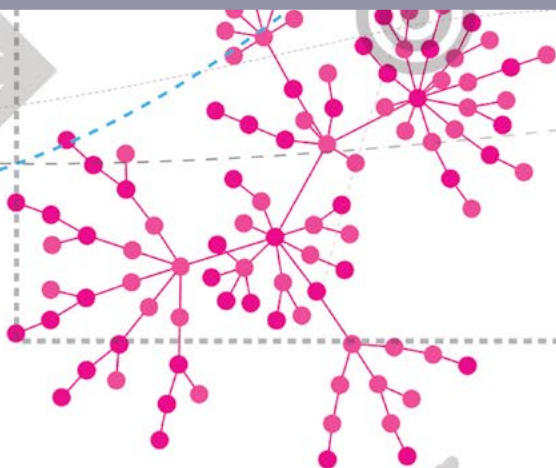


Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!

4. Monitoren, verankeren en continu verbeteren

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

4 Monitoren, verankeren en continu verbeteren

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

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

4.1 Routine Outcome Measurement (ROM)

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

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

4.1.1 Inhoud van de ROM-set

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

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

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

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

4.1.2 ROM-werkwijze

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

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

4.2 Monitoren en verbeteren van het teamfunctioneren

4.2.1 Interne evaluatie

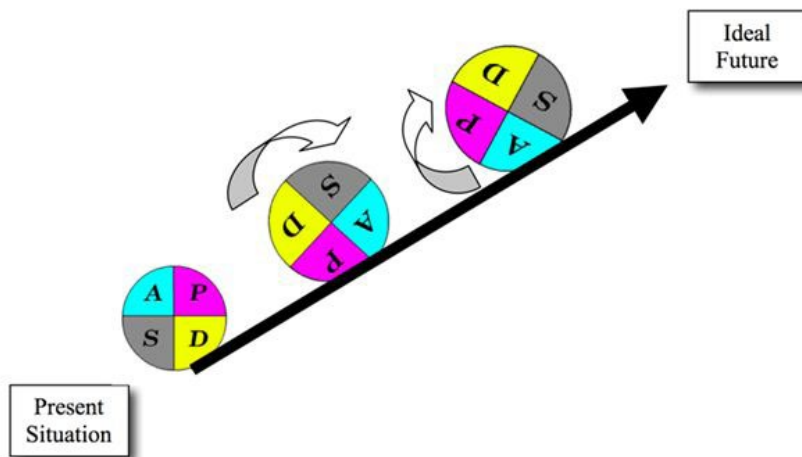
Als een (F)ACT LVB team eenmaal draait, is het risico aanwezig dat het team zich laat leiden door de waan van de dag. Complexe, instabiele cliënten vragen veel aandacht van het team. Teamleden worden (regelmatig) geconfronteerd met crisissituaties en onverwachte gebeurtenissen. Dynamiek is inherent aan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

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

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

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

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



4.2.2 Certificering

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

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

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

4.3 Education permanente

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

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

Samenvattend:

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