagogisch klimaat met, vanwege de beperkte ontwikkelingsmogelijkheden, een gemiddelde behandelduur van 2-3 jaar. Door de verstandelijke beperking zullen deze jeugdigen ook na behandeling aangewezen blijven op doorlopende ondersteuning en begeleiding.

Het borgen van de zorgcontinuïteit en infrastructuur vereist de volgende maatregelen:

- de meerjarige afspraken voor deze doelgroep moeten expliciet worden verbonden met de uitgangspunten van de transitie: vroegsignalering, eigen kracht en voorkomen van zware zorg.
- een gecoördineerd inkoopbeleid op bovenregionaal/landelijk niveau waarbij de expertise van de zorgkantoren en de ontwikkelde kwaliteitssystemen worden benut. Dit kan ook worden gerealiseerd door deze zorg toe te voegen aan het landelijk transitiearrangement.
- een naadloze aansluiting op vervolgondersteuning bij maatschappelijke participatie en waar nodig doorlopende zorg in het kader van de Wlz of Zvw. Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) tussen 18 en 23 jaar zijn nog volop in ontwikkeling. De behandeling van deze jongeren stopt dan vaak ook niet bij 18. Door het continueren van de behandeling na de 18<sup>e</sup> verjaardag stappen jongeren beter voorbereid de maatschappij in. Dit vraagt om een goede doorloopregeling om het behandeltraject voor jongeren tussen de 18 en 23 jaar met een behandelperspectief te continueren. Na afloop daarvan kan dan, op basis van de zorgzwaarte, beoordeeld worden of een cliënt in de Wlz komt of is aangewezen op de Wmo. Voor LVB-

jongeren met een perspectief op blijvende intensieve zorg moet er ruimte zijn om op basis van de zorgzwaarte een keuze voor de Wlz te maken wanneer deze jongeren 18 jaar worden.



<b>Doelgroep 2</b>	<b>Type jeugdhulp</b>	<b>Aantallen</b>
<p>Jongeren tot 18 jaar met een ernstige psychische stoornis waarbij sprake is van acute, levensbedreigende situaties, gedwongen opname of gedwongen behandeling en jongeren die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzaamheid van hun aandoening onvoldoende resultaat hebben in de gespecialiseerde ggz.</p>	<p>Ggz-crisis zorg, dubbeldiagnose, zorg vanuit universitaire centra, klinische zorg</p> <p>Het gaat om topklinische en topreferente ggz, waarbij de zorg veelal in combinatie is met patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek, innovatie van zorg en kennisverspreiding.</p>	<p>1.600 plaatsen intramurale zorg, daarnaast de landelijk werkende voorzieningen</p>
<b>Doelgroep 3</b>	<b>Type jeugdhulp</b>	<b>Aantallen</b>
<p>Jongeren tot 18 jaar met een ernstige psychische stoornis. De stoornis wordt gekenmerkt door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ernst. De meeste symptomen van de stoornis zijn aanwezig; er is ten gevolge van de stoornis sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren zoals schooluitval, geen of verstoorde vriendschappen.</li> <li>- complexiteit. Dit vraagt om een multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting.</li> <li>- risico. Bijvoorbeeld op zelfverwaarlozing, gedragsstoornissen ten gevolge van de stoornis, automutilatie.</li> <li>- beloop. Aanhoudende klachten, recidive, eerdere interventies onvoldoende effect, crisisgevoeligheid, instabiel beloop.</li> </ul>	<p>Behandeling van specifieke doelgroepen in de jeugd-ggz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eetstoornissen</li> <li>- Persoonlijkheidsstoornissen</li> <li>- Forensische jeugdpsychiatrie</li> <li>- Lichamelijke onbegrepen klachten</li> <li>- Autisme</li> <li>- Ernstige angst- en stemmingsstoornissen</li> <li>- Psychosen</li> <li>- Comorbide problematiek (samenloop tussen verschillende stoornissen)</li> <li>- Trauma</li> <li>- Ernstige ADHD</li> <li>- Dwangstoornissen</li> <li>- Ticstoornissen</li> </ul>	<p>Gespecialiseerde ggz , dit betreft 80% van de huidige patiënten in de jeugd-ggz</p> <p>Nb: 20% van de huidige jeugd-ggz is basis-ggz. Dit beslaat 10% van de kosten.</p>

**Specifieke maatregelen voor deze doelgroepen:**

Bij deze jongeren is sprake van complexe stoornissen waarvoor een gespecialiseerde, veelal multidisciplinaire behandeling nodig is. Een beperkt deel van de patiënten wordt klinisch opgenomen, waarvoor in totaal ca. 1.600 plaatsen in gebruik zijn met een vrijwel altijd bovenregionale functie. Het overgrote deel van de cliënten wordt ambulante behandeld. De zorg is verdeeld over een beperkt aantal gespecialiseerde psychiatrische instellingen voor kinderen en jeugdigen, vaak met een bovenregionale functie, en over een aantal specialistische centra bij geïntegreerde ggz-instellingen, ziekenhuizen en universitaire centra. Daarnaast wordt dit type zorg beperkt in vrije vestiging geleverd.

Om de continuïteit van deze zorg te borgen is het behoud van de zorginfrastructuur van deze voorzieningen van belang, evenals het behoud van kennis en expertise over het effectief behandelen van deze doelgroep.

Het borgen van de zorgcontinuïteit en infrastructuur vereist de volgende maatregelen:

- een gecoördineerde inkoop, afrekening en verantwoording, uitgevoerd door zorgverzekeraars namens alle gemeenten op bovenregionaal/landelijk niveau, waarbij het inkoopbeleid in samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars wordt opgesteld.
- handhaving van de huidige financiële declaratiestroom (dbc-bekostiging) via zorgverzekeraars.
- een naadloze aansluiting op de vervolgondersteuning bij maatschappelijke participatie en waar nodig doorlopende zorg in het kader van de Wlz of Zvw.
- behoud van de kennisinfrastructuur van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

<b>Doelgroep 4</b>	<b>Type jeugdhulp</b>	<b>Aantallen</b>
<p>Jongeren tot 18 jaar met ernstige gedragsproblematiek of gedragsstoornissen, die een gevaar vormen voor zichzelf en anderen, die vanwege complexe problematiek rondom ouders (verslaafd, onmachtig, zwervend) niet meer thuis of in een pleeggezin kunnen wonen of nog wel in gespecialiseerde pleegzorg als het gaat om kinderen met een verstandelijke of lichamelijke handicap of ernstige opvoedingsproblemen.</p>	<p>JeugdzorgPlus: intensieve jeugd- en opvoedhulp voor jongeren met ernstige gedragsproblemen die zich aan de noodzakelijke behandeling dreigen te onttrekken. Hulp met dwang/drang voor jongeren voor wie een machtiging gesloten jeugdzorg is afgegeven door de kinderrechter.</p> <p>JeugdzorgPlus is resultaatverantwoordelijk en loopt door na het moment waarop de directe bemoeienis met de jongere eindigt. Een traject is geslaagd wanneer een jongere na een half jaar na beëindiging nog op de afgesproken plek verblijft, onderwijs volgt of een baan heeft, de verbeterde relatie met de ouders in stand heeft weten te houden en terugval in verslaving, verkeerde relaties en crimineel gedrag zijn uitgebleven.</p>	<p>JeugdzorgPlus 1.120 plaatsen</p> <p>In 2012 begonnen met omslag van bedden naar trajecten; in 2015 ws. nieuwe wijze van bekostiging</p>
	<p>Driemilieuvoorzieningen: geïntegreerd zorgaanbod van wonen, behandeling en dagbesteding (onderwijs en/of arbeidstoeleiding en activiteiten) voor (LVB-)jongeren met ernstige gedragsproblematiek en vaak psychische problemen. Doel: een waardevolle leefwijze binnen de eigen mogelijkheden.</p>	<p>Driemilieuvoorzieningen 750 plaatsen</p>
	<p>Specialistische pleegzorg: intensieve variant van pleegzorg, voor langere tijd.</p>	<p>Specialistische pleegzorg 500 plaatsen</p>

	Doelgroep: pleegkinderen van 0-18 jaar die vastlopen in hun ontwikkeling. Multidisciplinaire diagnostiek, extra begeleiding voor de pleegouders, al dan niet met behandeling van het kind.	
--	--	--

### **Specifieke maatregelen voor deze doelgroep**

Kinderen met ernstige gedragsproblematiek/gedragsstoornissen zoals hierboven omschreven doen een beroep op meerjarige, gespecialiseerde zorg.

Het borgen van de continuïteit van zorg en zorginfrastructuur voor deze doelgroep vereist de volgende maatregelen:

- een gecoördineerd inkoopbeleid namens of vanuit de gemeenten op bovenregionaal niveau.
- handhaving van de huidige gebruikte inkoopsystematieken voor deze drie zorgvormen voor een periode van drie jaar.
- een naadloze aansluiting op vervolgondersteuning bij maatschappelijke participatie en waar nodig doorlopende zorg.

<b>Doelgroep 5</b>	<b>Type jeugdhulp</b>	<b>Aantallen</b>
Kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en psychische stoornis (autisme, ADHD, gedragsstoornis, depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis e.a.)	Ambulante en klinische behandeling in MultiFunctionele Centra (MFC's), dit zijn samenwerkingsverbanden van psychiatrie en orthopedagogische zorg	Specialistische zorg vanuit ggz en gehandicaptenzorg, 400 plaatsen

#### **Specifieke maatregelen voor deze doelgroep:**

Bij deze jeugdigen is sprake van een licht verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis waarvoor een gespecialiseerde vorm van psychiatrie nodig is. Hiervoor is een zorgaanbod ontwikkeld in een samenwerking tussen ggz en gehandicaptenzorg, in MultiFunctionele Centra (MFC), waarbij beide expertises met elkaar verbonden zijn in een specifiek multidisciplinair aanbod. Voor een deel van deze jeugdigen is klinische opname vereist, hiervoor zijn 400 MFC-plaatsen beschikbaar. Daarnaast wordt een deel van deze jeugdigen ambulante behandeld. Er zijn op dit moment 14 MFC's met een bovenregionale functie. Om de continuïteit van deze zorg te borgen is het van belang om deze specifieke zorginfrastructuur te behouden, evenals de kennis en expertise voor het effectief behandelen van deze doelgroep. Deze zorg wordt in het huidige stelsel bekostigd op basis van de AWBZ en de Zvw.

Het borgen van de zorgcontinuïteit en infrastructuur vereist de volgende maatregelen:

- een jaarlijkse herijking en gecoördineerde inkoop door zorgverzekeraars namens alle gemeenten op bovenregionaal/landelijk niveau, waarbij het inkoopbeleid in samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars wordt opgesteld.
- Het integreren van de huidige bekostiging in de Zvw en continueren van de financiële declaratiestroom (in dbc-bekostiging) via zorgverzekeraars.
- een naadloze aansluiting op de vervolgondersteuning bij maatschappelijke participatie en waar nodig doorlopende zorg in het kader van de Wlz of Zvw.
- behoud van de kennisinfrastructuur van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

<b>Doelgroep 6</b>	<b>Type jeugdhulp</b>	<b>Aantallen</b>
<p>Jonge kinderen (0-6 jaar) met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking en kinderen</p> <p>(0-18 jaar) met een ernstige meervoudige beperking of (zeer) ernstige verstandelijke beperking.</p>	<p>Kinderdienstencentra (KDC's) voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vroegdiagnostiek, vroegbehandeling en begeleiding en behandeling gericht op schoolvoorbereiding van jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking</li> <li>- Begeleiding en behandeling van kinderen met een (zeer) ernstige, verstandelijke of meervoudige beperking.</li> </ul>	<p>Moet duidelijk worden uit impactanalyse (zie bij specifieke maatregelen)</p>

#### **Specifieke maatregelen voor deze doelgroep:**

Het is op dit moment (2 februari 2014) alleen op hoofdlijnen duidelijk voor welke thuiswonende kinderen met een beperking de zorg in de AWBZ (Wlz) blijft en voor welke kinderen deze naar de Jeugdwet gaat. Voor gemeenten, aanbieders, maar vooral ook voor kinderen en hun ouders is het belangrijk dat zo snel mogelijk in de regionale transitiearrangementen over de juiste kinderen en zorg afspraken worden gemaakt.

Deze duidelijkheid is ook nodig om de impact te kunnen beoordelen voor de Kinderdienstencentra (KDC's) die een expertisefunctie in de regio vervullen voor deze groep kinderen. Hoe kan de continuïteit van zorg aan deze kinderen geborgd worden in 2015? Welk deel van de zorg komt straks onder welk systeem te vallen? Welke afspraken moeten straks met gemeenten gemaakt worden en welke met het zorgkantoor?

Voor deze doelgroep is het daarom belangrijk dat:

- er op zo kort mogelijke termijn een scherpe afbakening komt om te kunnen beoordelen welke kinderen uit deze doelgroep in de Awbz (Wlz) blijven en welke kinderen naar de Jeugdwet gaan
- er een *impactanalyse* plaatsvindt van wat deze afbakening betekent voor de KDC's.
- op basis van deze impactanalyse met alle betrokken partijen een plan wordt opgesteld dat de expertisefunctie van de KDC's voor deze kwetsbare doelgroep niet alleen in 2015, maar ook in de verdere toekomst waarborgt. De diversiteit van vormen aan jeugdhulp, de bijzondere kennis en expertise die KDC's in huis hebben en de grote hoeveelheid ontwikkelingen waar KDC's mee te maken hebben, vragen om een goede afweging op de beschikbare en gewenste infrastructuur in de toekomst.