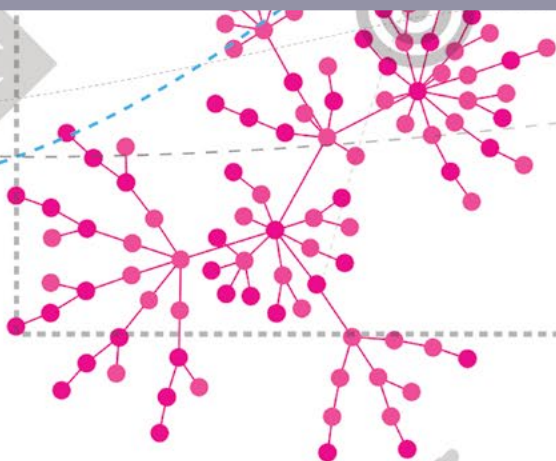


# Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!

## 3. De operationele fase

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

# 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 behandelaars (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 behandelaars 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 voorkeur) 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](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)supervisiebijeenkomsten<sup>11</sup>. 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).

<sup>11</sup> 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.

Verscheidene (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 betoegeld, 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.