

Advies Scrumteam LVB jongeren tussen wal en schip, uitwerking oplossingen

1-10-2019

Inleiding

Het scrumteam heeft de afgelopen periode focus aangebracht in het thema 'Jongeren tussen wal en schip', in doelgroep, knelpunten en oplossingsrichtingen. Focus betekent dat er een concrete aanpak kan worden opgesteld, maar betekent ook dat bepaalde knelpunten niet worden opgepakt.

Deze notitie beschrijft een advies van de 4 oplossingsrichtingen die het scrumteam voor ogen heeft.

1. Toegankelijke informatie voor professionals in het sociale en medische domein

Probleem

Professionals in het sociale en medische domein weten onvoldoende welk aanbod er regionaal is voor de doelgroep LVB. Hierdoor wordt niet altijd de juiste zorg en ondersteuning ingezet.

Doelstelling

Beschikbare regionale kennis rondom LVB, in combinatie met GGZ-problematiek en/ of verslaving is laagdrempelig toegankelijk voor professionals sociale domein en huisartsen (als poortwachter van het medische domein).

Voorstel aanpak

Er zijn regionaal al diverse structuren waarin de kennis van LVB in combinatie met o.a. GGZ is gebundeld. Te denken valt aan het Transforensisch Team, FACT LVB van Amarant, Team Bemoeizorg, Stevig (onderdeel Dichterbij) en ook het regionaal Expertiseteam wat gekoppeld is aan de Toegang.

Het scrumteam wil streven naar een regionaal informatiepunt waar professionals naar toe kunnen bellen en mailen, zodat zij advies krijgen welk aanbod het beste aansluit bij betreffende burger én ze ook informatie krijgen hoe ze dit aanbod in kunnen gaan zetten (werkwijze).

Het regionaal Expertiseteam van de Toegang lijkt hierin het meest passend. Dit team bestaat uit specialisten met kennis op het gebied van o.a. psychiatrie, LVB, verslavingszorg, veilig thuis, hulpverlening voor daklozen, onderwijs, etc. Nu wordt het team al ingeschakeld voor 'advies bij de meest gepaste interventie'. Dit sluit aan bij de doelstelling zoals het scrumteam deze voor ogen heeft.

Dit team is op dit moment toegankelijk voor toegangsteams en Jeugdhulpaanbieders.

Om te komen tot een regionaal Expertiseteam, welke ook toegankelijk is voor de huisartsen, zijn de volgende stappen noodzakelijk:

- Akkoord door de Stuurgroep om de opdracht van het Regionaal Expertise team uit te breiden, zodat ook huisartsenpraktijken daar terecht kunnen voor advies en informatie.
- Gelijktijdig is vanuit PRO-RCH en de gemeente Tilburg eenzelfde idee bedacht. Ons advies is om dit regionaal in te zetten en de gemeente Tilburg te vragen om dit te regelen.
- Onderzoeken wat nodig is om de uitbreiding te faciliteren.
- Opzetten eenvoudige monitoring om deze uitbreiding te kunnen evalueren:
 - Registratie van aantal vragen van huisartsenpraktijken, inhoud vragen, gegeven antwoorden/ adviezen.
 - Steekproefsgewijs nabellen van huisartsenpraktijken om te onderzoeken of ze vooruit konden met het advies.

- Uitzetten telefoonnummer onder de huisartsenpraktijken. Belangrijk element in de communicatie is dat de huisarts in principe schakelt met het sociale wijkteam voor vragen. Mocht hij daar niet uitkomen, dan kan het Expertiseteam worden ingeschakeld.

Iets wat buiten bestek van het scrumteam valt, maar wat we wel mee willen nemen is dat het team ingeschakeld kan worden door de huisarts voor andere complexe doelgroepen, zoals jeugd, sociale problematiek, etc.

2. Faciliteren CIZ-aanvraag voor professionals

Probleem

Het aanvragen van een CIZ-indicatie is lastig voor bepaalde groepen professionals (zoals sociaal wijkteam medewerkers en huisartsen), aangezien ze onvoldoende kennis en expertise hebben over de wijze van de aanvraag en daarmee gepaard gaande de juiste bewoording. Hierdoor worden indicaties regelmatig afgewezen óf zijn anderen (zoals medewerkers VG-instelling) tijd kwijt aan het ondersteunen bij een goede aanvraag.

Doelstelling

Indicatie aanvragen CIZ voor behandeling is makkelijker voor professionals en de indicatie-aanvraag zelf is kwalitatief beter, zodat indicatie vaker/ sneller wordt toegekend.

Het gaat dan om mensen met LVB die:

- Reeds een WMO-beschikking hebben, en behandeling vanuit de WLZ nodig hebben
- Reeds een WLZ-beschikking hebben, en extra behandeling nodig hebben, omdat ze vastlopen
- Een WLZ-indicatie nodig hebben, maar ouder zijn dan 18 jaar, zonder diagnose LVB vastgesteld voor het 18^e jaar

Voorstel aanpak

De oplossing ligt in het feit dat professionals in het veld gefaciliteerd worden in het aanvragen van een indicatie.

MEE heeft onafhankelijke cliëntenondersteuners in het WLZ team die de kennis hebben om deze taak op zich te nemen. Hierbij zijn echter twee problemen:

- Deze worden nog onvoldoende als onafhankelijk gezien, omdat zij in sommige gemeenten onderdeel uitmaken van de Toegang.
- Zij mogen officieel pas aan de slag met de cliënt als de indicatie al verstrekt is.

Het scrumteam wil de Stuurgroep adviseren te investeren in de naamsbekendheid en het aanbod van de cliëntenondersteuners bij relevante partners (zoals huisartsen en medewerkers van sociale wijkteams).

En regionaal concrete afspraken te maken met betrokken partijen over de inzet van het WLZ team bij het aanvragen van de indicatie.

Het advies is om over een half jaar opnieuw te beoordelen of dit probleem nog wordt ervaren in het veld. Mocht dat het geval zijn, dan wordt bekeken wat precies de oorzaak is van het probleem en daar gericht een oplossing voor gezocht.

3. Aanpassen CIZ-eis 'diagnose voor 18 jaar'

Probleem

Het CIZ stelt de eis dat de diagnose LVB voor het 18^e jaar moet zijn gesteld om een indicatie af te kunnen geven voor behandeling en/ of beschermd wonen. Dit komt voort uit de DSM-IV.

Aangezien het regelmatig voorkomt bij jongeren (met een goed steunsysteem) dat deze diagnose niet is gesteld voor het 18^e jaar, lopen zij de juiste zorg en ondersteuning mis óf kost het professionals heel veel extra tijd om het CIZ te overtuigen van een indicatie. Beide is niet wenselijk.

Wijzigingen in DSM-5 t.o.v. DSM-IV

De classificatie van een verstandelijke beperking is in de vijfde editie van het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®) ingrijpend gewijzigd.

Volgens de DSM-5 begint een verstandelijke beperking gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijk als het adaptieve functioneren, in het conceptuele (onderwijs) domein, het sociale domein (o.a. communicatie, empathie, oordeelsvermogen) en het praktische domein (leervermogen en zelfmanagement in alledaagse situaties zoals zelfverzorging, baan, school, geldbeheer).

Er wordt geen leeftijdsgrens van achttien jaar meer gesteld aan de ontwikkelingsperiode, zoals dat in de DSM-IV het geval was.

Daarnaast wordt de bepalende invloed van het IQ teruggedrongen en er meer waarde gehecht aan het klinische oordeel. Dit voorkomt dat klinici te veel waarde hechten aan losse getallen en op basis daarvan ingrijpende beslissingen nemen.

De DSM-5 stelt ten slotte dat er deficiënties in het adaptieve functioneren moeten zijn, die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid. En dat deze deficiënties zonder blijvende ondersteuning het dagelijks functioneren zouden beperken.

Doel

Het is niet meer nodig om een diagnose LVB te hebben voor het 18^e jaar om in aanmerking te komen voor de CIZ-indicatie behandeling en beschermd wonen.

Voorstel aanpak

We zijn ons ervan bewust dat dit een landelijk probleem is. Toch denken wij dat de Stuurgroep en/ of het Zorgnetwerk Midden Brabant een rol kan spelen in het landelijk bespreekbaar maken (binnen het eigen netwerk) van dit knelpunt en daarmee in het bewerkstelligen van een oplossing.

Hiertoe worden de volgende stappen gezet:

- Formuleren alternatief. Dit alternatief is gelegen in de bewoording zoals staat beschreven in de DSM-5, met als belangrijkste punten:
 - Verstandelijke beperking begint tijdens ontwikkelingsperiode.
 - In verschillende domeinen.
 - Er zijn deficiënties in het adaptieve vermogen, waardoor iemand onvoldoende zelfstandig kan functioneren in de maatschappij, waardoor blijvende ondersteuning nodig is.
- Binnen het ZMBR bekijken wie er ingangen heeft om dit alternatief bij het CIZ onder de aandacht te brengen.
- Aanbieden aan CIZ om als regio hier een voorttrekkende rol in te spelen (wanneer daar behoefte aan is).

4. Pilot inzichtelijk maken knelpunten

Probleem

Wat precies de oorzaak is van het niet verkrijgen van de juiste zorg en ondersteuning is onvoldoende helder (schotten, capaciteit, etc?). Hierdoor is het lastig om verbeteringen door te voeren.

Doelstelling

Ervaren knelpunten in opstarten zorg en ondersteuning (behandeling en begeleiding) zijn inzichtelijk en oplossingsrichting zijn in beeld.

Voorstel aanpak

Om de knelpunten inzichtelijk te maken, en hiervoor gerichte oplossingen te bedenken, willen we gedurende een half jaar aan het Expertise Team Toegang vragen om bij te houden welke knelpunten zij ervaren in het vinden van een oplossing voor de casus.

Na een half jaar willen we inventariseren welke 'thema's' boven komen drijven, en met elkaar bekijken welke oplossingsrichtingen kunnen worden voorgelegd aan de stuurgroep.

Om te komen tot deze pilot worden de volgende stappen gezet:

- Plan van aanpak wordt opgesteld voor de pilot waarin elementen als werkwijze, resultaten, monitoring, randvoorwaarden, etc. worden uitgewerkt.
- Plan van aanpak wordt geaccordeerd door de Stuurgroep, waarna aan de instellingen wordt gevraagd (Amarant, Prisma, GGZ-Breburg, gemeenten, mogelijk nog Novadic-Kentron?) wie zitting wil nemen in het team.
- Pilot start conform werkwijze.

Kanttekening

Het Expertiseteam geeft aan zelf de knelpunten best goed in beeld te hebben. Dit is echter nog zonder dat het team ook vragen krijgt doorgespeeld via de huisartsen.

Ons advies is om, conform advies 1, de toegankelijkheid van het Expertiseteam eerst te organiseren en dan de knelpunten te monitoren. En daarbij een werkwijze te kiezen die aansluit bij de huidige wijze van monitoring van het team, zodat er geen extra ervaren belasting is.