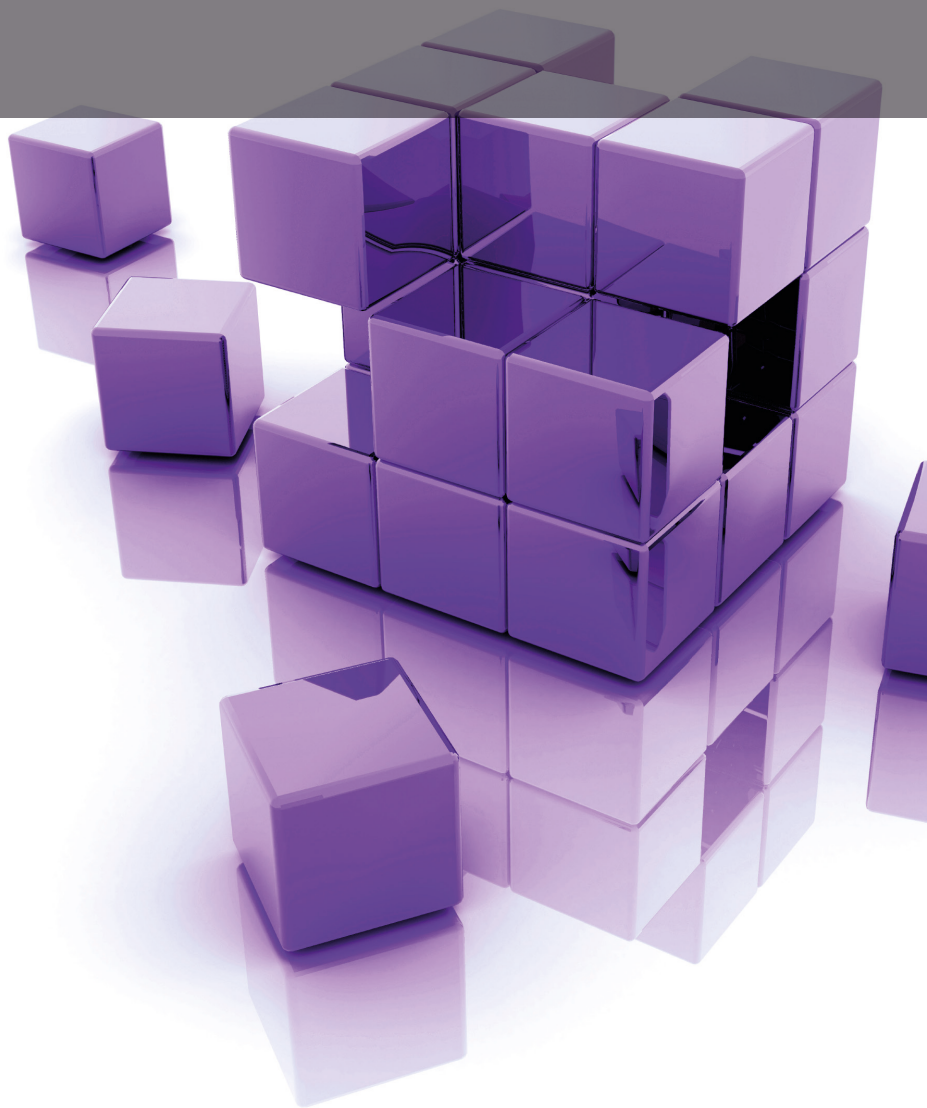


Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB

Herziene versie
mei 2015



Laura Neijmeijer

Modelbeschrijving (Flexible) ACT LVB

Herziene versie, mei 2015

Colofon

Initiatiefnemers en voorzitters expertgroep

Stichting De Borg - Adri Benschop

Idris (Amarant Groep) - Ivo Vugs

Financierende organisaties en leden expertgroep

Altrecht Aventurijn - Otto Has (red)

GGZ Oost Brabant - Sieds Rienks en Lisa Barten

Humanitas DMH - Marijn Donkervliet (red)

Idris (Amarant Groep) - Mimount Saou (red) en Julia Crooijmans

Ipse de Bruggen - Marjan van Dijk en Joren Roos

Koraalgroep / De la Salle - Jaap Pellen, Nancy Eekels, Xavier Moonen

Palier (Parnassia Bavo) - Herman Segers

Philadelphia - Amar Voogt

Prisma - Suzanne van Geel

Stevig (Dichterbij) - Edo Rutten-Wijenberg en Sanne van Heumen

Trajectum - Karelien Raben (red) en Robert Didden

Stichting CCAF - Hans Kroon (red) en Koen Westen (red)

Projectleiding en -uitvoering

Laura Neijmeijer, Trimbos-instituut

Productie

Trimbos-instituut

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1395

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2015, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Het (Flexible) ACT Model	7
2 Onderzoek naar (F)ACT LVB	9
2.1 Effectiviteitsstudies	9
2.2 Inhoudelijke componenten van ACT voor LVB	10
3 Beschrijving van de doelgroep	13
3.1 Definitie en prevalentie LVB	13
3.2 Algemene kenmerken LVB	14
3.3 Specifieke kenmerken van de doelgroep LVB en complexe problematiek	15
3.4 Eerste onderzoeksresultaten	16
4 Modelbeschrijving (F)ACT LVB	19
4.1 Basishouding en communicatie	19
4.2 Teamstructuur	20
4.3 Teamproces en werkwijze	25
4.4 Diagnostiek, behandeling en interventies	27
4.5 Zorgorganisatie	31
4.6 Maatschappelijke zorg	32
4.7 Monitoring	33
4.8 Professionalisering en teamgeest	33
Literatuur	35

Voorwoord

Voor u ligt de herziene versie van de Modelbeschrijving (Flexible) ACT LVB. Deze versie is een update van de in 2011 uitgebrachte versie (Rijkaart en Neijmeijer, 2011). Het doel van deze modelbeschrijving is om (Flexible) ACT LVB teams handvatten te bieden voor de organisatie en inhoud van de zorg. Het model biedt richtlijnen die naar verwachting de beste zorg opleveren voor de cliënten.

Ten opzichte van de eerste versie heeft de voorliggende versie een flinke herziening ondergaan. Dat heeft vooral te maken met de snelle ontwikkeling van de laatste jaren van (Flexible) ACT-teams die gespecialiseerd zijn in de zorg aan cliënten met een LVB. Ten tijde van het schrijven van de eerste versie was er in binnen- en buitenland nog nauwelijks ervaring opgedaan met (Flexible) ACT voor LVB. Sinds 2011 is vooral in Nederland de belangstelling voor het (F)ACT model ten behoeve van de LVB-doelgroep toegenomen en anno 2015 beschikken zeker 10 GGZ- en VG-instellingen over één of meerdere (Flexible) ACT LVB teams. Al deze instellingen zijn actief betrokken geweest bij het ontwikkelen van deze herziene versie en voorliggende modelbeschrijving mag dan ook rekenen op een breed draagvlak vanuit het veld.

De wijzigingen ten opzichte van de vorige versie betreffen in de eerste plaats de focus. Waar de eerste versie zich uitsluitend richtte op ACT-teams, richt deze versie zich op zowel ACT als Flexible ACT (hier verder aangeduid met FACT) teams, waarmee recht wordt gedaan aan de ontstane praktijk. Bovendien richt de herziene modelbeschrijving zich op zowel volwassenen als jeugd, omdat er teams zijn die cliënten van alle leeftijden behandelen en begeleiden. Daarnaast worden in deze versie de eerste onderzoeksresultaten over de kenmerken en problematiek van de doelgroep van (F)ACT LVB teams beschreven (paragraaf 3.4). Ten opzichte van de eerste versie is vooral hoofdstuk 4 (de beschrijving van de teamsamenstelling, werkwijze en organisatie van (F)ACT LVB teams) aangevuld en verder uitgewerkt op basis van de nieuwe inzichten en praktijkervaringen van de afgelopen jaren, die deels ook al in de herziene modelbeschrijving FACT Jeugd zijn verwerkt (Hendriksen-Favier, 2013). Bovendien worden in de herziene versie niet alleen de afwijkingen ten opzichte van het reguliere (F)ACT model beschreven, maar komen ook de essenties van het (F)ACT-model in het algemeen aan de orde. Voor meer informatie verwijzen wij naar het (herziene) Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., in druk) en naar recente publicaties over (F)ACT voor LVB (Neijmeijer e.a., 2014; Neijmeijer e.a., in druk).

De ontwikkelingen rondom (F)ACT LVB van de afgelopen jaren hebben geresulteerd in verschillende publicaties en praktische tools. Naast deze herziene modelbeschrijving is er voor (F)ACT LVB teams tevens een modelgetrouwheidschaal oftewel een set van kwaliteitscriteria ontwikkeld waaraan teams zich kunnen (laten) meten. De modelgetrouwheidsschaal (met een variant voor ACT en FACT LVB teams) wordt medio 2015 door het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) in gebruik genomen. Om startende (F)ACT LVB teams te ondersteunen bij de implementatie van het (F)ACT model verscheen in 2014 de implementatiehandreiking (F)ACT LVB (Neijmeijer, 2014). Waar de modelbeschrijving (en de modelgetrouwheidschaal) met name beschrijft wat een (F)ACT LVB team in huis moet hebben, welk zorgaanbod het moet bieden en wat er

organisatorisch geregeld moet zijn, beschrijft de implementatiehandreiking welke stappen een organisatie en een startend team moeten maken om (F)ACT LVB optimaal in de praktijk te brengen. Tezamen vormen deze producten een 'toolkit' voor (F)ACT LVB teams die streven naar continue verbetering van de kwaliteit van zorg en daarmee naar beter functioneren van cliënten in de samenleving, minder (crisis)opnames in de VG en de GGZ, minder maatschappelijke overlast en een veiliger samenleving.

Adri Benschop,
Manager De Borg & voorzitter expertbijeenkomsten (F)ACT LVB

1 Het (Flexible) ACT model

ACT is een organisatie-model voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. Belangrijke kenmerken van ACT zijn: een multidisciplinair zorgaanbod, een laag aantal cliënten per hulpverlener, actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt (*assertive outreach*), een gedeelde caseload en intensieve zorg voor onbeperkte tijd (Bond e.a., 2001).

ACT is gebaseerd op het door Stein, Marx en Test begin jaren zeventig ontwikkelde 'Training in Community Living program' (Stein & Test, 1980) als oplossing voor het fenomeen 'draaideurpatiënt'. Zij zagen dat cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen opknapten van de klinische behandeling, maar weer verslechterden als zij het huis zonder de intensieve behandeling moesten doen. Zij ontwikkelden daarom het idee om cliënten ambulant bijna net zulke intensieve zorg te geven als binnen het ziekenhuis. Doel van het 'Training in community living program', later Assertive Community Treatment genoemd, was mensen buiten het ziekenhuis te houden en vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk in de samenleving te leven (Mulder & Kroon, 2009).

ACT is een goed omschreven model en veelvuldig op effectiviteit onderzocht, met - in met name - de Verenigde Staten positieve uitkomsten. ACT is daarmee een *evidence based practice* voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen (Torrey e.a., 2001) en is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.

Om na te gaan in hoeverre teams werken volgens het ACT-model is de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) ontwikkeld (Teague e.a., 1998; Bond & Salyers, 2004). Studies hebben aangetoond dat modelgetrouwheid geassocieerd is met betere uitkomsten op cliëntniveau (McGrew, Bond, Dietzen, Salyers, 1994; McHugo e.a., 1990; Latimer, 1999; Vugt e.a., 2011).

Het FACT-model werd in 2002 geïntroduceerd bij GGZ Noord-Holland-Noord als de Nederlandse variant op *Assertive Community Treatment* (ACT) (Veldhuizen e.a., 2008). FACT staat voor Flexible ACT, waarbij ACT-zorg wordt ingezet als dat nodig is. FACT is een model voor zorg voor de gehele groep cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, waarbij men de principes van casemanagement met ACT combineert. ACT-zorg door het gehele team wordt ingezet wanneer het slechter gaat met een cliënt. Aan de cliënten die stabiel functioneren, biedt men individuele, outreachende en herstelondersteunende behandeling vanuit een breed multidisciplinair team met een casemanager, een psychiater en vertegenwoordigers van andere disciplines (Veldhuizen e.a., 2008; Vugt e.a., 2011). Door de combinatie van langdurig individueel casemanagement met de intensieve teamzorg kan veel continuïteit van zorg en behandeling geboden worden tussen 'rustige' en 'ontregelde' fasen van een cliënt. Als een cliënt intensievere zorg nodig heeft, hoeft hij niet naar een ander team, maar wordt de zorg vanuit het bekende team opgeschaald.

Het doel van FACT is om cliënten "zodanig te behandelen, te ondersteunen en te begeleiden dat zij succesvol en naar tevredenheid optimaal kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij op een wijze die hen zelf aanspreekt en die veilig is" (Van Veldhuizen e.a., 2008, p.31). De kern van ACT is bij FACT behouden, namelijk hulp op meerdere levensgebieden tegelijk (psychiatrische zorg, praktische hulp,

maatschappelijke ondersteuning, hulp bij wonen en financiën en wat verder nodig is) en op de plaatsen waar de cliënt zich bevindt. FACT werkt vaak wijkgericht, in een kleinere regio van zo'n 50.000 inwoners. Door de *outreaching* werkwijze kennen teamleden de lokale situatie goed en weten ze de weg naar instanties, waarmee ze actieve samenwerking zoeken. Ook voor het FACT-model is een instrument ontwikkeld om de getrouwheid aan de standaard te meten, de FACTS (Vugt e.a., 2011).

Op dit moment zijn er zo'n 200 (F)ACT-teams in Nederland en de verwachting is dat het aantal (F)ACT-teams nog sterk gaat toenemen. Inmiddels zijn ook voor andere doelgroepen positieve ervaringen opgedaan met het (F)ACT-model, zoals in de forensische zorg, de verslavingszorg, de jeugdzorg en de (gespecialiseerde) verstandelijk gehandicaptenzorg (VG). Het eerste ACT team voor mensen met een LVB en complexe gedrags- en/of psychiatrische problematiek is in 2010 van start gegaan in Zwolle en betrof een initiatief van Trajectum, één van de vier SGLVG-instellingen die deel uitmaken van De Borg. In de afgelopen jaren zijn ook in andere steden en regio's voor de doelgroep van LVB gespecialiseerde ACT- of FACT-teams opgezet, zowel vanuit de VG als vanuit de GGZ. Om (startende) F-ACT LVB teams handvatten te bieden voor de organisatie en inhoudelijke aanpak van deze specifieke doelgroep ontwikkelde het Trimbos-instituut in 2011 een eerste modelbeschrijving (Rijkaart en Neijmeijer, 2011). De benodigde informatie voor de modelbeschrijving werd verzameld door raadpleging van de (internationale) literatuur en interviews met professionals en experts werkzaam op het snijvlak van GGZ en VG. Complicerende factor was dat zowel praktijkervaring met (F)ACT voor LVB als (internationale) literatuur over (F)ACT voor LVB nog maar nauwelijks aanwezig waren.

Naarmate de ervaring met (F)ACT voor LVB toenam en de praktijk zich verder ontwikkelde ontstond er vanuit het veld behoefte aan een op onderdelen uitgebreidere, herziene versie van de modelbeschrijving waarin ook de kenmerken en de problematiek van de doelgroep beschreven zouden worden. Ook was behoefte aan een op de LVB doelgroep toegespitste modelgetrouwheidschaal. Het Trimbos-instituut heeft daarom op verzoek van en in nauwe samenwerking met een elftal instellingen (verenigd in het Platform (F)ACT LVB) een herziene modelbeschrijving en separate modelgetrouwheidsschalen voor ACT en FACT LVB teams ontwikkeld. Er is een multidisciplinaire expertgroep samengesteld met medewerkers van de verschillende instellingen, die in drie bijeenkomsten input en feedback hebben geleverd. Daarnaast zijn bij twee FACT LVB-teams proefaudits uitgevoerd met behulp van de nieuwe schaal. Op basis daarvan is de schaal aangepast tot een definitieve versie en aangeboden aan het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF). Het CCAF heeft de modelgetrouwheidsschalen en de daarbij behorende handleiding en formulieren in april 2015 vastgesteld.

2 Onderzoek naar (F)ACT LVB

2.1 Effectiviteitstudies

In binnen- en buitenland is nog nauwelijks ervaring opgedaan met intensieve ambulante (ACT of FACT) zorg bij de LVB-doelgroep en de wetenschappelijke literatuur op dit gebied is dan ook schaars (Hemmings, 2008).

Er is een groot gebrek aan onderzoek van goede kwaliteit over de effectiviteit van (F)ACT voor de doelgroep van LVB, waardoor het lastig is hier gegronde uitspraken over te doen. Bovendien loopt de opzet van de studies en de definitie van de onderzochte doelgroep sterk uiteen. Een aantal studies richt zich specifiek op de doelgroep van mensen met een LVB en zwakbegaafdheid¹ terwijl andere studies bij het includeren van cliënten geen onderscheid maken in de ernst van de verstandelijke beperking. De studies die voorhanden zijn richten zich op de groep van mensen met een (licht) verstandelijke beperking met bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblematiek, waarbij de ernst van de bijkomende problematiek uiteen loopt. De onderzoeksresultaten die voorhanden zijn laten doorgaans gunstige resultaten zien bij de LVB-doelgroep, maar hebben (door hun methodische opzet) beperkte bewijskracht (Hassiotis e.a., 2001; Martin e.a., 2005; Oliver e.a., 2005; Van Minnen e.a., 1997).

In 1997 toonden van Minnen en zijn collega's al in een gecontroleerde studie aan dat het bieden van ambulante outreachende zorg bij 84% van de patiënten met een LVB of zwakbegaafdheid en een ernstige psychiatrische stoornis een klinische opname kon voorkomen. Ambulante outreachende behandeling bleek in de studie even effectief in het verminderen van psychiatrische symptomen, bleek de last voor de sociale omgeving niet te vergroten en minder kostbaar dan een klinische behandeling. De interesse in ACT voor mensen met een LVB werd versterkt door de UK-700 trial (Hassiotis e.a., 2001) die aantoonde dat zwakbegaafde patiënten met een ernstige psychotische stoornis minder vaak werden opgenomen indien zij '*intensive case management*' ontvingen in plaats van '*standard case management*'.

Twee andere studies (Martin e.a., 2005; Oliver e.a., 2005) vergeleken ACT met standaard ambulante zorg (standard community treatment) voor mensen met een licht of matige verstandelijke beperking en psychiatrische stoornissen in een randomized controlled trial. Beide studies konden geen verschil tussen de twee benaderingen aantonen, maar hadden ook te maken met (grote) methodologische problemen. Zo was het in beide studies lastig voldoende cliënten te includeren en waren er uiteenlopende problemen bij het opzetten en organiseren van de ACT-teams. Het is mogelijk dat er geen verschillen werden gevonden tussen de twee benaderingen door problemen bij het definiëren van de ACT-conditie en de lage getrouwheid aan het originele ACT-model. Beide auteurs waarschuwen dat deze resultaten niet uitwijzen dat ACT niet werkzaam is voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking, maar dat de studies aantonen hoe lastig het is om dit soort onderzoek op te zetten en het ACT-model in de gehandicaptensector te implementeren.

Een recente studie dateert van 2013 en werd uitgevoerd door Louise Douglass & Hurtado. De auteurs voerden een evaluatieonderzoek uit waarbij de resultaten van de zorg door een in 2011 opgericht *assertive outreach team* (AOT) in Buckinghamshire (UK)

¹ Voor de definitie van LVB en zwakbegaafdheid verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

op twee meetmomenten met een tussentijd van 6 à 9 maanden in kaart werden gebracht. Het team richtte zich specifiek op volwassenen met verstandelijke beperkingen en langdurende psychische problematiek. Het onderzoek werd uitgevoerd onder 15 cliënten en liet zien dat cliënten na verloop van tijd beter gingen functioneren (gemeten met de HoNOS-LD) en minder gevaar vertoonden voor zichzelf of de omgeving (gemeten met de Risk Five-by-Five matrix). Ook het aantal opnames nam significant af. Kanttekeningen die bij deze studie moeten worden geplaatst zijn het kleine aantal cliënten dat bij deze studie betrokken was, de beperkte generaliseerbaarheid van de resultaten en het ontbreken van controlegroepen. Ook is niet geheel duidelijk in hoeverre het team was samengesteld en werkte volgens de criteria van ACT.

Concluderend kan worden gesteld dat er, zowel vanuit het binnen- als het buitenland, enkele aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van (F)ACT voor cliënten met een LVB en bijkomende psychiatrische problematiek maar dat er nog (veel) onderzoek nodig is. Het Trimbos-instituut doet momenteel onderzoek naar de resultaten van (F)ACT voor LVB. Bij dit onderzoek zijn vijf organisaties betrokken. De resultaten van de voormeting zijn inmiddels gepubliceerd (Neijmeijer e.a., 2014) (zie paragraaf 3.4); de resultaten van de vervolgmetingen zullen naar verwachting eind 2015 bekend worden.

2.2 Inhoudelijke componenten van ACT voor LVB

Naast effectiviteitsstudies is een aantal artikelen beschikbaar dat ingaat op de organisatie en de wenselijke inhoudelijke componenten van intensieve ambulante zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking en complexe problematiek.

Hemmings en zijn collega's (2008) hebben aan de hand van diepte-interviews 21 experts geraadpleegd over de wenselijke componenten van het ACT-model voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Uit de studie kwam onder andere naar voren dat ACT voor deze doelgroep volgens de experts de meest essentiële componenten van het originele ACT-model zou moeten omvatten, zoals een gedeelde caseload, regelmatige teambesprekingen, een meewerkend teamleider, continuïteit van hulpverleners, een stapsgewijze behandeling van middelenmisbruik en een arbeidsdeskundige. Een aantal kenmerken zoals een lage instroom, 24 uren bereikbaarheid, en een regel om geen cliënten uit te schrijven werden als onnodig, onrealistisch en niet passend voor deze doelgroep gezien. Over een aantal criteria bereikten de experts geen consensus. Een beperking van de studie was dat niet alle experts evenveel kennis hadden van het originele ACT-model en zij veelal met een brede en uiteenlopende doelgroep werkten. De auteurs suggereren dat een focus op patiënten met meer ernstige psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld psychotische stoornissen) het onderzoek naar ACT kan vereenvoudigen.

In een vervolgstudie probeerden Hemmings e.a. (2009) dan ook door consultatie van 49 experts antwoord te geven op de vraag hoe ambulante zorg er voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychotische stoornis uit zou moeten zien. Als resultaat van drie vragenrondes bereikten de experts consensus over 18 essentiële componenten voor 'community services' die zorg en begeleiding bieden aan mensen met een psychose en een verstandelijke beperking. Tevens werd de experts gevraagd welke componenten zij als essentieel beschouwen indien de 'community services' intensieve begeleiding zouden bieden aan cliënten met een psychose en een verstandelijke beperking en

bijkomende complexe problematiek (zoals bijvoorbeeld ernstige gedragsproblemen, acute fase van de ziekte, frequente terugval, risico voor zichzelf of anderen of een onstabiele woonsituatie). Als noodzakelijke componenten werden genoemd: (1) personeel dat (indien nodig dagelijks) medicatie kan voorschrijven en monitoren, (2) dezelfde dag kunnen reageren op een crisis, (3) het voorhanden zijn van een brede lijst met contactgegevens in geval een cliënt terugvalt, (4) risicometingen voorafgaand aan huisbezoeken, en (5) aanvullend personeel om cliënten thuis beter te monitoren en het vertrouwen van de dagelijkse verzorgers te vergroten. Helaas werden deze componenten in de studie niet nader omschreven en geven ze weinig details over de manier waarop ze aangeboden en geïmplementeerd zouden moeten worden.

3 Beschrijving van de doelgroep

Deze modelbeschrijving richt zich op mensen met een LVB in combinatie met complexe problematiek. Er is sprake van langdurende gedrags- en/of psychiatrische problematiek in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. Het gaat om mensen die door een scala aan oorzaken de grip op het leven zijn kwijtgeraakt, die zelf niet om zorg (kunnen) vragen, die moeilijk te stabiliseren zijn en regelmatig in crisissituaties belanden. Daarnaast kan er sprake zijn van middelenmisbruik en risicovol en/of overlastgevend gedrag. Een deel van de cliënten woont zelfstandig, anderen wonen in beschermde woonvormen, verblijven binnen de maatschappelijke opvang of zwerven op straat. In dit hoofdstuk wordt de gehanteerde definitie van een lichte verstandelijke beperking toegelicht en wordt een aantal algemene en meer specifieke kenmerken van de doelgroep omschreven. In paragraaf 3.4 beschrijven we de eerste onderzoeksresultaten naar de kenmerken en problematiek van de doelgroep.

3.1 Definitie en prevalentie LVB

De meest gangbare definitie van een verstandelijke beperking is de gehanteerde definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; voorheen AAMR). Deze spreekt van een beperking die gekenmerkt wordt door significante tekortkomingen in zowel intellectueel functioneren als in conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden. De beperkingen in het intellectueel functioneren en in het adaptieve gedrag vinden volgens de definitie van het AAIDD (2010) hun ontstaan voor het 18e levensjaar.

Men spreekt van een lichte verstandelijke beperking als het IQ ligt tussen de 50-55 en 70-75 (DSM-IV, 2000), of als het resultaat van een intelligentietest ten minste twee standaarddeviaties lager is dan het gemiddelde (AAIDD, 2010). Men spreekt van zwakbegaafdheid (borderline intellectual functioning) als het IQ ligt tussen de 70-75 en 85 (DSM-IV, 2000). Het functioneren van mensen die zwakbegaafd zijn vertoont veel overeenkomsten met dat van mensen met een lichte verstandelijke beperking (Didden, 2006). In de Nederlandse praktijk en literatuur is een bredere definitie van LVB dan ook gebruikelijk. In deze definitie wordt de groep van zwakbegaafde mensen ook tot de LVB-groep gerekend, als er naast een cognitieve beperking ook sprake is van bijkomende problemen en adaptatieproblemen (Verstegen & Moonen, 2010). In deze modelbeschrijving sluiten wij aan bij deze bredere Nederlandse definitie van LVB, dus inclusief de groep van zwakbegaafde mensen.

Er bestaan geen exacte cijfers over het aantal mensen met een LVB in Nederland (Neijmeijer e.a., 2010). Het Sociaal Cultureel Planbureau schat dat er in 2008 in Nederland minimaal 55.000 mensen maar mogelijk tienduizenden meer met een LVB (IQ tussen de 50 en 70) en waarschijnlijk enkele honderdduizenden zwakbegaafden (IQ tussen 70 en 85) met bijkomende problematiek zijn (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010). De werkelijke omvang van de groep mensen met een LVB is echter lastig vast te stellen omdat zowel het intellectuele functioneren als de beperkingen op praktisch en sociaal gebied gemeten moeten worden, wat leidt tot diverse methodologische problemen (Neijmeijer e.a., 2010).

Het aantal zorgvragende mensen met een lichtere verstandelijke beperking is de laatste jaren sterk gestegen, namelijk van 22.000 in 1998 naar 108.000 in 2011 (Woittiez e.a., 2014). In het SCP-rapport *Zorg beter begrepen* wordt beschreven dat dit niet zozeer te maken heeft met demografische ontwikkelingen, als wel met maatschappelijke ontwikkelingen; volgens de geïnterviewde experts maakt een ingewikkelder geworden maatschappij het vooral voor mensen met een lichtere verstandelijke beperking moeilijker om zonder ondersteuning goed te kunnen functioneren (Woittiez e.a., 2014).

3.2 Algemene kenmerken LVB

3.2.1 Het leren en denken

Zoals al in de definitie van LVB naar voren komt, hebben mensen met een lichte verstandelijke beperking in de eerste plaats beperkingen op intellectueel gebied, *het leren en denken*. Men heeft moeite met abstract denken, waardoor het leren en denken meer gebonden is aan het hier en nu en aan het onmiddellijk voorstelbare. Ook hebben mensen met een LVB moeite met het overzien van oorzaak-gevolg relaties en het generaliseren van hetgeen geleerd is. De informatieverwerking verloopt minder gestructureerd en trager, het (werk)geheugen functioneert minder goed, er is sprake van een beperkte aandachtsspanning en het denkpatroon is meer rigide (Ten Wolde e.a., 2006; Ponsioen, 2001).

3.2.2 Sociale redzaamheid

Een ander belangrijk kenmerk van mensen met een LVB zijn de beperkingen in de *sociale aanpassing en de zelfredzaamheid*. Voor veel mensen met een lichte verstandelijke beperking is het niet eenvoudig zich in de huidige maatschappij, in verschillende sociale situaties, staande te houden. Ze hebben moeite zich te verplaatsen in een ander, en kunnen hierdoor nogal eens verrast worden door het gedrag van de ander (de Beer, 2011). Velen kunnen complexe sociale situaties niet goed overzien of begrijpen en hebben minder vaardigheden om een probleem aan te pakken (Ten Wolde e.a., 2006). Door hun beperkingen en inadequate reacties van de omgeving hebben LVB-ers veel te maken met een grote hoeveelheid stress en faalervaringen. Verwaarlozing, (seksueel) misbruik, problemen met de hechtingsrelatie en negatieve levenservaringen komen veel voor en kunnen bijdragen aan een gevoel van (basis)onveiligheid, (faal)angst en een negatief zelfbeeld (Ten Wolde e.a., 2006). Vanuit de behoefte te willen meekomen en de neiging zichzelf te overschatten pakken sommige LVB-ers dingen boven hun niveau aan zonder in te zien welke consequenties hun gedrag heeft (Ten Wolde e.a., 2006). Ze hebben minder goede strategieën en sociale steun om problemen op te lossen en reageren vaak negatief geladen en soms agressief (Maughan, e.a., 1999). Anderen hebben zoveel faalervaringen achter de rug dat ze te geremd zijn om nog iets nieuws aan te pakken.

3.3 Specifieke kenmerken van de doelgroep LVB en complexe problematiek

3.3.1 Ernstige gedrags- en/of psychiatrische problematiek

Kenmerkend voor de doelgroep waar deze modelbeschrijving zich op richt is dat het mensen betreft met niet alleen een lichte verstandelijke beperking, maar dat er daarnaast sprake is van complexe en langdurende gedrags- en/of psychiatrische problematiek. Het gaat om cliënten die regelmatig in crisissituaties belanden, moeilijk te stabiliseren zijn en gedurende langere tijd zorg nodig hebben. De aard van de problematiek is zeer divers. Stoornissen die relatief veel voorkomen bij mensen met een LVB zijn aandachts- en gedragsstoornissen, misbruik van alcohol en drugs, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen. Van de persoonlijkheidsstoornissen komen in het bijzonder de antisociale, de narcistische en de borderline persoonlijkheidsstoornis voor (Ten Wolde e.a., 2006). Naast psychiatrische stoornissen komen ook gedragsproblemen veel voor. Hoewel er een samenhang bestaat tussen psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen, hoeft het niet zo te zijn dat gedragsproblemen altijd een gevolg zijn van een onderliggende psychiatrische stoornis. Ook hoeft een psychiatrische stoornis niet altijd gedragsproblemen tot gevolg te hebben. Voorbeelden van veel voorkomende gedragsproblemen zijn vernielend en agressief gedrag, sociaal onaangepast en seksueel overschrijdend gedrag, zelfverwonding, middelenmisbruik, dwangmatig, teruggetrokken en vreemd gedrag etc. (Ten Wolde e.a., 2006).

3.3.2 Problematisch middelenmisbruik

Middelenafhankelijkheid en middelenmisbruik zijn een veel voorkomend probleem bij mensen met een LVB en complexe problematiek (Van Dijk e.a., 2008) en er komen steeds meer signalen dat het problematische middelenmisbruik door volwassenen met een LVB toeneemt (Dijkstra & Bransen, 2010). Factoren die het risico op het ontstaan van problematisch middelenmisbruik vergroten, zoals een lage sociaal-economische status en middelengebruik van familieleden, komen in het leven van volwassenen met een LVB vaker voor. Daarnaast zijn mensen met een LVB gevoeliger voor beïnvloeding door hun sociale omgeving en hebben zij vaak te maken met chronische stress ten gevolge van overvraging en weinig zelfvertrouwen (Dijkstra & Bransen, 2010). Problematisch middelenmisbruik lijkt met name voor te komen bij volwassenen met zwakbegaafdheid (IQ 70-85), die niet op een instellingsterrein wonen maar 'in de wijk' en geen werk of dagbesteding hebben (Dijkstra & Bransen, 2010).

3.3.3 Risicovol en/of overlastgevend gedrag

Kenmerkend voor de doelgroep van mensen met LVB en complexe problematiek is dat er naast gedrags- en/of psychiatrische problematiek vaak sprake is van overlastgevend en/of risicovol (crimineel) gedrag. Het gedrag wordt weliswaar niet altijd door de persoon zelf als een probleem ervaren, maar vaak wel door zijn of haar directe omgeving of door de samenleving (Ten Wolde e.a., 2006). Veel cliënten zijn in hun jeugd verwaarloosd en/of slachtoffer van (seksueel) misbruik en komen al op jonge leeftijd in aanraking met hulpverlenende instanties (Tenneij & Koot, 2006). Veel mensen uit deze doelgroep hebben een voorgeschiedenis waarin ze onhandelbaar en moeilijk begeleidbaar waren en een niet gering percentage komt op latere leeftijd in aanraking met politie en justitie

(Ten Wolde e.a., 2006). Jongeren met een lichte verstandelijke beperking zijn extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van overlastgevend en crimineel gedrag, onder andere doordat zij vaker optrekken met delinquente vrienden, gevoeliger zijn voor beïnvloeding door deze vrienden en vaak worden ingezet bij criminele activiteiten (Liefierink, 2010).

3.3.4 Gebrekkige motivatie

Zoals eerder omschreven wordt het gedrag niet altijd door de persoon zelf als een probleem ervaren, of vindt hij dat de oorzaak van het probleem niet bij hem maar bij iets of iemand anders ligt. Cliënten van de doelgroep waarop deze modelbeschrijving zich richt hebben zelf doorgaans geen hulpvraag en zien de noodzaak van gedragsverandering vaak niet in (Ten Wolde e.a., 2006). Veel cliënten hebben in het verleden meerdere malen slechte ervaringen gehad met zorginstellingen en behandelingen die zijn mislukt en zijn het vertrouwen in hulpverleners kwijtgeraakt. Daarnaast kunnen cliënten het gevoel hebben dat ze het vaak 'toch niet goed doen' (Van Dijk e.a., 2008). Het is belangrijk tijdens de behandeling en begeleiding veel tijd en energie te steken in het motiveren van cliënten en in kleine stapjes, die succes opleveren, te werken (Ten Wolde e.a., 2006).

3.3.5 Andere problematiek

Naast bovengenoemde problemen worden mensen met een LVB relatief vaak geconfronteerd met verwaarlozing, mishandeling en misbruik. Mensen met een LVB hebben een verhoogd risico op hechtingsproblemen en zijn vaker dan normaal begaafde mensen slachtoffer van seksueel misbruik, mishandeling en/of verwaarlozing in de jeugd (Ten Wolde e.a., 2006). Jongeren met een LVB groeien vaker op in een gezin met een zwakke sociaal-economische positie, waar problemen als armoede, mishandeling en misbruik, verslaving en psychiatrische problematiek vaker voorkomen (de Beer, 2011). In een aantal gezinnen stapelen de problemen zich op en wordt er gesproken van multiprobleemgezinnen (de Beer, 2011). Mensen met een LVB zijn ook in hun volwassen leven kwetsbaar om slachtoffer te worden van seksueel en/of financieel misbruik. Ze worden soms opgelicht of aangezet tot criminele activiteiten en steeds meer meisjes met een LVB worden het slachtoffer van loverboys (de Beer, 2011).

3.4 Eerste onderzoeksresultaten

Sinds 2011 ondersteunt het Trimbos-instituut een vijftal instellingen bij de implementatie van (F)ACT voor LVB. Het gaat om de vier SGLVG-instellingen die zijn aangesloten bij de Borg (Trajectum, Altrecht Aventurijn, Ipse de Bruggen en Dichterbij / Stevig) en om Idris (onderdeel van de Amarant Groep). Onderzoek naar de kenmerken en problematiek van de doelgroep en de resultaten van de zorg maken deel uit van het implementatietraject. Bij de Borg-instellingen bestaat de doelgroep uit forensische cliënten met een LVB, waarbij de teams een brede definitie van 'forensisch' hanteren. Dat betekent dus dat cliënten niet per se over een strafrechtelijke titel hoeven te beschikken om in zorg te komen of te blijven van deze teams. De (F)ACT teams van Idris richten zich op zowel jongeren als volwassenen met een LVB en bijkomende complexe problematiek. De teams van Idris richten zich op zowel forensische als niet-forensische cliënten.

De resultaten van de eerste nulmeting bij (forensische) cliënten van Trajectum en Altrecht Aventurijn zijn onlangs gepubliceerd (Neijmeijer e.a., 2014). In onderstaande

tabel worden zowel de resultaten van deze teams als die van de teams van Idris weergegeven. Bij de cliënten van Idris is onderscheid gemaakt tussen volwassenen (18+) en jeugd (18-).

De tabel laat zien dat het merendeel van de volwassen cliënten man, alleenstaand en van Nederlandse komaf is. De gemiddelde leeftijd is rond de 30. Het opleidingsniveau is laag. Bij de jeugd is de gemiddelde leeftijd ongeveer 14 jaar.

De forensische (F)ACT LVB teams krijgen hun cliënten vooral via de reclassering, terwijl MEE (en voor de jeugd: BJZ¹) de belangrijkste aanmelders zijn van de FACT-teams van Idris. 55% van de cliënten van de teams van Altrecht Aventurijn en Trajectum hebben een straf- of civielrechtelijke maatregelen, bij Idris is dit percentage kleiner.

Tabel 1 Kenmerken van cliënten van forensische (F)ACT teams

	Trajectum en Altrecht Aventurijn (forensisch (F)ACT)	Idris volwassenen (FACT)	Idris jeugd (FACT)
<i>Sociaal-demografische kenmerken</i>			
% mannen	91	56	55
% in NL geboren	78	86	94
Gem. leeftijd	33,5	29,5	13,9
% ten hoogste basisonderwijs	56	53	80
% alleenstaand, geen relatie	78	80	nvt
% met kinderen	58	32	-
<i>Verwijzers</i>	m.n. reclassering	m.n. MEE	m.n. MEE en BJZ
% straf-/civielrechtelijke titel bij aanvang	55	14	35
<i>Aard problematiek</i>			
Gem. TIQ	71	70	73
% Actuele hoofddiagnose As 1 / As 2	46/54	?	?
<i>Sociaal-maatschappelijke situatie</i>			
% financiële problemen	61	48	-
% werk / dagbesteding / onderwijs	47	48	61
% ernstige overlast	25	9	?
<i>Opnames / detenties afgelopen jaar</i>			
% opgenomen in GGZ, VG, VZ	35	20	20
% in detentie	57	15	6
<i>Psychisch functioneren</i>			
Gem GAF (symptomen/beperkingen)	49	50/49,1	51,1/52,6
Gem somscore HoNOS	17.3 (LD)	17.7 (LD)	18.5 (CA)
<i>Risicofactoren</i>			
Gem. score DROS-V	3.1	Niet afgenomen	Niet afgenomen
% matig – hoog delictgevaarlijk			
- Met (F)ACT	51		
- Zonder (F)ACT	82		

¹ Met ingang van 2015: Jeugd Bescherming en Veilig Thuis

Het gemiddelde totaal IQ van cliënt ligt rond de 70. Bij de forensische (F)ACT teams is de verhouding tussen het aantal As 1 en As 2 diagnoses ongeveer gelijk, bij de teams van Idris is deze verdeling (nog) niet bekend. Meest voorkomende DSM-diagnoses zijn verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en LVB / zwakbegaafdheid. Middelenafhankelijkheid of –misbruik komen veel voor: bij 51% van de cliënten van Trajectum en Altrecht Aventurijn is sprake van afhankelijkheid of misbruik van alcohol, bij 62% van cannabis en bij 21% van speed, xtc, crack of heroïne.

Een groot deel van de cliënten woont zelfstandig, eventueel met begeleiding. Van de cliënten van Idris woont ook een grote groep bij familie, kennissen of vrienden. Veel cliënten hebben financiële problemen en ongeveer de helft van de cliënten heeft een vorm van (meestal onbetaald) werk of dagbesteding.

Ongeveer 1 op de 5 cliënten van Idris is het afgelopen jaar opgenomen geweest in een zorgvoorziening, bij de teams van Altrecht Aventurijn en Trajectum gaat het om ongeveer 1 op de 3 cliënten. Een substantiële groep van de cliënten van deze laatste teams heeft het afgelopen jaar een periode in detentie doorgebracht.

De gemiddelde GAF-score van de cliënten ligt rond de 50. Dit betekent dat cliënten ernstige tot matige beperkingen hebben in het functioneren. Een gemiddelde totaalscore van 17 à 18 op de HoNOS-LD wijst in dezelfde richting. Hoge gemiddelde itemscores werden gevonden op het gebied van beroep en vrije tijd, relaties, en verder op het gebied van aandacht en concentratie, stemmingswisselingen, gedragsproblemen gericht op anderen en slaapproblemen. Bij de jeugd gaat het met name om problemen met leren, problemen met relaties met leeftijdgenoten, relaties en het gezinsleven, aandacht en concentratie, gedragsproblemen, en problemen (van de ouders) met de problematiek van het kind.

De gemiddelde itemscore op de verkorte DROS (alleen afgenomen bij Altrecht Aventurijn en Trajectum) bedraagt 3.1. De hoogste risico's worden gevormd door (gebrek aan) copingvaardigheden, probleembesef en –inzicht, onderhouden van een zinvolle dagbesteding, impulsiviteit en verlangen naar middelen. Ook op inzet voor verandering, vijandigheid en criminogene attitudes wordt hoog gescoord. Op basis van de risicotaxatie wordt 51% van de cliënten beoordeeld als matig tot hoog dan wel hoog (delict)gevaarlijk. Zonder forensisch (F)ACT zou dit percentage 31% hoger liggen (Neijmeijer e.a., 2014).

4 Modelbeschrijving (F)ACT LVB

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe een (F)ACT LVB team idealiter wordt opgebouwd, hoe de werkwijze en organisatie eruit zien en welke behandeling wordt geboden. Het is belangrijk dat het team zelf een document opstelt waarin het primaire proces wordt beschreven en waarin de missie en visie, taakverdeling, verantwoordelijkheden en teamafspraken zijn vastgelegd.

In deze modelbeschrijving gaan we alleen in op inhoudelijke werkprocessen die kenmerkend zijn voor FACT LVB en dus niet op algemene kwaliteits- en veiligheidsnormen voor de zorg die bij een HKZ-toetsing aan de orde komen. Ook op de algemeen vigerende wetgeving (zoals vastgelegd in de WGBO, Wet BIG, WKZ) wordt in deze modelbeschrijving niet nader ingegaan. Een aparte paragraaf wordt gewijd aan de bejegening van cliënten met LVB, omdat de wijze waarop deze doelgroep benaderd wordt, nauw luistert en voor een groot deel bepalend is voor het al dan niet bereiken van successen.

4.1 Basishouding en communicatie

Het werken in een (F)ACT-team vraagt veel van de attitude en communicatievaardigheden van de hulpverleners. Een passende attitude als (ongenode) gast in eigen huis van de cliënt en vaardigheden op het gebied van motiverende gespreksvoering, binden, voorlichten, consulteren en omgaan met andere culturen zijn van belang (Veldhuizen e.a., 2008). Daarnaast vragen de specifieke kenmerken van cliënten met een LVB en complexe problematiek om specifieke aanpassingen in de bejegening en communicatie van alle medewerkers in het team.

Bejegening is moeilijk te definiëren, maar volgens hulpverleners de meest essentiële aanpassing in de modelbeschrijving voor de LVB-doelgroep. Allereerst is het belangrijk om met de begeleiding aan te sluiten bij zowel het cognitieve als het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt, en bij zijn beleavingswereld en interesses (Neijmeijer e.a., 2010). De afstemming luistert nauw en in de praktijk betekent dit dat aanpassingen in het tempo, taalgebruik (kort en bondig, veel herhaling) en de houding van de hulpverlener noodzakelijk zijn. Mensen met LVB willen net als ieder ander serieus genomen worden en zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken. Tegelijkertijd hebben mensen met LVB behoefte aan structuur en zijn zij gebaat bij heldere grenzen en regels. In de dagelijkse praktijk vraagt dit van hulpverleners om een juiste balans te vinden tussen enerzijds een meer beheersmatige/regulerende aanpak en anderzijds een meer coachende/ondersteunende begeleidingsstijl, afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt (Ten Wolde e.a., 2006). Het is belangrijk cliënten niet te overvragen, maar ook niet te onderschatten. Om een emotioneel veilige situatie te creëren is het opbouwen van een vertrouwensrelatie essentieel (Neijmeijer e.a., 2010). Een betrokken, accepterende en niet oordelende houding is daarbij van belang. De begeleiding en behandeling richt zich op de positieve kanten van de cliënt, op wat hij wel kan en wat hij nog kan leren (Competentiemodel; Slot & Spanjaard, 2006). Het opdoen van succeservaringen en het voorkomen van faalervaringen is belangrijk om het

zelfbeeld van cliënten te verbeteren (Van Dijk e.a., 2008). Dat kan onder andere door het werken met kleine, afgebakende en haalbare (sub)doelstellingen.

In de dagelijkse omgang met mensen met een LVB is het tevens van belang de communicatie aan te passen. Mensen met een LVB hebben moeite met abstracte begrippen, rekenen en lezen. Men kan zich moeilijk iets voorstellen bij 'over een paar maanden' of de weg niet vinden in een groot gebouw. Het is belangrijk rekening te houden met het taalbegrip van iemand met een LVB. Dit kan door het gebruik van korte zinnen, eenvoudig taalgebruik, dingen meerdere malen te herhalen en op verschillende manieren uit te leggen. Het aantal onderwerpen dat in een gesprek besproken wordt moet beperkt blijven. Visuele middelen (plaatjes, pictogrammen of een tekening) kunnen de communicatie ondersteunen. Het is van groot belang om in de communicatie met mensen met een LVB over de eigen cultuurgrenzen, de eigen normen en waarden heen te reiken. Dat vraagt een basishouding van oprechte betrokkenheid bij de leefwereld van de ander (de Beer, 2011).

4.2 Teamstructuur

4.2.1 Teamsamenstelling

In tabel 2 wordt de aanbevolen teamsamenstelling weergegeven voor (F)ACT LVB. Net als bij reguliere (F)ACT is een *multidisciplinair* team vereist. Afhankelijk van de lokale omstandigheden kan in de teamsamenstelling worden gevarieerd, maar onderstaande disciplines en deskundigheden vormen de basis. Bovenop dit basisteam kunnen bijvoorbeeld een psychomotorisch therapeut, een creatief therapeut of een ergotherapeut worden aangesteld.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen *disciplines en deskundigheden*. Van medewerkers in een specifieke discipline, bijvoorbeeld gedragsdeskundige of maatschappelijk werker, wordt verwacht dat zij daar de vereiste opleiding voor hebben gevolgd. Bij deskundigheden gaat het om expertise in het team, onafhankelijk van de specifieke functie. Een maatschappelijk werker kan bijvoorbeeld deskundig zijn op het gebied van trajectbegeleiding. Indien dit niet het geval is, is het belangrijk dat een trajectbegeleider wordt aangesteld. Evenzo kan een verpleegkundige zich hebben bijgeschoold op het gebied van middelengebruik of kan ervoor worden gekozen een verslavingsdeskundige in dienst te nemen. In paragraaf 4.2 wordt een toelichting gegeven op de verschillende disciplines en deskundigheden in het team.

Kenmerkend voor (F)ACT is de *kleine caseload*. Voor reguliere FACT-teams geldt een norm van 1:15, voor FACT-teams die zich specifiek richten op de doelgroep van LVB is deze norm gesteld op 1:13. Voor reguliere ACT-teams is deze norm 1:10, voor ACT LVB-teams 1:8. In de VG hebben hulpverleners doorgaans een (aanzienlijk) lagere caseload dan in de GGZ en cliënten die bij (F)ACT LVB teams in zorg komen hebben veelal een hoge zorgindicatie (dus veel behandel- en begeleidingsuren). Dat heeft te maken met de specifieke leer- en denkstijl die de verstandelijke beperking met zich meebrengt. Cliënten kunnen niet te veel informatie tegelijk verwerken, waardoor zaken stap voor stap moeten worden aangeboden en geleerd (Van Dijk, e.a., 2008). In de begeleiding en behandeling dient hier rekening mee te worden gehouden door het taalgebruik aan te passen, veel uitleg en herhaling te bieden en veel in verschillende situaties te oefenen. In de praktijk betekent dit dat er meer begeleidingscontacten nodig zullen zijn en de intensiteit van de hulpverlening hoger is dan in reguliere (F)ACT-teams. Een norm van 1:13 betekent dat

een FACT LVB-team met 100 cliënten uit 7 à 8 fte moet bestaan. Een norm van 1:8 voor ACT LVB teams betekent een formatie van 12 à 13 fte op 100 cliënten.

In onderstaande tabel wordt een richtlijn gegeven voor de teamsamenstelling van respectievelijk FACT en ACT LVB-teams. Bij de samenstelling van het team is het van belang dat er een goede balans is tussen 'specialisten' en hulpverleners die de dagelijkse begeleiding van cliënten op zich nemen (de zgn. casemanagers, dossierhouders of persoonlijk begeleiders). Richtlijn is dat minimaal 60% van de teamformatie bestaat uit deze tweede categorie.

Tabel 2 Richtlijn teamsamenstelling (F)ACT LVB (in fte)

	FACT LVB	ACT LVB
Psychiater	0,5	0,8
Gedragsdeskundige	1	2
Verpleegkundige (w.o. SPV/VS)	2	2
Agogen	1	2
Trajectbegeleider	0,5	0,5
Ervaringsdeskundige	0,5	0,5
Verslavingsdeskundige	1	2
Systeemdeskundige	1	2
Totale formatie op 100 cliënten	7,5	11,8

Cuddeback en Morrissey (2011) pleiten ervoor dat een hulpverlenersteam wat betreft demografische kenmerken zoveel mogelijk overeenkomt met de cliëntenpopulatie die het bedient. Dit betekent dat er bij de samenstelling van een team gelet moet worden op een optimale mix van mannen en vrouwen en van allochtonen en autochtonen. Een voordeel van een multicultureel team is vooral dat medewerkers de cliënt(systemen) in hun eigen taal te woord kunnen staan en ze vanuit hun eigen cultuur begrijpen. Daarnaast is het belangrijk dat alle medewerkers een cultuursensitieve attitude hebben.

4.2.2 Disciplines en deskundigheden

In de VG wordt het hoofdbehandelaarschap doorgaans uitgeoefend door de *gedragsdeskundige*: een GZ-psycholoog of een orthopedagoog generalist. De gedragsdeskundige heeft een belangrijke coördinerende en uitvoerende rol in zowel de diagnostiek als de behandeling (Roos e.a., 2010). Omdat cliënten met een LVB relatief vaak een verleden hebben van overvraging, verwaarlozing, mishandeling en/of misbruik, is het wenselijk dat de gedragsdeskundige tevens specialistische deskundigheid heeft op het gebied van trauma's en traumabehandeling. De gedragsdeskundige kan cliënten behandelen en ondersteunen en teamleden handvatten bieden hoe zij met getraumatiseerde cliënten om kunnen gaan.

De gedragsdeskundige heeft ook een rol in het bewaken van de kwaliteit van het zorgproces op zowel individueel als organisatorisch niveau. Dit gebeurt bijvoorbeeld door actieve betrokkenheid bij Routine Outcome Monitoring en de ontwikkeling en evaluatie van programmaonderdelen (Willigenburg, Van der Vleugel, Folkerts, Delespaul en Van Veldhuizen, 2008). Meer informatie over de rol van de psycholoog in (F)ACT is te vinden in hoofdstuk 8 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Net als in een regulier (F)ACT-team is een *psychiater* met medische kennis op het gebied van psychiatrische- en gedragsstoornissen en somatische gezondheidsproblematiek een

belangrijke discipline in het team. Mensen met een verstandelijke beperking hebben als groep aanmerkelijk meer lichamelijke aandoeningen dan de normaal begaafde populatie en er zijn verschillende syndromen die regelmatig voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking, waarbij zowel lichamelijke als psychiatrische stoornissen voorkomen (Roos e.a., 2010). Een multidisciplinaire benadering van gedragsproblemen waarbij alle somatische, psychiatrische en sociale aspecten betrokken worden, biedt de beste kansen op een effectieve behandeling. Het kan zinvol zijn om naast een psychiater, een AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten) in het team op te nemen. Een AVG heeft zich gespecialiseerd in lichamelijke en psychische ziekten en problemen die veel voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking, en kan de kennis van de psychiater aanvullen en mogelijk een deel van de medische zorg van de psychiater overnemen. In de VG werken van oudsher weinig psychiaters, en als ze er werken zijn ze meestal op consultbasis beschikbaar. Gezien de complexiteit van de problematiek van cliënten in (F)ACT LVB teams is een vaste psychiater echter onontbeerlijk. Voor meer informatie over de rol van de psychiater in (F)ACT verwijzen we naar hoofdstuk 8 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

De dagelijkse praktische begeleiding zal met name worden geboden door *sociaal pedagogisch hulpverleners en verpleegkundigen*. Vaak zullen zij de rol van casemanager, dossierverantwoordelijke of persoonlijk begeleider vervullen. Zij ondersteunen cliënten en hun systemen bij het persoonlijk en maatschappelijk functioneren, gaan mee naar instanties, begeleiden hen bij zaken op het gebied van wonen, werken en financiën, geven psycho-educatie en eventueel andere behandelingen en trainingen. Ook betrekken zij het formele en informele systeem bij de behandeling en de begeleiding. Cliënten hebben te maken met allerlei instanties, zoals schuldhelpverlening, bewindvoerders, uitkeringsinstanties, jobcoaches, woningbouwverenigingen, ggz, verslavingszorg, politie en justitie, huisarts en jeugdzorg. Van belang is dan ook dat de begeleiders bekend zijn met de sociale kaart en hun weg weten te vinden binnen de regio. Omdat de afstemming met deze organisaties veel tijd kan kosten en cliënten in complexe (juridische) situaties kunnen verkeren, kiezen veel teams ervoor om hiervoor een specialist aan te stellen, in de persoon van een maatschappelijk werker of een sociaal-juridisch medewerker. Ook een teamlid dat gespecialiseerd is in schuldhelpverlening kan een belangrijke toegevoegde waarde hebben.

Gezien de kenmerken en zorgbehoeftes van de doelgroep is het wenselijk te streven naar een optimale mix van verpleegkundig en sociaal-agogisch opgeleid personeel zodat er zowel kennis van psychiatrie (GGZ) als van orthopedagogiek (VG) aanwezig is. Om dezelfde reden is het advies om zowel verpleegkundigen met scholing en ervaring in de psychiatrie als in de verstandelijk gehandicaptenzorg in het team op te nemen. Ook een *sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV)* of een *verpleegkundig specialist (VS)* levert een belangrijke bijdrage aan een (F)ACT LVB-team. SPV's hebben vaak een expliciete rol op het gebied van screening en toeleiding, somatiek (uitvoeren van lichamelijke screening), medicatie (medicatiebegeleiding, medicatieverstrekking, depots) en crisishulpverlening. Ook bij cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals psychosen of persoonlijkheidsproblematiek is het raadzaam om SPV's in te zetten vanwege hun uitgebreide kennis van psychopathologie. Voor meer informatie over de rol van (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen binnen (F)ACT teams verwijzen we naar hoofdstuk 6 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

In de (ambulante) zorg voor mensen met een verstandelijke beperking werkt relatief veel middelbaar opgeleid personeel. Gezien de complexiteit van de cliëntengroep en het grote appèl op de specialistische kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van medewerkers in (F)ACT-teams is het raadzaam dat (F)ACT-teams voor de meerderheid (75%) bestaan uit hoger opgeleid personeel. Ook reguliere (F)ACT-teams bestaan overwegend dan wel uitsluitend uit hoger opgeleid personeel.

In de reguliere (F)ACT teams wordt steeds vaker gewerkt met *ervaringsdeskundigen*. Ervaringsdeskundigen hebben – veelal door scholing – geleerd hoe zij hun eigen ervaring als cliënt in de GGZ of de verslavingszorg kunnen inzetten ten behoeve van andere cliënten, om daarmee hun herstelproces te bevorderen. Niet iedere (ex) cliënt is dus automatisch ook ervaringsdeskundige! Het Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid (LIVE) heeft in samenwerking met GGZ Nederland een competentieprofiel voor deze professie ontwikkeld.

Ook in (F)ACT-LVB teams kunnen ervaringsdeskundigen een belangrijke meerwaarde hebben. Veel teams worstelen met de vraag welke achtergrond een ervaringsdeskundige zou moeten hebben, en of het al dan niet iemand met een lichte verstandelijke beperking zou moeten zijn. Gezien de hoge complexiteit van de cliëntengroep en daarmee dus ook van het werk ligt het niet voor de hand om iemand met een LVB in het directe cliëntencontact in te zetten. Ervaring als cliënt in de GGZ en/of de verslavingszorg is (uiteeraard) wel van belang. De ervaringsdeskundige dient een volwaardige plek in het team te hebben. Idealiter heeft de ervaringsdeskundige een aanstelling van minimaal 0,5 fte op 100 cliënten, is hij aanwezig bij alle briefings en cliëntbesprekingen en heeft hij toegang tot dossiers en andere informatie. Voor meer informatie over de ervaringswerker verwijzen we naar hoofdstuk 7 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Overigens kunnen (ex) cliënten met een LVB wel een waardevolle rol spelen als adviseur en klankbord bij projecten en trainingen aan professionals, en mogelijk ook bij trainingen aan cliënten. Tevens zouden familieleden of naastbetrokkenen van cliënten gericht geraadpleegd en betrokken kunnen worden bij cliëntoverstijgende beleidszaken; zie daarvoor ook paragraaf 4.7.

Binnen het team moeten naast bepaalde disciplines en vakgebieden, tevens bepaalde (aanvullende) deskundigheden aanwezig zijn, te weten systeemdeskundigheid, verslavingsdeskundigheid en deskundigheid op het gebied van toeleiding naar school en werk. Iemand wordt voldoende deskundig geacht als hij een gedegen training of scholing heeft gehad op dit gebied of een jaar werkervaring heeft opgedaan specifiek gericht op de betreffende deskundigheid.

Van belang is dat een FACT-LVB team beschikt over voldoende *systeemdeskundigheid*. Enerzijds speelt het (gezins)systeem een belangrijke rol bij de behandeling, anderzijds is bekend dat er bij mensen met een LVB relatief veel risicofactoren spelen in de gezinssituatie, zoals LVB-problematiek bij andere gezinsleden, psychische en verslavingsproblemen, misbruik, mishandeling en problemen op het gebied van wonen en financiën. Bij jongere cliënten spelen er regelmatig relationele problemen tussen ouder en kind (Kwaak & Kramer, 2009). Een systeemaanpak is daarom cruciaal. Van belang is dat er zowel in de diagnostische als in de behandelingsfase aandacht is voor het systeem, en voor de belemmerende en de steunende factoren in dat systeem.

Systeemdeskundigheid kan worden verkregen door verschillende scholingstrajecten, zoals de opleiding tot systeemtherapeutisch medewerker maar ook de Intensieve Orthopedagogische of Systeemgerichte Gezinsbegeleiding (IOG / ISG) opleiding en de scholing contextuele hulpverlening. Het team hoeft dus niet per se over een geregistreerde systeemtherapeut te beschikken.

Verslavingsdeskundigheid is nodig omdat veel cliënten van FACT LVB-teams (overmatig) middelen gebruiken. Onderzoek onder cliënten van twee forensische (F)ACT LVB teams laat zien dat 51% van de cliënten afhankelijk is van alcohol, 62% van cannabis en 21% van speed, xtc, crack of heroïne. Waarschijnlijk liggen deze percentages hoger omdat van een substantiële groep cliënten niet bekend is of zij (overmatig) middelen gebruiken (Neijmeijer e.a.,2014). Mogelijk ook worden signalen van middelengebruik onvoldoende herkend. Het is daarom belangrijk om voldoende kennis en deskundigheid op het gebied van verslaving en behandeling van verslaving in het team te hebben, het liefst specifiek met betrekking tot de doelgroep van LVB. In toenemende mate worden specifieke methodieken ontwikkeld die zijn afgestemd op deze doelgroep (zie toolkit LVB en verslaving; Lokman e.a.,2012). Verslavingsdeskundigen zijn betrokken bij de behandeling en begeleiding van cliënten met verslaving maar hebben ook een belangrijke rol in het overdragen van kennis en het coachen van collega's.

Deskundigheid op het gebied van verslaving kan op verschillende manieren worden verkregen, zoals via de opleiding verslavingkunde, de leergang professioneel begeleiden van verslavingsproblematiek, verslavingspsychiatrie en de cursus geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose (IDDT).

Ook deskundigheid op het gebied van *trajectbegeleiding / jobcoaching* is onmisbaar in een (F)ACT LVB team. Zeker voor cliënten met een LVB is het van groot belang dat zij een dagstructuur hebben, waarvan werk, dagbesteding of school deel uit maakt. Het opleidingsniveau van cliënten is laag; 56% van de cliënten heeft ten hoogste het basisonderwijs afgerond, 14% heeft daarna nog een (lagere) beroepsopleiding gedaan en 11% deed voortgezet speciaal onderwijs. Om een kans te maken op de arbeidsmarkt, is het essentieel dat zij hun startkwalificatie halen en worden begeleid op hun werkplek. Voor veel cliënten is een betaalde baan mogelijk te hoog gegrepen en voor hen is toeleiding naar een vorm van vrijwilligerswerk of dagbesteding een meer reële optie. In ieder geval is van belang dat individuele competenties en vaardigheden van iedere cliënt goed worden ingeschat en dat daarbij een passende werkomgeving wordt gezocht. Cliënten met een (Wajong) uitkering krijgen vanuit de gemeente vaak al een jobcoach toegewezen. Samenwerking met deze jobcoaches is van groot belang, ook omdat niet alle jobcoaches voldoende kennis hebben van LVB-problematiek.

Deskundigheid op het gebied van arbeids- en schooltoeleiding kan worden verkregen op verschillende manieren, bijvoorbeeld via de opleiding jobcoaching, trajectbegeleiding of reïntegratiespecialist.

4.2.3 Enkelvoudige en samengestelde teams

Een (F)ACT LVB team kan zowel vanuit één VG- of GGZ-instelling als vanuit meerdere organisaties worden samengesteld. Beide constructies hebben voor- en nadelen, zie daarvoor de Implementatiehandreiking (F)ACT LVB (Neijmeijer, 2014). Reguliere (F)ACT-teams zijn doorgaans vormgegeven volgens het 'enkelvoudige' model; de teams bestaan uit medewerkers die allen in dienst zijn van dezelfde GGZ-instelling en volledig zijn

aangesteld voor het (F)ACT team. De kracht hiervan is dat alle medewerkers hun aandacht geheel kunnen richten op (F)ACT, wat een gezamenlijke visie en positieve teamgeest met zich meebrengt.

Voor cliënten met een LVB en bijkomende psychiatrische en gedragsproblematiek is de hulpverlening versnipperd. Cliënten hebben vaak te maken (gehad) met verschillende sectoren en instellingen. (F)ACT LVB teams opereren op het snijvlak van GGZ, VG, verslavingszorg en soms ook jeugdzorg en forensische zorg. Dit kan een reden zijn voor het oprichten van een samengesteld team waarin de verschillende betrokken organisaties intensief samenwerken. Voordelen hiervan zijn onder meer dat de lijnen tussen organisaties korter worden, men gebruik kan maken van elkaars expertise, er een ruim en divers hulpverlenersaanbod is en er minder risico is op 'blinde vlekken'. Een nadeel kan zijn dat de betrokken partijen mogelijk te maken hebben met verschillende geldstromen en registratiesystemen. Het vraagt van een (F)ACT LVB team de nodige inspanningen en creativiteit om dit goed te organiseren. Ook kan verschil in visie tussen instellingen en een gedeelde aandacht voor (F)ACT en de werkzaamheden binnen de eigen organisatie, leiden tot een verslachte teamgeest en het minder snel kunnen ingrijpen als dat nodig is.

Zowel bij enkelvoudige als samengestelde teams is het belangrijk dat medewerkers een substantieel dienstverband hebben voor het team, zodat zij hun aandacht hoofdzakelijk kunnen richten op (F)ACT, vaak bij het ochtendoverleg aanwezig zijn en daardoor goed op de hoogte zijn van de ontwikkelingen. De gedeelde caseload, die zo kenmerkend is voor (F)ACT, komt op die manier niet in het geding. In het geval van een samengesteld team is het wenselijk dat medewerkers naast hun aanstelling bij (F)ACT voor een klein aantal fte werkzaam blijven voor hun 'moederorganisatie'. Bij een volledige overstap naar (F)ACT zal een medewerker de binding met de eigen organisatie verliezen, waardoor de meerwaarde van het samengestelde team verdwijnt.

Afhankelijk van de lokale omstandigheden dient men een keuze te maken voor de samenwerkingspartners. Ook van enkelvoudige teams wordt verwacht dat zij intensief samenwerken met andere hulpverleningsorganisaties. Zij doen dat door regelmatig overleg en afstemming met de betrokken partijen rond een cliënt. Bij samengestelde teams is het raadzaam om bij de keuze van deelnemende organisaties aan het team rekening te houden met de vereiste disciplines en deskundigheden voor (F)ACT LVB. Afhankelijk van de mogelijkheden en cliëntenpopulatie kan bij samengestelde teams ook gekozen worden voor een tussenoplossing, waarin bepaalde organisaties onderdeel zijn van het (F)ACT-team en andere alleen periodiek (bv eens per week) aansluiten bij het overleg ter consultatie. De laatste constructie kan overigens ook bij enkelvoudige teams worden gehanteerd. Het is daarbij belangrijk dat in het kernteam de vereiste disciplines en deskundigheden aanwezig zijn zoals beschreven in paragraaf 4.2.

4.3 Teamproces en werkwijze

4.3.1 Teamleider

Het team wordt aangestuurd door een teamleider. Deze heeft de rol van 'meewerkend voorman of voorvrouw', wat betekent dat de teamleider regelmatig (minimaal 30% van hun tijd) directe hulpverlening biedt aan cliënten zodat hij / zij goed feeling houdt met de praktijk en de caseload. De teamleider bewaakt actief de toepassing van het (F)ACT model. Dit betekent dat hij / zij toeziet op de toepassing van o.a. de principes van shared caseload, contactfrequentie, op- en afschaling, etc. De teamleider is standaard)op

werkdagen) aanwezig bij zowel ochtendoverleggen als behandelplanbesprekingen en/of MDO's. Sommige teams hebben ervoor gekozen een teamleider 'inhoud' en een teamleider 'bedrijfsvoering' aan te stellen.

4.3.2 Shared caseload

Net als reguliere (F)ACT teams werken (F)ACT LVB teams met een gedeelde caseload. Dat betekent dat cliënten minimaal vier hulpverleners van het team kennen, waaronder – naast de casemanager(s) – in ieder geval de psychiater en de gedragsdeskundige. Ook tijdens zorgintensivering is een multidisciplinaire benadering van groot belang. Omdat LVB cliënten meer moeite kunnen hebben met het zien van meerdere gezichten dan normaal begaafde cliënten wordt bij (F)ACT-LVB teams een iets soepeler norm gehanteerd: cliënten zien minimaal drie hulpverleners per vier weken in plaats van drie hulpverleners per twee weken.

4.3.3 Op- en afschalen

Het (F)ACT LVB-team komt doordeweeks dagelijks bij elkaar om de hulpverlening voor alle zorgintensieve cliënten door te nemen en te plannen. ACT-LVB teams bespreken iedere dag dus alle cliënten, FACT LVB teams beperken zich tot de meest zorgintensieve cliënten, ofwel degenen die 'op het bord' staan. Voor het 'opschalen' van cliënten wordt een beschreven procedure gehanteerd, waarin de volgende onderdelen zijn opgenomen: (1) ieder teamlid kan een cliënt op het bord plaatsen, (2) het crisis- of signaleringsplan treedt in werking, (3) de cliënt en/of zijn netwerk worden geïnformeerd dat ze nu intensiever zorg krijgen, (4) de cliënt wordt, al naar gelang de urgentie van de situatie van de cliënt, binnen uiterlijk een week gezien door de hoofdbehandelaar en (5) zo nodig wordt een melding gedaan aan de 7 x 24 uursdienst, kliniek, veiligheidshuis en reclassering. Voor het plaatsen van cliënten op het bord gelden de volgende criteria: (1) toename van psychiatrische symptomen, gedragsproblemen, overlast, middelengebruik, delictgedrag, (2) dreigende systeemcrisis, verergering systeemproblematiek, (3) zorgmijndend gedrag, (4) na een opname- of detentieperiode, (5) wijziging van behandeling (bijv. andere medicatie of therapie), (6) life events en (7) nieuwe cliënten.

Ook voor het weer van het bord afhalen van cliënten, ofwel voor afschaling van zorg, wordt een beschreven procedure gehanteerd, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FACT overleg, (2) de cliënt wordt geïnformeerd, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met team, (4) en met de cliënt en diens naasten, (5) zo nodig wordt het crisisplan bijgesteld (6) en wordt het behandelplan aangepast. Voor meer informatie over het FACT-bord verwijzen we naar hoofdstuk 15 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

4.3.4 Behandelplannen

De behandelplannen worden multidisciplinair (met ten minste vier verschillende disciplines) op- en bijgesteld in een behandelplanplan(evaluatie)bespreking, waarbij zowel de cliënt als bij voorkeur ook naastbetrokkenen aanwezig zijn. Het betrekken van het systeem is zowel bij minder- als wel meerderjarigen van belang. Omdat het voor veel cliënten en hun naastbetrokkenen lastig en onveilig is om met meerdere teamleden een gesprek te voeren over de voortgang van de behandeling, worden behandelplanbesprekingen vaak alleen door de casemanager en/of de hoofdbehandelaar met de cliënt en zijn naastbetrokkenen gevoerd. In die situatie is het van belang dat

voorafgaand dan wel aansluitend aan de behandelplanbespreking met de cliënt en zijn systeem, een multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvindt waarbij ten minste vier disciplines aanwezig zijn. Behandeldoelen, interventies en afspraken worden geformuleerd in de taal van de cliënt zelf en bevatten doelen die gericht zijn op het versterken van persoonlijke competenties van de cliënt en zijn systeem. Zowel de cliënt als zijn naastbetrokkenen hebben het behandelplan in hun bezit.

4.3.5 Contactfrequentie

Gezien de complexiteit van de problematiek van de cliënten (en hun systemen) is een hoge contactfrequentie aangewezen. Voor cliënten / cliëntsystemen die redelijk stabiel functioneren wordt als richtlijn een gemiddelde aangehouden van twee of meer face to face contacten per week (inclusief contacten met het systeem). Voor cliënten die op het bord staan, geldt een contactfrequentie van gemiddeld vier face to face contacten per week per cliënt(systeem). Naast face to face contact onderhouden (F)ACT LVB teams ook contact met hun cliënt(system)en via media als whatsapp, facetime, skype, sms en e-mail.

Bij jongeren en gezinnen kunnen de normen t.a.v. de contactfrequentie mogelijk te hoog liggen. Het team moet ervoor waken dat een gezin zich overvraagd gaat voelen en er onvoldoende appèl wordt gedaan op de eigen kracht van het systeem.

4.4 Diagnostiek, behandeling en interventies

4.4.1 Diagnostiek

Net als bij reguliere (F)ACT is het belangrijk om nieuwe cliënten de eerste periode op het bord te zetten, zodat de verschillende teamleden hun beeld kunnen vormen door de cliënt te zien en te spreken en door hem of haar dagelijks te bespreken in het ochtendoverleg.

Vanwege de vaak complexe psychosociale, gedrags-, systeem- en psychiatrische problematiek en de lange voorgeschiedenis in verschillende sectoren van de gezondheidszorg is zorgvuldige diagnostiek juist bij deze doelgroep van groot belang. Hierbij moet niet enkel gekeken worden naar de problemen op verschillende vlakken (niveau, stoornis, gedrag en risico's), maar moet ook rekening worden gehouden met de interactie doordat verschillende factoren en processen elkaar onderling beïnvloeden (Van Dijk e.a., 2008). Het functioneren van de cliënt moet gezien worden in de context van zijn omgeving en naast de voorkomende problematiek dienen de ontwikkelings- en leergeschiedenis en de sociale context (zoals het sociaal netwerk en eventuele overvraging door de omgeving) zorgvuldig in kaart te worden gebracht. Zowel bij het diagnostisch proces als bij de behandeling is een gespecialiseerde multidisciplinaire en integratieve aanpak nodig waarbij kennis van de orthopedagogiek, de (neuro)psychologie en de psychiatrie gebundeld wordt (integratieve diagnostiek; Dosen, 2005).

In de praktijk komen veel cliënten binnen met een aanzienlijk dossier en vaak is er al veel diagnostiek verricht. Desondanks is de problematiek bij cliënten van (F)ACT LVB teams vaak nog onvoldoende helder. Vaak zijn er symptomen van verschillende stoornissen en wordt de diagnostiek bemoeilijkt door het (lage) niveau van intellectueel en sociaal functioneren en gebruik van middelen. Behandelaars zijn terughoudend in het stellen van psychiatrische diagnoses bij mensen met een LVB, omdat lang niet altijd duidelijk is of de problematiek, de symptomen en het gedrag voortkomen uit een

psychiatrisch ziektebeeld of het gevolg zijn van langdurige overvraging – en dus meer gerelateerd zijn aan de LVB. In de praktijk is de diversiteit aan DSM-diagnoses dan ook groot (Neijmeijer e.a., 2014).

Om grip te krijgen op het ontstaan en de achterliggende 'oorzaken' van de problematiek is goede *procesdiagnostiek* van groot belang. Diagnostiek is geen momentopname maar een doorlopend proces, vanwege de complexiteit en de veranderlijkheid van de (uitingsvorm van) de problematiek. In dat proces dient men alle factoren die een rol spelen bij het ontstaan (en het in stand houden) van de problematiek in kaart te brengen en de cliënt in zijn brede context te zien. Het gaat om multidisciplinaire en integrale diagnostiek die niet alleen gericht is op het individu, maar ook op zijn systeem. Het (F)ACT LVB team dient zelf de middelen en expertise in huis te hebben om diagnostiek en systeemonderzoek te verrichten. Coördinatie vindt plaats door de hoofdbehandelaar.

Omdat relatief veel LVB-clënten externaliserend gedrag vertonen, makkelijk beïnvloedbaar zijn en beschikken over minder copingvaardigheden dan normaal begaafde cliënten, zou *risicotaxatie* standaard deel moeten uitmaken van het diagnostisch proces van (F)ACT LVB teams. Dit geldt voor alle cliënten, ongeacht hun juridische status. De risicotaxatie dient minimaal eens per jaar (voorafgaand aan de behandelplanevaluatie) herhaald te worden, moet gericht zijn op zowel gevaar voor zichzelf als voor de omgeving en moet plaatsvinden aan de hand van een gestandaardiseerd instrument. Voorbeelden van risicotaxatie-instrumenten zijn de (verkorte) DROS, de HKT-30 / HKT-R, de START en de HCR-20.¹ Teams kunnen er ook voor kiezen om systematisch gebruik te maken van een (globaler) screeningsinstrument, om vervolgens bij een vermoeden van verhoogd (delict)gevaar een specifiek risicotaxatie-instrument in te zetten.

4.4.2 Behandeling en interventies

Het (F)ACT LVB team biedt *outreachinge praktische intensieve begeleiding* op verschillende levensgebieden en binnen de verschillende contexten waarin de cliënt zich begeeft. Op in ieder geval de volgende gebieden wordt zorg geboden: (1) op het gebied van ADL en medicatiegebruik (2) op het gebied van HDL / wonen (3) op het gebied van school, werk en/of dagbesteding, (4) in het gezin/bij familiecontacten, (5) naar instanties, (6) in de buurt/ bij (sport)verenigingen, (7) bij financiën / schulden en administratie. Mensen met een LVB hebben vaak levenslang en levensbreed ondersteuning nodig, omdat een LVB levenslang aanwezig is (de Beer, 2011). Een groot deel van de werkzaamheden van (F)ACT LVB-teams zal dan ook bestaan uit het bieden van praktische ondersteuning en begeleiding bij vragen en problemen waar mensen met een LVB in een steeds ingewikkelder wordende samenleving tegenaan lopen. Het komt vaak voor dat cliënten basale kennis en vaardigheden missen zoals praktische vaardigheden (bv. huishoudelijke werkzaamheden, zelfzorg en budgetteren), sociale vaardigheden en assertiviteit, leefstijl, omgaan met seksualiteit, omgaan met boosheid en frustratie, maatschappelijke oriëntatie en omgaan met vrije tijd (Roos e.a., 2010). Door het oefenen van vaardigheden kan de zelfstandigheid van de cliënt worden vergroot. Daarbij is het van belang om na te gaan wat een (F)ACT team moet of kan doen, en wat het (in)formele steunsysteem kan doen. Vaak hebben cliënten met

¹ Zie voor een uitgebreid overzicht van risicotaxatie-instrumenten bij LVB-clënten:
http://www.efp.nl/web/images/uploads/TF_LVB_RT_Laatste_Versie_7-2-13.pdf

meerdere hulpverlenende instanties te maken. De *outreaching* werkwijze moet er dus met name op gericht zijn om het contact aan te gaan met de verschillende steunsystemen, deze te versterken en met elkaar te verbinden.

Het team ondersteunt en begeleidt cliënten actief bij het vinden van en functioneren op het werk, dagbesteding en onderwijs. Idealiter wordt er gebruik gemaakt van *evidence based practices* op dit gebied, zoals Individuele Plaatsing en Steun (IPS). Zie voor meer informatie over IPS hoofdstuk 10 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Iedere cliënt heeft een dossier waarin een *behandelplan* van minder dan een jaar oud is opgenomen. In het behandelplan zijn doelen opgenomen gericht op persoonlijke ontwikkeling en het vergroten van competenties op verschillende terreinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor behoeften, wensen en kwaliteiten van de cliënt. Cliënten / cliëntsystemen ontvangen een kopie van het behandelplan. Daarnaast heeft elk(e) cliënt(systeem) een signaleringsplan, een crisisinterventieplan en/of een terugvalinterventieplan. Ook dit plan is opgenomen in het dossier.

Psycho-educatie vraagt in de behandeling van cliënten met een LVB extra aandacht. Psycho-educatie moet zich richten op zowel de cliënt als zijn formele én informele systeem en moet worden afgestemd op zijn behoeften, ontwikkelingsniveau en zo mogelijk zijn specifieke probleem (bv verslaving, autisme, psychosen, daders van huiselijk geweld). Idealiter is er zowel een individueel als een groepsaanbod, wordt de psycho-educatie methodisch geboden en wordt er gebruik gemaakt van verschillende materialen (folders, websites, spelen).

(F)ACT LVB-teams moeten ook de somatische zorg goed geregeld hebben. Alle cliënten dienen minimaal één keer per jaar somatisch gescreend worden, en in het behandelplan moet aandacht zijn voor somatische zorgvragen en de daarbij behorende interventies. Indien nodig begeleidt het team cliënten naar de huisarts of naar de specialistische somatische zorg en op indicatie levert het kortdurende somatische zorg. Daarbij volgt het de richtlijnen van de NVAVG.

Idealiter zijn alle bij de cliënt betrokken medewerkers op de hoogte van zijn medicatiegebruik en van de (bij)werkingen ervan. Psychofarmaca worden voorgeschreven door de psychiater van het team, volgens de richtlijnen van de NVAVG en de NVvP. Het gebruik van psychofarmaca wordt periodiek (minimaal eens per half jaar) geëvalueerd met de cliënt, de casemanager en de psychiater. De psychiater werkt samen met de huisarts en er is sprake van onderlinge afstemming.

Kenmerkend aan (F)ACT is dat per persoon wordt bekeken wat hij of zij nodig heeft en welke evidence based of practice based interventies het beste kunnen worden ingezet. Het (F)ACT LVB team dient zelf specialistische behandeling te kunnen bieden, zoals *cognitieve gedragstherapie*, *traumabehandeling (EMDR)*, *oplossingsgerichte therapie*, *vaktherapie (psychomotorische en/of beeldende therapie)* en *agressieregulatietherapie*. Ook *verslavingsbehandeling* is gezien de hoge prevalentie van middelengebruik en verslavingsproblematiek onder de caseload (zie paragraaf 3.4) een onmisbaar onderdeel van het behandelaanbod. De verslavingsbehandeling moet geënt zijn op de principes van geïntegreerde behandeling. Dit betekent dat in de behandeling en begeleiding rekening wordt gehouden met het feit dat de licht verstandelijke beperking, het problematisch

middelengebruik en de evt. psychische klachten niet los van elkaar staan maar elkaar wederzijds beïnvloeden, en dat er dus aandacht moet zijn voor alle aspecten of probleemgebieden. Interventies gericht op het behandelen van de verslaving (en van de eventuele onderliggende of bijkomende psychiatrische problematiek) moeten dus in samenhang worden aangeboden met de dagelijkse begeleiding en ondersteuning aan de persoon met de LVB. De zorg die geleverd wordt zal (grotendeels) vanuit het team zelf geboden moeten worden, waarbij gebruik wordt gemaakt van eventueel aanvullende expertise van de verslavingszorg.

De behandeling kan zowel individueel als in groepen geboden worden. Voor adolescenten zijn positieve ervaringen opgedaan met *groepsbehandeling* binnen FACT-teams (Hendriksen-Favier, 2013). De groepen krijgen naar buiten toe niet de naam "behandeling", om het zo laagdrempelig mogelijk te houden. Te denken valt aan een sportgroep, boksgroep, hardlopgroep, meidengroep en een spelletjesgroep. In de groepen wordt impliciet aandacht besteed aan o.a. sociale vaardigheden en agressieregulatie en bovendien werkt het lotgenotencontact empowerend. Afhankelijk van de lokale omstandigheden (leeftijd cliënten, stedelijke of provinciale omgeving, etc.) kan overwogen worden of behandelgroepen wenselijk zijn. Deze groepen moeten worden gezien als een opstapje naar deelname aan reguliere clubs en verenigingen in de maatschappij - hoewel dit mogelijk bij niet alle cliënten met een LVB haalbaar zal blijken te zijn.

Naast interventies die gericht zijn op de cliënt zelf moeten uiteraard ook *systeeminterventies* vanuit het team beschikbaar zijn. Afhankelijk van de leeftijd van de cliënt en van wat in een gezin nodig is, kan gevarieerd worden van opvoedingsondersteuning tot systeemtherapie. De resultaten van de systeemdiagnostiek vormen het uitgangspunt. De systeeminterventies zouden zich bijvoorbeeld kunnen richten op de structuur van het systeem, op communicatie, op contextfactoren en/of op het helder krijgen van het eigen verhaal van het gezin (Hendriksen-Favier, 2013). Naast ondersteunende systeemgesprekken kan het team geprotocolleerde interventies inzetten, zoals Triple P, Parent Management Training Oregon (PMTO), Multisystemic Therapy (MST), Functionele Gezinstherapie (FFT), multidimensionele gezinstherapie (MDFT) en IOG (intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding). Daarnaast is het bieden van een oudergroep of lotgenotengroep voor ouders / naastbetrokkenen aan te bevelen.

(F)ACT LVB teams zijn specialistische teams met veel deskundigheid op het grensvlak van GGZ en VG. Zij werken nauw samen met andere instanties en hulpverleners en hebben zowel te maken met de VG, de GGZ, de verslavingszorg, de jeugdzorg en gemeentelijke instanties. Van belang is dat deze specialistische deskundigheid optimaal wordt ingezet. Vaak ontbreekt het medewerkers van andere instanties aan specifieke kennis van de LVB-problematiek waardoor bijvoorbeeld een verslavingsbehandeling of een arbeidstraject onvoldoende aansluit bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt en mislukt. (F)ACT LVB teams hebben dus niet alleen een rol in de directe cliëntenzorg, maar ook in de *consultatie* t.b.v. samenwerkingspartners. Consultatie kan geboden worden in de vorm van telefonische consultatie, mondelinge consultatie (bv bijwonen van behandelplan-besprekingen), meelopen op de werkplek / coaching van medewerkers, training en scholing en het op verzoek verzorgen van triages / screenings om te

bepalen bij welke organisatie(vorm) de cliënt het best op zijn plek is gezien de aard van zijn problematiek.

4.5 Zorgorganisatie

Gezien de veelzijdigheid van de problematiek van veel LVB-clienten is het van belang dat (F)ACT-LVB teams heldere *criteria* en een zorgvuldige *procedure* hebben opgesteld voor de toelating, zodat alleen cliënten in zorg komen die niet bij andere hulpverlening terecht kunnen. Vooral bij kinderen en jongeren met een LVB is het soms moeilijk te bepalen in hoeverre hun problematiek en situatie '(F)ACT-waardig' is, dat wil zeggen om intensieve gespecialiseerde zorg vraagt vanuit de GGZ en/of VG. Om cliënten te screenen voor (F)ACT LVB is het aan te raden een screeningsinstrument te gebruiken. Mocht na de kennismakings- en diagnostische fase blijken dat de cliënt toch toe kan met minder intensieve en specialistische zorg, dan kan dat een reden zijn om de zorg vanuit het (F)ACT LVB team af te sluiten en de cliënt terug- dan wel door te verwijzen naar een passende organisatie(vorm). Streven moet wel zijn om het aantal terug- dan wel doorverwijzingen in de kennismakings- en diagnostische fase tot een minimum te beperken. In voorkomende gevallen dient er altijd sprake te zijn van een warme overdracht.

De *wachttijd* voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen (en beschikken over een indicatie) moet zo kort mogelijk zijn. Ook moet het team streven naar een optimaal *bereik*; in het verzorgingsgebied van het (F)ACT LVB team mogen geen cliënten tussen wal en schip vallen. Het is van belang om intensief samen te werken met andere zorgaanbieders binnen het werkgebied, waaronder ook OGGZ-teams en andere vangnetteams.

Verder is *24 uren bereikbaarheid* essentieel bij (F)ACT. Binnen kantooruren is het team in tijden van crisis binnen twee uur beschikbaar. In geval van crisis buiten kantooruren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de crisis- of bereikbaarheidsdienst. Het crisis-/signaleringsplan is voor de crisisdienst beschikbaar. Daarnaast kunnen cliënten van het (F)ACT LVB team 24 uur per dag met urgente hulpvragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener.

Indien nodig kan het team voor haar cliënten gebruik maken van een *crisisbed*, een *time-out bed* of een '*bed op recept*' (*BOR*). Het team heeft het *initiatief bij kort- en langerdurende opnames in de GGZ, de VG, de verslavingszorg (detox) en de jeugdzorg*. Als cliënten van het (F)ACT-team zijn opgenomen, worden zij regelmatig bezocht door het team. Ook is er contact via telefoon, whatsapp, e-mail, etc. Verder is een vertegenwoordiger van het team aanwezig bij behandelplanbesprekingen van de cliënt en is het team nauw betrokken bij de *planning van ontslag* uit de kliniek. Ook als een cliënt in detentie is wordt er contact gehouden met zowel de cliënt als met de (behandel)staf. Hiermee wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd.

De duur waarvoor cliënten zorg vanuit een (F)ACT LVB team nodig hebben, zal variëren. In principe moeten (F)ACT LVB teams cliënten zo lang zorg kunnen bieden als nodig is. Van belang daarbij is dat wel periodiek de afweging wordt gemaakt of – aan de hand van

expliciete uitstroomcriteria - een cliënt nog steeds behandeling en begeleiding nodig heeft vanuit een gespecialiseerd (F)ACT LVB team, of dat hij gebaat zou zijn bij een andere, meer dan wel minder intensieve vorm van zorg. Waar de psychiatrie of juist het forensische aspect voorop staat, zijn sommige cliënten wellicht beter af bij een daarin gespecialiseerd (F)ACT team. Voor cliënten die meerdere uren per dag ondersteuning en begeleiding nodig hebben bij ADL en HDL is een woonvoorziening in de VG of de GGZ wellicht noodzakelijk, al dan niet in combinatie met (F)ACT. En bij een cliënt die al geruime tijd redelijk stabiel functioneert en toe kan met basale praktische ondersteuning, is overdracht naar de ambulante wijkzorg mogelijk aan de orde. Om een goede continuïteit van zorg te realiseren, is het van belang dat het (F)ACT LVB team de cliënt begeleidt naar de *juiste vervolgplek* en gedurende de eerste maanden na de overdracht vinger aan de pols houdt. Indien een uitgeschreven cliënt terugvalt in zijn symptomatologie zou hij binnen een week weer in zorg genomen moeten worden door het team.

Een (F)ACT LVB team mag de zorg in principe nooit op negatieve gronden beëindigen, bijvoorbeeld omdat de cliënt de zorg afwijst, zijn strafrechtelijke titel afloopt (terwijl hij wel geïndiceerd is voor (F)ACT zorg), hij geen eigen bijdrage wil of kan betalen, wanneer er onvoldoende behandelresultaten worden geboekt of wanneer een cliënt verhuist naar een andere regio zonder dat er vervolgzorg geregeld is vanuit het team. Toch zal het – gezien de complexiteit van de cliëntenpopulatie en de financieringssystematiek - waarschijnlijk nooit geheel te voorkomen zijn dat cliënten uitvallen. Van belang is dat het team er alles aan doet om het aantal drop-outs tot een minimum te beperken.

Een (F)ACT-LVB team dient te beschikken over een actueel veiligheidsbeleid dat uitgewerkt is in concrete afspraken en procedures. Het team heeft heldere afspraken over het alleen dan wel in duo's bezoeken van cliënten en laat zich zo nodig bijstaan door de politie in gevaarlijke situaties. Ook komt het onderwerp veiligheid en veiligheidsbeleving periodiek aan de orde tijdens team- of cliëntbesprekingen.

Voor meer informatie over de organisatie van FACT verwijzen wij naar hoofdstuk 13 t/m 16 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

4.6 Maatschappelijke zorg

Zoals de C in FACT aangeeft, gaat het om behandeling van de cliënt in de *community*, ofwel maatschappelijke zorg, gericht op het ontwikkelen van vaardigheden in de samenleving en versterking van het netwerk. Het is daarom belangrijk dat face-to-face contacten voor het merendeel plaatsvinden op de plaats waar de cliënt zich bevindt, dus op school, in het gezin, in de wijk, etc. Het (F)ACT LVB-team heeft directe lijnen met de volgende organisaties: (1) VG-organisaties, (2) GGZ-instellingen, (3) verslavingszorginstellingen (4) MEE, (5) Woningcorporaties, (6) Schuldhulpverlening, (7) Justitie/reclassering, (8) politie / veiligheidshuis (9) Jeugdzorg (10) woonprojecten (11) werk-leerbedrijven en (12) sociale wijkteams. Het FACT-team dient de spin in het web te zijn en het initiatief te nemen tot overleg met de diverse partijen. Het is daarom van belang dat het (F)ACT-team zitting heeft in bestaande overlegstructuren. De samenwerkingspartners kunnen ook binnen het team gehaald worden (samengesteld

team) of met vaste regelmaat aanschuiven bij het teamoverleg. Op individueel niveau moet met alle instanties worden samengewerkt die voor de desbetreffende cliënt relevant zijn.

Een goed functionerend (F)ACT team weet hoe het (zorgmijdende) cliënten met complexe problematiek aan zich kan 'binden'. Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel attractieve (inloop, huiskamer etc), assertieve als juridische maatregelen (RM, budgetbeheer etc).

4.7 Monitoring

Door het routinematig meten van uitkomsten van de zorg, ook wel ROM (*routine outcome monitoring*) genoemd, kan de kwaliteit van de hulp bewaakt en zo nodig verbeterd worden, zowel voor individuele cliënten als voor groepen. (F)ACT LVB-teams nemen bij alle cliënten eens per jaar een ROM af, die ten minste bestaat uit gestandaardiseerde instrumenten om de ernst van de problematiek, het risico op (delict)gevaarlijk gedrag en de kwaliteit van leven of de cliënttevredenheid te meten. Het is belangrijk dat het team de ROM-uitkomsten vertaalt naar zowel het behandelplan van individuele cliënten als naar teambeleid.

Een andere manier van monitoring is het vergaren van feedback van (ex-)cliënten en naastbetrokkenen op de zorgverlening door het team. Idealiter organiseert het team periodiek, dat wil zeggen minimaal eens per jaar, klankbord- of inspraakbijeenkomsten voor (ex)cliënten en/of naastbetrokkenen, waarin ervaringen met de zorg gedeeld en suggesties gedaan kunnen worden voor verbetering. Het team vertaalt de uitkomsten van de bijeenkomsten naar teambeleid, wat leidt tot concrete verbeteringen in de zorg.

Het werken aan verbeteringen in de zorg is een continu proces, waarin zowel de teamleider als de andere teamleden een belangrijk aandeel hebben. Het monitoren van de opbrengsten van de verbeteringen dient systematisch te gebeuren, bijvoorbeeld door gebruik van de modelgetrouwheidsschaal voor (F)ACT LVB of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check, act) wordt hierbij gehanteerd.

Voor algemene informatie over de implementatie van ROM in FACT verwijzen we naar hoofdstuk 17 van het Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).

4.8 Professionalisering en teamgeest

Om het team scherp te houden is het van belang dat regelmatig wordt gereflecteerd op het eigen handelen. Elk teamlid moet minstens tien uur per jaar ruimte hebben voor *intervisie of (groeps)supervisie*. Daarnaast is het belangrijk dat alle teamleden jaarlijks minstens vier dagdelen worden *bijgeschoold* in (F)ACT en in (evidence based) behandel- en begeleidingsmethodieken.

Ten slotte is het belangrijk dat er een energieke sfeer is in het team, met onderlinge steun en betrokkenheid, een gedeelde visie en een innovatief gehalte. Teamleden moeten zorg dragen voor elkaars veiligheid en opbouwend kritisch durven zijn. Een positieve teamgeest zal leiden tot meer daadkracht in de hulpverlening.

Literatuur

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). AAIDD 11th Edition Implementation Committee (<http://www.aaid.org/media/PDFs/DSMV.pdf>).

Beer, Y. de (2011). *De Kleine Gids. Mensen met een lichte verstandelijke beperking 2011*. Deventer: Kluwer.

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(3), 142-157.

Bond, G.R., & Salyers, M.P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth Assertive Community Treatment Scale. *CNS Spectrum*, 9, 937-942.

Cuddeback, G.S. & J.P. Morrissey (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Versus FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 90-97.

Didden, R. (2006). Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking: een inleiding. In: Didden, R. *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap* (pp. 3-20). Houten: Bohn, Stafleu van Lochem.

Dijk, F. van, Storms, M., Terpstra, L., Verberne, G., & Roos, J. (2008). Behandelvisie (forensische) SGLVG. Utrecht: De Borg.

Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut.

Došen, A. (2005) *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Van Gorcum: Assen.

Hassiotis, A., Ukoumunne, O.C., Byford, S., Tyrer, P., Harvey, K., Piachaud, J., Gilvarry, K., & Fraser, J. (2001). Intellectual functioning and outcome of patients with severe psychotic illness randomized to intensive case management. Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 178, 166-171.

Hendriksen-Favier (2013). Modelbeschrijving FACT Jeugd. Herzien versie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hemmings, C.P. (2008). Community services for people with intellectual disabilities and mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 459-462.

Hemmings, C.P., Underwood, L.A., Bouras, N. (2008). ACT for People With Intellectual Disabilities and Mental Health Problems. *Psychiatric Services*, 59(8), 936-937.

Hemmings, C.P., Underwood, L.A., & Bouras, N. (2009). Services in the community for adults with psychosis and intellectual disabilities: a Delphi consultation of professionals' views. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(7), 677-684.

Kwaak, A. van der & Kramer, A. (2009). *Evaluatie ACT Jeugd. Onderzoek naar cliëntkenmerken, aanbod, werkwijze en effecten*. Rotterdam: Bavo Europaort.

Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 44(5), 443-454.

Lieverink, A. (2010). *Overlast en criminaliteit door jongeren met een lichte verstandelijke beperking. Een onderzoek naar de Utrechtse aanpak*. Utrecht: Jeugd & Veiligheid, gemeente Utrecht.

Louise Douglass, E & Hurtado B. Establishing and evaluating an assertive outreach team. *Learning Disability Practice* 2013: 16(9) 30-34

Martin, G., Costello, H., Leese, H., Slade, M., Bournas, N., Higgins, S., & Holt, G. (2005). An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: conceptual, clinical, and service issues. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(7), 516-524.

Maughan, B. Collishaw, S. & Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychological Medicine*, 29, 351-366.

McGrew, J., Bond, G., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 62(4), 670-678.

McHugo, G.J., Drake, R.E., Teague, G.B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824

Meisler, N., McKay, C.D., Gold, P.B., Schales-Elkons, P., Benasutti, R., & Santos, A.B. (2000). Using principles of ACT to integrate community care for people with mental retardation and mental illness. *Journal of Psychiatric Practice*, 6, 77-83.

Minnen, van, A., Hoogduin, C.A.L., & Broekman, T.G. (1997). Hospital vs. outreach treatment of patients with mental retardation and psychiatric disorder: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 515-522.

Mulder, C.L., & Kroon, H. (red) (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoezing voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom.

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Neijmeijer, L. (2014) *Aan de slag met (F)ACT voor LVB?! Handreiking voor de implementatie van (F)ACT voor cliënten met een LVB en complexe problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Neijmeijer, L., Verwoerd, J., Has, O., Eskes, D. en Didden, R. (2014) Forensische (F)ACT voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Een beschrijving van de aard en ernst van de complexiteit van de cliëntenpopulatie. *Nederlands Tijdschrift voor Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 4, - 323 – 339.

Neijmeijer, L., Raben, K. Enserink, J. en Didden, R. FACT voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (in druk). In: Van Veldhuizen e.a. (in druk). *Handboek FACT*. Herziene versie. Utrecht: De Tijdstroom.

Oliver, P.C., Piachaud, J., Tyrer, P., Regan, A., Dack, M., Alexander, R., Bakala, A.,

Cooray, S., Done, D.J., & Rao, B. (2005). RCT of ACT in Intellectual disability: The TACTILD study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (7), 507-515.

Ponsioen, A.J.G.B. (2001). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Amsterdam. Academisch Proefschrift.

Rijkaart en Neijmeijer (2011). Modelbeschrijving ACT voor LVB met complexe problematiek. Utrecht: Trimbo-instituut.

Roos, J., Didden, R., & Steenbergen, B. (2010). *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*. Amersfoort: HAN VDO Nijmegen en Expertisecentrum De Borg.

Slot, W.N. & Spanjaard, H.J.M. (2006). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB Uitgevers.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten?* Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008. Den Haag.

Stein, L.I., & Test M.A. (1980). Alternatives to mental hospital treatment. Part I: conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

Teague, G.B., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment. Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-231.

Ten Wolde, A. C., Le Grand, B., Slagter, J en Storm, M. (2006). *Vaardig en Veilig: Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's*. Boschoord: Hoeve Boschoord.

Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld*. De Borg en Vrije Universiteit Amsterdam.

Torrey, W., Drake, R., Dixon, L., Burns, B., Flynn, L., Rush, A., & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 45-50.

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (Red.) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Veldhuizen, R.van e.a. (red) (in druk). *Handboek FACT*. Herziene versie. Utrecht: De Tijdstroom.

Verstegen, D., & Moonen, M. (2010). VAN DEBILITAS MENTIS NAAR LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING. Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en de Stichting Landelijk Kenniscentrum LVG, *Onderzoek & Praktijk*, 8 (2), 8-16.

Vugt, M. van, Kroon, H., Delespaul, P., Dreef, F., Nugter, A., Roosenschoon, B., & Mulder, C. (2011). Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(3), 154-160.

Vugt, M. van, Veldhuizen, J. van, Bahler, M., Delespaul, P., Huffels, N., Mulder, C., & Kroon, H. (2011). Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie-assertive community treatment (fact). *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 53(2), 119-124.

Website van de Stichting Centrum certificering ACT en FACT: www.ccaf.nl

Willigenburg, M. van, Vleugel, B. van der, Folkerts, H., Delespaul, P. & Veldhuizen, R. van (2008). De psycholoog. In: Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Woittiez, I, Putman, L., Eggink E. en Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen*. Den Haag: SCP.

