

Vergaderjaar 2010–2011

24 170

Gehandicaptenbeleid

Nr. 112

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 december 2010

1. Inleiding

Kern van mijn beleid voor mensen met een verstandelijke handicap is het streven de leefwijze van mensen met een verstandelijke handicap zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen met die van mensen zonder handicap. De zorg moet daarom ingericht zijn volgens een ondersteuningsmodel dat zoveel mogelijk gericht is op het realiseren van de individuele wensen van de betrokken mensen met een verstandelijke handicap. Dit geldt dus ook voor de zorg voor volwassenen met een licht verstandelijke handicap (LVG). Voor die kwetsbare groep geldt bij uitstek dat zij zoveel mogelijk in hun eigen omgeving in het dagelijks leven ondersteuning krijgen op diverse terreinen als wonen, werk, onderwijs, welzijn en veiligheid. Met wijzigingen in het stelsel wil ik de mogelijkheden voor zo'n integrale benadering bevorderen. Ik kom daar later in deze brief op terug.

Het toezicht op kwetsbare groepen is voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) één van de belangrijkste toezichtthema's. De zorg voor volwassenen met een licht verstandelijke handicap (LVG-ers) valt hier ook onder. Over deze groep heeft de inspectie het rapport «Gebrekkige indicatiestelling en samenwerking bedreigingen voor kwaliteit van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten» opgesteld. Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten. Het rapport is als bijlage bijgevoegd.¹

2. Belangrijkste bevindingen uit het rapport

De organisatie van de zorg- en dienstverlening aan LVG-ers is volgens de inspectie de laatste jaren sterk veranderd. Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van intramurale zorg naar zorg in een ambulante setting. Dit brengt met zich mee dat meerdere instanties op allerlei levensgebieden (zorg, onderwijs, werk/dagbesteding, vrijetijdsbesteding, maatschappelijke ondersteuning, huisvesting) betrokken zijn bij de zorg

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

en ondersteuning aan LVG-ers. Het gevolg hiervan is dat zich in de praktijk rond LVG-ers netwerken hebben gevormd met een variëteit aan partners.

De inspectie komt tot de conclusie dat zij op basis van het haar thans ter beschikking staande toezichtinstrumentarium onvoldoende kan beoordelen of binnen deze netwerken al of niet verantwoorde zorg wordt geboden. Daarom heeft de inspectie onderzocht welke risico's zich voordoen bij met name de ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning aan volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Op basis van haar bevindingen doet de inspectie aanbevelingen om deze risico's te beperken.

De inspectie heeft dit onderzoeksrapport opgebouwd aan de hand van een literatuurstudie, een digitale enquête onder 177 zorgaanbieders voor LVG-cliënten (respons 79%), bezoeken aan een zestal zorgaanbieders, een expertmeeting en een werkconferentie met mensen uit de praktijk. De inspectie constateert dat indicaties te weinig gebaseerd zijn op de complexe problematiek van de volwassen LVG-cliënt, geen mogelijkheden bieden voor preventieve activiteiten en dat er ingeval van crisis te weinig tijd voor begeleiding beschikbaar is. Hierbij speelt volgens de inspectie een rol dat de definitie van het begrip «licht verstandelijke gehandicapt» niet goed afgebakend is.

Het netwerk rond LVG-cliënten staat volgens de inspectie veelal nog in de kinderschoenen en is te weinig gestructureerd. In het netwerk is vaak onduidelijk wie de regie voert. De communicatie vindt vooral mondeling plaats in georganiseerde overlegmomenten. Er is geen sprake van een gemeenschappelijk ondersteuningsplan of gezamenlijke dossiervoering. De ambulante begeleiders zijn weliswaar vaak hoog opgeleid, maar hun medisch-somatische kennis laat te wensen over, waardoor signalering van problemen op dat gebied bij de cliënt onderbelicht blijven. Ten slotte constateert de inspectie een mismatch van kennis tussen enerzijds de zorgaanbieders voor mensen met een verstandelijke beperking (met kennis van de LVG-cliënt) en anderzijds gespecialiseerde zorgaanbieders op het terrein van bijvoorbeeld psychiatrie en verslavingszorg.

De inspectie trekt hieruit als hoofdconclusie dat de knelpunten in de netwerkzorg, vooral de ontoereikende indicaties en het gebrek aan regie een reëel risico vormen voor verantwoorde zorg aan volwassenen met een licht verstandelijke beperking. De inspectie voegt hieraan toe dat de zorgaanbieders die aan het onderzoek hebben deelgenomen tot een aanmerkelijk milder oordeel komen. Dat is deels een kwestie van inschatting, maar ook een kwestie van ambitie.

De inspectie adviseert mij om een integrale en passende indicatiestelling voor deze doelgroep mogelijk te maken, waarbij de indicerende instellingen zich minder zouden moeten richten op IQ-meting en meer op de relatie van de LVG-cliënt met zijn omgeving. Aan de zorgaanbieders adviseert de inspectie om samen met gemeenten de regievoering in het netwerk te versterken.

De inspectie wil dat de zorgaanbieders spoedig een veldnorm voor goede netwerkzorg opstellen en zal vervolgens toetsen tot welke resultaten dit leidt. Met ondermeer dit onderzoek heeft de inspectie al een aanzet gegeven voor de ontwikkeling van zo'n kader waarmee normen voor verantwoorde netwerkzorg door het veld kunnen worden opgesteld.

3. Reactie op het rapport

De inspectie vraagt met dit rapport nadrukkelijk aandacht voor mogelijke risico's voor verantwoorde zorg en integrale ondersteuning van de kwetsbare groep volwassenen met een licht verstandelijke handicap.

Ondersteuning van deze doelgroep is met name het afgelopen decennium steeds meer gericht op zelfstandigheid, zelfredzaamheid en zo volwaardig mogelijke deelname aan de samenleving. Voor veel van deze cliënten staat niet meer de zorg en dagbesteding binnen een instelling centraal, maar leveren zorgaanbieders ambulante begeleiding aan de cliënt in een zo zelfstandig mogelijke setting. De dagelijkse leefomgeving, de context waarin de volwassen LVG-er zich bevindt en derhalve ook de problemen die hij daarin kan ondervinden, strekken zich over veel meer terreinen uit dan louter zorg. Het gaat vaak om kwetsbare, makkelijk beïnvloedbare mensen die meestal de consequenties van hun handelen niet kunnen overzien. Zij kunnen te maken krijgen met drugsproblemen, criminaliteit, invloed van loverboys, maar ook kampen met psychiatrische stoornissen, een gebrek aan sociaal netwerk, geen (afgemaakte) opleiding en geen werk. Dat is een grote diversiteit aan obstakels waar deze mensen – vaak nog in combinatie ook – tegenaan kunnen lopen. Terecht legt de inspectie daarom nadruk op het goed organiseren van een keten of netwerk niet alleen bestaande uit zorg maar uit zorg en ondersteuning op meerdere terreinen.

Om vanuit de VG-zorg adequate begeleiding te kunnen bieden, moeten zorgaanbieders daarom samenwerken met partners op het terrein van onderwijs, werk, dagbesteding, welzijn, inkomen, huisvesting, veiligheid, de eerstelijns gezondheidszorg en andere zorgdisciplines als psychiatrie en verslavingszorg.

Op dit vlak van samenwerking constateert de inspectie een aantal lacunes en mogelijke risicofactoren. Zo acht de inspectie het van groot belang dat netwerksamenwerking formeel schriftelijk wordt vastgelegd en geëvalueerd. Zorgaanbieders blijken evenwel beducht voor extra bureaucratie en achten mondeling casusoverleg in georganiseerd verband en het vastleggen en evalueren van afspraken op cliëntniveau voldoende. De benadering van de inspectie is ambitieuzer en gericht op structurele samenwerkingsverbanden die niet louter afhankelijk zijn van werkrelaties op uitvoeringsniveau, maar waarvoor ook bestuurlijk de verantwoordelijkheden, de regie en de evaluatie ervan formeel zijn vastgelegd.

Ik onderschrijf het belang van een zorgoverstijgende, multidomein aanpak. Mijn beleid om de komende jaren een aantal stelselwijzigingen door te voeren, zoals het aanpassen van het jeugdzorgstelsel en de overheveling van de functie begeleiding naar het gemeentelijk domein en daardoor veel meer mogelijkheden op lokaal niveau te realiseren, zal daar een bijdrage aan leveren.

Het vastleggen van die samenwerkingsafspraken is mijns inziens vooral een zaak van lokaal of regionaal niveau. Dáár kunnen partners goed bezien welke deskundigheid beschikbaar (en nodig) is en hoe die het beste te bundelen is. Vooral in de grote steden en grotere gemeenten komen dit soort afspraken steeds beter tot ontwikkeling. Deze ontwikkeling zal ongetwijfeld een grote stimulans krijgen als gemeenten – conform de voornemens in het Regeerakkoord – ook directe verantwoordelijkheid krijgen voor dagbesteding en begeleiding en voor de jeugdzorg in de volle breedte. Als gevolg van het voornemen in het Regeerakkoord zal een deel van de ondersteuning voor volwassenen in de categorie zwakbegaafden bij gemeenten terecht komen. Op gemeentelijk niveau bevinden zich ook de voornaamste voorzieningen rond toeleiding naar werk, inkomen, de op participatie gerichte voorzieningen van de Wmo, huisvesting, veiligheid, OGGZ en de preventieve verslavingszorg. De natuurlijke regierol komt daarmee in de (nabije) toekomst nog meer in het gemeentelijk domein te liggen waarbij overigens niet uitgesloten is dat de uitvoeringsregie bij een zorgaanbieder belegd kan worden.

Elke gemeente zal zijn eigen keuzes kunnen maken al naar gelang de cliëntpopulatie, hun problematiek en de lokale omstandigheden, maar er zijn nu al goede voorbeelden van samenwerking, bijvoorbeeld het werken

met lokale (F)ACT-teams. Deze multidisciplinaire en outreachende werkwijze is in de GGZ-zorg ontwikkeld, maar zou ook goed toepasbaar kunnen zijn voor deze doelgroep.

De inspectie beveelt ook het streven naar een integrale indicatie aan. Van een zorgindicatie door het CIZ mag verwacht worden dat naast de individuele beperkingen en problemen van de cliënt ook de omgevingsfactoren worden meegewogen. Dat gebeurt ook om de zorgbehoefte vast te stellen en de mate van ondersteuning die vanuit de sociale omgeving geboden kan worden. Dat betekent momenteel echter niet dat een zorgindicatie van het CIZ integraal alle levensterreinen kan omvatten. In de lokale praktijk is men daar wel mee bezig. Zo wordt in de grote steden vanuit de zorg voor dak- en thuislozen gewerkt met zogenoemde trajecttoewijzingscommissies waarin vanuit een integrale indicatie- of diagnosestelling een integraal individueel plan wordt uitgewerkt. De ervaringen daarmee hebben ondermeer een vervolg gekregen in het Plan van Aanpak Kwetsbare Personen in Rotterdam. De inspectie noemt ook de ontwikkelde aanpak in Enschede als een navolgenswaardige best practice. Deze lokale, regionale maatwerkoplossingen geven invulling aan (de organisatie van) samenhangende zorg voor onder andere de LVG-doelgroep, zoals ook bepleit door de Tweede Kamer via de motie-Van Miltenburg van 11 november 2009 (TK 2009–2010,32 123 XVI, nr. 45). Gelet op de voorgenomen overheveling van begeleiding en dagbesteding naar de gemeenten, zal in de toekomst voor de ambulante groep de indicatiestelling/ intake door de gemeente steeds belangrijker worden. Een belangrijke ontwikkeling in dat kader is het vanuit de VNG opgezette project De Kanteling, waarbij de gemeente bij de intake daadwerkelijk in gesprek gaat met de burger (het «keukentafelgesprek») en waarbij niet alleen de problemen en wensen van de burger aan de orde komen, maar ook de eigen kracht en mogelijkheden van de burger en zijn netwerk. Daarbij kunnen ook verbanden worden gelegd naar andere beleidsterreinen als arbeid, onderwijs etcetera.

Rond de indicatiestelling kaart de inspectie nog twee zaken aan. In de eerste plaats zou er bij de indicatiestelling te veel nadruk liggen op de IQ-bepaling. Dat hangt ook samen met het andere punt dat de inspectie aan de orde stelt, namelijk een onduidelijke afbakening in de definiëring van de LVG-doelgroep. De hoogte van het IQ bepaalt niet of iemand zorg nodig heeft. Dat wordt bepaald door de beperkingen en de problemen die iemand heeft om te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Die problemen kunnen louter het gevolg zijn van de beperkingen, maar zijn meestal het gevolg van een combinatie van die beperkingen, omgevingsfactoren (ontbreken van een sociaal netwerk bijvoorbeeld) en met name psychische, psychiatrische en/of verslavingsproblemen. De problemen waar iemand mee kampt, bepalen dus de zorgbehoefte. De gebruikte IQ-grenzen bepalen wel mede of iemand voor AWBZ-zorg in aanmerking komt (in dit geval een VG-grondslag krijgt) of op zorg in een ander kader is aangewezen. De IQ-afbakening voor LVG-ers is gebaseerd op de DSM-IV classificatie en omvat de range van 50 tot 70. Medio 2006 heeft de toenmalige staatssecretaris formeel toegestaan dat bij uitzondering ook cliënten in de IQ-range 70–85 (volgens DSM-IV «zwakbegaafd») op de grondslag VG voor AWBZ-zorg in aanmerking kunnen komen indien zij kampen met ernstige, chronische beperkingen in hun sociale redzaamheid en cognitief leervermogen. Die verruiming van de IQ-afbakening heeft inderdaad soms tot enige onduidelijkheid in het debat over de LVG-doelgroep geleid, maar de indicatiestelling bij het CIZ is daarover helder. In het Regeerakkoord is afgesproken dat die verruimde mogelijkheid voor het verkrijgen van AWBZ-zorg wordt teruggedraaid. Daarmee is ook de duidelijkheid in de afbakening gediend en keren we weer terug naar de oorspronkelijke van de DSM-IV afgeleide definitie.

De inspectie stipt ook het ontbreken van voldoende beschikbaar zijn van deskundigheid op het terrein van LVG-zorg aan. Het ontbreekt op dit moment nog aan die deskundigheid vooral in de nulde- en eerstelijns. Met de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en het overhevelen van de jeugdLVG-zorg naar gemeenten is die deskundigheidsbevordering één van de speerpunten. Ook in verband met de overheveling van begeleiding is van belang dat bij de indicatiestelling/intake (zie het genoemde project De Kanteling) voldoende deskundigheid aanwezig is, niet alleen voor jongeren maar ook voor de zorg aan volwassenen. Ook kan al doende meer preventief beleid tot stand komen. Op het vlak van verslavingszorg voor LVG-ers loopt een programma bij ZonMw om deze kennislacune aan te vullen. Psychiatrische hulp voor deze doelgroep is voor de jeugd al een ruim aantal jaren in ontwikkeling in de zogenoemde Multifunctionele Centra (MFC), maar is nog maar in beperkte mate beschikbaar voor volwassen cliënten. De inspectie beveelt het veld van zorgaanbieders aan om hier werk van te gaan maken.

De stelselwijzigingen die ik door wil voeren komen niet zomaar tot stand. Met name het implementatietraject rond overheveling naar gemeenten zal zorgvuldig plaats moeten vinden. De aanbevelingen van de inspectie ten aanzien van ketensamenwerking moeten we hierin betrekken en er zal zoveel mogelijk gebruik gemaakt moeten worden van best practices. Ook zal ik me in overleg met ambtsgenoten van met name onderwijs, sociale zaken en werkgelegenheid en veiligheid sterk maken voor die gezamenlijke aanpak die voor deze groep zo broodnodig is. Het veld van zorgaanbieders krijgt van mij de opdracht om snel een normenkader gereed te maken, om bij hun begeleidingstaak breder te kijken dan de zorg zelf en om werk te maken van structurele, geformaliseerde keten- of netwerkafspraken. Zorgaanbieders moeten in nauwe samenwerking met de gemeenten en de lokale partners een adequate invulling geven aan verantwoorde zorg voor deze kwetsbare groep van licht verstandelijk gehandicapte volwassenen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner