

34 104 Langdurige zorg

Nr. 462 Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 december 2025

Jongeren en jongvolwassenen die intensieve zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangen, hebben vaak al een lange weg afgelegd voordat zij daar terecht komen. Ook hun gezinsleden hebben veel meegemaakt. Er zijn diverse signalen dat vroege en passende ondersteuning juist in de jaren voorafgaand aan een Wlz-indicatie kan voorkomen dat er verzwarende van de zorgvraag ontstaat. Niet altijd, maar in een aantal gevallen wel. Daarom heeft onze ambtsvoorganger onderzoek laten uitvoeren naar het voorkomen van onnodige verzwarende van complexe zorgvragen van mensen met een beperking. In mijn brief van 8 september 2025¹ zijn drie rapporten aan uw Kamer aangeboden over deze problematiek. Deze brief bevat, mede namens de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport, een beleidsreactie op die rapporten.

Samenvatting

Vroegtijdige aandacht voor kinderen met een verstandelijke beperking en onbegrepen gedrag en hun naasten is cruciaal. Juist gezinnen waarvan we al weten dat ze de komende jaren zorg en ondersteuning nodig hebben verdienen een kansrijke start en goede leefomgeving. Daarom doen we in deze brief een aantal voorstellen om kinderen met een beperking en/of een dreigende ontwikkelingsachterstand vanaf de start beter te ondersteunen. We zetten in op vier speerpunten:

1. Vroegsignalering en vroeghulp verbeteren,
2. Het vergroten van kennis en expertise over deze doelgroep, zodat zij eerder worden herkend en op tijd passende ondersteuning kunnen krijgen,
3. Het ondersteunen ouders en gezinnen met praktische hulp, passend bij hun situatie, en
4. Het bevorderen continuïteit van zorgverlening bij de overgang tussen systemen, zodat mensen niet tussen wal en schip vallen.

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 449

Met de activiteiten zetten we een eerste stap om dit onderwerp te agenderen, in de wetenschap dat er in de toekomst meer en steviger stappen nodig zijn om deze doelgroep zo goed mogelijk te ondersteunen.

Achtergrond bij de onderzoeken van HHM en BMC

Het lopende beleidsprogramma voor mensen met een beperking is de Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

In hoofdstuk 1 van de Toekomstagenda ligt de focus op de toekomstbestendigheid van specifiek de zorg en ondersteuning voor mensen met een complexe zorgvraag

Dit zijn mensen bij wie sprake is van een combinatie van een verstandelijke beperking, een (zeer) intensieve zorgvraag en onbegrepen gedrag. Deze zorg staat al langere tijd onder druk. Daarom werken we al een tijd met zorgaanbieders, zorgkantoren en vertegenwoordigers van deze mensen intensief samen aan oplossingen. In de Kamerbrief van 3 juni 2025² heeft onze ambtsvoorganger Langdurige zorg en maatschappelijke zorg aan u gerapporteerd over de bestuurlijke afspraken complexe zorg die tussen VWS, ZN, VGN en Ieder(in) zijn gemaakt. Die afspraken concentreren zich op de volgende prioritaire vraagstukken:

1. Het voorkómen van (onnodig) geëscaleerde complexe zorgvragen;
2. Het beantwoorden van een complexe zorgvraag.

Op het eerste punt gaan we hierna verder in. Het voorkomen van onnodige verzwaring van zorg vindt plaats in een bredere context. Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken die werken in verschillende zorg- en ondersteuningsdomeinen. Juist voor gezinnen die dit betreft is de brede ontwikkeling van beweging naar 'de voorkant' van belang. Meerdere initiatieven zijn hiervoor relevant, zoals het programma Kansrijke Start, de werkagenda VN-verdrag Handicap en de Hervormingsagenda Jeugd.

We willen geen zaken dubbel doen. Daarom sluiten we zoveel mogelijk aan bij deze bestaande initiatieven en akkoorden. Om te weten welke acties nog meer nodig zijn heeft HHM onderzoek gedaan naar de kenmerken, verklaringen en oplossingen voor instroom van jongeren van 12-27 jaar in Wlz-zorgprofiel VG7.

² Kamerstuk 24 170, nr. 357.

Daarnaast heeft BMC een inventariserend onderzoek gedaan naar de inzet van Integrale Vroeghulp (IVH). Hieronder wordt eerst ingegaan op de resultaten van de onderzoeken. Vervolgens geven wij aan wat de doelstellingen en de activiteiten van de vervolgaanpak zijn.

Onderzoek Instroom jongeren van 12-27 jaar in VG7

HMM heeft gekeken naar de weg die jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) of ernstige verstandelijke beperking (EVB) en onbegrepen gedrag hebben afgelegd voordat zij een Wlz-indicatie VG7 en meerzorg kregen. Om beter zicht te krijgen op de factoren die bepalend zijn voor de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de jongeren heeft HMM individuele levensreizen van jongeren opgehaald.

In de levensreizen zien de onderzoekers een groot aantal uiteenlopende factoren terug die samen hebben bijgedragen aan (verzwaring van) de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren. In totaal gaat het om ongeveer 60 geïdentificeerde factoren verdeeld over de systeemlagen van het 'ecologisch model'³. Dit zijn factoren die bij de jongere liggen, in het contact met directe omgeving, in de directe omgeving onderling, bij de betrokken organisaties en bij de samenleving als geheel. Ook bij professionals zijn mogelijk bepalende factoren opgehaald. Daaruit komen ongeveer 40 factoren naar voren die hebben bijgedragen aan (verzwaring van) de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongeren.

De onderzoekers doen verschillende aanbevelingen om onnodige verzwaring te voorkomen. Ze schetsen drie oplossingsrichtingen met verschillende acties daarbij: vroegtijdig signaleren, de juiste context bieden en het systeem van de jongere ondersteunen. De onderzoekers schrijven dat het nodig is om regie te voeren op de zorg- en ondersteuningsvraag.

Inventariserend onderzoek naar de inzet van Integrale Vroeghulp (IVH)

³ Het ecologisch model is ontwikkeld door psycholoog Urie Bronfenbrenner en doorontwikkeld voor de Nederlandse situatie door Vanessa Olivier Pijpers.

BMC merkt op dat gemeenten nog relatief vaak gebruik maken van IVH. In meer dan de helft van de gemeenten die deelnamen aan dit onderzoek is weinig tot geen onzekerheid over het voortzetten van IVH. Door de decentralisatie kunnen gemeenten het aanbod van vroegsignalering aanpassen aan de lokale context. Dit is zowel een positieve ontwikkeling als een risico geven onderzoekers aan. Het zorgt ervoor dat de uniformiteit in werkwijze tussen gemeenten is verminderd en dat de IVH-methode verwatert. Daarnaast wordt ook geconstateerd dat de beschrijving van de IVH-methode en bijbehorende informatie is verouderd.

Coördinatoren en gemeenten zijn tevreden over de uitvoering van IVH. Zij signaleren wel een belangrijk financieel knelpunt. Dit gaat zowel over financiering voor het aantal benodigde trajecten (waardoor wachtlijsten toenemen), maar ook over de financiering van het multidisciplinair overleg (MDO) tussen professionals van verschillende organisaties. Dit overleg vindt vooral plaats tussen partijen die van oudsher bij de methodiek betrokken zijn, zoals de jeugdgezondheidszorg. Er is volgens onderzoekers beperkt verbinding en samenwerking met andere initiatieven zoals (lokale coalities) Kansrijke Start en de 'stevige lokale teams' zoals die worden gevormd vanuit de Hervormingsagenda Jeugd.

BMC beveelt aan om de beschrijving van IVH te vernieuwen, inclusief een implementatierichtlijn en kwaliteitsborging. Daarnaast doen zij de aanbeveling om uitwisseling tussen IVH-coördinatoren te versterken en de kennis over IVH toegankelijk te maken voor alle belanghebbenden die werken met 0-7 jarigen. Ook roepen zij op in te zetten op het wegnemen van de financiële knelpunten, met name op het gebied van de financiering van de MDO's.

Beleidsreactie: doelstellingen aanpak voorkomen van onnodig geëscaleerde zorg

De kinderen en jeugdigen waar het in deze brief over gaat hebben veelal behoefte aan nabijheid, onvoorwaardelijkheid en mogelijkheden om te leren omgaan met hun beperkingen. Het uitgangspunt in de zorg voor kinderen en jeugdigen is dat er een veilige, vertrouwde basis is waar onvoorwaardelijke zorg en ondersteuning wordt geboden. Deze ondersteuning is erop gericht dat zij zoveel mogelijk een betekenisvol leven kunnen leiden, door mee te doen op school, te werken en bij te dragen aan de samenleving. De benodigde benaderingswijze op school en in het

dagelijks leven en de zorg zou gericht moeten zijn op het bieden van stabiliteit, aandacht voor de context en het zetten van kleine stapjes.

Tegelijkertijd weten we uit de eerdergenoemde levensreizen dat er tientallen factoren zijn die hebben bijgedragen aan (verzwaring van) de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongeren. Er is geen snelle oplossing om te zorgen dat de ondersteuningsbehoefte niet verder toeneemt. De oplossingen die deze kinderen en jeugdigen en hun verwanten nodig hebben liggen in het bieden van maatwerk en goed kijken wat er in de individuele situatie nodig is. Om het voorkomen van onnodig geëscaleerde zorg meer aandacht te geven willen we:

1. Vroegsignalering en vroeghulp verbeteren voor kinderen met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand, die wordt veroorzaakt door een beperking, gedragsproblemen en/of chronische ziekte;
2. Kennis en expertise vergroten bij professionals en verwijzers die kinderen en jongeren ondersteunen. Zij handelen hiernaar en schakelen tijdig passende expertise in wanneer zij de benodigde kennis zelf niet in huis hebben;
3. Ouders en gezinnen ondersteunen in hun zoektocht, zodat zij zich daarin niet alleen voelen staan;
4. Continuïteit van zorgverlening en ondersteuning bevorderen. We willen niet dat overgangen tussen wetten een belemmering vormen om ingezette ondersteuning of behandeling voort te kunnen zetten.

Partijen waarmee is gesproken over de aanpak van voorkomen van onnodige verzwaring van zorg geven aan dat het moet gaan om het hele leven en níet alleen om zorg en ondersteuning. Wij zullen daarom ook in gesprek gaan met collega-bewindspersonen over de mogelijkheden die er op hun beleidsterreinen zijn. Hierbij sluiten we aan bij acties die al in gang zijn gezet, zoals de maatregelen in de werkagenda VN-verdrag Handicap en de Sociale Agenda Nederland die ontwikkeld gaat worden.

Wat gaan we doen

Hieronder geven wij per doelstelling welke activiteiten reeds lopen om context te schetsen en beschrijven wij daaronder welke nieuwe activiteiten aanvullend worden opgepakt.

1. Vroegsignalering en vroeghulp

We moeten kinderen met een beperking en/of een dreigende

ontwikkelings-achterstand vanaf de start ondersteunen. De jeugdzorg werkt eraan dat de zorg vooral beschikbaar moet zijn voor de groep die de zorg het hardst nodig heeft. Dat geeft op termijn meer ruimte voor gemeenten om expliciet beleid voor deze groep te ontwikkelen en eerder in het leven passende hulp en ondersteuning in te zetten. Wij zetten nu een aantal eerste stappen om aandacht voor vroegsignalering te bevorderen via Integrale Vroeghulp, het beter verbinden van netwerken kansrijke start, stevige lokale teams en zicht te krijgen op de rol van de jeugdgezondheidszorg.

1.1. Integrale vroeghulp

Integrale Vroeghulp (IVH) is ontwikkeld voor diagnostiek en vroegtijdige zorg aan kwetsbare kinderen van nul tot zeven jaar met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand, die wordt veroorzaakt door een beperking, gedragsproblemen en/of een chronische ziekte. IVH (en de voorgangers daarvan) bestaat ruim 25 jaar. De meerwaarde is dat er vroeg in het leven breed, multidisciplinair en met expertise over het jonge kind wordt gekeken naar (de problematiek van) het kind. Dit zorgt ervoor dat kinderen en hun ouders zo vroeg mogelijk de juiste ondersteuning krijgen. Door een vroege en uitgebreide analyse van de situatie, wordt een jarenlange zoektocht voorkomen en is er minder risico dat andere gezinsleden overbelast raken. Uit diverse praktijkverhalen van ouders komt naar voren dat zij zeer tevreden zijn over IVH. Zij voelen zich ondersteund en krijgen meer vertrouwen in de toekomst. Over IVH gaan veel positieve verhalen van ouders en professionals.

BMC beveelt aan om de beschrijving van IVH te vernieuwen, inclusief een implementatierichtlijn en kwaliteitsborging. Wij volgen deze aanbeveling op en verstrekken daarom sinds kort subsidie aan het NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid) om een beschrijving op te stellen van IVH en een implementatieplan op te stellen voor gemeenten. De intentie is om te komen tot een goed beschreven en onderbouwde interventie. Het NCJ heeft de interventie IVH aangeboden aan het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) en is op dit moment bezig met het doorlopen van het erkenningstraject om te komen tot een oordeel 'goed onderbouwd'. Naar verwachting wordt rond de zomer 2026 bekend of de interventie IVH wordt opgenomen in de database effectieve interventies van het Nji. Daarnaast organiseert het NCJ in 2026 bijeenkomsten voor gemeenten om hen te informeren over de mogelijkheden van IVH en de verbinding te leggen met opgaven uit de Hervormingsagenda Jeugd. Het NCJ heeft geen structurele middelen voor onderhoud en coördinatie van de werkwijze van IVH. Hierover nemen wij medio 2026 een beslissing. Wij willen ons ervoor inzetten de financiering structureel te regelen.

Een belangrijk onderdeel van de werkwijze en meerwaarde van IVH is het multidisciplinair overleg. Dit staat in diverse gemeenten onder druk, vanwege financieringsproblemen, blijkt uit onderzoek van BMC. Inzet van zorgprofessionals wordt niet vergoed, wanneer de desbetreffende persoon geen cliënt is. VWS zal daarom een verkenning starten naar de mogelijkheden om consultatie van zorgprofessionals, onder andere ten behoeve van deelname multidisciplinair overleg IVH, te vergoeden. Hiervoor gaan we in overleg met VNG, ZN/zorgkantoren en brancheverenigingen.

1.2 Verbinding IVH, Kansrijke Start en stevige lokale teams

Uit het BMC-rapport komt naar voren dat er weinig contact is tussen IVH-coördinatoren en de lokale en regionale coalities Kansrijke Start. Er is gedeeltelijke overlap qua doelgroep, in de fase tijdens de zwangerschap en net na geboorte. Wij gaan in 2026 meer interactie tussen de netwerken van kansrijke start en IVH faciliteren en kennisdelen organiseren.

Daarnaast zijn er nog weinig verbindingen tussen IVH-netwerken en lokale teams. Hierdoor landt kennis uit IVH nog onvoldoende in de lokale teams. Wij zijn met VNG in gesprek over de positionering en samenwerking van jeugdgezondheidszorgprofessionals in, met en rondom lokale teams, zodat (informatie over) hun aanbod (zoals IVH) beter in lokale teams kan worden ingebed.

1.3 Rol van jeugdgezondheidszorg (JGZ) en advies klankbordgroep

Vroegsignalering van ontwikkelingsproblemen van kinderen en jongeren en doorverwijzen naar passende zorg is één van de kerntaken van de JGZ. In de klankbordgroep met professionals, naast en ervaringsdeskundigen van de Toekomstagenda is aangegeven dat het consultatiebureau een belangrijke plek is voor ouders. Ouders halen hier informatie en worden geholpen de juiste zorg te vinden en aanvraagprocedures te doorlopen. Maar die ondersteuning sluit vooral goed aan op situatie waarin kinderen 'gezond' zijn. Als een kind een beperking heeft, valt het kind buiten de zorg en ondersteuning die de JGZ biedt op grond van de Wpg, sluit de normale zorg niet altijd aan en moeten ouders ineens alles zelf uitzoeken. Er is sprake van een andere wereld waarin gezinnen terecht komen.

Wij vinden het belangrijk dat ouders van jeugdigen met een beperking ook de benodigde zorg en ondersteuning kunnen ontvangen. We hebben wel meer kennis nodig om te weten wat deze ouders precies nodig hebben en wat wij kunnen doen. Wij gaan in gesprek met de JGZ over welke rol kunnen ze spelen bij de begeleiding van kinderen met een beperking en hun ouders. Welke toegevoegde kan de JGZ hier hebben? En wat heeft de JGZ nodig? Sommige situaties zijn zo intensief dat in een vroeg stadium verwijzen naar specialistische zorg nodig is, maar voor een groot gedeelte van de vragen is de jeugdgezondheidszorg een goede plek.

2. Kennis en expertise-ontwikkeling

HHM beveelt aan om de kennis en expertise over de doelgroep LVB en EVB+ bij professionals in de jeugdzorg, de gehandicaptenzorg, het speciaal onderwijs en bij medewerkers van gemeenten te vergroten. Een aantal bestaande initiatieven draagt daar al aan bij. In de Hervormingsagenda Jeugd zijn afspraken gemaakt over de ontwikkeling van het kwaliteitskader brede analyse. In de levensreizen die HHM heeft opgesteld, zien wij dat mensen veel negatieve ervaringen hebben opgedaan. Het is belangrijk dat deze trauma's worden erkend en kennis hierover breder wordt gedeeld. In opdracht van de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd is het Deltaplan Jeugdtrauma opgezet door experts die zich gezamenlijk inzetten voor voorkomen van trauma. Aanvullende activiteiten richten zich op de kennisinfrastructuur en inzet gedragsdeskundige kennis in thuissituatie.

2.1 Kennisinfrastructuur

Op diverse plaatsen is kennis beschikbaar over het omgaan met mensen met een (licht of ernstige) verstandelijke beperking en onbegrepen gedrag in de langdurige zorg. Deze kennis en expertise bereikt niet altijd de zorgverleners op de werkvloer. Daardoor kan het zijn dat mensen met een complexe zorgvraag overgeplaatst worden.

VWS heeft een subsidie verstrekt voor het vormgeven van een kennisinfrastructuur voor mensen met een lichtverstandelijke beperking, mensen met een ernstig verstandelijke beperking en bijkomend probleemgedrag (LVB+ en EVB+). In de eerste fase (vanaf najaar 2025) is dit voor de zorgaanbieders die zorg bieden aan EVB+ en LVB+ cliënten (voornamelijk Wlz). Deze kennisinfrastructuur moet zorgen voor samenwerking tussen kennispartijen, beroepsorganisaties en onderwijs, waarin zij kennis ontwikkelen, overdragen en toepassen in de praktijk.

In de jeugdzorg is in 2023 de Schakel en Adviesraad (SAR) gestart. De SAR bestaat uit leden met ieder een eigen expertise op verschillende gebieden in het jeugddomein. De SAR adviseert over vraagstukken en oplossingen in de jeugdzorg. Het onderzoek van HHM is in oktober jongstleden besproken in de SAR. De SAR herkent het vraagstuk en gaat in 2026 aan de slag met een advies over de implementatie van de benodigde kennis in het jeugddomein. De SAR merkt hierbij wel op dat het implementeren van de benodigde kennis tijd zal gaan kosten.

2.2 Inzet gedragsdeskundige thuis

Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) zegt te zien dat in de thuissituatie niet altijd een gedragsdeskundige ingezet en gefinancierd kan worden, terwijl de inzet van specialistische kennis de ouders en betrokken zorgverleners wel goed kan ondersteunen in omgaan met onbegrepen gedrag. Specialistische kennis kan nodig zijn om het gedrag van het kind goed leren te begrijpen en een passende context en perspectief te realiseren. Zeker als ouders al lange tijd op zoek zijn naar passende dagbesteding, logeeropvang of een instellingsplek voor hun kind, maar die niet kunnen vinden.

Vanuit een persoonsgebonden budget in de Wlz mag de budgethouder zelf geen behandeling inkopen; dat kan wel via zorg in natura en moet dan via het zorgkantoor. We hebben deels in kaart waardoor dat komt, maar nog niet volledig. We gaan de omvang van het vraagstuk onderzoeken en verkennen hoe de inzet van de gedragsdeskundige in de thuissituatie in de Wlz beter toegankelijk kan worden gemaakt. In de Jeugdwet zijn geen juridische belemmeringen om gedragsdeskundigen in te zetten als uit onderzoek blijkt dat dit nodig is. Er wordt door zorgaanbieders zoals Koraal steeds meer ingezet op behandeling in de thuissituatie, zodat de jongere in zijn omgeving kan blijven.

3. Ondersteuning ouders en het gezin

Uit de levensreizen opgetekend door HHM komt naar voren dat er veel soorten gezinssituaties zijn. Stuk voor stuk hebben alle ouders en broers en zussen veel meegemaakt en hebben de ervaringen effect op hun eigen kwaliteit van leven.

Het is van belang dat er niet alleen oog is voor de persoon met de beperking, maar ook voor de mensen die daaromheen staan. We zetten in op logeren en gespecialiseerde cliëntondersteuning.

3.1 Logeren

Logeren is een vorm van respijtzorg, die ingezet wordt om ouders, broers, zussen en andere gezinsleden van een persoon met een beperking te ontlasten. In de werkagenda VN-verdrag Handicap, die op 11 juli 2025 naar uw Kamer is verzonden⁴, is een maatregel opgenomen om het aanbod logeerszorg verder door te ontwikkelen. We willen tot een regionaal passend, domeinoverstijgend aanbod logeerszorg komen. De eerste stappen zijn hiervoor gezet. Hierbij is er ook specifiek aandacht voor de doelgroep met een complexe zorgvraag. Wij zullen uw Kamer hier op een nader moment verder over informeren.

Zorgkantoren voeren gesprekken met aanbieders om het huidige logeeraanbod in stand te houden en verkennen samen met aanbieders in een regio hoe het aanbod uitgebreid kan worden, ook voor de zwaardere doelgroepen. Zorgverzekeraars Nederland heeft bij NZa een formeel signaal ingebracht in de onderhoudscyclus over de tarieven van logeren voor de zwaardere zorgvragen. De NZa is het signaal aan het analyseren in het reguliere onderhoud van de Wlz.

3.2 Gespecialiseerde cliëntondersteuning (GCO)

GCO is er voor vijf specifieke doelgroepen, o.a. voor (naasten van) mensen met een (licht) verstandelijke beperking en gedragsproblemen of naasten van iemand met een (verstandelijke of lichamelijke) beperking of ernstig meervoudige beperking. Zij kunnen bij een complexe situatie ondersteuning krijgen van een gespecialiseerd cliëntondersteuner, vanuit Metgezel. Recentelijk hebben we met Metgezel verduidelijkt dat hiervoor nog geen sprake van een Wlz-indicatie hoeft te zijn. In de criteria is ruimte om kinderen en jongeren te ondersteunen die nog onder de Jeugdwet of Zvw vallen, maar die naar verwachting een Wlz-indicatie kunnen krijgen. In sommige situaties is dat pas rond het 18e jaar. Bij volwassenen moet er zicht zijn op een Wlz-indicatie binnen zes maanden na start van de ondersteuning. Er komen tot nu toe nog weinig meldingen binnen vanuit de LVB+ groep. Metgezel deelt kennis en ervaring bij relevante partijen en brengt de mogelijkheid van gespecialiseerde cliëntondersteuning, waaronder voor de LVB+ groep, aanvullend onder de aandacht.

4. Continuïteit van zorg en zorgovergangen

De mensen met een complexe zorgvraag en hun gezinsleden hebben vaak een lange weg afgelegd en veel verschillende professionals gezien en woonplekken gehad. Elke overgang of verandering heeft impact. Als een behandeling of aanpak aansluit willen we dat deze kan worden voortgezet over domeinen heen.

⁴ Kamerstuk 24 170, nr. 362.

Hieronder gaan we in op indicatiestelling en voortzetten van behandeling.

4.1 Ontwikkelingsperspectief bij indicatiestelling

De jongeren over wie het in deze brief gaat maken op een gegeven moment de overgang van de Jeugdwet naar de Wlz. Bij jongeren met een LVB is dit op hun 18^e, voor de EVB-groep is dat vaak al eerder. Bij een aanvraag voor de Wlz wordt gekeken naar een blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de

nabijheid of permanent toezicht om ernstig nadeel te voorkomen. Daarbij wordt gekeken naar het ontwikkelperspectief van de jongere. Daarvoor is het van belang om een beeld te hebben over de ontwikkeling die de jongere nog kan doormaken (ontwikkelingsperspectief), eventuele behandelmogelijkheden en de leerbaarheid.

HHM geeft aan dat het begrip 'ontwikkelperspectief' niet altijd duidelijk is in het veld. Ook merkt HHM op dat gemeenten ouders regelmatig vragen een Wlz-aanvraag te doen, terwijl het voor professionals aan de voorkant helder is dat dit geen kans van slagen heeft. MEE Meent groep doet een pilot waarbij MEE de screening uitvoert. De insteek daarbij is dat als deze niet succesvol is, de cliënt in de Jeugdwet/Wmo blijft.

Het CIZ zet zich op verschillende manieren in om duidelijkheid aan gemeenten, cliënten en naasten en zorgaanbieders te geven. Er is een webcheck van het CIZ of het zinnig is een aanvraag voor een Wlz-indicatie te doen. Hierin zijn de criteria verwerkt om toegang tot Wlz te krijgen. Er is ook een specifieke pagina over Wlz-zorg voor kinderen. Indicatieteams van het CIZ hebben met sommige gemeenten en de cliëntondersteuners vanuit de gemeente goed contact, voorafgaand aan een aanvraag. Daarbij komt dan de vraag aan de orde of het zinvol is een aanvraag te doen en welke informatie dan nodig is. In andere gemeenten is het moeilijk om contact te leggen en te onderhouden met de juiste personen. Vanuit het landelijke bureau van CIZ geven beleidsadviseurs incidenteel presentaties aan bijvoorbeeld cliëntondersteuners en aan de jeugdzorgregio's.

4.2 Voortzetten van ingezette behandeling

Bij de overgang van Jeugdwet naar Wlz zien we in de praktijk dat een ingezette aanpak of behandeling soms niet kan worden voortgezet. We willen graag meer zicht krijgen op de mogelijke oplossingsrichtingen om de overgang soepeler te laten verlopen,

met als uitgangspunt dat de zorg zo veel mogelijk kan doorlopen. Er zijn instrumenten, zoals de verlenging tot 23 jaar in de Jeugdwet, die soms uitkomst kunnen bieden. Zorgkantoren geven aan dat zij niet weten welke cliënten uit Jeugdzorg richting Wlz komen en dat het voor hen lastig is om tijdig passende zorg te organiseren. We zetten in 2026 in op concrete afspraken tussen zorgkantoren, gemeenten, jeugdzorgaanbieders en gehandicaptenzorgaanbieders om de behandeling wel voort te kunnen zetten bij een overgang van Jeugdwet naar Wlz. Ook maken we met gemeenten, aanbieders en professionals afspraken over het opstellen van een toekomstplan, zodat tijdig kan worden geanticipeerd op een eventuele overgang naar andere zorg (zoals die van jeugdzorg naar Wlz-zorg) en ondersteuning wanneer de jongere volwassen wordt.

Het initiatief dat zorgkantoor VGZ met Koraal (De La Salle) en 's Heeren Loo (Auriga) heeft genomen sluit aan bij deze doelstellingen. Voor jeugdigen die zorg ontvangen van een orthopedagogisch behandelcentrum (OBC) en doorstromen vanuit de Jeugdwet naar de Wlz willen genoemde partijen jeugdigen perspectief bieden op een zo gewoon mogelijk leven. De wens is om buiten de huidige mogelijkheid van intramurale zorg ook ambulante zorgconcepten aan de jongeren en hun systeem aan te kunnen bieden. Dit zorgt voor meer continuïteit, voorkomt dat zorgvragen onnodig complex worden en vergroot de kans op een zelfstandige en soepele start in de vervolgzorg. Wij volgen en ondersteunen dit initiatief.

Tot slot

Vroegtijdige signalering en tijdig deskundig handelen zijn cruciaal om kinderen en jongvolwassen mensen met een verstandelijke beperking en een complexe zorgvraag passend te ondersteunen. Het verbeteren van de weg die zij afleggen, vraagt om verbinding en domeinoverstijgend samenwerken, wat bij uitstek zaken van de lange adem zijn. Deze brief beschrijft de eerste stappen die daarin zijn gezet. Het is van belang om dit onderwerp op de agenda te blijven houden, zodat ook de noodzakelijke vervolgstappen kunnen worden gezet. Wij informeren uw Kamer in het najaar van 2026 over de stand van zaken.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
N.J.F. Pouw-Verweij