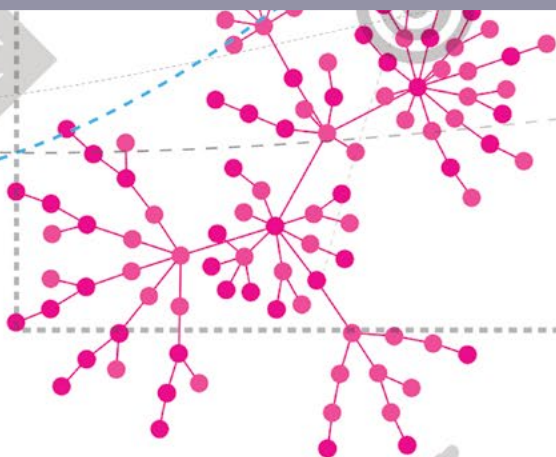


Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!

2. De voorbereiding

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

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 heralloceren.

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 : transitie 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 zorgbehoeftige 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.