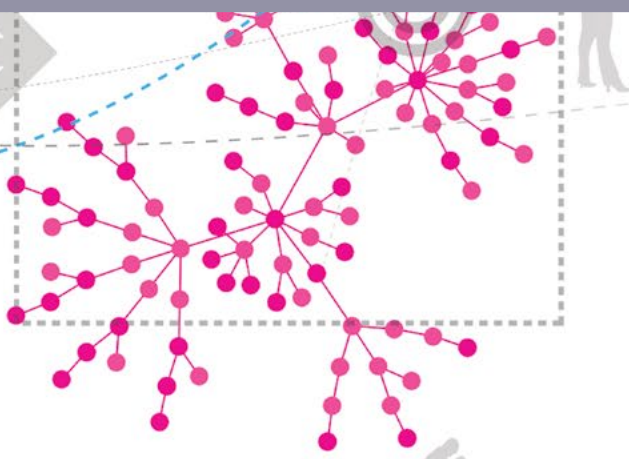


Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!

Handreiking voor de implementatie
van (F)ACT voor cliënten met een
licht verstandelijke beperking en
complexe problematiek

Laura Neijmeijer - april 2014



Colofon

Financier

Antonia Wilhelmina Fonds

Initiatiefnemers

Amarant Groep, Ivo Vugs

Kennisplein Gehandicaptensector, Hilair Balsters

Uitvoering

Trimbos-instituut, Laura Neijmeijer

Met dank aan

Deelnemende VG- en GGZ-organisaties

Inhoudsopgave

| | | | | | |
|---|---|--------|---|---|----|
| Voorwoord | 2 | 3.6.1 | Ochtendoverleg/briefing | 29 | |
| Inleiding | 3 | 3.6.3 | Behandelplanbespreking | 30 | |
| 1. De basiselementen van ACT en FACT | 5 | 3.6.4 | Teambespreking | 30 | |
| 1.1 | ACT en FACT | 5 | 3.6.5 | Intervisie | 30 |
| 1.2 | ACT en FACT voor mensen met een LVB | 6 | 3.7 | Samenwerking met interne en externe ketenpartners | 31 |
| 1.3 | Onderscheidende kenmerken (F)ACT voor LVB | 6 | 3.8 | Deskundigheidsbevordering team | 32 |
| 1.3.1 | Bejegening | 7 | 3.9 | Beleid maken en beschrijven | 34 |
| 1.3.2 | Teamsamenstelling en deskundigheid | 7 | 3.9.1 | Handboek (F)ACT LVB | 34 |
| 1.3.3 | Praktische, intensieve ondersteuning | 7 | 3.9.2 | Jaarplan (F)ACT LVB | 35 |
| 1.3.4 | Systeemgerichte aanpak | 8 | 3.10 | Obstakels en risico's | 35 |
| 1.3.5 | Behandel- en trainingsaanbod | 8 | 3.10.1 | Onbekendheid met en weerstand tegen (F)ACT | 35 |
| 1.3.6 | Consultatie | 8 | 3.10.2 | Onvoldoende steun en faciliteiten vanuit het hoger management | 36 |
| 2. De voorbereiding | 9 | 3.10.3 | Shared caseload | 36 | |
| 2.1 | Willen we gaan starten met (F)ACT? | 9 | 3.10.4 | Financiering | 37 |
| 2.1.1 | De ideologie achter (F)ACT | 9 | 4. Monitoren, verankeren en continu verbeteren | 38 | |
| 2.1.2 | De doelgroep van (F)ACT | 10 | 4.1 | Routine Outcome Measurement (ROM) | 38 |
| 2.1.3 | De positionering van (F)ACT | 11 | 4.1.1 | Inhoud van de ROM-set | 38 |
| 2.1.4 | De financiering van (F)ACT | 11 | 4.1.2 | ROM-werkwijze | 39 |
| 2.1.5 | Go or no go? | 12 | 4.2 | Monitoren en verbeteren van het teamfunctioneren | 39 |
| 2.2 | In welke vorm gaan we starten met (F)ACT? | 14 | 4.2.1 | Interne evaluatie | 39 |
| 2.2.1 | Zelfstandig of samengesteld? | 14 | 4.2.2 | Certificering | 40 |
| 2.2.2 | Bestaande teams omvormen of starten met nieuwe teams? | 17 | 4.3 | Education permanente | 40 |
| 2.2.3 | ACT of FACT? | 19 | 5. Voor meer informatie | 42 | |
| 2.2.4 | Hoeveel (F)ACT teams? | 21 | 6. Bijlagen | 44 | |
| 2.3 | Hoe gaan we starten met (F)ACT? | 22 | | | |
| 2.3.1 | Inrichten projectstructuur | 22 | | | |
| 2.3.2 | Opstellen van een werkplan | 23 | | | |
| 2.3.3 | Opstellen van een communicatieplan | 23 | | | |
| 3. De operationele fase | 25 | | | | |
| 3.1 | Het samenstellen van een team | 25 | | | |
| 3.1.1 | Geleidelijke opbouw | 26 | | | |
| 3.1.2 | Deskundigheden, competenties en opleidingsniveau | 26 | | | |
| 3.2 | Het opbouwen en verdelen van de caseload | 26 | | | |
| 3.3 | Huisvesting en faciliteiten | 27 | | | |
| 3.4 | Het (F)ACT bord | 27 | | | |
| 3.5 | Afspraken over aanmelding en instroom | 28 | | | |
| 3.6 | Vormgeven van de overlegstructuur | 29 | | | |

Voorwoord

De laatste tijd is er in de media, de politiek en de wetenschap steeds meer aandacht voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Terecht, want mensen met een LVB vormen een kwetsbare groep. Een licht verstandelijke beperking heeft vaak grote gevolgen. Mensen met een LVB hebben veel moeite om zichzelf in het dagelijks leven staande te houden en komen eerder in de problemen. De laatste jaren krijgt de gehandicaptenzorg in toenemende mate te maken met alcohol- en drugsproblematiek van cliënten met een LVB. Mensen met een LVB hebben een hogere kans op het ontwikkelen van psychiatrische en/of gedragsproblemen. Binnen de GGZ is de groep van mensen met een LVB oververtegenwoordigd en hetzelfde geldt voor de maatschappelijke opvang en het gevangeniswezen.

Mensen met een LVB en bijkomende complexe problematiek worden niet altijd (voldoende) bereikt door de hulpverlening. Daar zijn allerlei factoren debet aan. Bijvoorbeeld het nog vrij starre onderscheid tussen VG, GGZ en verslavingszorg (o.a. door verschillende financieringswijzen). Maar ook de focus op het aanbod van veel organisaties. Zorgprogramma's en woonvoorzieningen zijn vaak toegespitst op een bepaalde doelgroep. Hierdoor vallen de cliënten buiten de boot die niet kunnen meekomen en/of niet voldoen aan de criteria. Het gaat dan vaak om cliënten met problematiek op diverse terreinen, die weinig tot geen motivatie en ziekte-inzicht hebben en grensoverschrijdend gedrag vertonen. Deze mensen komen nogal eens op crisisafdelingen terecht en/of komen met politie en justitie in aanraking. Een derde reden waarom deze groep onvoldoende wordt bereikt door de hulpverlening, is het ontbreken van deskundigheid bij behandelaars en begeleiders, ofwel op het gebied van LVB, ofwel op het gebied van psychiatrie en/of verslaving.

(F)ACT voor LVB is een veelbelovend organisatiemodel voor de zorg aan deze groep cliënten die in het verleden onvoldoende geholpen is en/of het risico loopt om tussen wal en schip te vallen. Voor cliënten met ernstige psychiatrische problematiek heeft (F)ACT zijn bestaansrecht al bewezen: (F)ACT leidt tot minder opnames, beter functioneren en meer participatie in de samenleving. Of (F)ACT voor de LVB-doelgroep ook tot dergelijke resultaten leidt, kan nu nog niet gezegd worden, maar de eerste ervaringen die door enkele voorlopers op dit gebied - i.c. de instellingen die aangesloten zijn bij De Borg en Idris (als onderdeel van de Amarant Groep) - in de praktijk zijn opgedaan, zijn positief. Verder wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van (F)ACT voor mensen met een LVB en ernstige bijkomende problematiek is uiteraard zeer gewenst en van groot belang.

Het initiatief van de Amarant Groep, het Trimbos-instituut en het Kennisplein Gehandicaptensector om tot een handreiking voor implementatie van (F)ACT voor LVB te komen, ondersteunen wij van harte. Onze dank gaat uit naar het Antonia Wilhelmina Fonds die dit initiatief financieel mogelijk heeft gemaakt. Verder gaat onze dank uit naar alle professionals, deskundigen en (zorg)organisaties die een inhoudelijke bijdrage hebben geleverd aan de implementatiehandreiking, waaronder ook het Landelijk Kenniscentrum LVB.

Met veel genoegen bieden wij u als bestuurder, manager of professional in de VG of de GGZ, deze implementatiehandreiking (F)ACT voor LVB aan. De handreiking kan organisaties en teams helpen bij het maken van keuzes op zowel strategisch als operationeel managementniveau en bij het zetten van de juiste stappen in de diverse fasen van het implementatieproces. Wij zijn ervan overtuigd dat deze implementatiehandreiking de (F)ACT ontwikkeling voor de doelgroep van LVB in Nederland kracht bij zal zetten.

Ronald Helder, voorzitter bestuur Amarant Groep

Jacques Martini, voorzitter bestuur Trajectum

Inleiding

Voor u ligt de Implementatiehandreiking (F)ACT voor (volwassen) cliënten met een licht verstandelijke beperking en complexe bijkomende psychiatrische, gedrags- en/of verslavingsproblematiek, hier verder aangeduid als de 'LVB+ doelgroep'. (F)ACT staat voor (flexible) assertive community treatment en is in de jaren zeventig van de vorige eeuw ontwikkeld in de Verenigde Staten (Stein en Test, 1980). (F)ACT teams bieden ambulante, intensieve en multidisciplinaire zorg aan cliënten met ernstige en langdurende psychiatrische en verslavingsproblematiek in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. (F)ACT wordt inmiddels in de GGZ breed toegepast maar in toenemende mate wordt het model ook in aanpalende sectoren geïntroduceerd.

Deze handreiking is tot stand gebracht met financiering van het Antonia Wilhelmina Fonds en in samenwerking met professionals en organisaties die werkzaam zijn op het grensvlak van de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Aanleiding en doel

Met deze handreiking beogen we organisaties en teams die van start willen gaan met ACT of FACT voor de LVB+ doelgroep, handvatten te verschaffen met betrekking tot de implementatie van deze organisatiemodellen. Er is de laatste jaren vanuit de VG veel belangstelling voor deze vormen van zorg, en inmiddels zijn diverse VG-organisaties van start gegaan met (F)ACT, of overwogen zij serieus om op korte termijn met (F)ACT van start te gaan. In de GGZ is (F)ACT inmiddels wijd verspreid waardoor dus ook de nodige kennis en ervaring aanwezig is over de implementatie. Deze kennis en ervaring is echter tot op heden nog niet goed gedocumenteerd, en is bovendien niet zonder meer één op één overdraagbaar op de VG-sector. Dit pleit dan ook voor een handreiking die zich specifiek richt op organisaties en teams die werkzaam zijn op het grensvlak van VG en GGZ, en die zich richten op cliënten met LVB+.

Onderscheid met de modelbeschrijving ACT voor LVB+

De handreiking is een gezamenlijk initiatief van de Amaran Groep en het Kennisplein Gehandicaptensector en is opgesteld door het Trimbos-instituut. Het Trimbos-instituut is nauw betrokken bij de implementatie van, en onderzoek naar (F)ACT, in zowel de GGZ als de VG. Eerder bracht het Trimbos-instituut de Modelbeschrijving ACT voor LVB met complexe problematiek (Rijkaart en Neijmeijer, 2011) uit. In deze modelbeschrijving wordt beschreven waarin (F)ACT voor cliënten met 'LVB+' problematiek zich onderscheidt van 'reguliere' (F)ACT voor cliënten met ernstige psychiatrische (veelal psychotische) aandoeningen. Onderwerpen die in deze modelbeschrijving onder andere aan bod komen zijn: de samenstelling van het team, de bejegening, de werkwijze en de samenwerking met de ketenpartners. Waar in de modelbeschrijving de inhoud en vormgeving van (F)ACT centraal staat (het wat), ligt in deze Implementatiehandreiking de focus op de wijze waarop (F)ACT het beste geïmplementeerd kan worden, oftewel het hoe.

Leeswijzer

Deze implementatiehandreiking is qua inhoud en vormgeving praktisch opgezet en volgt de fasen die bij iedere kwaliteitsverbetering en implementatie van een innovatieve methodiek of interventie doorlopen moeten worden: Plan (Voorbereiden), Do (Uitvoeren), Check (Monitoren) en Act (Borgen). Na een beknopte beschrijving van het (F)ACT model met daarin specifieke aandacht voor de aanpassingen t.b.v. de LVB+ doelgroep in hoofdstuk 1, staat in hoofdstuk 2 de fase van voorbereiding centraal. In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat iedere organisatie zijn eigen strategische keuzes zal moeten maken, die uiteindelijk leiden tot een go / no go beslissing. Dit hoofdstuk is met name bedoeld voor het hogere c.q. het strategisch management: Raad van Bestuur, directies en cluster- of sectormanagers.

De hoofdstukken die volgen gaan over de operationele fase (hoofdstuk 3) en de fase van monitoring en borging (hoofdstuk 4). Deze hoofdstukken zijn meer geschreven voor degenen die daadwerkelijk aan de slag gaan met de implementatie van (F)ACT: het operationeel management, de teamleiders en de projectleiders. In deze hoofdstukken beschrijven we concreet welke stappen gezet moeten worden, wat belangrijke aandachtspunten zijn en waarover afspraken gemaakt moeten worden.

Om organisaties en teams die gaan starten met (F)ACT te ondersteunen bij hun keuzes beschrijven we diverse voorbeelden en ervaringen uit de praktijk. We hebben ons daarbij toegespitst op voorbeelden uit de LVB volwassenenzorg, omdat met die doelgroep tot op heden de meeste ervaring is opgedaan. Bovendien hebben we in de bijlage enkele praktische hulpmiddelen en formats opgenomen waarvan startende (F)ACT teams gebruik kunnen maken. Ook hebben we enkele links opgenomen naar relevante websites.

Work in progress

(F)ACT voor de LVB+ doelgroep is een (relatief) nieuwe tak van sport. (F)ACT wordt door veel professionals en deskundigen die werkzaam zijn op de grens van GGZ en VG gezien als een veelbelovend model voor een complexe doelgroep die voorheen onvoldoende werd bereikt. Of (F)ACT inderdaad het (of een) antwoord is, kunnen we op dit moment echter nog niet met zekerheid stellen maar zal uitgezocht moeten worden. Samen met de betrokken VG- en GGZ-organisaties is het Trimbos-instituut dan ook wetenschappelijk onderzoek opgestart. Belangrijke vragen die beantwoord moeten worden zijn bijvoorbeeld of (F)ACT voor de LVB+ doelgroep tot meer resultaten en minder kosten leidt dan andere vormen van intensieve (ambulante) zorg, welke LVB+ cliënten wel of geen baat hebben bij (F)ACT en op welke manier (F)ACT voor de LVB+ doelgroep het best georganiseerd kan worden: vanuit de VG, vanuit de GGZ of vanuit beide sectoren. De enige manier om op deze vragen een antwoord te krijgen, is door in de praktijk te experimenteren en de resultaten van deze experimenten zorgvuldig en systematisch te monitoren. We nodigen de VG- en GGZ-organisaties die willen gaan starten met (F)ACT voor LVB+ van harte uit om hun ervaringen met ons te delen en te participeren in onderzoek.

Voor vragen over, en reacties op deze implementatiehandreiking houden wij ons van harte aanbevolen. U kunt terecht bij Laura Neijmeijer, wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut: Ineijmeijer@trimbos.nl

1 De basiselementen van ACT en FACT¹

In dit hoofdstuk beschrijven we de essenties van het (F)ACT model en gaan we in op de belangrijkste punten waarop (F)ACT voor de LVB+ doelgroep anders is dan (F)ACT voor de 'reguliere' doelgroep. De mensen met LVB+ hebben namelijk ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Managers en professionals die meer willen weten over (F)ACT in het algemeen verwijzen we naar de website van de Stichting CCAF (www.ccaf.nl) of van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl). Op de website van het CCAF kunt u ook de normen en criteria vinden die aan (F)ACT-teams gesteld worden. Meer uitgebreide, specifieke informatie over de inhoud en invulling van (F)ACT voor LVB+ vindt u in de Modelbeschrijving ACT voor LVB met complexe problematiek (Rijkaart en Neijmeijer, 2011).

1.1 ACT en FACT

ACT (Assertive Community Treatment) is een organisatie-model voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. ACT is gebaseerd op het door Stein, Marx en Test begin jaren zeventig ontwikkelde 'Training in Community Living program' (Stein en Test, 1980) als oplossing voor het fenomeen 'draaideurpatiënt'. Zij zagen dat patiënten met ernstige psychiatrische (met name psychotische) stoornissen opknapt van de klinische behandeling, maar weer verslechterden als zij het thuis zonder de intensieve behandeling moesten doen. Zij ontwikkelden daarom het idee om patiënten ambulantly bijna net zulke intensieve zorg te geven als binnen het ziekenhuis. Doel van het 'Training in community living program', later ACT genoemd, was om mensen buiten het ziekenhuis te houden en vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk in de samenleving te leven (Mulder en Kroon, 2009).

Eind jaren negentig van de vorige eeuw ontstonden ook in Nederland in de grote steden de eerste ACT-teams. Net als in de VS werden deze teams opgericht om de grote kloof tussen klinische en poliklinische zorg te overbruggen, en cliënten intensief te ondersteunen in hun eigen omgeving. ACT-teams richten zich op de meest complexe, zorgmijdende cliëntengroep met ernstige psychiatrische problematiek, vaak in combinatie met verslaving en forse problemen op het gebied van huisvesting (dakloosheid), financiën, dagbesteding/werk en sociale relaties.

Inmiddels is ACT niet meer weg te denken uit het Nederlandse zorgstelsel. De belangrijkste kenmerken van ACT zijn: Een multidisciplinair zorgaanbod; een klein aantal cliënten per hulpverlener; actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt (assertive outreach), een gedeelde caseload en intensieve zorg voor onbepaalde tijd. (Bond e.a., 2001)

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. ACT modelgetrouwheid kan gemeten worden met behulp van de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) (Teague e.a., 1998; Bond en Salyers, 2004). Studies hebben aangetoond dat modelgetrouwheid geassocieerd is met betere uitkomsten op cliëntniveau (McGrew e.a., 1994; McHugo e.a., 1990; Latimer, 1999; Vugt e.a., 2011).

Naast het ACT-model is in Nederland vanaf 2004 functie ACT (FACT) geïntroduceerd (Veldhuizen e.a., 2006). Dit 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 wordt ingezet wanneer het slechter gaat met een cliënt. Aan de cliënten die stabiel functioneren, biedt men individuele behandeling vanuit een breed multidisciplinair team met een casemanager, een psychiater en vertegenwoordigers van andere disciplines (Veldhuizen e.a., 2008; Vugt e.a., 2011). Ook voor het FACT-model is een instrument ontwikkeld om de getrouwheid aan de standaard te meten, de FACTS (Vugt e.a., 2011).

¹ In dit hoofdstuk worden verschillende bronnen genoemd. De volledige referenties zijn te vinden in Rijkaart en Neijmeijer, 2011.

Inmiddels zijn er zo'n 40 ACT-teams en 150 FACT-teams in Nederland (www.ccaf.nl). De snelle opkomst van ACT en FACT geeft aan dat er in Nederland veel enthousiasme bestaat voor de twee zorgmodellen. Met de groei van het aantal teams rees ook het besef dat de kwaliteit van de implementatie gewaarborgd moet zijn en ook voor zorginkopers herkenbaar moet zijn (Veldhuizen e.a., 2008). Daartoe is in 2008 de stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) opgericht. Het CCAF beoogt kwaliteitsverbetering van (F)ACT-teams door certificering met behulp van modelgetrouwheidsschalen. Modelgetrouwheidsschalen blijken een aansprekend en concreet middel om ACT- en FACT-teams in de GGZ handvatten te bieden voor de organisatie en inhoud van de zorg.

1.2 ACT en FACT voor mensen met een LVB

De laatste jaren wordt (F)ACT ook steeds meer toegepast op betrekkelijk nieuwe doelgroepen, zoals forensisch psychiatrische patiënten, verslaafden en jeugd. Ook vanuit de sector van de (licht) verstandelijk gehandicaptenzorg is een toenemende belangstelling voor ACT en FACT te bespeuren. Hoewel in de bestaande ACT- en FACT-teams in de GGZ (alsmede in de verslavingszorg, de forensische zorg en de jeugdzorg) ook al cliënten met een LVB worden begeleid en behandeld, geven deskundigen vanuit zowel de VG als de GGZ aan dat met name de complexere LVB-doelgroep veel meer zou kunnen profiteren van ACT en FACT dan nu feitelijk het geval is². Deze deskundigen geven aan dat het huidige (ambulante) zorgaanbod in de VG weliswaar voor het merendeel van de mensen met een LVB lijkt te volstaan, maar voor een specifieke subgroep van mensen met een LVB – namelijk degenen met (complexe) psychiatrische en/of gedragsproblematiek – ontoereikend is.

Om dit hiaat op te vullen zijn de laatste jaren op verschillende plaatsen in Nederland initiatieven ontstaan om een aanbod van intensieve ambulante zorg te creëren voor mensen met een LVB en complexe problematiek. Daarbij nemen zij het (F)ACT model als richtlijn. Hoewel op dit moment het aantal operationele (F)ACT teams dat zich specifiek richt op de LVB-doelgroep nog beperkt is tot enkele pioniers³, en de effectiviteit van dit model voor de specifieke doelgroep van mensen met een LVB nog niet wetenschappelijk is aangetoond, is er veel enthousiasme en draagvlak voor bredere implementatie van het (F)ACT model ten behoeve van de LVB+ doelgroep. Diverse (met name specialistische) VG- en GGZ-organisaties volgen de ontwikkelingen met belangstelling, en overwegen hun huidige ambulante aanbod binnen afzienbare termijn aan te vullen met of om te vormen naar (F)ACT.

1.3 Onderscheidende kenmerken (F)ACT voor LVB

In de Modelbeschrijving ACT voor LVB met complexe problematiek wordt uitgebreid ingegaan op de punten waarop het reguliere (F)ACT model aanpassing behoeft om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de specifieke kenmerken en zorgbehoeftes van de LVB+ doelgroep. We volstaan hier met een korte beschrijving van de belangrijkste verschillen ten opzichte van het reguliere model.

² Hoewel exacte cijfers over het percentage mensen met een LVB in de GGZ (waaronder (F)ACT-teams) ontbreken, gaat het waarschijnlijk om een substantiële doelgroep (Neijmeijer e.a., 2010). Mensen met een LVB worden echter vaak niet als zodanig herkend en/of gediagnosticeerd. Onlangs is een screeningsinstrument ontwikkeld voor het herkennen van LVB: de SCIL (Kaal, Nijman en Moonen, 2013). Voor meer informatie: <http://www.hogrefe.nl/tests-vragenlijsten/producten-single/screener-lvb.html>

³ Tot de groep van voorlopers kunnen worden gerekend: Trajectum (forensisch ACT voor LVB in Zutphen), Altrecht (forensisch FACT voor LVB in Utrecht), Amarant / Idris (FACT voor LVB in Tilburg, Breda en Helmond), Palier (forensisch FACT voor LVB in Leiden). Deze teams worden ondersteund door het Trimbos-instituut.

1.3.1 Bejegening

De meest essentiële aanpassing in het model betreft de bejegening van en de communicatie met de LVB-doelgroep. Allereerst is het belangrijk met de begeleiding aan te sluiten bij zowel het cognitieve als het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt, en bij zijn belevingswereld 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 een 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 veilige situatie te creëren is het opbouwen van een vertrouwensrelatie essentieel. Een betrokken, accepterende en niet oordelende houding is daarbij volgens hulpverleners 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 en 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).

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', ook vindt men het vaak moeilijk om de weg te 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, door 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 Wit, Moonen en Douma, 2011).

1.3.2 Teamsamenstelling en deskundigheid

Voor cliënten met een LVB en complexe problematiek is, net als voor cliënten die in zorg zijn van reguliere (F) ACT-teams, een multidisciplinaire aanpak vereist. Omdat cliënten met een licht verstandelijke beperking minder goed in staat zijn om zich in het dagelijks leven staande te houden, voor zichzelf te zorgen en gebruik te maken van de basale infrastructuur, zal het team langdurige ondersteuning moeten kunnen bieden op verschillende levensgebieden. De werkzaamheden van een ACT LVB-team zullen voor een groot deel bestaan uit het aangaan en onderhouden van contact met cliënten en het bieden van praktische ondersteuning en begeleiding op het gebied van huisvesting, financiën, werk en dagbesteding, contacten met instanties, et cetera. Van belang is om de teamsamenstelling hierop af te stemmen. Het team zal in ieder geval moeten bestaan uit verpleegkundigen en/of agogische hulpverleners, een maatschappelijk werker en een trajectbegeleider. Daarnaast zal het team moeten beschikken over behandeldeskundigheid, waaronder een psychiater en/of AVG-arts, een gedragsdeskundige en een systeemtherapeut. Gezien de complexiteit van de problematiek van de doelgroep is het van belang dat er in het team voldoende deskundigheid uit zowel de orthopedagogiek (VG) als de psychiatrie (GGZ) aanwezig is.

1.3.3 Praktische, intensieve ondersteuning

Net als in reguliere ACT-teams biedt het ACT LVB-team praktische, outreachende begeleiding en ondersteuning op uiteenlopende gebieden zoals: financiën en administratie, meegaan naar instanties, het onderhouden van contacten in de buurt en medicatiegebruik. Mensen met een LVB hebben vaak levenslang en levensbreed ondersteuning nodig omdat de LVB een beperking is die levenslang aanwezig is (de Beer, 2011). Het sociaal netwerk kan soms deze ondersteuning bieden, maar indien er sprake is van bijkomende complexe problematiek, is professionele hulp nodig. Een groot deel van de werkzaamheden van het ACT LVB-team zullen dan ook bestaan uit het bieden van praktische ondersteuning en begeleiding op allerlei gebieden. Vaak zijn er meerdere begeleidingscontacten per week nodig. Dit pleit dan ook voor een kleine caseload per hulpverlener.

1.3.4 Systeemgerichte aanpak

Van groot belang bij de zorg voor cliënten met een LVB is een systeemgerichte werkwijze. Het functioneren van de cliënt moet gezien worden in de context van zijn maatschappelijke omgeving en veel van de problemen komen voort uit een ongunstige interactie tussen de cliënt en zijn omgeving (Geus, 2005; Embregts, 2009). Begeleiders en opvoeders hebben een essentiële rol bij de vormgeving van het juiste (pedagogische / therapeutische) milieu en een verandering bij de cliënt moet vaak bewerkstelligd worden door het veranderen van het gedrag van de begeleider of opvoeder (Didden, 2006). Het is belangrijk dat het ACT LVB-team aandacht besteedt aan het maken, versterken en/of herstellen van het netwerk van de cliënt. Tevens dient het team alert te zijn op signalen die erop wijzen dat personen uit de omgeving van de cliënt, hem of haar op een negatieve manier beïnvloeden (aanzetten tot middelenmisbruik/ crimineel gedrag, dingen aanpraten, oplichting).

1.3.5 Behandel- en trainingsaanbod

(F)ACT-teams die zich specifiek richten op de LVB+ doelgroep zullen hun behandel- en trainingsaanbod moeten aanpassen op het niveau van hun cliënten. Er zijn inmiddels goede ervaringen opgedaan met interventies gebaseerd op CGT en met oplossingsgerichte therapie. Ook EMDR, motiverende gespreksvoering, vaardigheidstrainingen en agressie- en emotieregulatie zouden deel uit moeten maken van het behandelplan van een (F)ACT LVB team.

1.3.6 Consultatie

Het (F)ACT LVB team heeft naast het bieden van zorg, ook een rol in het voorlichten, ondersteunen en adviseren van andere hulpverleners en instanties die betrokken zijn bij de cliënt. 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. Omdat (F)ACT LVB teams bij uitstek beschikken over deskundigheid op het gebied van zowel psychiatrie als verstandelijke beperkingen, kunnen zij een belangrijke consultatieve functie vervullen ten behoeve van professionals binnen en buiten de organisatie.

Samenvattend:

- ACT is een evidence based practice voor mensen met ernstige psychiatrische (m.n. psychotische) stoornissen.
- De belangrijkste kenmerken van ACT zijn: Een multidisciplinair zorgaanbod; een klein aantal cliënten per hulpverlener; actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt (assertive outreach), een gedeelde caseload en intensieve zorg voor onbeperkte tijd.
- Hoewel de effectiviteit van het (F)ACT model voor de specifieke doelgroep van LVB+ nog niet wetenschappelijk is aangetoond, is er veel enthousiasme en draagvlak voor bredere implementatie van dit model voor deze doelgroep. Op diverse plekken in het land zijn pilots gestart.
- Om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de specifieke kenmerken en zorgbehoeftes van de LVB+ doelgroep zal het (F)ACT model in de praktijk op onderdelen moeten worden aangepast.

2 De voorbereiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de keuzes die – in hoofdzaak op strategisch niveau - genomen moeten worden en de stappen die gezet moeten worden in de fase die voorafgaat aan de werkelijke implementatie van (F)ACT binnen de organisatie. Het is een cruciale fase die van grote invloed is op het verdere verloop van het implementatietraject.

2.1 Willen we gaan starten met (F)ACT?

Zoals bij iedere innovatie in de zorg is het ook bij (F)ACT belangrijk om goed voor ogen te hebben waarom de organisatie hiervoor kiest. De implementatie van (F)ACT omvat meer dan alleen het toevoegen van een nieuw zorgproduct aan het bestaande zorgpalet. (F)ACT is niet zozeer een methodiek of een interventie, maar een wezenlijk andere manier van het organiseren van de zorg aan een specifieke doelgroep. De implementatie van (F)ACT zal dan ook gevolgen hebben voor de gehele organisatie. De grenzen tussen de verschillende organisatieonderdelen en settings (klinisch / residentieel, deeltijd / semiresidentieel en ambulant) zullen overschreden worden omdat (F)ACT niet denkt vanuit het bestaande aanbod en de bestaande organisatiestructuur, maar vanuit de behoeften van de cliënt. (F)ACT is ontstaan als reactie op de veelal aanbodgerichte wijze waarop de zorg is georganiseerd. Aan (F)ACT ligt een bepaalde ideologie en visie ten grondslag. Kennis van deze ideologie en visie op het organiseren van zorg aan een complexe groep cliënten is van belang om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor het al dan niet starten van (F)ACT-teams binnen (VG) organisaties.

2.1.1 De ideologie achter (F)ACT

Zoals gezegd is (F)ACT geen behandelvorm, maar een zorgorganisatiemodel. Niet het aanbod, maar de cliënt staat centraal. Vanuit het besef dat cliënten met ernstige problematiek op verschillende levensgebieden in feite nergens goed worden behandeld en begeleid, wordt bij (F)ACT het zorgaanbod aangepast aan de behoeftes van de cliënt zelf. Er wordt niet vanuit de bestaande kaders en structuren gedacht, maar vanuit de behoeftes en wensen van de cliënt zelf. Dit betekent dat schotten tussen sectoren en organisatieonderdelen geslecht worden, en dat afgerekend wordt met oude tradities, culturen, werkwijzen en afspraken. (F)ACT begint in feite waar andere vormen van zorg ophouden en/of onvoldoende resultaat boeken. (F)ACT volgt de cliënt en biedt langdurige en continue zorg vanuit een multidisciplinair team. Dit betekent dat ook als een tijdelijke opname onafwendbaar is, hulpverleners van het (F)ACT team betrokken blijven en doorgaan met hun zorgverlening. Idealiter ligt de regie voor opname, het individuele behandelbeleid en ontslag bij het (F)ACT-team. Dat is voor veel voorzieningen, zeker ook voor de VG, een radicaal andere manier van denken en handelen. Vanuit de visie dat cliënten pas écht herstellen (of daarmee een begin kunnen maken) in hun eigen omgeving, worden (crisis)opnames zoveel mogelijk voorkomen of bekort.

De ideologie van (F)ACT in steekwoorden

- Een cliënt is meer dan een cliënt
- De hulpvraag van de cliënt is leidend
- De hulpverlener moet aansluiten bij hetgeen de cliënt zelf wil en moet buiten de gebaande paden kunnen treden
- Echt beter worden (in de zin van herstellen) doe je niet in de kliniek, maar in je eigen omgeving
- Doel is maatschappelijke participatie en een waardevol leven kunnen leiden, dus niet enkel het behandelen van de aandoening of het stabiliseren van een crisis.

Praktijkcasus: Fred

Fred is een zwakbegaafde jongen van 20 jaar als hij wordt aangemeld bij het ACT-team van Trajectum in Zwolle. Hij is opgegroeid bij een verslaafde moeder en heeft een verleden in de kinder- en jeugdpsychiatrie, de jeugdzorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Vanwege diverse ernstige incidenten heeft de VG-organisatie bij wie hij het laatst in zorg was, de zorgovereenkomst opgezegd en heeft Fred weer onderdak gezocht bij zijn moeder. Het gaat het niet goed met hem. Hij is sterk zorgmijddend, gaat om met de verkeerde vrienden, gebruikt drugs, heeft geen dagbesteding en geen uitkering. Het ACT-team gaat regelmatig bij Fred langs en zoekt hem op, op plekken waar hij veel is, maar Fred houdt het contact af. Fred glijdt steeds verder af en op een gegeven moment is de situatie bij zijn moeder thuis niet langer houdbaar. Het besef breekt bij hem door dat hij het alleen niet langer redt. Hij mist de praktische vaardigheden om zijn (financiële) zaken te regelen en zet de deur voor het ACT-team op een kier. Het ACT-team regelt een ID-kaart en een uitkering en springt daarmee in op zijn grootste noden. Vanaf dat moment groeit het vertrouwen. Het ACT-team regelt een woning via de woningbouw, maar dat doet teveel appèl op de zelfstandigheid van Fred en het mislukt. Fred wordt opgenomen in een KVT (kort verblijf thuis). Tijdens zijn verblijf in het KVT blijft het ACT-team in contact met zowel Fred als zijn begeleiders, die af en toe met hun handen in het haar zitten omdat Fred fors ageert en regels niet accepteert. Na verloop van tijd komt Fred echter tot rust. Hij ziet in dat hij begeleiding en zorg nodig heeft, maar hij wil niet meer in een groep wonen. Uiteindelijk regelt het ACT-team een tweekamerwoning in het centrum van Zwolle voor hem, waar hij geen naaste burens heeft die hij overlast zou kunnen bezorgen. Met een persoonsgebonden budget wordt woonbegeleiding geregeld. Het ACT-team blijft hem twee tot drie keer per week bezoeken.

2.1.2 De doelgroep van (F)ACT

In de GGZ is het aantal (F)ACT-teams de laatste jaren enorm toegenomen. Een groot deel van de ambulante zorg is getransformeerd naar (F)ACT. Toch is (F)ACT niet voor iedere GGZ-cliënt zaligmakend. (F)ACT is ontwikkeld en in wetenschappelijk onderzoek effectief bevonden⁴ voor een specifieke, welomschreven doelgroep, namelijk voor cliënten met ernstige psychiatrische (veelal psychotische) aandoeningen (EPA). De aandoeningen zijn langdurend van aard en gaan gepaard met problematiek op verschillende terreinen zoals huisvesting (dakloosheid), financiën, dagbesteding/werk en sociale relaties. Het gaat om mensen met een doorgaans lange ziekte- en hulpverleningsgeschiedenis, die vanuit hun ziektebeeld maar ook vaak als gevolg van negatieve ervaringen met de professionele hulpverlening, (zeer) moeilijk te motiveren zijn voor enigerlei hulp en soms zelfs ronduit afwerend staan tegenover hulpverleners.

Zoals (F)ACT niet voor iedere GGZ-cliënt de juiste oplossing is, is dat ook niet het geval voor iedere cliënt met een LVB. Het merendeel van de cliënten met een LVB zal alleen of met enkele anderen samen kunnen wonen en kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven, met begeleiding vanuit het sociale netwerk en/of vanuit de professionele zorg (ambulante wijkzorg). Voor hen is de bestaande zorg toereikend. Voor een andere, meer selecte groep, schiet de bestaande zorg echter tekort. In de modelbeschrijving 'ACT voor LVB met complexe problematiek' is de doelgroep van (F)ACT dan ook als volgt omschreven: "Mensen die naast een licht verstandelijke beperking tevens te kampen hebben met ernstige en/of langdurende psychiatrische en/of gedragsproblematiek in combinatie met uiteenlopende problemen op diverse 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 ook sprake zijn van middelenmisbruik en risicovol en/of overlastgevend gedrag. De doelgroep is zeer gevarieerd van samenstelling. Het kan gaan om mensen die zelfstandig wonen, in woonvoorzieningen wonen of binnen de maatschappelijke opvang verblijven. Een kleine groep van de cliënten zal geen vaste verblijfplaats hebben en is dakloos."

⁴ De wetenschappelijke evidentie is met name aangetoond voor ACT (bronvermelding). ACT is dan ook als evidence based practice opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. FACT wordt in diezelfde richtlijn omschreven als 'veelbelovend'.

2.1.3 De positionering van (F)ACT

De aard, de complexiteit en het chronische beloop van de problematiek vragen om langdurende begeleiding en behandeling die geboden wordt vanuit een multidisciplinair team. (F)ACT is dus een specialistische vorm van zorg, die gepositioneerd moet worden in de (nu nog) derde lijn⁵. Omdat (F)ACT-teams hoogwaardige, specialistische en intensieve zorg bieden, is het ook een relatief dure vorm van zorg. In de GGZ wordt (F)ACT derhalve alleen geïndiceerd voor cliënten die tot de meest complexe, ofwel EPA-doelgroep⁶ behoren. Cliënten met minder complexe en enkelvoudige problematiek worden niet behandeld in (F)ACT-teams, maar krijgen reguliere klinische of ambulante behandeling en begeleiding van de GGZ.

2.1.4 De financiering van (F)ACT

Om te kunnen starten met (F)ACT zal de financiering uiteraard op orde moeten zijn. Omdat (F)ACT zich richt op cliënten die zich bevinden op het grensvlak van curatieve zorg, langdurende zorg, openbare geestelijke gezondheidszorg en soms ook justitie, zijn verschillende financieringsbronnen nodig. Hoewel er in de nabije toekomst veel gaat veranderen⁷, worden de meeste VG-organisaties op dit moment nog grotendeels AWBZ-gefinancierd. Dit betekent dat zij uitsluitend geïndiceerde behandeling, dan wel begeleiding mogen leveren, voor een vastgesteld aantal uren per week en voor een afgebakende periode. Deze tamelijk starre wijze van financiering staat echter op gespannen voet met het werken volgens het (F)ACT model, dat uitgaat van zorg op maat voor iedere cliënt en waarbij het team kan 'opschalen' wanneer het nodig is, langdurig bij cliënten betrokken blijft (dus ook wanneer zij zich in een stabiele fase bevinden) en juist ook cliënten die niet zelf om hulp vragen maar wel zorgbehoevend zijn en/of maatschappelijke overlast zorgen, hulp biedt. Ook moet (F)ACT in perioden van opname of detentie, betrokken kunnen blijven en zorg kunnen bieden. Aanvullende financiering (of in ieder geval zicht daarop) vanuit de ZVW, de WMO en eventueel Justitie zal nodig zijn om (F)ACT te kunnen (blijven) financieren. Het is aan de Raad van Bestuur om hierover afspraken te maken met de zorgverzekeraars. Vooruitlopend op deze afspraken kan de (VG) organisatie overwegen om de start van (F)ACT zelf (mede) te financieren, door financiële reserves aan te boren en/of bestaande financiële middelen te herallocceren.

Uit: beleidsdocument Idris 'Financiering FACT LVB'

Actuele financiering FACT-behandeling en –begeleiding

| FACT-behandelings- of begeleidingsvorm | ZVW | AWBZ | Wmo (o.a GGZ) | UWV/arbeids- voorziening |
|--|-----|------|------------------|-----------------------------|
| Diagnostiek | X | X | | |
| Geneeskundige behandeling | X | X | | |
| Begeleiding NAH | | X | | |
| Behandeling JLVG / IOG | | X | | |
| Arbeidstoeleiding (IPS) | | | | X |
| Casemanagement | X | X | | |
| Crisishulpverlening | | X | | |

⁵ In de toekomst zal de GGZ worden opgesplitst in basis GGZ en specialistische GGZ. Over de positionering van (F)ACT is nog geen definitief besluit genomen. De Stichting CCAF en de Vereniging F-ACT Nederland pleiten sterk voor positionering van (F)ACT als onderdeel van de specialistische GGZ.

⁶ EPA staat voor ernstige psychiatrische aandoeningen en wordt door de consensusgroep EPA als volgt gedefinieerd: er is sprake van een psychiatrische stoornis die zorg/behandeling noodzakelijk maakt; die met ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren gepaard gaat; waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis; die niet van voorbijgaande aard is en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren (Delespaul, 2013).

⁷ Gedoeld wordt op de transities in de langdurende zorg: de Participatiewet (Wet werken naar vermogen), de overheveling van de AWBZ-begeleiding naar de WMO en de transitie van de Jeugdzorg. Voor een schematisch overzicht van deze hervormingen: zie bijlage.

Verandering : transities jeugdhulp- Wmo – kern AWBZ

| FACT-behandelings- of begeleidingsvorm | ZVW | AWBZ | Wmo (o.a GGZ) | UWV/arbeids- voorziening |
|--|-----|------|------------------|-----------------------------|
| Diagnostiek | X | | | |
| Geneeskundige behandeling | X | | | |
| Begeleiding NAH | | | X | |
| Arbeidstoeleiding (IPS) | | | | X |
| Casemanagement | | | X | |
| Crisishulpverlening | | X | | |

2.1.5 Go or no go?

Bovenstaande beschrijving van de achterliggende ideologie en visie, de doelgroep, de positionering en de financiering van (F)ACT, maakt duidelijk dat de (VG) organisatie die wil gaan starten met (F)ACT, bepaald niet over één nacht ijs kan gaan. Om een weloverwogen besluit te nemen ten aanzien van de implementatie van (F)ACT, zal de (VG) organisatie zichzelf een aantal vragen moeten stellen en een aantal stappen moeten zetten:

➔ Breng de doelgroep in kaart

In de eerste plaats zal de (VG) organisatie die overweegt te starten met (F)ACT, zicht moeten hebben op de aard en omvang van de doelgroep die men in zorg heeft. Hoe ziet de LVB-doelgroep eruit? Wat zijn hun kenmerken en zorgbehoeftes? In hoeverre is er sprake van bijkomende gedrags- en/of psychiatrische problematiek, en wat is de ernst en duur van deze problematiek? Zijn er bepaalde trends te bespeuren? Komt bepaalde problematiek (bijvoorbeeld verslaving) de laatste jaren meer voor? Is er een verandering te zien in zorgzwaarte?

➔ Breng de doelgroep in kaart

De volgende vraag die de (VG) organisatie zich moet stellen, is in hoeverre het bestaande zorgaanbod (residentieel en ambulant) tegemoet komt aan de behoeftes en de zorgvragen van de cliënten en hun naasten. Wat is er bekend over de resultaten van de huidige residentiële en ambulante zorg? In hoeverre worden de begeleidingsdoelen behaald? Zijn er cliënten van wie de begeleidingsdoelen niet behaald worden, cliënten aan wie de zorg om negatieve redenen moet worden beëindigd en/of cliënten die zich aan de zorg onttrekken? Zijn er cliënten die regelmatig terugkeren op de crisisunit? Zijn er cliënten die afgewezen worden omdat ze te complex zijn of die in het geheel niet in beeld komen van de zorg terwijl ze wel zorgbehoefte hebben? Wat voor cliënten zijn dit? Voldoen deze cliënten aan het profiel van (F)ACT-clieënten? Hoe groot is deze groep, en waar bevindt hij zich?

➔ Breng de doelgroep in kaart

Vervolgens is het zaak om de balans op te maken en de resultaten van de voorgaande stappen te spiegelen aan de missie en visie van de organisatie. Biedt de organisatie de zorg die hij wil bieden? Richt de organisatie zich op de doelgroep die hij wil bedienen? Speelt de organisatie binnen zijn verzorgingsgebied de rol die hij wil spelen? Maakt de organisatie zijn ambities waar? Is het nodig de missie en visie van de organisatie (op onderdelen) aan te scherpen of aan te passen?

➔ Breng de doelgroep in kaart

Is (F)ACT een model waarvan cliënten die op dit moment onvoldoende bereikt worden en/of bij wie onvoldoende behandelresultaten worden geboekt, zouden kunnen profiteren? Wat zouden de opbrengsten van (F)ACT kunnen zijn voor de cliënt zelf, zijn omgeving, de hulpverleners, de VG organisatie en de samenleving?

➔ Breng de doelgroep in kaart

Zijn er andere, betere, goedkopere en/of minder ingrijpende en omvangrijke manieren om de doelgroep bij wie een kloof is geconstateerd tussen vraag en aanbod, beter te bedienen? Kan er bijvoorbeeld consultatie worden

ingeroepen van de GGZ en/of verslavingszorg om bepaalde cliënten beter te kunnen helpen? Kunnen cliënten beter en sneller worden doorverwezen naar meer gespecialiseerde vormen van zorg? Kan de zorgverlening verbeteren door te investeren in deskundigheidsbevordering van medewerkers? Ook is het van belang om het aanbod in de omgeving in kaart te brengen: Zijn er andere aanbieders binnen de regio die al een (F)ACT-team of een andere intensieve zorgvorm hebben voor de categorie cliënten die op dit moment onvoldoende bereikt wordt, en kan hiermee worden samengewerkt?

Breng de doelgroep in kaart

Indien bovenstaande stappen doorlopen zijn, zal de (VG) organisatie zich de vraag moeten stellen of hij bereid en in staat is de noodzakelijke investeringen te treffen en de noodzakelijke randvoorwaarden te creëren. Past de implementatie van (F)ACT in de beleidsagenda voor de komende jaren? Met welke andere beleidsdoelstellingen moet (F)ACT wedijveren? Hoe is de financiële situatie van de organisatie? Beschikt de organisatie over voldoende financiële middelen om te starten met (F)ACT-teams? Is de financierer bereid tot (extra) financiering, of heeft de organisatie mogelijkheden en toestemming om financiële middelen te heralloceren? Moeten er andere financiers worden gezocht en zo ja, staan zij bereidwillig tegenover (F)ACT? In het haalbaarheidsonderzoek moet uiteraard niet alleen aandacht zijn voor de strategische en financiële aspecten, maar vooral ook voor de inhoudelijke. Heeft de organisatie de kennis en kunde in huis om een complexe doelgroep te bedienen volgens de (F)ACT criteria? Beschikt de organisatie in voldoende mate over behandeldisciplines en specifieke deskundigheden, zoals psychiaters, artsen (waaronder AVG's), GZ-psychologen, verslavingsdeskundigen en ervaringsdeskundigen? Biedt de organisatie reeds het gehele palet aan zorg en behandeling dat van (F)ACT-teams verwacht mag worden? Indien deze laatste vragen ontkennend beantwoord moeten worden, is het zaak om te onderzoeken of de benodigde deskundigheid, behandeldisciplines en behandelmodaliteiten in huis kunnen worden gehaald, dan wel of er intensief kan worden samengewerkt met andere ketenpartners in de regio. Van belang is ook dat de organisatie beschikt over voldoende urgentiebesef, innovatiedrang, daadkracht en 'organisatorische flexibiliteit' ofwel het vermogen om te kunnen schakelen tussen settings en sectoren.

Indien de RvB bovenstaande zaken in acht heeft genomen en een voorgenomen besluit heeft genomen om te starten met (F)ACT, kunnen de volgende stappen worden gezet. Raadzaam is om vanuit het hoger management een account- of projectmanager te benoemen die verantwoordelijk is voor de uitvoering van deze stappen.

Samenvattend:

- Omdat (F)ACT een zorgorganisatiemodel is, zal de implementatie van (F)ACT gevolgen hebben voor de gehele organisatie.
- Bij (F)ACT wordt niet vanuit de bestaande organisatorische en financiële kaders en structuren gedacht, maar vanuit de behoeftes en wensen van de cliënt zelf.
- (F)ACT is uitsluitend bedoeld voor de meest complexe cliëntengroep, die niet of onvoldoende profiteren van het bestaande zorgaanbod.
- (F)ACT is een specialistische en dure vorm van zorg, die gepositioneerd moet worden in de derde lijn.
- Gemengde financiering is noodzakelijk om (F)ACT te kunnen implementeren en te borgen.

2.2 In welke vorm gaan we starten met (F)ACT?

De vraag die zich aandringt nadat de Raad van Bestuur een 'go' beslissing heeft genomen, is in welke vorm de (VG) organisatie wil gaan starten met (F)ACT. Wil men een eigen, zelfstandig (F)ACT team gaan oprichten of wil men samenwerken met andere ketenpartners in de regio? En kiest de organisatie voor implementatie van ACT of van FACT? En kiest men voor één team of voor meerdere teams?

2.2.1 Zelfstandig of samengesteld?

(F)ACT zorg aan cliënten met LVB+ kan op verschillende manieren georganiseerd worden. Het is belangrijk om goed rekenschap te nemen van de verschillende mogelijkheden en de bijbehorende voor- en nadelen, zodat de (VG) organisatie een overwogen keuze kan maken.

Een eerste mogelijkheid is om vanuit de eigen organisatie, één of meerdere zelfstandige (F)ACT-teams op te richten die zich specifiek richten op de LVB+ populatie. Dit kan een optie zijn als de LVB+ doelgroep op dit moment in de regio waarin de (VG) organisatie werkzaam is, nog onvoldoende bediend wordt, ook niet door (F)ACT-teams van de GGZ en/of (F)ACT-teams van andere VG-aanbieders in de regio.

Indien er in de regio al (F)ACT-teams actief zijn, hetzij vanuit de GGZ, hetzij vanuit de VG, is het mogelijk om samen te werken. Ook als er nog geen (F)ACT-teams zijn, maar er is wel belangstelling bij de ketenpartners om te starten met (F)ACT, kan deze constructie een mogelijkheid zijn. Hieronder worden de opties nader uitgewerkt en wordt een aantal voor- en nadelen opgesomd.

Optie 1: het zelfstandig opzetten van specifieke (F)ACT LVB teams

Wanneer een optie?

- Als er geen andere aanbieders van vergelijkbare zorg aan een vergelijkbare doelgroep zijn in de regio, en hiervoor ook geen plannen bestaan op korte termijn
- Als de (VG) organisatie voldoende deskundigheid in huis heeft of kan halen om (F)ACT-teams te kunnen bemensen
- Als de (VG) organisatie bereid is in de opbouw van (F)ACT te investeren, o.a. door geld, tijd en scholing
- Als de (VG) organisatie goed is ingebed in de zorgketen en beschikt over een groot netwerk van ketenpartners, met wie goede relaties zijn opgebouwd.

Voordelen

- De (VG) organisatie kan het implementatietraject in zijn eigen tempo en op zijn eigen manier doorlopen, en is daarin niet afhankelijk van ketenpartners.
- De (VG) organisatie kan zich naar financiers, ketenpartners en cliënten onderscheiden door een nieuw, herkenbaar zorgproduct op de markt te zetten.
- Er komen separate teams voor een doelgroep die tot op heden onvoldoende werd bediend, noch vanuit de VG, noch vanuit de GGZ. Het feit dat de LVB+ doelgroep een speciale benadering nodig heeft die vanuit de GGZ onvoldoende geboden wordt, kan deze keuze rechtvaardigen.

Nadelen en risico's

- Er ontstaan aparte (F)ACT-teams voor een doelgroep die voor een deel dezelfde kenmerken en problemen heeft als de doelgroep van (F)ACT teams vanuit de GGZ. Toenemende specialisatie van (F)ACT kan leiden tot nieuw 'hokjesdenken' waardoor cliënten opnieuw het risico lopen om tussen wal en schip te vallen.
- De (VG) organisatie zal de (F)ACT-teams geheel op eigen krachten moeten opbouwen. Werken volgens het (F)ACT model stelt hoge eisen aan o.a. de deskundigheid van medewerkers, de flexibiliteit van de organisatie en de samenwerking met (lokale) ketenpartners. De (VG) organisatie kan niet meeliften op bestaande structuren.
- Voor verwijzers is het mogelijk niet duidelijk welke gevallen zij moeten aanmelden bij de VG, en in welke gevallen bij de GGZ. Beide teams bedienen deels dezelfde doelgroep en bovendien is op voorhand niet altijd duidelijk of een cliënt tot de LVB-doelgroep behoort.

Uitgelicht: de FACT-teams van Idris

Idris maakt deel uit van de Amarant Groep, een grote VG-organisatie in Brabant. Idris is het onderdeel dat zich specifiek richt op cliënten met een LVB en complexe problematiek, vergelijkbaar met de SGLVB-populatie. Idris beschikt sinds medio 2013 over drie FACT teams: één in Tilburg, één in Breda en één in Helmond. Het team in Helmond bedient tevens de jeugdige doelgroep (18 jaar en jonger).

Idris heeft ervoor gekozen om eigenstandig FACT-teams op te zetten omdat zij reeds beschikten over ambulante specialistische teams (AST) die overbruggingszorg boden voor complexe cliënten die op de wachtlijsten stonden voor klinische zorg en dus zowel de cliëntengroep als de deskundigheid en ervaring voor een belangrijk deel in huis hadden. De AST-teams zijn omgevormd naar FACT-teams. In de loop van de tijd zijn de teams, die oorspronkelijk overwegend bestonden uit (senior) begeleiders en orthopedagogen, uitgebreid met SPV's, artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's) en psychiaters. De AVG's waren al in dienst van Idris, de psychiaters en SPV's zijn extern geworven.

Optie 2: het samen met andere VG-aanbieders opzetten van of participeren in specifieke (F)ACT LVB teams

Wanneer een optie?

- Als andere VG-aanbieders al gestart zijn met (F)ACT-teams voor LVB+.
- Als andere VG-aanbieders voornemens hebben om op korte termijn te starten met (F)ACT voor LVB+.
- Als samenwerking met andere VG-aanbieders voor beide partijen meerwaarde heeft, bijvoorbeeld omdat de andere partij beschikt over aanvullende deskundigheid, een samenwerkingsnetwerk, financiering, etc.

Voordelen

- Er komen separate teams voor een doelgroep die tot op heden onvoldoende werd bediend, noch vanuit de VG, noch vanuit de GGZ. Het feit dat de LVB+ doelgroep een speciale benadering nodig heeft die vanuit de GGZ onvoldoende geboden wordt, kan deze keuze rechtvaardigen.
- VG-organisaties kunnen samen optrekken in de ontwikkeling van (F)ACT, en kunnen elkaar versterken en aanvullen op verschillende gebieden.
- Er wordt voorkomen dat VG-organisaties onderling gaan concurreren; men vormt één gezicht naar buiten toe, hetgeen helderheid verschaft naar verwijzers en cliënten toe.

Nadelen en risico's

- Er ontstaan aparte (F)ACT-teams voor een doelgroep die voor een deel dezelfde kenmerken en problemen heeft als de doelgroep van (F)ACT teams vanuit de GGZ. Toenemende specialisatie van (F)ACT kan leiden tot nieuw 'hokjesdenken' waardoor cliënten opnieuw het risico lopen om tussen wal en schip te vallen.
- Het samen met een andere VG-aanbieder opzetten van (F)ACT kan afhankelijkheidsrelaties creëren en daardoor vertragend werken.

Uitgelicht: Het ACT voor LVB team van Trajectum

Trajectum, een organisatie die zich specifiek richt op de behandeling van de SGLVB-doelgroep, beschikt over twee ACT-teams: één in Zutphen (forensisch ACT) en één in Zwolle. Het Zwolse team is voortgekomen uit de polikliniek. Op de polikliniek werd door een aantal behandelaars al outreachend gewerkt ten behoeve van cliënten die door het ontbreken van motivatie en/of hun beperking, niet uit eigen beweging naar de organisatie komen. Het ACT-team van Zwolle is klein begonnen en samengesteld uit behandelaars (GZ-psycholoog, orthopedagoog) van de polikliniek van Trajectum en woonbegeleiders vanuit Frion, een samenwerkende VG-organisatie. De woonbegeleiders zijn gedetacheerd en maken volwaardig deel uit van de teams. Aan het team zijn in de loop van de tijd een psychiater en SPV toegevoegd, die gedetacheerd zijn vanuit Dimence, een grote GGZ-organisatie in Overijssel.

Optie 3: het aanhaken bij reeds bestaande (F)ACT-teams vanuit de GGZ

Wanneer een optie?

- Als er in de regio al ervaren (F)ACT-teams vanuit de GGZ zijn, die zich (al dan niet bewust) mede op de LVB+ doelgroep richten, en die bereid zijn tot en meerwaarde zien in intensivering van de samenwerking met de (VG) organisatie.

Voordelen

- De (VG) organisatie hoeft niet van het begin af aan te beginnen, maar kan meeliften met de ontwikkelingen die reeds in gang zijn gezet.
- De (VG) organisatie kan mogelijk gebruik maken van de opname- en crisisopvangfaciliteiten van de GGZ.
- VG en GGZ kunnen samen optrekken in hun zorg aan een deels overlappende doelgroep, en kunnen elkaar versterken en aanvullen op verschillende gebieden.
- Er wordt voorkomen dat de VG en de GGZ onderling gaan concurreren in hun zorg voor deels dezelfde doelgroep; men vormt één gezicht naar buiten toe, hetgeen helderheid verschaft naar verwijzers en cliënten toe.

Nadelen en risico's

- Invoegen in bestaande structuren kan mogelijk betekenen dat de (VG) organisatie zich zal moeten aanpassen aan de werkwijze en cultuur van het team dat oorspronkelijk vanuit de GGZ is opgezet. Mogelijk is deze werkwijze en cultuur een andere dan waar de (VG) organisatie voor staat.

Uitgelicht: **FACT GGZ Oost Brabant**

GGZ Oost-Brabant is een grote GGZ-organisatie met verschillende vestigingen in Oost-Brabant. De organisatie beschikt over diverse (F)ACT-teams. GGZ Oost-Brabant heeft een specialistisch aanbod voor cliënten met een LVB in combinatie met psychiatrische problematiek. Dit aanbod is ondergebracht in een separaat organisatieonderdeel LVB & Psychiatrie.

GGZ Oost-Brabant is eind 2012 in Oss een pilot gestart, waarbij deskundigheid vanuit LVB & Psychiatrie is toegevoegd aan een reeds bestaand FACT-team. Eén van de redenen om aan te haken bij een bestaand team en niet te kiezen voor een separaat LVB-team, was het grote werkgebied van GGZ-Oost-Brabant. Ook beschikte LVB & Psychiatrie over te weinig capaciteit om zelf een FACT team op te richten.

Vanuit LVB & Psychiatrie werd een verpleegkundige voor 20 uur per week gedetacheerd naar het FACT-team.

Daarnaast kon het team inhoudelijk terugvallen op het behandelteam van LVB & Psychiatrie.

De pilot heeft een jaar gedraaid. Besloten is uiteindelijk om niet op de ingeslagen weg verder te gaan.

Geconstateerd werd dat de zorg voor mensen met een LVB in deze vorm te weinig tot zijn recht kwam.

Teamleden werden geconfronteerd met verschillen in cultuur, werkwijze en inzicht. Eén van de geleerde lessen was dat de inbreng vanuit LVB & Psychiatrie (één verpleegkundige voor 20 uur) mogelijk te weinig substantieel was om de zorg voor mensen met een LVB goed vorm en inhoud te geven binnen een bestaand FACT-team.

2.2.2 Bestaande teams omvormen of starten met nieuwe teams?

Veel (VG) organisaties beschikken al over vormen van ambulante zorg, zoals wijkzorgteams, poliklinieken of ambulante behandelteams. De intensiteit van de geboden zorg vanuit deze teams varieert, evenals de aard van de doelgroep die men bedient, de zorg die men biedt en de manier waarop men die zorg biedt. Soms lijken deze teams op bepaalde punten (o.a. outreachend, intensief, multidisciplinair) al redelijk te werken volgens het (F)ACT model. Vraag is dan of de (VG) organisatie er verstandig aan doet om deze bestaande teams om te vormen naar (F)ACT, of deze teams in stand te houden en daarnaast (F)ACT-teams op te richten. Hieronder geven we een overzicht van de voor- en nadelen.

Optie 1: bestaande behandel- of wijkzorgteams omvormen naar (F)ACT teams

Voordelen

- Er is al een team, medewerkers zijn op elkaar ingespeeld. Er zijn al (overleg)structuren en het primaire proces loopt al.
- Er zijn al cliënten waarvan verondersteld mag worden dat een deel van hen tot de (F)ACT-doelgroep behoort.
- Het team beschikt al over een netwerk van ketenpartners.
- Het team werk mogelijk al gedeeltelijk volgens (F)ACT-principes en hoeft dus niet vanaf het eerste begin te starten.

Nadelen

- De personele samenstelling voldoet mogelijk niet aan de normen van (F)ACT. Dit betekent dat een aantal medewerkers boventallig kan worden.
- Medewerkers hebben er niet zelf voor gekozen om in een (F)ACT team te gaan werken, en hebben mogelijk weerstand tegen de nieuwe werkwijze. Vraag is ook af men voldoende deskundig is en de juiste attitude heeft om te werken met de (F)ACT-doelgroep.

- Medewerkers zullen moeten afrekenen met hun oude werkwijzen, cultuur en tradities. Dit blijkt in de praktijk niet eenvoudig.
- Interne en externe verwijzers en samenwerkingspartners zullen nog lang het beeld van het oude team blijven houden; het kost tijd en inspanning om dit beeld aan te passen.

Uitgelicht: de FACT volwassenenteams van Idris

Idris nam in 2012 het besluit om het bestaande zorgaanbod aan cliënten met een LVB en complexe bijkomende problematiek uit te breiden met FACT. Het Trimbos-instituut werd ingeschakeld om Idris te ondersteunen bij de implementatie van (F)ACT en bij het onderzoek naar de resultaten van deze zorg. Idris beschikte al over AST-teams: ambulante specialistische zorgteams die praktische begeleiding en behandeling boden aan cliënten met complexe problematiek, die geïndiceerd waren voor klinische zorg maar als gevolg van wachtlijsten niet konden worden opgenomen. De teams werkten sterk outreachend en bestonden overwegend uit ervaren (senior) begeleiders, die in hun zorgverlening werden gecoacht door een orthopedagoog.

Om te beoordelen in welke mate de AST-teams al werkten volgens het FACT-model, werd een audit uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Uit de audit bleek dat de AST-teams een aantal onderdelen van het FACT model (outreach, werken met verschillende deskundigheden, intensieve zorg) al goed in praktijk brachten, en dat de teams de potentie hadden om op den duur uit te groeien tot volwaardige en modelgetrouwe FACT-teams. Besloten werd om de AST-teams volledig om te vormen naar FACT-teams.

Optie 2: starten met nieuwe (F)ACT-teams

Voordelen

- Er kan fris gestart worden met een nieuw team van medewerkers die bewust gekozen hebben en beschikken over de capaciteiten en attitude om te werken in een (F)ACT-team en met een complexe doelgroep.
- Teamleden werken gezamenlijk aan de opbouw van het team en het ontwikkelen en verbeteren van de werkwijze. Dit versterkt de teambuilding en vergroot het draagvlak.

Nadelen

- Het team moet bij het begin beginnen en kan niet meeliften op bestaande structuren. Het kost tijd voordat het team voldoende in de steigers staat en productie kan draaien.
- Het team zal moeten investeren in communicatie en samenwerking binnen en buiten de organisatie om zichzelf te profileren.

Uitgelicht: Stevig

Stevig is onderdeel van Dichterbij, een grote VG-organisatie in het zuiden van het land. Stevig is het onderdeel dat zich specifiek richt op de SGLVB-doelgroep. Het maakt deel uit van de Borg.

Om de interne keten te versterken en het aantal (crisis)opnames te reduceren, heeft Stevig besloten om, samen met de drie andere Borgorganisaties en onder begeleiding van het Trimbos-instituut, te starten met (F)ACT. In eerste instantie was het idee om de bestaande ambulante behandelteams (ABT) om te vormen naar (F)ACT-teams. De ABT-teams werden geschoold in het (F)ACT model en bij één van de ABT-teams vond een audit plaats. Geconstateerd werd dat de ABT-teams een kwalitatief hoogwaardig en herkenbaar behandelaanbod

leverden aan een welomschreven doelgroep, maar dat zowel het aanbod als de doelgroep nogal ver afstonden van (F)ACT. Uiteindelijk werd besloten 'het kind niet met het badwater weg te gooien' en naast de ABT-teams, te starten met een ACT-team in Sittard. Intern werden vacatures gesteld waarop zowel door ambulante als klinische hulpverleners werd gereageerd. Begin 2014 ging een nieuw, enthousiast ACT-team van start.

2.2.3 ACT of FACT?

De (VG) organisatie zal niet alleen een keuze moeten maken m.b.t. de organisatievorm, ook moet men een keuze maken met betrekking tot ACT, FACT of in het geval van meerdere teams, een combinatie van beide. Omdat het voor deze handreiking te ver voert om uitgebreid op de overeenkomsten en verschillen tussen beide organisatievormen in te gaan, volstaan we hier met een korte beschrijving van de belangrijkste onderscheidende kenmerken⁸:

- Waar ACT zich richt op de meest complexe, instabiele en veelal zorgmijdende cliëntengroep ("het topje van de ijsberg"), richt FACT zich tevens op cliënten die eveneens lijden aan ernstige en complexe problematiek (de zgn. EPA doelgroep), maar ook (langdurige) periodes hebben waarin zij met de nodige ondersteuning, redelijk zelfstandig en stabiel kunnen functioneren. De verhouding tussen het aandeel zeer zorgintensieve cliënten ten opzichte van het aandeel stabiele cliënten verschilt per FACT-team, maar is doorgaans ongeveer 20% - 80%.
- Omdat ACT-teams zich richten op de meest complexe en instabiele cliëntengroep bieden zij zeer intensieve zorg. Cliënten worden meerdere keren per week (soms dagelijks) bezocht en krijgen intensieve behandelingen begeleiding op alle levensgebieden. Bij FACT-teams is de gemiddelde contactfrequentie lager, gezien het relatief grote percentage 'stabiele' cliënten. Cliënten die het nodig hebben, worden 'opgeplust' wat wil zeggen dat zij zorg krijgen op ACT-niveau.⁹

Hieronder geven we de belangrijke overeenkomsten en verschillen tussen beide modellen schematisch weer. Op punten waarop (F)ACT voor LVB+ afwijkt van reguliere (F)ACT, is dit cursief weergegeven.

| | ACT | FACT |
|--------------------|---|--|
| Doelgroep | Mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen LVB+: Mensen met een LVB en complexe en langdurende psychiatrische en/of gedragsproblematiek | Mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen LVB+: Mensen met een LVB en complexe en langdurende psychiatrische en/of gedragsproblematiek |
| Kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> ● Outreachend ● Ambulant ● Intensief ● Multidisciplinair ● Shared caseload ● Continuïteit van zorg ● Langdurend | Twee werkwijzen: <ul style="list-style-type: none"> ● Casemanagement bij stabiele cliënten ● ACT bij instabiele cliënten Wijkgericht |
| Caseload | Ca 100 cliënten LVB+: Ca 80 cliënten | Ca 200 cliënten LVB+: Ca 175 cliënten |
| Omvang team | Ca 10 fte | Ca 13 fte |

⁸ Voor een uitgebreide beschrijving van de verschillen en overeenkomsten tussen ACT en FACT, zie <http://www.ccaf.nl/act-en-fact/literatuur> met links naar o.a. Van Veldhuizen e.a., 2006.

⁹ Voor de normen m.b.t. caseload, contactfrequentie, zorgintensiteit, zie de DACTS en de FACTS. Deze instrumenten zijn te downloaden via <http://www.ccaf.nl/audits/instrumenten-77430>

De keuze tussen ACT en FACT hangt af van verschillende factoren:

- In de eerste plaats de aard en complexiteit van de doelgroep waarop het team zich wil richten. Richt het team zich hoofdzakelijk of uitsluitend op de aller moeilijkste, zeer zorgbehoefte en instabiele cliëntengroep¹⁰ of richt het team zich ook op de meer stabiele cliënten met LVB en langdurende gedrags- en psychiatrische problematiek? In het eerste geval zal het team veel tijd besteden aan casefinding en het binden van / contact krijgen met cliënten, terwijl in het tweede geval cliënten vaak al wat stabiel functioneren maar vanwege hun kwetsbaarheid wel het risico lopen op decompensatie of een gevaar of overlast veroorzaken voor de omgeving. Bij deze cliënten is de behandeling en de begeleiding vanuit het FACT-team erop gericht om hen zodanig te ondersteunen dat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren in de samenleving, en kunnen werken aan hun verdere herstel- en reïntegratieproces.
- In de tweede plaats hangt de keuze voor ACT dan wel FACT af van het reeds bestaande zorgaanbod vanuit de eigen organisatie. Indien de VG organisatie al beschikt over een sterke ambulante wijkzorg-tak die zodanig geëquipeerd is dat deze ook intensieve zorg kan bieden aan cliënten die tijdelijk extra zorg nodig hebben, ligt het voor de hand dat het nieuw op te richten team zich toespitst op de aller moeilijkste en instabiele cliëntengroep, dus de ACT-doelgroep. Het ACT-team zou dan ook een consultatieve functie kunnen vervullen t.b.v. de ambulante wijkzorgteams, en evt. ook tijdelijk kunnen bijspringen door inzet van personeel.
- In de derde plaats is het van belang om te weten welk zorgaanbod er elders binnen de regio aanwezig is. Zijn er binnen de regio al (F)ACT-teams actief, hetzij vanuit de VG, hetzij vanuit de GGZ, de verslavingszorg of de jeugdzorg? Zo ja, in welke mate richten zij zich ook op de LVB+ doelgroep? Als er bijvoorbeeld al een goed functionerend ACT-team bestaat dat zich mede op de LVB+ doelgroep richt, zou dit een reden kunnen zijn om te kiezen voor FACT.
- Op de vierde plaats moet de omvang van de regio worden meegenomen in de keuze voor ACT of FACT. In de GGZ zijn ACT-teams met name actief in de grote steden, terwijl FACT-teams met name in klein stedelijke en rurale gebieden werkzaam zijn. Dit heeft te maken met het feit dat de concentratie van ernstige psychiatrische problematiek in de grote steden hoger is dan in klein stedelijke gebieden. Een team dat een groot gebied moet bedienen heeft veel reistijd, en zal dus moeilijker kunnen voldoen aan de strenge normen die het ACT-model o.a. stelt aan intensiteit van zorg en contactfrequentie.
- Ten slotte wordt de keuze mede bepaald door de beschikbare financiën. ACT is duurder dan FACT. Mocht een VG organisatie willen starten met ACT, dan zal het de financier moeten kunnen overtuigen van het feit dat deze zorgvorm noodzakelijk is voor de zeer complexe doelgroep die men in de toekomst wil bedienen.

Uitgelicht: FORACT LVB Trajectum

Het forensisch ACT-team van Trajectum is in 2012 opgericht en richt zich specifiek op forensische LVB-cliënten: mensen met een actuele forensische titel en/of mensen die vanuit hun beperking, stoornis en/of gedrag, potentieel delictgevaarlijk zijn. Het team heeft ervoor gekozen om in eerste instantie als ACT-team van start te gaan en zich, conform de 'Modelbeschrijving ACT voor LVB en complexe problematiek' te richten op de meest moeilijke, zorgintensieve en zorgmijdende cliëntencategorie omdat er in de regio (behalve in Zwolle) nog geen (forensische) (F)ACT teams waren die zich specifiek richtten op de LVB-groep en bij deze doelgroep de nood het hoogst was.

Begin 2014 had het forensisch ACT-team circa 75 cliënten in zorg. Alle cliënten staan op het bord en worden dagelijks besproken. Cliënten worden aangemeld via het veiligheidshuis, penitentiaire inrichtingen, reclassering, GGZ en via interne kanalen. Vrijwel alle cliënten hebben intensieve zorg nodig en worden meerdere keren per week bezocht. Een deel van de cliënten heeft veiligheidscode rood en moet dus met meerdere hulpverleners gezien worden. De doelgroep is op dit moment ACT 'waardig'. Er bestaan plannen om het ambulante aanbod van Trajectum in de toekomst uit te breiden c.q. om te vormen met FACT, om ook aan de meer stabiele cliëntengroep zorg te kunnen bieden en de uitstroom uit ACT op te kunnen vangen.

¹⁰ Bij cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) gaat het naar schatting om 20% van de cliëntenpopulatie (Van Veldhuizen ea, 2006).

Uitgelicht: FORFACT LVB Altrecht

Het forensisch FACT LVB team van Altrecht is in 2012 opgericht en richt zich net als Trajectum op een forensische LVB-doelgroep. Het team heeft gekozen voor FACT omdat Altrecht al een aanbod heeft op het gebied van ACT, waaronder ook een forensisch ACT-team. In deze teams worden ook cliënten met een LVB behandeld en begeleid. Na behandeling in het forensisch ACT-team worden cliënten soms doorverwezen naar het forensisch FACT LVB team. Andere verwijzingen zijn afkomstig van de forensische polikliniek en de reclassering.

De ervaring leert dat veel startende teams bij aanvang nog niet met zekerheid kunnen voorspellen welke doelgroep zij precies in hun caseload zullen krijgen. Het is moeilijk om van tevoren al een helder en betrouwbaar beeld te krijgen van de aard en omvang van de cliëntenpopulatie. Toch is het van belang om van tevoren zo goed mogelijk een 'zorgvraaganalyse' uit te voeren, op basis waarvan in ieder geval een voorlopige keuze kan worden gemaakt tussen ACT en FACT. De definitieve keuze kan dan na verloop van tijd (bijvoorbeeld na een jaar) worden gemaakt, als het team al enige tijd draait en de doelgroep zich meer heeft uitgekristalliseerd.

2.2.4 Hoeveel (F)ACT teams?

De (VG) organisatie die wil gaan starten met (F)ACT zal ook moeten beslissen of het met één dan wel meerdere teams tegelijk wil gaan starten. Deze beslissing hangt uiteraard af met de omvang van de regio en het aanbod elders binnen de regio. Daarnaast hangt het af van de beschikbare financiering, de ambities van de organisatie en de visie op en ervaringen met het implementeren van innovaties in de zorg: wil men op één pilotlocatie beginnen en in een later stadium breder uitrollen of kiest men voor een regio brede aanpak vanaf het eerste begin?

Samenvattend:

- (F)ACT zorg aan cliënten met LVB+ kan op verschillende manieren georganiseerd worden: vanuit de VG, vanuit de GGZ, of vanuit een samenwerking van VG en GGZ.
- Organisaties staan voor de keuze om voor de LVB+ doelgroep separate, specialistische (F)ACT teams te organiseren of om de zorg voor deze doelgroep te integreren in reguliere (F)ACT teams.
- Een organisatie die gaat starten met (F)ACT kan ervoor kiezen om bestaande ambulante teams om te vormen naar (F)ACT of om te starten met geheel nieuwe teams.
- Ook zal een organisatie vroeg of laat een keuze moeten maken tussen ACT en FACT of, in het geval van meerdere teams, een combinatie van beide. Het is lastig om organisaties die willen gaan starten met ambulante outreachende zorg voor de LVB+ doelgroep, een eensluidend advies te geven met betrekking tot de organisatievorm. Iedere organisatie zal zijn eigen afweging moeten maken en in de praktijk gebeurt dat ook, getuige de verscheidenheid in organisatorische vormgeving (zie praktijkvoorbeelden). Evenwel kan worden gesteld dat het in eerste instantie het meest logisch lijkt om daar te beginnen waar de nood het hoogst is en dus de meeste winst (zowel in termen van gezondheidswinst als economische winst) kan worden geboekt, ofwel bij de meest complexe, zorgintensieve, instabiele en veelal tevens overlastgevendende LVB-doelgroep. Deze specifieke doelgroep is het meest gebaat bij ACT-zorg. Na verloop van tijd zouden dan als aanvulling op ACT, tevens FACT-teams kunnen worden gestart (zie ook Rijkaart en Neijmeijer, 2011).
- Ten slotte zal een organisatie moeten bepalen hoeveel (F)ACT-teams het wil gaan starten, en binnen welke tijdsperiode. Dit vergt een zorgvuldige zorgvraaganalyse en een strategisch meerjarenbeleidsplan.

2.3 Hoe gaan we starten met (F)ACT?

2.3.1 Inrichten projectstructuur

Op het moment dat de plannen m.b.t. (F)ACT in grote lijnen duidelijk zijn, er op bestuursniveau voldoende draagvlak is voor (F)ACT en de financiering (in ieder geval voor het komende jaar) voldoende op orde is, is het raadzaam om een projectstructuur op te bouwen. Door de implementatie van (F)ACT een projectstatus te geven, wordt voorkomen dat een veelbelovend initiatief niet tot wasdom kan komen of halverwege strandt in goede bedoelingen maar te weinig daadkracht en voortvarendheid. Een project heeft als voordeel dat het een status aparte krijgt toegekend en dat er extra inspanningen geleverd gaan worden om de doelen te realiseren. Uiteraard is daarbij van belang dat degenen die bij het project betrokken worden, voldoende gefaciliteerd worden in de vorm van tijd en geld voor ontwikkel- en scholingsactiviteiten.

Het opbouwen en inrichten van de projectstructuur behoort tot de taak van de verantwoordelijk project- of accountmanager, die is aangesteld door de RvB. De projectmanager, i.c. een vertegenwoordiger van het hoger management, kan op zijn beurt één of meerdere projectleiders of –coördinatoren benoemen. De rol van projectleider kan het beste worden ingevuld door de (beoogd) operationeel teamleider. Van deze persoon wordt verwacht dat hij sturing kan geven aan veranderprocessen en medewerkers kan coachen en faciliteren om de (F)ACT werkwijze optimaal in de praktijk te brengen (voor een taakbeschrijving van de teamleider: zie bijlage). De eindverantwoordelijkheid voor de implementatie van (F)ACT berust bij de projectmanager. In het geval van meerdere startende (F)ACT-teams bewaakt hij ook de onderlinge afstemming en coördinatie tussen de teams. De projectmanager draagt zorg voor een heldere resultaatomschrijving met bijbehorende mijlpalen.

Het projectteam bestaat dus in ieder geval uit de projectmanager en de projectleider(s) van de (F)ACT team(s) in oprichting. Desgewenst kan een beleidsmedewerker en/of een extern procesbegeleider/adviseur aan het projectteam worden toegevoegd. Daarnaast is het raadzaam een ervaren behandelcoördinator toe te voegen aan het projectteam. Staffunctionarissen, zoals een communicatieadviseur, een facilitair coördinator, een ICT-coördinator en een personeelsconsulent hoeven niet standaard deel uit te maken van het projectteam, maar kunnen op indicatie verzocht worden tot deelname aan het overleg.

Van belang is om bij aanvang afspraken te maken over de onderlinge taakverdeling. Indien de organisatie kiest voor het opstarten van meerdere (F)ACT-teams tegelijkertijd, ligt het voor de hand om het voorzitterschap te beleggen bij de projectmanager. Gaat het (voorlopig) om de start van één team, dan kan het voorzitterschap bij de projectleider liggen. In dat geval is het wellicht niet nodig dat de projectmanager bij ieder overleg van het projectteam aanwezig is, maar periodiek (in een nader te bepalen frequentie) aanschuift.

De projectmanager heeft ook als taak om de projectleiders te coachen en zorg te dragen voor de noodzakelijke faciliteiten. Er zal budget en tijd moeten worden vrijgemaakt voor het implementatietraject. Om (F)ACT tot een succes te kunnen maken, zijn investeringen nodig. De leden van het projectteam zullen geormerkte uren moeten krijgen om een werkplan op te stellen en uit te voeren. Daarnaast zal er tijd en geld beschikbaar moeten worden gesteld voor deskundigheidsbevordering en eventueel werving van nieuwe medewerkers (in de VG zullen dat met name behandeldisciplines zijn) die in de (F)ACT teams zullen gaan werken. Ook zullen de nieuwe (F)ACT-teams de tijd moeten krijgen om zich te ontwikkelen en zich de (F)ACT werkwijze eigen te maken. Dat betekent dat er in deze ontwikkelfase realistische (dus lagere) productienormen zullen moeten worden afgesproken met de teams.

Van belang is om al in een vroeg stadium van het project na te denken over de borging van (F)ACT binnen de organisatie op langere termijn. Hoe zorgt men ervoor dat de resultaten die de komende tijd bereikt worden, inzichtelijk worden gemaakt ten behoeve van de eigen organisatie en externe partijen, waaronder financiers? En hoe zorgt men ervoor dat deze resultaten ook op langere termijn worden vastgehouden en verankerd in de dagelijkse routine? Het antwoord op deze vragen is van invloed op de inhoud van het werkplan en de aanpak van het projectteam. Zie verder hoofdstuk 4.

2.3.2 Opstellen van een werkplan

Het projectteam start met het maken van een werkplan. Indien er meerdere (F)ACT-teams tegelijkertijd starten, is het raadzaam om een FACT-breed werkplan op te stellen en als afgeleide daarvan aparte (deel)werkplannen per team. In het werkplan beschrijft het projectteam aan welke doelen men wil gaan werken gedurende een afgebakende periode. Alle acties die uitgevoerd moeten worden om te starten met (F)ACT worden in dit plan beschreven. Het gaat daarbij o.a. om doelen en acties met betrekking tot:

- Het opbouwen en samenstellen van het team (formatieplan)
- Het scholen van het team (scholingsplan)
- Het ontwikkelen van beleid m.b.t. crisis, beschikbaarheid, veiligheid, et cetera
- Het aanschaffen van de noodzakelijke middelen en ruimtes (huisvestingsplan, facilitair plan, ICT plan)
- Het opbouwen en samenstellen van de caseload (indicatiecriteria)
- Het inrichten van het primaire proces (proces van instroom t/m uitstroom) en het bijbehorende administratieve proces (aanvragen indicaties e.d.)
- Het inrichten van de overlegstructuur
- Het beschrijven van het zorgaanbod

Belangrijk is om de doelen zo SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) mogelijk te formuleren. Van doelen die te globaal en te weinig concreet geformuleerd zijn, valt achteraf moeilijk te bepalen of ze ook daadwerkelijk gerealiseerd zijn. Om in de loop van het implementatietraject de voortgang te bepalen, kan het zinvol zijn om de gestelde doelen te vertalen naar prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren moeten zorgvuldig gedefinieerd zijn, zodat er geen misverstanden kunnen ontstaan over wat ermee bedoeld wordt. Ze worden beschreven in termen van percentages, tijd, aantal, duur et cetera. Vervolgens is het zaak om de doelen en acties te koppelen aan projectgroepen en te voorzien van data waarop de doelen moeten zijn behaald.

Van belang is dat het werkplan wordt besproken met en goedgekeurd door het hogere management: de Raad van Bestuur / directie en de managementlaag daaronder (sector-/ clustermanagement). Het werkplan bevat een groot aantal activiteiten waarvan goed afgesproken moet worden wie waarvoor verantwoordelijk is. Waar sommige activiteiten door de projectgroep zelf kunnen worden geïnitieerd en uitgevoerd (bijvoorbeeld beschrijven en inrichten van een overlegstructuur), zullen andere activiteiten (bijvoorbeeld het maken van werkafspraken met de crisisdienst, externe PR) op directieniveau moeten worden uitgevoerd.

Enkele voorbeelden (van een werkplan, scholingsplan) zijn in de bijlage opgenomen.

2.3.3 Opstellen van een communicatieplan

Het implementeren van (F)ACT heeft consequenties voor verschillende partijen; in de eerste plaats natuurlijk voor de hulpverleners die gaan participeren in de FACT-teams, maar vanzelfsprekend zullen ook cliënten en hun familieleden / naastbetrokkenen het één en ander van de veranderingen gaan merken. Omdat de invoering van (F)ACT consequenties zal hebben voor verschillende organisatieonderdelen, waaronder bijvoorbeeld de kliniek en de crisisunit, zal het nodig zijn om breed binnen de organisatie te communiceren over de opstart en werkwijze van (F)ACT. Onder andere moet duidelijk zijn voor welke doelgroep (F)ACT bedoeld is, wat de indicatie- en eventueel de contra-indicatiecriteria zijn, hoe de aanmelding verloopt en wat de rol is van het (F)ACT team in geval van opname in de kliniek. Uiteraard zullen ook verwijzers, samenwerkingspartners en andere externe stakeholders (financiers) geïnformeerd moeten worden over de start van (F)ACT, en is het van belang om hen periodiek op de hoogte te houden van de ontwikkelingen binnen (F)ACT en de rest van de organisatie.

Raadzaam is om de activiteiten op het gebied van interne en externe communicatie vast te leggen in een apart communicatieplan. Het kan handig zijn om af te spreken dat één van de projectteamleden de communicatie coördineert en de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering ervan. Een communicatie- of beleidsmedewerker kan hierbij ondersteunen en adviseren.

Uitgelicht: De (F)ACT teams van de Borg

Trajectum, Altrecht/Aventurijn, Ipse de Bruggen en Dichterbij/Stevig zijn in september 2011 samen met het Trimbos-instituut een project gestart, gericht op de implementatie van forensische (F)ACT voor LVB. Op Borgniveau werd een stuurgroep (F)ACT opgericht. De stuurgroep heeft o.a. een communicatie- en PR plan opgesteld. Uitvoering van dit plan heeft op landelijk niveau o.a. geleid tot:

- een reportage in Markant over het forensisch ACT LVB team van Trajectum
- diverse lezingen op (internationale) congressen
- participatie van de (F)ACT LVB teams in landelijke platforms
- een bijeenkomst t.b.v. externe stakeholders (CCAF, zorgverzekeraar, gemeente, ministerie van Veiligheid en Justitie).

Op regionaal en lokaal niveau hebben de activiteiten geleid tot onder meer:

- deelname aan diverse ketenoverleggen
- presentaties aan verwijzers
- informatiemateriaal voor cliënten en verwijzers
- berichten in nieuwsbrieven en personeelsbladen.

Samenvattend:

- Zodra de randvoorwaarden voor de start van (F)ACT op orde zijn, is het raadzaam een projectstructuur op te bouwen. In de projectgroep dienen zowel vertegenwoordigers van het hogere management als van het operationele management vertegenwoordigd te zijn.
- Voor het implementatietraject zal voldoende budget en tijd moeten worden vrijgemaakt. Met startende (F)ACT-teams zullen bovendien realistische productietaakstellingen moeten worden afgesproken.
- Omdat de invoering van (F)ACT consequenties zal hebben voor verschillende organisatieonderdelen, waaronder bijvoorbeeld de kliniek en de crisisunit, zal het nodig zijn om breed binnen de organisatie te communiceren over de opstart en werkwijze van (F)ACT.

3 De operationele fase

Nadat alle noodzakelijke voorbereidingen zijn getroffen en de randvoorwaarden zijn gecreëerd, kan het (F)ACT-team daadwerkelijk van start gaan. In dit hoofdstuk beschrijven we wat er allemaal komt kijken in de operationele fase, en langs welke stappen het team zich verder kan ontwikkelen om uit te groeien tot een volwaardig (F)ACT-team. Voor de inhoudelijke beschrijving van het (F)ACT model verwijzen we naar de Modelbeschrijving ACT voor LVB met complexe problematiek.

3.1 Het samenstellen van het team

3.1.1 Geleidelijke opbouw

De meeste (F)ACT-teams beginnen klein. Er wordt een kernteam geformeerd bestaande uit bijvoorbeeld een meewerkend teamleider, een (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige, een psychiater en een maatschappelijk werker. Idealiter werken zij uitsluitend voor het (F)ACT-team. Echter, zeker bij de opstart is er vaak sprake van gedeeltelijke dienstverbanden. Zo werkt de psychiater meestal op meerdere plekken (en/of voor meerdere werkgevers) tegelijkertijd en zal hij zijn tijd moeten verdelen over verschillende afdelingen en teams. Belangrijk is wel dat met name de uitvoerend medewerkers vanaf het eerste begin een substantieel deel van hun dienstverband (minimaal drie, maar liever nog meer dagen per week) aan het (F)ACT-team verbonden zijn. Dit is nodig om continuïteit van zorg te kunnen bieden aan de cliënten, om het team te helpen opbouwen en om zich de (F)ACT werkwijze eigen te maken. Zij hoeven niet per se in dienst te zijn van de organisatie zelf, maar kunnen ook gedetacheerd zijn vanuit een andere VG-, GGZ- of verslavingszorgorganisatie (zie ook 2.2.1). In dat geval is het uiteraard wel van belang dat zij dezelfde rechten, plichten en faciliteiten hebben (bijvoorbeeld tot inzage van dossiers, standaard deelname aan ochtendoverleg en andere besprekingen) als hun collega teamleden.

Na verloop van tijd kan het team verder worden uitgebreid met begeleiders en behandelaren. Belangrijk is dat de opbouw van de caseload gelijke tred houdt met de uitbreiding van het team; een valkuil is dat er in een te korte periode teveel (complexe) cliënten in zorg komen bij het (F)ACT-team, waardoor teveel werk op te weinig schouders neerkomt. Zeker in het begin zal het team nog niet de productie kunnen leveren die op termijn van een (F)ACT-team verwacht wordt.

Raadzaam is om bij de start van het team een formatieplan op te stellen. In dit formatieplan wordt aangegeven hoe het team zich de komende periode zal ontwikkelen qua aard en omvang van de formatie.

Uitgelicht: Forensisch FACT-team Palier

Palier maakt deel uit van de Parnassia Bavo Groep. Palier biedt behandeling en begeleiding aan een intensieve en/of forensische doelgroep.

Palier is in het kader van de ontwikkeling van een forensisch zorgpad voor cliënten met een LVB, in september 2012 in Den Haag gestart met een forensisch FACT-team voor LVB. Bij aanvang bestond het team uit drie medewerkers: twee verpleegkundigen met langdurende ervaring in de VG-zorg, die geschoold waren in de bemoeizorg, voorheen deel uitmaakten van het forensisch ambulant team (FAT) van Parnassia Bavo en tevens werkten in de PI, en een verpleegkundig specialist. Gestart werd met een caseload van ongeveer 40 cliënten, die voornamelijk afkomstig waren uit het FAT en het forensisch casemanagementteam van Parnassia Bavo. Na verloop van tijd werd de samenwerking met het centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (eveneens onderdeel van Parnassia Bavo) aangehaald en werd een AVG en een psychiater toegevoegd aan het team. De caseload nam geleidelijk toe. Begin 2014 beschikt het team over 170 cliënten en 12 teamleden.

Uitgelicht: **FACT** volwassenenteams Idris

De FACT volwassenenteams van Idris zijn voortgekomen uit de ambulante specialistisch teams (AST). De AST-teams waren gelokaliseerd in Breda en Tilburg en bestonden uit 15 à 20 hulpverleners (vooral begeleiders) per team.

In 2013 zijn de AST-teams omgezet naar FACT-teams. Alle medewerkers vanuit het AST gingen mee naar FACT en werden geschoold. Na verloop van tijd bleek een aantal medewerkers onvoldoende in staat en/of gemotiveerd om de overgang naar FACT te kunnen maken; dit hield vooral verband met de shared caseloadbenadering binnen (F)ACT. Bovendien liep van een aantal medewerkers het tijdelijk contract af. Het aantal begeleiders nam af en tegelijkertijd werden nieuwe behandelaren (SPV, psychiater, AVG) aangenomen. Begin 2014 beschikten beide teams over circa 7,5 fte.

3.1.2 Deskundigheden, competenties en opleidingsniveau

Een (F)ACT-team is multidisciplinair samengesteld, zie de Modelbeschrijving ACT voor LVB. Bij de samenstelling van het team doet men er verstandig aan om de benodigde expertisegebieden zoveel mogelijk in dezelfde personen te verenigen; zo kan de trajectbegeleider bijvoorbeeld tevens rehabilitatiedeskundige zijn, en kan de maatschappelijk werker tevens de verslavingsdeskundige zijn van het team. De kunst is dus om op zoek te gaan naar het bekende 'schaap met de vijf poten'!

Het (F)ACT model stelt (vooralsnog) geen eisen aan het opleidingsniveau van de begeleiders. Toch strekt een HBO-opleiding sterk tot de aanbeveling. Van teamleden wordt verwacht dat zij zelfstandig kunnen functioneren in een ambulante setting. Tegelijkertijd moeten zij kunnen werken in multidisciplinair teamverband. Zij staan regelmatig voor moeilijke beslissingsmomenten. Er worden hoge eisen gesteld aan creativiteit, vindingrijkheid, professionaliteit en stressbestendigheid. Bij het werven en selecteren van (nieuwe) medewerkers voor het (F)ACT LVB team kan gebruik worden gemaakt van het door de VGN ontwikkelde competentieprofiel (SG)LVG: <http://www.vgn.nl/artikel/6569>

Samenvattend:

- In de opstartfase van (F)ACT is het van belang dat de opbouw van de caseload gelijke tred houdt met de uitbreiding van het team. Een geleidelijke opbouw van het team is van belang, waarbij moet worden gestreefd naar zoveel mogelijk complementariteit qua deskundigheden en disciplines.

3.2 Het opbouwen en verdelen van de caseload

De tweede stap is uiteraard het opbouwen van de caseload. (F)ACT-teams die zijn voortgekomen uit een al bestaand team, beschikken vanzelfsprekend al over een cliëntenbestand. Nieuwe (F)ACT-teams zullen hun cliënten actief moeten 'werven' door zich bekend te maken bij potentiële verwijzers.

Wat de oorsprong van het team ook is, in ieder geval zal er een selectie van cliënten moeten plaatsvinden aan de hand van de in de voorbereidingsfase opgestelde indicatie- en contra-indicatiecriteria (zie Modelbeschrijving). Deze screening en selectie kan het best verricht worden door behandelaren die de cliënten goed kennen. De 'werving' begint vaak onder cliënten die al in zorg zijn van de betreffende (VG) organisatie, bijvoorbeeld bij de polikliniek of de wijkzorg. Ook cliënten die op de wachtlijst staan voor klinische zorg, of cliënten die klinisch behandeld zijn en met ontslag gaan, kunnen mogelijk in aanmerking komen voor (F)ACT.

Na verloop van tijd, als het team al enige tijd heeft 'warmgedraaid', kan het team ook externe cliënten in zorg nemen. Dit zijn cliënten die door externe verwijzers bij het team (of de voordeur) worden aangemeld, zoals MEE,

het gemeentelijke OGGZ-team, het veiligheidshuis, de reclassering, de GGZ of de verslavingszorg. Het team doet er goed aan om niet meteen de deuren wijd open te zetten voor alle complexe cliënten, maar de instroom te kanaliseren en geleidelijk te laten verlopen. Een afspraak kan bijvoorbeeld zijn om niet meer dan vier cliënten per maand nieuw in het team op te nemen.

Wanneer bepaald is welke cliënten bij aanvang aan het (F)ACT team worden toegewezen, kunnen zij worden verdeeld over de teamleden. Iedere cliënt krijgt een teamlid toegewezen, dat verantwoordelijk is voor de coördinatie van het behandelproces rond die cliënt. In de praktijk worden deze teamleden 'dossierhouders' genoemd, maar ook andere benamingen komen voor zoals casemanager of persoonlijk begeleider. De dossierhouder is meestal aanwezig bij de intake, coördineert de onderzoeksfase, stelt (samen met de cliënt en zijn familie) een (concept) behandelplan op en brengt dit vervolgens in, in het multidisciplinaire team, is verantwoordelijk voor het invullen van de ROM en bereidt behandelplanevaluaties voor. De daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek en de dagelijkse begeleiding en behandeling vindt plaats door het gehele team (shared caseload).

Het dossierhouderschap wordt meestal uitgevoerd door verpleegkundige en agogische disciplines, maar kan ook worden ingevuld door gedragsdeskundigen / GZ-psychologen. Zeker bij de opstart van een team kan het zinvol zijn om het dossierhouderschap ook bij deze (behandel)disciplines te beleggen, om op deze manier het principe van gedeelde behandelverantwoordelijkheid goed in de praktijk te brengen. Omdat de meeste (F)ACT-teams klein beginnen is het ook uit praktisch oogpunt goed om het dossierhouderschap over alle teamleden te verdelen, omdat anders de verpleegkundigen en begeleiders gebukt zouden gaan onder een te grote caseload.

Samenvattend:

- Een startend (F)ACT team doet er goed aan om de instroom van (nieuwe) cliënten te kanaliseren en geleidelijk te laten verlopen.

3.3 Huisvesting en faciliteiten

Het (F)ACT-team dient te beschikken over adequate huisvesting en werkruimte(s). Veel (F)ACT-teams beschikken over een centrale teamruimte waar verschillende werkplekken zijn gecreëerd, en waar het dagelijkse ochtendoverleg en andere overleggen kunnen plaatsvinden. Daarnaast moeten de medewerkers van het team kunnen beschikken over ruimtes waar gesprekken met cliënten en/of familieleden kunnen plaatsvinden, en ruimtes waar medicatie (depots) verstrekt kunnen worden. Veel (F)ACT-teams beschikken ook over een inloop voor cliënten.

De teamleden moeten beschikken over laptops en/of tablets met internetverbinding en mobiele telefonie. Omdat zij outreachend werken moeten zij beschikken over vervoer (auto en/of fiets). De teamkamer moet zijn uitgerust met een beamer en een scherm waarop het (F)ACT-bord kan worden weergegeven (zie 3.4).

3.4 Het (F)ACT bord

Het (F)ACT bord is een belangrijk instrument voor (F)ACT-teams. Het (F)ACT bord is een Excel bestand dat met behulp van een beamer op een scherm of op een groot flatscreen wordt gepresenteerd. Op het (F)ACT bord staat doorgaans vermeld: naam cliënt, geboortedatum, civielrechtelijke status, reden waarom op bord, dossierhouder, datum behandelplan, behandeldoelen, contactpersoon en contactfrequentie. Teams kunnen het (F)ACT bord zelf ontwerpen en naar eigen inzicht en behoefte vormgeven maar kunnen er ook voor kiezen een kant-en-klaar (F)ACT bord in te kopen, voorzien van extra functionaliteiten.

Het (F)ACT bord wordt gebruikt bij het ochtendoverleg. Tijdens ieder ochtendoverleg worden de cliënten die op het bord staan (het gaat dan om de zorgintensieve cliënten) kort besproken. Voor meer informatie over het (gebruik van het) FACT-bord: zie bijlage 6 en http://www.ggz-nhn.nl/nl/Content_Helpers/Documents/Digitaal-Factbord.pdf.

Samenvattend:

- Een (F)ACT team moet beschikken over een teamkamer, gespreksruimtes, een medicatieruimte en liefst ook een inloopruimte voor cliënten.
- Daarnaast moet een (F)ACT team beschikken over een FACT-bord, laptops, mobiele telefonie en vervoer.

3.5 Afspraken over aanmelding en instroom

Voordat het (F)ACT-team daadwerkelijk van start gaat, zal helder moeten zijn hoe het primaire proces (het proces van aanmelding tot afsluiting van de zorg) op hoofdlijnen gaat verlopen. De meeste teams beginnen niet helemaal vanuit het niets, maar kunnen voortbouwen op bestaande procedures en afspraken en 'oude' werkwijzen of werkwijzen die elders binnen de organisatie worden toegepast, geheel of gedeeltelijk overnemen. In ieder geval zullen er bij de start van het team afspraken gemaakt moeten zijn over de aanmeldprocedure. Veel teams kiezen ervoor om de aanmeldingen centraal te laten verlopen via een aanmeldbureau of een polikliniek. Het aanmeldbureau doet dan de préscreening en draagt cliënten van wie vermoed wordt dat zij geïndiceerd zijn voor (F)ACT, voor aan de teamleider en/of de behandelcoördinator van het (F)ACT-team. Van belang is in ieder geval dat alle hulpverleners die in de aanmeldings- en intakefase betrokken zijn, goed op de hoogte zijn van de indicatie- en de eventuele contra-indicatiecriteria van (F)ACT. Duidelijk moet zijn wanneer (F)ACT geïndiceerd is, en in welke situaties cliënten beter kunnen worden verwezen naar een minder intensieve zorgvorm, zoals de polikliniek of de ambulante wijkzorg.

Uitgelicht: Palier

Het forensisch (F)ACT-team van Palier (Parnassia BAVO groep) in Den Haag richt zich op forensische cliënten met (vermoedelijk) een licht verstandelijke beperking. Het team heeft ervoor gekozen om de indicatiecriteria ruim te formuleren: "We richten ons op die cliënten die elders niet voldoen aan de inclusiecriteria of door de exclusiecriteria tussen wal en schip vallen. Bij deze doelgroep is vaak sprake van:

- Een strafrechtelijke titel of dreigend justitieel risico
- Een cognitieve beperking (IQ 50-85) en beperkte zelfredzaamheid
- Complexe en chronische gedrags- of psychiatrische problemen
- Problematisch middelengebruik
- Zorgmijdend gedrag
- Cultureel gewortelde problemen
- De problemen spelen al sinds de jeugd, we kunnen desnoods al vroeg beginnen met behandelen (<18 jaar is bespreekbaar)
- Het ontbreekt aan een stabiele woonsituatie
- Er zijn problemen op het gebied van financiën, opleiding, dagbesteding of werk.

Uitgelicht: de FACT volwassenenteams van Idris

De FACT-volwassenenteams van Idris hebben hun indicatiecriteria voor cliënten die woonachtig zijn in hun verzorgingsgebied als volgt geformuleerd:

- er is (vermoedelijk) sprake van een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 85); EN
- er is sprake van bijkomende complexe psychiatrische problematiek en/of ernstige gedragsstoornissen; EN
- de cliënt is tussen 21 en 65 jaar; EN
- er is (vermoedelijk) sprake van een langdurige behoefte aan intensieve ondersteuning op meerdere levensgebieden.

De exclusiecriteria zijn als volgt geformuleerd:

- de problematiek is enkelvoudig, niet complex en aan de hulpvraag kan binnen de reguliere psychiatrische zorg of gehandicaptenzorg worden voldaan
- er is sprake van ernstige forensische problematiek
- de cliënt is jonger dan 21 of ouder dan 65 jaar bij aanmelding

Samenvattend:

- Van belang is dat alle hulpverleners in de organisatie die een rol spelen in de aanmeldings- en intakefase, goed op de hoogte zijn van de indicatie- en de eventuele contra-indicatiecriteria van (F)ACT.

3.6 Vormgeven van de overlegstructuur

Om een (F)ACT-team te kunnen laten draaien zal er een overlegstructuur moeten worden opgezet. De volgende overleggen zullen in ieder geval een plek moeten krijgen in de overlegstructuur:

3.6.1 Ochtendoverleg / briefing

Het ochtendoverleg neemt een belangrijke plek in binnen (F)ACT. Het is het overleg waarin de teamleden elkaar informeren over bijzonderheden rondom cliënten, afstemming plaatsvindt en concrete afspraken gemaakt worden. Het overleg vindt plaats aan de hand van het (F)ACT-bord, zie 3.4.

Tijdens het ochtendoverleg worden alle zorgintensieve (ACT) cliënten kort besproken. Daarna is er nog mogelijkheid om (FACT) cliënten die niet op het bord staan, kort te bespreken. Het voorzitterschap is meestal in handen van de teamleider, maar kan ook bij een ander teamlid berusten. Belangrijke afspraken worden genoteerd, ofwel op het bord zelf, ofwel op een aparte lijst.

Startende (F)ACT-teams beginnen meestal met 2 ochtendoverleggen per week, en bouwen dit in de loop van de tijd uit naar 4 à 5 keer per week. Teams hanteren vaak vaste dagen waarop bijvoorbeeld de weekplanning wordt gemaakt, de RM-lijst wordt doorgenomen en cliënten van het bord af gehaald kunnen worden.

3.6.2 Cliëntenbespreking

In het ochtendoverleg is geen tijd om uitgebreid(er) bij een cliënt stil te staan. Als er behoefte is aan een uitgebreider overleg over een cliënt, dan biedt de cliëntenbespreking daarvoor ruimte. Tijdens een cliëntenbespreking worden doorgaans 3 à 5 cliënten besproken. Het voorzitterschap ligt doorgaans bij de teamleider. De frequentie is afhankelijk van de behoefte en de ontwikkelingsfase waarin het team verkeert. Startende teams zouden kunnen beginnen met een wekelijkse cliëntenbespreking (bijvoorbeeld gekoppeld aan een ochtendoverleg), in een later stadium kan mogelijk worden volstaan met een lagere frequentie.

3.6.3 Behandelplanbespreking

De behandelplanbespreking is bedoeld om het behandelbeleid van individuele cliënten (opnieuw) te bepalen en te evalueren. De behandelplanbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en in aanwezigheid van alle betrokken disciplines en hulpverleners. Het kan zinvol zijn om ook hulpverleners van andere betrokken organisaties uit te nodigen, zoals reclassering of woonbegeleiding. Van belang is dat de cliënt en zijn familie / naasten zorgvuldig bij de behandelplanbespreking betrokken worden. Dat kan door hen standaard uit te nodigen om hierbij aanwezig te zijn, maar een zorgvuldige voor- en nabespreking is een goed alternatief.

De behandelplanbespreking of –evaluatie wordt voorbereid door de dossierhouder c.q. persoonlijk begeleider van de cliënt. Er wordt gebruik gemaakt van de resultaten van psychiatrisch, psychologisch, lichamelijk en systeemonderzoek, rapportages en ROM-gegevens.

Behandelplanbesprekingen vinden in ieder geval jaarlijks plaats voor stabiele cliënten, maar voor de zorgintensieve, instabiele cliënten vaker. Dit betekent dat een startend team met een nog kleine caseload ongeveer eens per 2 weken bijeenkomt voor een behandelplanbespreking van twee cliënten, later gevolgd door een wekelijkse frequentie.

3.6.4 Teambespreking

De teambespreking leent zich voor het bespreken van organisatorische en beleidszaken. Zeker in de opstartfase van het team zijn er veel zaken te bespreken en kan het nodig zijn om wekelijks bijeen te komen. Raadzaam is dat ook de verantwoordelijke cluster- of sectormanager periodiek bij de teambespreking aanschuift. In een latere fase kan de frequentie worden teruggebracht naar eens per twee weken tot eens per maand. Ook kan het zinvol zijn om eens per kwartaal of half jaar een uitgebreidere teambijeenkomst te organiseren, om het functioneren van het team uitgebreider onder de loep te nemen. Het is goed om deze teambijeenkomsten een plek te geven in de jaarlijkse planning- en controlcyclus.

3.6.5 Intervisie

Hulpverleners van (F)ACT-teams krijgen te maken met een zeer complexe cliëntengroep. Van belang is dat zij hierin voldoende gesteund en gecoacht worden, zodat zij (leren) reflecteren op hun handelen. Het FACT-model stelt als norm dat alle teamleden minimaal vijf keer per jaar deelnemen aan intervisie- of (groeps)supervisiebijeenkomsten. Zeker in het eerste jaar is het echter aan te raden om vaker intervisiebijeenkomsten te organiseren, bijvoorbeeld een keer per maand. Intervisie kan worden gegeven door de teamleider en/of de behandelcoördinator, maar het kan ook prettig zijn om daarvoor een onafhankelijke intervisiebegeleider te betrekken.

In schema:

| Aard overleg | Doel | Frequentie | Deelnemers |
|-------------------------------|--|--|--|
| Ochtendoverleg / briefing | Kort bespreken van de bijzonderheden van alle zorgintensieve cliënten | 3 à 5 keer per week | Alle (die dag werkzame) teamleden, periodiek ook de (cluster)manager |
| Cliëntbespreking | Uitgebreider bespreken van zorgintensieve cliënten voor wie dat nodig is | 1 à 2 keer per 2 weken | Alle (die dag werkzame) teamleden |
| Behandelplan-bespreking / MDO | Het in multidisciplinair verband opstellen of evalueren van het individuele behandelbeleid | Minimaal 1 keer per half jaar per cliënt | Alle (die dag werkzame) teamleden |
| Teambespreking | Bespreking van organisatorische, beleidsmatige, financiële en personele kwesties | 1 à 2 keer per maand | Alle (die dag werkzame) teamleden |
| Intervisie | Reflecteren op eigen gevoelens en gedrag in relatie tot de cliënt | 1 à 2 keer per 2 maanden | Alle (die dag werkzame) teamleden |

3.7 Samenwerking met interne en externe ketenpartners

(F)ACT teams werken nauw samen met ketenpartners, zoals VG- en GGZ-organisaties, MEE, gemeentes, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, jeugdzorg, verslavingszorg, politie en justitie. Voor een startend (F)ACT LVB team is het allereerst van belang om te weten wie de partners in de regio zijn. Ook is het belangrijk om in een vroeg stadium overzicht te krijgen van de al bestaande regionale overlegverbanden. Meestal hoeft een (F)ACT-team niet vanaf het eerste begin te beginnen, maar kan het voortbouwen op bestaande samenwerkingsrelaties. Echter, het actief 'werven' van nieuwe cliënten en het creëren van instroom is voor veel startende (F)ACT-teams nieuw. Belangrijk is dan ook dat het (F)ACT team investeert in de contacten met potentiële verwijzers en actief participeert in gemeentelijke vangnet- en casuoverleggen. Daartoe zal het team van begin af aan moeten investeren in informatieverschaffing, profilering en marketing. Het is raadzaam hiervoor een communicatieplan op te stellen (zie bijlage). Ondersteuning vanuit het (hoger) management en de staf (PR en communicatie) bij het opstellen en gedeeltelijk ook het uitvoeren van dit plan zijn onontbeerlijk – zeker als het gaat om het aanhalen en intensiveren van samenwerkingsrelaties met ketenpartners.

De praktijk leert overigens dat het minstens zo belangrijk is om te investeren in de samenwerking met interne ketenpartners als met externe ketenpartners. Vaak blijken de schotten binnen de organisatie hoger dan tussen organisaties onderling. De samenwerking met afdelingen en teams binnen de organisatie verdient dan ook hoge prioriteit en ook hier heeft het hoger management een verantwoordelijkheid. Het startende (F)ACT team zal zich bekend moeten maken binnen de organisatie en zal actief 'de boer op' moeten gaan. Belangrijke interne samenwerkings- en verwijzpartners zijn bijvoorbeeld de ambulante wijkzorg, de polikliniek en de (crisis) opnameafdelingen. Het (F)ACT team zou bij deze afdelingen op bezoek kunnen gaan of hen kunnen uitnodigen voor een informatiebijeenkomst. Ook is het goed om informatie te verschaffen over het team via intranet, personeelsbladen en nieuwsbrieven.

Uitgelicht: het FORACT team van Trajectum

Het FORACT team van Trajectum heeft zich in eerste instantie voornamelijk gericht op de samenwerking met externe ketenpartners, omdat het zich vooral wilde richten op de cliëntengroep die op dat moment niet, nog niet of niet meer in zorg was van Trajectum maar wel zorgbehoevend en delictgevaarlijk was. Het team heeft presentaties gehouden voor de drie samenwerkende reclasseringsorganisaties, wat vrij snel heeft geleid tot toestroom van cliënten. Het team heeft zich bekend gemaakt bij de verschillende OGGZ-/bemoeizorgteams en is aangeschoven bij het veiligheidshuis. Inmiddels is het forensisch ACT team van Trajectum voor deze partijen een belangrijke en betrouwbare samenwerkingspartner en worden van hieruit regelmatig nieuwe cliënten aangemeld bij het team. Bij de PI's had het team aanvankelijk moeite om binnen te komen. Hoewel de prevalentie van LVB in PI's hoog is, hielden de PI's aanvankelijk het contact af. Daarbij speelde zowel de reorganisaties in het gevangeniswezen en de daarmee gepaard gaande werkdruk onder gevangenispersoneel een rol, als het feit dat de PI's al zaken deden met verschillende andere (GGZ- en forensische) organisaties. Inmiddels zit de orthopedagoog van het forensisch ACT-team voor een vast aantal uren per week in de PI en is de cliëntenstroom goed op gang gekomen.

Het laatste half jaar worden er ook vanuit de interne organisatie steeds meer cliënten aangemeld bij het forensisch ACT-team. Aanmeldingen zijn vooral afkomstig van een SGLVB-behandelkliniek, die niet zo lang geleden is opgericht en van waaruit de eerste cliënten uitstromen. Nazorg aan cliënten van Hoeve Boschoord (een forensisch psychiatrisch centrum in Drenthe) wordt vooralsnog niet vanuit het forensisch ACT-team geboden, maar vanuit een apart Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) team.

Uitgelicht: Het regionaal netwerk VG-GGZ regio Zuidoost Brabant

De regio Zuidoost Brabant beschikt over een regionaal netwerk VG-GGZ. In het netwerk participeren alle in deze regio werkzame GGZ- en VG-instellingen. Het netwerk wordt gecoördineerd door de MEE. Organisaties die vastlopen in de zorg aan een cliënt met een (licht) verstandelijke beperking en bijkomende complexe problematiek, kunnen bij het netwerk terecht voor informatie, advies en consultatie. Het netwerk streeft ernaar om eventuele stagnaties in de zorg weg te nemen en het zorgtraject vlot te trekken, door op casusniveau concrete afspraken te maken met betrokken zorginstellingen. Het regionaal netwerk VG-GGZ is één van de 'toeleveranciers' aan de FACT-teams van Idris.

Samenvattend:

- (F)ACT teams zullen van begin af aan moeten investeren in informatieverschaffing, profilering en marketing t.b.v. externe ketenpartners.
- Daarnaast verdient ook de samenwerking met afdelingen en teams binnen de organisatie hoge prioriteit.

3.8 Deskundigheidsbevordering team

Startende teams zullen de ruimte en de tijd nodig hebben om uit te groeien tot volwaardige en gecertificeerde (F) ACT-teams. Het is aan te bevelen een scholingsplan op te stellen, dat enerzijds is afgestemd op de behoeften van de teamleden zelf, en anderzijds rekening houdt met de normen vanuit het (F)ACT model m.b.t. deskundigheid en scholing en professionalisering van teamleden. Een voorbeeld van een scholingsplan is opgenomen in de bijlage.

Het (F)ACT model schrijft voor dat teamleden jaarlijks (bij)geschoold worden in FACT en evidence based practices; hierbij valt te denken aan motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en leefstijltrainingen. Daarnaast moeten zij eens per twee jaar worden bijgeschoold in herstelondersteunende zorg en structureel deelnemen aan

intervisie of (groeps)supervisiebijeenkomsten¹¹. Verder worden er vanuit het model eisen gesteld aan het aanwezige zorg- en behandel aanbod, en daarmee dus ook aan de deskundigheid van de teamleden. Het gaat dan om farmacotherapie, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, familie-interventies, arbeidsrehabilitatie, verslavingsinterventies, somatische screening en bemoeizorg. Dit betekent dus dat één of meerdere teamleden geschoold moeten zijn op deze gebieden. Ten slotte schrijft het model voor dat er in het (F)ACT-team deskundigheid moet zijn op het gebied van verslaving, arbeidstoeleiding en -begeleiding en rehabilitatie. Ook hiervoor is training van één of meerdere teamleden vereist.

De hierboven genoemde deskundigheidsgebieden en interventies zijn toegespitst op de GGZ, en voor (F)ACT LVB teams mogelijk minder van toepassing. Zo zijn de begrippen herstel, herstelondersteunende zorg en rehabilitatie in de VG-sector minder bekend, maar equivalenten daarvan, zoals competentie- of ontwikkelingsgericht werken, wel. Andersom zijn er deskundigheidsgebieden en interventies die juist voor (F)ACT LVB teams bijzonder relevant zijn, maar niet als zodanig benoemd worden in het (F)ACT model. Te denken valt aan specifiek voor de LVB-doelgroep evidence based practices, zoals oplossingsgerichte therapie, EMDR en leefstijltrainingen gericht op verslaving. Ook kennis van psychopathologie (DSM-V), systemisch werken en multiprobleemgezinnen is belangrijk om te kunnen werken in een (F)ACT LVB team.

Suggesties m.b.t. het ontwikkelen en uitvoeren van scholingsactiviteiten

- Hanteer de normen vanuit het (F)ACT model als richtlijn bij het opstellen van een scholingsplan en niet als blauwdruk.
- First things first. Zeker bij nog onervaren medewerkers zal er een grote opleidings- en trainingsbehoefte dan wel noodzaak zijn. Begin echter bij de basis en investeer in eerste instantie vooral in scholing in het (F)ACT model, intervisie en eventueel gesprekstechnieken, waaronder motiverende gespreksvoering.
- Richt de basistraining op het gehele team, dus inclusief de behandelaren (psychiater, GZ-psycholoog / gedragsdeskundige). Dit versterkt de teambuilding.
- Zorg ervoor dat de scholingsactiviteiten haalbaar en behapbaar zijn (in tijd en geld) voor zowel de organisatie als de teamleden. Teamleden mogen niet in de knel komen met hun directe cliëntenzorg en bovendien heeft nieuwe kennis vaak tijd nodig om te kunnen 'indalen'.
- Laat medewerkers op bezoek gaan bij, of liever nog, meelopen met ervaren (F)ACT teams binnen of buiten de organisatie. Doe dit in koppels van minimaal 2 hulpverleners zodat zij onderling ervaringen kunnen uitwisselen. Laat medewerkers vervolgens verslag doen van hun ervaringen tijdens het teamoverleg.
- Draag zorg voor systematische (bij)scholing. Zorg dus voor scholing van nieuwe teamleden en voor periodieke bijscholing van zittende medewerkers.
- Ga periodiek na of het scholingsplan nog up to date is, de scholingsactiviteiten naar wens verlopen en aansluiten op de behoefte van de teamleden. Pas het scholingsplan zo nodig tussentijds aan.
- Organiseer themamiddagen, klinische lessen en lunchreferaten. Nodig hiervoor (interne) gastsprekers uit. Vaak is er binnen de organisatie (of binnen het team!) al veel deskundigheid aanwezig waarvan (andere) (F)ACT medewerkers kunnen profiteren.
- En last but not least: Sluit aan bij landelijke platforms (zoals het platform forensische (F)ACT en (F)ACT voor LVB) en neem deel aan relevante congressen (zoals het jaarlijkse FACT-congres).

¹¹ Het ACT-model schrijft voor dat teamleden wekelijks deelnemen aan super- of intervisie. Het FACT-model gaat uit van 5 keer per jaar of vaker.

Uitgelicht: de FACT-teams van Idris

Idris nam in 2012 het besluit om het bestaande zorgaanbod aan cliënten met een LVB en complexe bijkomende problematiek uit te breiden met FACT. Idris schakelde het Trimbos-instituut in om hen hierbij te ondersteunen.

In september 2012 werden een stuurgroep en een werkgroep FACT opgericht. De stuurgroep bestond uit het verantwoordelijk RVE-management, de werkgroep uit de sectormanagers, de behandelaren en de beoogde teamcoördinatoren van de te starten FACT-teams. Ondersteuning en advies werden geboden door het Trimbos-instituut en stafmedewerkers van de Amarant Groep.

De werkgroep stelde een werkplan op en kwam maandelijks bijeen om de voortgang van het werkplan te bespreken. Eén van de doelen was het ontwikkelen en uitvoeren van een scholingsplan voor de medewerkers van de FACT-teams i.o. Het scholingsplan werd opgesteld op basis van de eisen van het FACT-model en de behoeftes van de medewerkers, en bestond uit de volgende onderdelen:

- basistraining FACT (1 dag)
- training bemoeizorg (3 dagen)
- werkbezoeken aan ervaren FACT-teams (1 à 2 dagdelen)
- meeloopdagen bij ervaren FACT-teams (1 dag)
- training ROM (1 dagdeel)
- teamcoaching on the spot (tweemaandelijks)
- intervisie (maandelijks)

Het scholingsplan werd goedgekeurd door de stuurgroep en financiën werden beschikbaar gesteld. Idris nam zelf de organisatie van de intervisie en de meeloopdagen voor zijn rekening, het Trimbos-instituut verzorgde de overige onderdelen.

3.9 Beleid maken en beschrijven

3.9.1 Handboek (F)ACT LVB

Al doende zal het (F)ACT-team in de dagelijkse praktijk tegen verschillende organisatorische en beleidsinhoudelijke zaken aanlopen, waarover men afspraken moet maken. Het primaire proces dat bij de start van het team op hoofdlijnen was beschreven (zie 3.5), zal op onderdelen nader moeten worden uitgewerkt zodat voor zowel de teamleden zelf als voor andere betrokkenen helder is hoe er wordt gewerkt. Bij het beschrijven van het primaire proces zal het (F)ACT team meestal gebruik kunnen maken van en/of verwijzen naar al bestaande procesbeschrijvingen, werkafspraken, protocollen en regelingen zoals die elders binnen de organisatie gelden.

Verschillende (F)ACT teams hebben hun werkwijze beschreven in een (F)ACT handboek. Uiteraard is ieder team vrij om een dergelijk handboek naar eigen inzicht en smaak in te vullen en vorm te geven. In onderstaand kader worden de thema's genoemd die in ieder geval aan de orde moeten komen.

Thema's in handboek (F)ACT

- Visie en missie: wat is de visie en missie van de organisatie en van het (F)ACT LVB team? Wat is de meerwaarde van het (F)ACT LVB team?
- Doelgroep: op welke doelgroep richt het (F)ACT LVB team zich? Welke indicatie- en contra-indicatiecriteria gelden er?

- Team: Hoe is het team bij aanvang samengesteld? Hoe en in welk tempo wordt het team in de loop van de tijd verder uitgebreid? Welke normen worden er gesteld aan de omvang van de caseload voor het team als geheel en per teamlid? Wat zijn de taken van de verschillende teamleden? Welke eisen worden er gesteld aan hun kennis, attitude en competenties?
- Werkwijze: Hoe verloopt het zorgproces (proces van aanmelding tot uitschrijving)? Hoe geeft het team invulling aan de (F)ACT-principes van multidisciplinariteit, assertive outreach, shared caseload, continuïteit van zorg, intensieve zorg en langdurige zorg? Hoe organiseert het team de 24-uurs bereikbaarheid en crisisinterventie? Wat is het beleid van het team m.b.t. veiligheid van medewerkers? Welke afspraken gelden er m.b.t. (schending) van privacy en m.b.t. het doen van aangifte? Hoe ziet de overlegstructuur eruit? Wanneer wordt de zorg op- en afgeschaald, en welke procedure wordt dan gevolgd? Hoe wordt het (F)ACT bord vormgegeven en wie houdt het up to date?
- Zorgaanbod: welke interventies gaat het team bieden? Van welke methodieken bedient het team zich?
- Samenwerking ketenpartners: wie zijn de interne en externe ketenpartners van het team? Aan welke overlegverbanden gaat het team deelnemen?
- Monitoring: Hoe worden de resultaten van het team gemonitord? Hoe meet men de uitkomsten op cliëntniveau? Hoe meet men het functioneren en de prestaties van het team? Hoe werkt men aan kwaliteitsverbetering? Hoe (vaak) worden de resultaten teruggekoppeld en hoe worden ze benut voor vervolg- en verbeteractiviteiten?

Een handboek (F)ACT is een dynamisch product, d.w.z. dat het regelmatig zal moeten worden geactualiseerd. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de teamleider, die zich eventueel kan laten ondersteunen door een staf- of kwaliteitsmedewerker.

3.9.2 Jaarplan (F)ACT LVB

Naast een handboek zal het (F)ACT LVB ook een jaarplan moeten opstellen. In het eerste jaar zal dit grotendeels overlappen met het werkplan (zie hoofdstuk 2). De inhoudelijke en financiële kaders voor een dergelijk jaarplan worden door het hoger management bepaald. In het jaarplan wordt beschreven aan welke doelen het (F)ACT team het komende jaar gaat werken om het eigen functioneren te verbeteren en daarmee ook de kwaliteit van zorg. Een scholingsplan maakt daarvan deel uit.

3.10 Obstakels en risico's

De implementatie van innovaties in de zorg kent in de praktijk allerlei hindernissen. Dat is voor (F)ACT niet anders. Hieronder beschrijven we enkele hindernissen waar al bestaande (F)ACT LVB teams, in het begin tegenaan zijn gelopen. Startende (F)ACT teams kunnen hiermee hun voordeel doen door hierop te anticiperen en op tijd maatregelen te treffen om de risico's te verminderen.

3.10.1 Onbekendheid met en weerstand tegen (F)ACT

In de GGZ heeft (F)ACT al ruim tien jaar geleden zijn intrede gedaan en is de kennis van (F)ACT inmiddels wijd verspreid. Vrijwel iedere GGZ-organisatie beschikt over (F)ACT teams en in vaktijdschriften wordt regelmatig gepubliceerd over (F)ACT. Voor de VG is (F)ACT echter nog vrij nieuw. Voor veel hulpverleners in de VG zal niet op voorhand duidelijk zijn waarin (F)ACT nu verschilt van andere vormen van ambulante zorg, zoals poliklinische zorg, ambulante wijkzorg of ambulante behandeling. Onduidelijkheid kan ook leiden tot scepsis en weerstand. Scepsis en weerstand kunnen zich voordoen onder interne en externe ketenpartners, maar ook onder de (F)ACT-teamleden zelf, zeker als de betreffende teamleden er zelf niet voor gekozen hebben om in een (F)ACT team te gaan werken.

Om onduidelijkheid en eventuele weerstand te voorkomen en te reduceren is informatievoorziening, discussie en training erg belangrijk. Van belang is dat er niet alleen aandacht is voor de 'cognitieve begripsvorming' maar vooral ook voor de 'emotionele begripsvorming'. Kennis hebben van het (F)ACT model is nog niet hetzelfde als handelen vanuit de ideologie van (F)ACT. Van hulpverleners wordt vaak een attitudeverandering gevraagd en soms zal er afgerekend moeten worden met oude gewoontes en werkwijzen. Dit kost tijd.

3.10.2 Onvoldoende steun en faciliteiten vanuit het hoger management

Steun en facilitering vanuit het hoger management is nodig om (F)ACT goed te implementeren. Een startend team zal de tijd nodig hebben om uit te groeien tot een volwaardig en gecertificeerd (F)ACT LVB team. In de praktijk zien we vaak dat teams in de opstartfase nog wel de ruimte krijgen en de faciliteiten worden geboden om zichzelf te ontwikkelen en te professionaliseren. Echter, na enkele maanden gaan de bedrijfsbelangen prefereren en wordt er van de (F)ACT LVB teams verwacht dat zij volledige productie draaien en/of binnen afzienbare termijn kunnen opgaan voor certificering (omdat hierover afspraken zijn gemaakt met de financier). Een veel gehoorde valkuil is dat, onder druk van de interne productienormen maar ook als gevolg van de grote vraag naar (F)ACT voor LVB, de caseload van startende (F)ACT teams te snel groeit. Teams besteden al hun tijd aan directe cliëntenzorg en hebben te weinig ruimte om zich de (F)ACT werkwijze goed eigen te maken en zich bezig te houden met professionalisering, kwaliteitsverbetering, beleidsontwikkeling en het goed op poten zetten van de interne en externe samenwerking. Daar komt nog bij dat zeker in de beginfase, het (F)ACT LVB team vaak nog niet volledig is en bijvoorbeeld nog niet beschikt over de noodzakelijke behandelcapaciteit, en/of dat noodzakelijke (ICT) faciliteiten ontbreken. Gevolg is dat er een te grote wissel wordt getrokken op individuele medewerkers en dat de (F)ACT werkwijze onvoldoende geïmplementeerd wordt. Van belang is daarom dat het hoger management realistische doelen stelt en het startende (F)ACT LVB team voldoende steunt en faciliteert, niet alleen bij aanvang maar ook daarna.

3.10.3 Shared caseload

Eén van de moeilijkste onderdelen van het (F)ACT model voor veel hulpverleners in de VG blijkt het werken met een shared caseload. Hulpverleners die voorheen werkten in een ambulante team hadden hun eigen caseload die zij periodiek bespraken met de behandelaar (GZ psycholoog). Hetzelfde geldt voor hulpverleners die voorheen werkten op de polikliniek.

Hoewel de meeste (F)ACT LVB medewerkers het principe van shared caseload omarmen, blijkt het in de praktijk toch moeilijk om de zorg voor cliënten te delen met collega's. Het verantwoordelijkheidsgevoel voor cliënten is groot, zeker voor degenen die al langer in zorg zijn en met wie men langzaam maar zeker een band heeft opgebouwd. Hulpverleners voeren vaak aan dat mensen met een LVB, meer dan psychiatrische cliënten, behoefte hebben aan een vaste contactpersoon. Hulpverleners zijn bang dat cliënten afhaken als zij te maken krijgen met meerdere gezichten. Die angst is echter niet altijd reëel.

Het is belangrijk te realiseren dat het maken van de omslag naar shared caseload niet eenvoudig is en tijd kost. Vooral de teamleider heeft hierbij een belangrijke coachende rol. Hieronder worden een aantal manieren beschreven waarop het werken met een shared caseload tot stand kan worden gebracht.

Uitgelicht: de FACT-teams van Idris

De FACT-teams van Idris zijn sinds medio 2013 operationeel en komen zoals gezegd voort uit bestaande ambulante specialistische zorgteams (AST). De teamleden zijn geschoold in het FACT model en staan achter de FACT-principes, waaronder het werken met een shared caseload. Toch blijkt het moeilijk om daadwerkelijk de stap van een individuele naar een shared caseload te maken. Dit is voor een deel een mentale kwestie: teamleden voelen zich erg verantwoordelijk voor cliënten, hebben er vaak lang over gedaan om een

vertrouwensband met hen op te bouwen en vinden het moeilijk om de zorg te delen met collega's. Om het werken met een shared caseload binnen de teams te stimuleren werd afgesproken dat de teamcoördinatoren voortaan actief als rolmodel zouden gaan functioneren binnen de teams, door collega's actief te betrekken bij de zorg aan cliënten voor wie zij dossierhouder waren. Verder werden de caseloadbesprekingen met individuele medewerkers benut om concrete afspraken te maken over welke cliënten voortaan met welke collega's gedeeld zouden worden. Op de derde plaats werd besloten om één van de FACT volwassenenteams voorlopig op te splitsen in twee subteams, die elk de helft van de caseload voor hun rekening zouden nemen. De cliënten werden op basis van woonplaats toegewezen aan één van beide subteams zodat de reistijden zouden worden bekort. Achterliggende gedachte bij het vormen van subteams was dat de teamleden zich sneller betrokken zouden voelen bij de cliënten en meer zouden worden uitgenodigd tot actieve inbreng tijdens het ochtendoverleg. Tot slot werd de instroom van nieuwe cliënten betuigd, zodat de teams de kans kregen om zich de nieuwe werkwijze eigen te maken.

3.10.4 Financiering

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is gemengde financiering noodzakelijk om te kunnen werken volgens de principes van het (F)ACT model. De ervaring leert dat de financiering van (F)ACT LVB teams niet altijd op orde is. Veel VG-organisaties worden (op dit moment nog) uitsluitend AWBZ gefinancierd, waardoor teams alleen geïndiceerde zorg kunnen leveren voor een bepaald aantal uren en een bepaalde periode. In afwachting van productieafspraken met zorgverzekeraars, gemeenten en/of Justitie, spreken organisaties in de opstartfase vaak eigen middelen aan die zij halen uit eigen reserves of substitutie van klinische naar ambulante capaciteit.

In de eerste periode kunnen (F)ACT LVB teams met deze wijze van financiering vaak redelijk goed uit de voeten en is er begrip voor het feit dat het implementeren van innovaties gepaard gaat met een zekere mate van onduidelijkheid. Het startende team ziet in dat het zal moeten roeien met de riemen die het heeft. Echter, naarmate de tijd verstrijkt en de verwachtingen van het management ten aanzien van modelgetrouw werken en het behalen van de productiviteitsnormen toenemen, zal dit begrip en mogelijk ook de motivatie van medewerkers afnemen. Van belang is dus dat het hoger management realistische verwachtingen heeft en uitspreekt naar het team en zich actief inspant om de financiering op orde te krijgen.

Samenvattend:

Startende (F)ACT teams kunnen tegen verschillende knelpunten aanlopen, waaronder:

- Onbekendheid met en weerstand tegen (F)ACT
- Onvoldoende steun en faciliteiten vanuit het hoger management
- Omslag van individueel casemanagement naar shared caseload
- Financiering

Van belang is om hierop te anticiperen en op tijd maatregelen te treffen om de risico's te verminderen.

4 Monitoren, verankeren en continu verbeteren

Een startend team heeft de tijd nodig om uit te groeien tot een volwaardig en gecertificeerd (F)ACT LVB team. Meestal breekt na één tot twee jaar van pionieren, hectiek, vallen en opstaan, een meer stabiele fase aan. De kennis van (F)ACT is toegenomen (er is niet alleen sprake van cognitieve, maar ook van emotionele begripsvorming) en het team beschikt over de noodzakelijke disciplines en deskundigheden. Het team heeft zich de (F)ACT werkwijze eigen gemaakt, het zorgproces is beschreven, er zijn afspraken gemaakt over bereikbaarheid, crisisopvang, bed op recept (BOR), et cetera. Er wordt samengewerkt met interne en externe ketenpartners en verwijzers weten het (F)ACT LVB team te vinden. De financiering en de andere randvoorwaarden zijn op orde. En bovenal krijgen de cliënten de zorg die zij nodig hebben.

In de fase die nu aanbreekt is het belangrijk om de aandacht voor verdere verbetering van het functioneren van het team en de kwaliteit van zorg niet te laten verslappen. Belangrijk is dat het team kritisch blijft op zijn eigen functioneren, en zich spiegelt aan anderen. Verbeteringen die de afgelopen periode bereikt zijn, moeten vastgehouden en verankerd worden in de dagelijkse routine. Ook zal in deze fase in toenemende mate van het (F)ACT LVB team verwacht worden dat het kan laten zien welke resultaten er geboekt zijn, niet alleen ten behoeve van de eigen organisatie maar ook ten behoeve van de financiers.

4.1 Routine Outcome Measurement (ROM)

Het systematisch meten en monitoren van de resultaten van de zorg is om twee redenen van belang. In de eerste plaats geven ROM-gegevens inzicht in het functioneren van de individuele cliënt en ontwikkelingen daarin in de loop van de tijd. ROM-gegevens zoals cliënttevredenheid, psychisch functioneren en deelname aan dagbesteding of arbeid geven een indruk van hoe goed het met iemand gaat en in hoeverre de cliënt heeft geprofiteerd van de begeleiding en de behandeling vanuit het (F)ACT team. In de tweede plaats geven ROM-gegevens inzicht in de opbrengsten van (F)ACT in het algemeen, dus voor de gehele cliëntengroep die het team bedient. In die overall gegevens zijn met name de financiers van de zorg geïnteresseerd. Op dit moment is het al zo dat zorgorganisaties, waaronder dus ook VG-organisaties, verplicht zijn om jaarlijks informatie aan te leveren bij benchmarkorganisaties en financiers over de zorg die zij geleverd hebben en over een aantal zogenaamde prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld per sector. Echter, vooralsnog zijn er geen aparte prestatie-indicatoren ontwikkeld die specifiek gelden voor zorgaanbieders die ambulante ((F)ACT) zorg bieden aan cliënten met een LVB en bijkomende complexe problematiek (SGLVB).

Om de resultaten van de zorg op cliëntniveau en op geaggregeerd niveau inzichtelijk te maken, zullen binnen het team afspraken gemaakt moeten worden over de uitkomstmaten (wat wil men precies meten: het functioneren van cliënten, het aantal opnames, cliënttevredenheid?) en de instrumenten die daarbij gehanteerd zullen worden. Er zal met andere woorden een ROM-set moeten worden ontwikkeld. Vaak heeft de organisatie waarvan het (F)ACT LVB team deel uit maakt, al een traditie op het gebied van ROM, en bestaat er dus al een structuur. Mogelijk kan het (F)ACT LVB team hierop (gedeeltelijk) meeliften.

4.1.1 Inhoud van de ROM-set

Een ROM-set kan in principe naar eigen inzicht worden opgezet. Wel is het bij het opzetten van een ROM-set van belang om met een aantal zaken rekening te houden:

- De ROM zal zo goed mogelijk moeten worden afgestemd op de aard van de doelgroep. (F)ACT LVB-teams die ook (of uitsluitend) forensische cliënten in zorg hebben, zullen mogelijk andere instrumenten in de ROM opnemen

dan niet-forensische teams. Hetzelfde geldt voor jeugd- versus volwassenenteams. Voor meer informatie over uitkomstmaten en meetinstrumenten, zie o.a. de website van de Stichting Benchmark GGZ (www.sbggz.nl), de website van de VGN (www.vgn.nl) en de website van het Kennisnet Jeugd (www.kennisnetjeugd.nl).

- Omwille van de vergelijkbaarheid met de (F)ACT teams in de GGZ is het raadzaam om in ieder geval de HoNOS (LD), de CAN en de MANSA te gebruiken. Deze instrumenten worden ook voorgeschreven vanuit het (F)ACT model.
- Vanwege het te verwachte hoge percentage externaliserende problematiek in (F)ACT LVB teams is ook een risicotaxatie-instrument aan te bevelen (bijvoorbeeld DROS, START, HKT-30).
- Hou de ROM-set zo beperkt mogelijk. Hoe meer instrumenten de ROM bevat, hoe meer tijd het de hulpverleners kost om de gevraagde informatie aan te leveren, en hoe minder waarschijnlijk de respons.

4.1.2 ROM-werkwijze

Behalve over de inhoud van de ROM-set zullen ook afspraken gemaakt moeten worden over de werkwijze. Wordt er gewerkt met papieren instrumenten (vragenlijsten die schriftelijk door hulpverleners en/of cliënten worden ingevuld), of wordt de ROM gedigitaliseerd? Indien men kiest voor digitalisering, kan gebruik worden gemaakt van een ROM-softwarepakket (zoals Careweb, Intramed, NetQ ROM, Bergop) dat mogelijk al binnen de organisatie aanwezig is. Ook moeten afspraken worden gemaakt over de frequentie waarmee ROM-gegevens verzameld worden; doet men dit jaarlijks of vaker? Belangrijk is in ieder geval dat de ROM voor een cliënt wordt ingevuld voorafgaand aan zijn behandelplanbespreking of –evaluatie, zodat de gegevens gebruikt kunnen worden als input voor het individuele behandelbeleid. Meestal wordt de ROM door de dossierhouder ingevuld, maar in overleg kunnen uiteraard ook andere afspraken worden gemaakt. Nog beter is om de ROM in multidisciplinair verband in te vullen.

ROM-gegevens geven zoals gezegd niet alleen input aan het individuele behandelbeleid van cliënten. Als ze samengevoegd worden geven ze ook inzicht in het functioneren van de cliëntengroep in zijn geheel. Daarmee zeggen ze dus ook iets over de 'effectiviteit' van (F)ACT LVB. Om de ROM-gegevens van de gehele cliëntengroep te analyseren, zullen de data uiteraard gedigitaliseerd moeten worden. Ondersteuning vanuit een stafafdeling (kwaliteit, onderzoek, control) is daarbij onontbeerlijk. Afsproken moet worden hoe vaak en in welke vorm de geaggregeerde ROM-data worden teruggekoppeld, en in welke vorm. Het (F)ACT model stelt als norm dat ROM-data periodiek worden besproken in het (F)ACT team, en dat op basis van de resultaten verbeteracties worden bepaald en in gang gezet. Een dergelijke bespreking zou kunnen plaatsvinden tijdens een uitgebreide (half) jaarlijkse teambijeenkomst.

4.2 Monitoren en verbeteren van het teamfunctioneren

4.2.1 Interne evaluatie

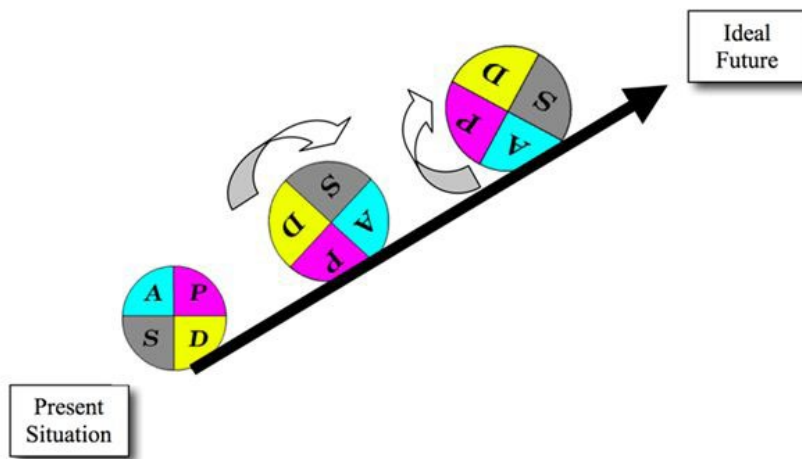
Als een (F)ACT LVB team eenmaal draait, is het risico aanwezig dat het team zich laat leiden door de waan van de dag. Complexe, instabiele cliënten vragen veel aandacht van het team. Teamleden worden (regelmatig) geconfronteerd met crisissituaties en onverwachte gebeurtenissen. Dynamiek is inherent aan het werken in een (F)ACT LVB team. Daarnaast moet het team voldoen aan de productienormen zoals die binnen de organisatie gelden.

Toch is het ook in deze fase van belang dat er voldoende ruimte is om te blijven reflecteren op de werkwijze van het team en te blijven werken aan verbeteringen. De teamleider heeft hierin een belangrijke rol; hij ziet toe op het optimaal implementeren van het (F)ACT model. Periodiek zal de balans moeten worden opgemaakt: waar staan we nu en waar willen we naar toe als team? Streven we naar certificering en zo ja, wanneer? Hoe willen we dat bereiken en wat is daarvoor nodig?

Om te toetsen waar het team staat is een (half)jaarlijkse evaluatie met het gehele (F)ACT LVB team aan te bevelen. Zo'n evaluatie kan plaatsvinden tijdens een uitgebreide teambijeenkomst of een beleidsdag, aan de hand van het

werkplan van het team en/of het (F)ACT model (DACTS of FACTS). Een dergelijke evaluatie kan eventueel door een onafhankelijke voorzitter (bijvoorbeeld een teamleider van een ander team of een staffunctionaris) worden voorgezeten, zodat ook de teamleider inhoudelijk kan meepraten. Beschikt de organisatie over meerdere (F)ACT teams, dan is het raadzaam een intern auditsysteem op te zetten waarbij de (F)ACT teams periodiek getoetst worden door getrainde auditoren aan de hand van de DACTS of FACTS. Hiermee krijgt het team een goed objectief beeld van het eigen functioneren en van de mate waarin een CCAF-certificaat binnen handbereik is. Beschikt de organisatie niet over een intern auditsysteem en heeft het team behoefte aan een onafhankelijke kwaliteitstoetsing voorafgaand aan de officiële CCAF-audit, dan kan het team opteren voor een proefaudit, uitgevoerd door een extern deskundige.

Figuur 1. De opwaartse verbeterspiraal volgens de PDSA (Langley et al, 1996)



4.2.2 Certificering

De Stichting CCAF (Centrum voor Certificering van ACT en FACT-teams) is opgericht in 2008 en wil de toepassing van ACT en FACT in de ambulante GGZ bevorderen. Ze kent keurmerken toe aan ACT- en FACT-teams die voldoende modelgetrouw werken. Gecertificeerde teams leveren een herkenbare, vergelijkbare en garandeerbare kwaliteit van zorg en behandeling. Steeds meer zorginkopers nemen certificering op in hun inkoopvoorwaarden met zorgaanbieders.

Een audit vindt plaats op basis van de DACTS (ACT-teams) of de FACTS (FACT-teams). Voor forensische (F)ACT teams wordt een forensische versie van deze instrumenten gehanteerd. Voor teams die zich specifiek richten op de LVB-doelgroep zal in 2014 een apart instrumentarium worden ontwikkeld.

Het CCAF stelt een aantal entree-eisen aan (F)ACT teams. Zo moet het team op het moment van de audit minimaal een jaar operationeel zijn. Ook worden er eisen gesteld aan de omvang van de caseload per hulpverlener, de inzet van een psychiater, de intensiteit van zorg, de mate van outreach en het percentage drop-outs. Voor meer informatie, zie www.ccaf.nl.

4.3 Education permanente

Belangrijk is dat er blijvend geïnvesteerd wordt in deskundigheidsbevordering van het (F)ACT LVB team. Dit is ook een norm vanuit het (F)ACT model; (nieuwe) hulpverleners moeten systematisch worden (bij)geschoold in het (F)ACT model, in evidence based practices en in herstelondersteunende zorg.

Deskundigheidsbevordering vindt niet alleen plaats door het volgen van trainingen en opleidingen, maar ook door deelname aan congressen (bijvoorbeeld het jaarlijkse (F)ACT congres), studiedagen en platforms (bijvoorbeeld het platform (F)ACT LVB). Organisaties die beschikken over meerdere (F)ACT teams organiseren vaak eens per jaar een interne studiedag of werkconferentie, waarbij gastsprekers worden uitgenodigd en hulpverleners van verschillende teams ervaringen kunnen uitwisselen. Ook is het goed om hulpverleners in de gelegenheid te stellen een paar dagen mee te lopen met een ander (F)ACT LVB team binnen of buiten de organisatie.

Samenvattend:

- Als het (F)ACT team eenmaal 'staat', is het belangrijk om de aandacht voor verdere verbetering van het functioneren van het team en de kwaliteit van zorg niet te laten verslappen.
- Om de resultaten van de zorg op cliëntniveau inzichtelijk te maken, zullen binnen het team afspraken gemaakt moeten worden over wat men wil meten, hoe men wil meten en in welke frequentie men wil meten (ROM).
- Om het functioneren van een (F)ACT team te monitoren en te (blijven) verbeteren, is het zinvol om periodiek een (proef)audit af te (laten) nemen.
- Om aan cliënten, verwijzers en financiers te laten zien dat een (F)ACT team werkt volgens de professionele standaarden en kwaliteitscriteria doet het team er goed aan om zich te laten certificeren door de Stichting CCAF.

5 Voor meer informatie

5.1 Literatuur / documentatie

Over (F)ACT (voor LVB)

Mulder, N. en H. Kroon (2009). *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Rijkaart, A.M. en L.J. Neijmeijer (2011). *Modelbeschrijving ACT voor LVB met complexe problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Veldhuizen, J.R. van, M. Bähler en W. Teer (2006). FACT: De 'functie ACT'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 06, 525-534.

Over LVB (kenmerken, zorgbehoeften en behandeling)

Didden, R. & Moonen, X. (red) (2009). *Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen van mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertisecentrum De Borg.

Didden, R. & Moonen, X. (red) (2013). *Met het oog op behandeling 3. Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen van mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertisecentrum De Borg.

Neijmeijer, L., Moerdijk, L. Veneberg, G.J. en Muusse, C. (2010). *LVG in de GGZ: een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Roos, j. R. Didden en B. Steenbergen (2013). *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs zorg die werken met cliënten met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*. Nijmegen/Utrecht: HAN en De Borg.

Wit, M. de, Moonen, X. & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

5.2 Websites

Organisaties

Amarant Groep: www.amarant.nl

Kenniscentrum LVB: www.kenniscentrumlvb.nl

Kennisplein Gehandicaptensector: www.kennispleingehandicaptensector.nl

Kennisplein GGZ: www.ggzkennisplein.nl

Kennisnet Jeugd: www.kennisnetjeugd.nl

Stichting CCAF: www.ccaf.nl

Stichting de Borg: www.de-borg.nl

Trimbos-instituut: www.trimbos.nl

Vereniging F-ACT Nederland: www.f-actnederland.nl

Vilans: www.vilans.nl

Overig

SCIL (screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking):

<http://www.hogrefe.nl/tests-vragenlijsten/producten-single/screener-lvb.html>

Publicaties (F)ACT model:

<http://www.ccaf.nl/act-en-fact/literatuur>

Competentieprofiel (SG)LVG:

<http://www.vgn.nl/artikel/6569>

Informatie over de Wet Zorg en Dwang:

<https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang>

<https://www.dwangindezorg.nl/nieuws/rapport-oog-voor-vrijheid>

6 Bijlagen

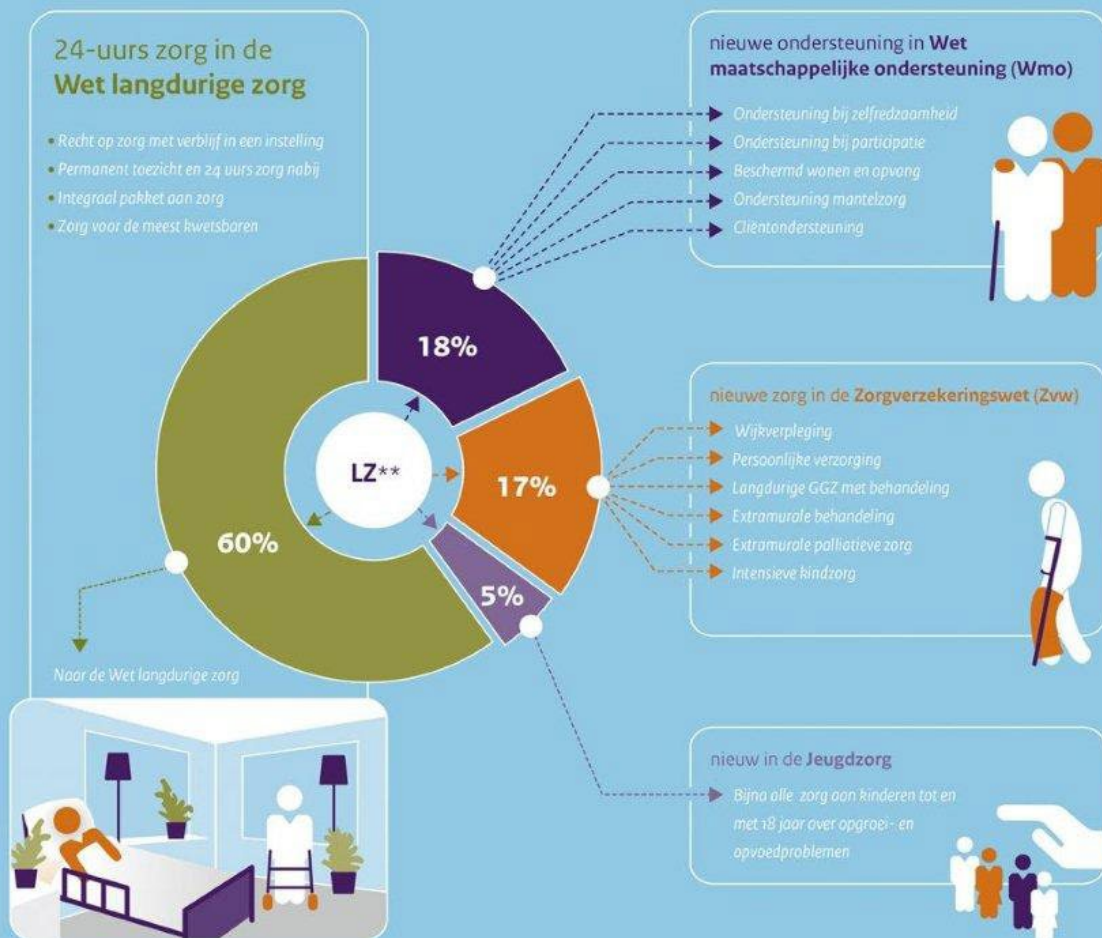
- **Bij 2.1.4: Schematisch overzicht hervorming langdurende zorg**
- **Bij 2.3.2: Voorbeeld van een werkplan**
- **Bij 2.3.2: Voorbeeld van een scholingsplan**
- **Bij 2.3.2: Voorbeeld van een formatieplan**
- **Bij 2.3.3: Voorbeeld van een communicatieplan**
- **Voorbeeld van een FACT-bord**

● Bij 2.1.4: De financiering van (F)ACT – Schematisch overzicht van de hervorming van de langdurige zorg (VWS)



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

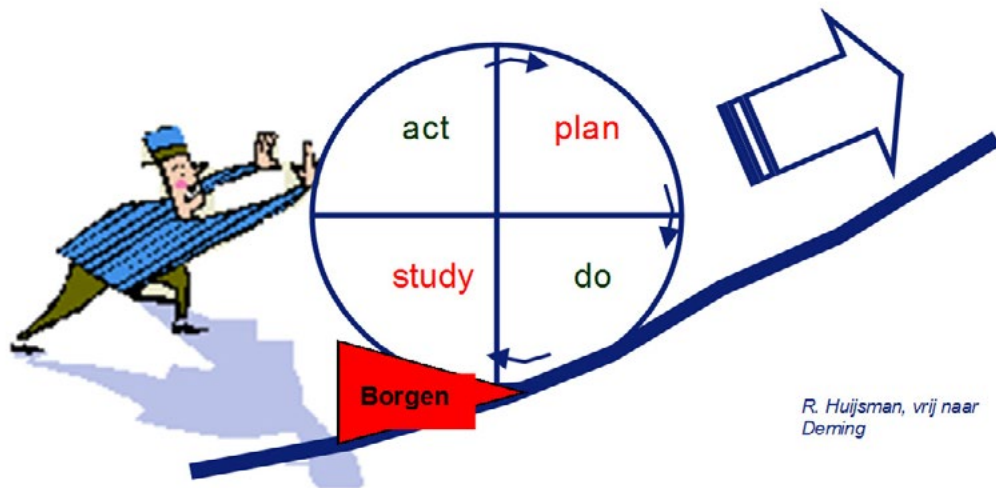
Hervorming langdurige zorg



* Deze infographic is een vereenvoudigde weergave van de hervorming langdurige zorg.

** De uitgaven van de langdurige zorg (LZ) in 2013 bedragen ca. € 28,5 miljard (AWBZ en Wmo-Huishoudelijke hulp).

Werkplan FACT



Te behalen resultaat:

Per 1 januari 2013 zijn er binnen FACT-teams operationeel. De teams zijn werkzaam voor de regio's en leveren elk cliëntenzorg aan minimaal .. cliënten. De teams beschikken over een formatie van minimaal .. fte. Om dit resultaat te behalen worden de volgende doelen en acties afgesproken:

| | Wat zijn onze doelen? | Wat gaan we doen om de doelen te bereiken? | Wanneer moeten deze acties zijn afgerond? | Wie gaat de acties uitvoeren? | Waarvan gaan jullie meten / evalueren of we ons op de goede weg bevinden? | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------|--|---|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1 | Er is duidelijkheid over wie de teams gaan bemensen en met welke formatie (formatieplan). Ook zijn voor beide teams (meewerkend) teamleiders aangesteld. | | | Management | | |
| 2 | Er zijn afspraken gemaakt welke cliënten wel en niet meegaan naar de FACT-teams (caseload). | Formulering inclusie- en exclusiecriteria: welke cliënten zijn gebaat bij FACT-zorg en welke cliënten niet. | | Werkgroep/management | | |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 3 | Beide teams leveren cliënten-zorg aan minimaal 20 cliënten. | Op basis van de opgestelde criteria worden cliënten toegewezen aan FACT. | Teamleiders |
| 4 | Beide teams beschikken over een gezamenlijke werkruimte en de nodige faciliteiten (telefoons, pc's, digibord). | In verband met het gezamenlijke ochtend-overleg is een vergaderruimte met een digibord + pc noodzakelijk. Deze ruimte moet voor het team worden gereserveerd, zodat er een vaste vergaderruimte is. | Teamleiders |
| 5a | Het team heeft een basale overlegstructuur: <ul style="list-style-type: none"> • komt minimaal 2x per week bijeen voor ochtend-overleg | De ochtendoverleggen worden gepland op dagen dat de meeste teamleden aanwezig zijn. Bij het ochtendoverleg is iedereen die op die dag werkzaam is aanwezig. De cliënten op het bord worden besproken. Er wordt afgesproken wie de ochtendoverleggen voorziet en wie de wijzigingen op het digibord noteert. | Teams |
| 5b | Het team heeft een basale overlegstructuur: <ul style="list-style-type: none"> • heeft minimaal 1x per 2 weken een teamoverleg | Teamoverleg moet ingepland worden. Teamleider zit voor. | Teams |
| 5c | Het team heeft een basale overlegstructuur: <ul style="list-style-type: none"> • heeft eens per 6 weken intervisie | Intervisie structuur moet ingepland worden. | Teams |
| 5d | Het team heeft een basale overleg-structuur: <ul style="list-style-type: none"> • komt periodiek bijeen voor behandelplan-besprekingen | Behandelplannen mogen niet ouder zijn dan 1 jaar; zorg voor een behandelplanbespreking-structuur. Wellicht kan een secretaresse deze structuur opzetten en bijhouden. | Teams met ondersteuning van secretaresse |
| 6 | De teamleden van beide teams volgen een scholingsprogramma. Hiertoe wordt een scholingsplan ontwikkeld. Ook werkbezoeken aan andere FACT-teams maken hiervan deel uit. | <ul style="list-style-type: none"> • Scholing FACT: scholing FACT methodiek, werkbezoeken andere (F)ACT teams, literatuur (F)ACT • Deskundigheidsbevordering (bijv. motiverende gespreksvoering) • Scholing ROM: scholing team in afname ROM Inventarisatie onder de teamleden naar behoeftes en prioriteiten; een meerjarig scholingsprogramma wordt ontwikkeld. | Teams en werkgroep |

● **Bij 2.3.2: Voorbeeld van een scholingsplan**

| Wat | Voor wie | Globale inhoud | Tijds- investering pp | Door wie | Wanneer | Kosten training |
|--------------------------------------|----------------|---|---|----------|---------|--------------------|
| Werken met het (F)ACT model | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● interactieve bespreking van het (F)ACT model met specifieke aandacht voor LVB-doelgroep en de Jeugd-doelgroep ● praktijkmodule met externe gastspreker ● werkbezoek aan ervaren team ● meeloopdag / stage bij ervaren team | 1 dag training (theorie + praktijk) ½ dag werkbezoek 1 dag meelopen Totaal 2 ½ dag | | | |
| Training ROM | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● inhoud en werkwijze ROM ● training HoNOS | ½ dag | | | |
| Bemoeizorg aan complexe LVB-cliënten | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● 6 basismodules ● 3 extra modules <p>Zie uitgewerkt voorstel Simone vd Lin; dt</p> | 3 dagen basis 2 ½ dag extra Totaal 5 ½ dag | | | |
| Intervisie | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● Bespreken van complexe casuïstieken met collega's, om de eigen professionaliteit te verbeteren. | | | | |
| Supervisie | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● Reflectie op eigen handelen, bewustwording van persoonlijke sterke en zwakke punten | | | | |
| Systemisch werken | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● Systeembenadering ● Systeemanalyse ● Systeeminterventies | Circa 2 dagen. Informatie-overdracht en casuïstiek-besprekingen. | | | |
| Basis-training IDDT | Alle teamleden | <ul style="list-style-type: none"> ● Fasen van (problematisch) middelen-gebruik ● Fasen van motivatie (cirkel van P&D) ● Interactieve bespreking IDDT ● Motiverende gespreksvoering | Circa 2 dagen. | | | |

● Bij 2.3.2: Voorbeeld van een formatieplan

Omvang teams

Over het algemeen hanteren (reguliere) ACT- en FACT-teams een maximale caseload van respectievelijk 100 en 200 cliënten. De teams van zullen per operationeel zijn en hun caseload geleidelijk aan opbouwen en uitbreiden. Uitgaande van een caseload van 40 à 50 cliënten per team per ..., zullen de teams tegen die tijd uit minimaal 5 à 6 fte moeten bestaan (in het geval van ACT). Ook in het geval van FACT lijkt het raadzaam om met minimaal 5 fte te starten, gezien de eisen die het (F)ACT model stelt aan multidisciplinariteit en shared caseload. In geval van FACT kan de caseload per (theoretisch) 80 à 100 cliënten bedragen.

Samenstelling teams

De teams zullen per ... van start gaan met 5 à 6 hulpverleners en zullen met de groei van de caseload geleidelijk aan worden uitgebreid.

In ... zullen de volgende disciplines deel uit maken van de startende teams:

| Discipline | Aantal personen (indicatief) | Aantal fte (indicatief) |
|--|------------------------------|-------------------------|
| Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / teamleider | 2 | 1,25 |
| Agogisch hulpverlener | 2 | 2 |
| Maatschappelijk werker | 1 | 0,75 |
| Gedragswetenschapper | 1 | 0,5 |
| Psychiater / arts voor LVB | 1 | 0,5 |

Vanuit de literatuur is bekend dat de effectiviteit van de behandeling van LVB-ers met psychiatrische en/of gedragsproblemen staat of valt met de bejegening. Als mensen met een lichte verstandelijke beperking niet op een adequate manier bejegend worden, zullen therapeutische interventies hun doel voorbij schieten. Alle teamleden dienen dan ook te beschikken over een goede basishouding en communicatievaardigheden die nodig zijn in de omgang met cliënten met een LVB. Gezien de specifieke kenmerken en zorgbehoeftes van de doelgroep van de teams is het daarnaast raadzaam dat:

- één of meerdere van deze teamleden beschikken over specifieke deskundigheid op het gebied van verslaving en de systeembenadering;
- er in het team deskundigheid is op het gebied van zowel orthopedagogiek (VG), psychiatrie (GGZ) als forensische zorg (Justitie);
- er een evenwichtige man/vrouwverdeling en leeftijdsverdeling is binnen het team.

In de komende jaren is het wenselijk – parallel aan de geleidelijke uitbreiding van de caseload - de teams verder uit te breiden, waarbij het van belang is om de samenstelling en de deskundigheid van het team zo goed mogelijk af te stemmen op de specifieke kenmerken en zorgbehoeftes van de doelgroep. Onder andere gaat het dan om inzet / uitbreiding van forensische deskundigheid, verslavingsdeskundigheid, systeem-deskundigheid, deskundigheid op het gebied van trajectbegeleiding en jobcoaching en eventueel ervaringsdeskundigheid. Te overwegen valt om op termijn een reclasseringsmedewerker aan het team toe te voegen.

● **Bij 2.3.3: Voorbeeld van een communicatieplan**
Landelijk

| Doelgroep (wie) | Beoogd resultaat (waarom) | Boodschap (wat) | Middel (hoe) | Planning (wanneer) | Uitvoering (wie voert uit) |
|---|---|--|--|---------------------------|-----------------------------------|
| Hulpverleners en managers in de VG / GGZ | Professionals en managers informeren over het bestaan, de werkwijze en het nut van specifieke (F) ACT teams voor de LVB-doelgroep | (F)ACT-LVB teams verlenen unieke en noodzakelijke zorg aan een zeer complexe doelgroep die voorheen tussen wal en schip viel. | Artikel in Markant | | |
| Platform FOR(F)ACT | Professionals en managers van FOR(F)ACT teams informeren over de oprichting van specifieke (F)ACT teams voor de LVB-doelgroep Maar ook: informatie vergaren, ervaringen en good practices uitwisselen, professionaliteit verder ontwikkelen. | Wij willen onze ervaringen graag met jullie delen en nagaan waar we van elkaar kunnen leren en eventueel gezamenlijk kunnen optrekken. | Deelname aan landelijke symposia | | |
| Platform (F)ACT voor LVB | Informatie vergaren, ervaringen en good practices uitwisselen, professionaliteit verder ontwikkelen | Wij willen onze ervaringen graag met jullie delen en nagaan waar we van elkaar kunnen leren en eventueel gezamenlijk kunnen optrekken. | Deelname aan platform FOR(F)ACT | | |
| DJI/DForZo, VWS, VGN, VNG, CvZ, ZN en NZA | Financiers en andere belangrijke landelijke stakeholders op de hoogte stellen van het belang en het nut van (F) ACT voor LVB, en overtuigen van het belang van adequate financiering | (F)ACT-LVB teams verlenen unieke, noodzakelijke en doeltreffende zorg aan een zeer complexe doelgroep. Om die zorg goed te kunnen bieden moet er sprake zijn van continuïteit in financiering. | Deelname aan platform (F)ACT voor LVB Invitational conference | | |

● **Regionaal**

| Doelgroep (wie) | Beoogd resultaat (waarom) | Boodschap (wat) | Middel (hoe) | Planning (wanneer) | Uitvoering (wie voert uit) |
|---|--|--|--|--------------------|----------------------------|
| Regionale verwijzen ketenpartners (reclassering, PI's, veiligheidshuis, GGZ, VG, jeugdzorg, et cetera). | Regionale verwijzen ketenpartners informeren over de start van het (F)ACT team voor LVB. Uitleg over doelgroep, werkwijze, aanmeldingsprocedure. | Wij zijn een nieuwe ketenpartner in de regio en bieden zorg aan cliënten die eerder tussen wal en schip vielen. Om goede zorg te kunnen bieden is een goede samenwerking van groot belang. We hebben elkaar nodig. | Ontwikkelen (digitale) brochure Deelname aan ketenoverleggen Organiseren open dag voor verwijzers en ketenpartners | | |

● **Lokaal (binnen de eigen organisatie)**

| Doelgroep (wie) | Beoogd resultaat (waarom) | Boodschap (wat) | Middel (hoe) | Planning (wanneer) | Uitvoering (wie voert uit) |
|--|---|--|---|--------------------|----------------------------|
| Managers en hulpverleners binnen de Borgorganisaties | Betrokkenen in de organisatie informeren over de start van een specifiek (F)ACT-team voor LVB, alsmede over het verloop en de opbrengsten van het project | Wij zijn een nieuwe tak van sport binnen de organisatie en bieden zorg aan cliënten die eerder tussen wal en schip vielen. | Digitale nieuwsbrief vanuit het Trimbos-instituut over het project en de stand van zaken Vaste rubriek in nieuwsbrief Artikel over het (F)ACT team in personeelsblad en/of op intranet Presentatie tijdens interne conferenties of bijeenkomsten | | |

● **Voorbeeld van een FACT-bord**

<http://www.ggz-nhn.nl/nl/FACT/FACT-Images/Printscreen-FACT-bord.jpg>