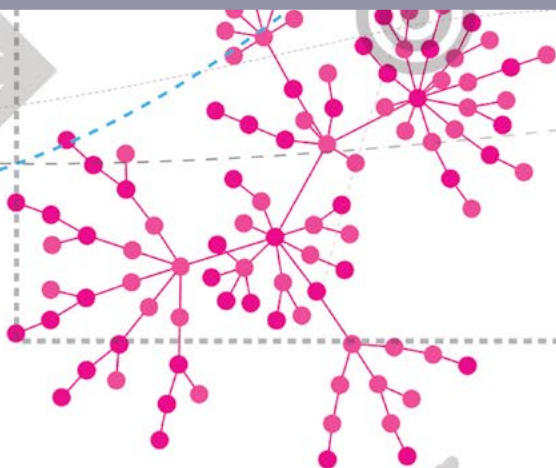


Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!

1. De basiselementen van ACT en FACT

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

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.