

UPDATE SEPTEMBER 2020

NIEUWE ZORG, NIEUWÉ KANS

MAGAZINE
OVER
(F)ACT LVB

de Borg 

VOOR WOORD

In 2010 werd het eerste Assertive Community Treatment (ACT) team opgericht in Zwolle. Dit ACT team was speciaal voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en bijkomende problematiek, zoals psychiatrische problematiek, verslaving en/of ernstig probleemgedrag. Inmiddels zijn we tien jaar verder en zijn er in Nederland ongeveer 25 (Flexible) ACT teams (hier verder aangeduid met (F)ACT) die zich specifiek richten op deze doelgroep. Een aantal van deze teams richt zich specifiek op mensen die met politie of justitie in aanraking zijn geweest. De meeste teams maken deel uit van één van de organisaties die onderdeel zijn van Expertisecentrum De Borg. Ook andere instellingen die werkzaam zijn op het grensvlak van GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg en forensische zorg hebben (F)ACT-teams opgericht voor mensen met een LVb. Overigens maken cliënten met een LVb ook deel uit van de caseload van reguliere (F)ACT teams in de GGZ, van forensische (F)ACT teams en van (F)ACT teams voor jeugd, en worden zij gelukkig ook steeds vaker als zodanig herkend.

(F)ACT voor mensen met een LVb is, voor zover bekend, nergens op zo grote schaal geïmplementeerd als in Nederland en daar zijn we trots op. De laatste tien jaar is niet alleen praktijkervaring opgedaan maar is ook stevig geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van (F)ACT voor de doelgroep waar De Borg voor staat. In deze tweede, herziene versie van dit magazine over (F)ACT LVb worden de meest recente onderzoeksresultaten gepresenteerd, afgewisseld met ervaringen uit de praktijk.

Marjet van Baggum, directeur De Borg

Fred is 20 jaar als hij wordt aangemeld bij een (F)ACT LVb-team van De Borg. 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 waarbij hij het laatst in zorg was, de zorgovereenkomst opgezegd en heeft Fred weer onderdak gezocht bij zijn moeder. Hier gaat het niet goed met hem. Hij gaat om met de verkeerde vrienden, gebruikt drugs, heeft geen dagbesteding en geen uitkering. Het (F)ACT-team gaat regelmatig bij Fred langs en zoekt hem op op plekken waar hij veel is, maar Fred wil geen hulp. 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 (F)ACT-team op een kier. Het (F)ACT-team regelt een ID-kaart en een uitkering en springt daarmee in op zijn grootste noden. Dat geeft bij hem enig vertrouwen. Het (F)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 kortverblijfshuis van een VG-organisatie. Tijdens zijn verblijf blijft het FACT-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 (F)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 (F)ACT-team blijft hem twee tot drie keer per week bezoeken. Nu de praktische zaken geregeld zijn, kan een start worden gemaakt met de behandeling.

CO LO FON

Deze uitgave is een initiatief van Expertisecentrum De Borg
Eikenpage 4
3734 AC Den Dolder
secretariaatdeborg@altrecht.nl

Inhoud: Laura Neijmeijer
Redactie: Marloes Dekker
Fotografie: Stichting Trajectum
Ontwerp: Rudi Langezaal, Odijk
Druk: Bergdrukkerij, Amersfoort

Update september 2020

de Borg 

(F)ACT: (F)ACT...

...staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Het gaat om intensieve, ambulante (bemoei)zorg vanuit een multidisciplinair team. De behandeling en begeleiding vindt plaats in de samenleving, dus bij de cliënt thuis, op zijn werk of op straat. Kenmerkend voor (F)ACT-teams is hun laagdrempelige en proactieve benadering. (F)ACT-teams bieden continuïteit van zorg. Dit houdt in dat zij hun cliënten zo lang als nodig is behandelen en begeleiden, ook als zij een periode in een gevangenis of een kliniek verblijven. Doordat ze hun cliënten regelmatig zien, is het mogelijk om crisissituaties te zien aankomen en op tijd in te grijpen. Behandeling is gericht op het verminderen van de symptomen en het leren omgaan met de aandoening. (F)ACT heeft als doel om het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van mensen met complexe problematiek te bevorderen en terugval te voorkomen.

(F)ACT: NIEUWE VORM VAN ZORG

Ivan wordt sinds een half jaar ondersteund door een (F)ACT LVB-team van De Borg. Hij is door de reclassering verwezen. Ivan heeft 3 jaar voorwaardelijk gekregen. Het gaat sinds de ondersteuning van het (F)ACT-team een stuk beter met hem.

Ivan: “Vanuit het (F)ACT-team heb ik met verschillende mensen contact. Met de één heb ik gesprekken over het verleden en de toekomst en met een ander juist over praktische zaken. Ik word twee keer per week thuis bezocht, dat vind ik prettig. Ik voel me hierdoor minder een nummer en het team kan de situatie beter inzien. Ik ben heel tevreden over de hulp van het (F)ACT-team. Belangrijk vind ik de praktische hulp bij het organiseren van de chaos. Ik vind het fijn dat het team niet te veel druk uitoefent en mij de ruimte en vertrouwen geeft en ze de afspraken die we maken nakomen. Daarnaast heb ik één keer per twee weken contact met de reclassering. Soms zijn er ook gezamenlijke afspraken. Er is veel in mijn leven gebeurd. Ik ben uit detentie gekomen en heb een vriendin, een huis, een kind en werk. Ik geef mijn leven nu een 9 tot 10!”

ACHTERGROND (F)ACT

Assertive Community Treatment (ACT) en Flexible Assertive Community Treatment ((F)ACT) zijn voor de verstandelijk gehandicaptenzorg nieuwe vormen van zorg. Assertive Community

Treatment is in de GGZ ontwikkeld voor cliënten met ernstige en langdurende psychiatrische problematiek en was bedoeld om de kloof tussen de hoog intensieve klinische zorg en de laag intensieve en regionaal georiënteerde ambulante zorg van weleer te overbruggen. ACT-teams bieden ambulante, intensieve en langdurende begeleiding en behandeling aan cliënten die vaak al een lange voorgeschiedenis in de hulpverlening hebben en herhaaldelijk (gedwongen) opgenomen zijn geweest. Vanwege hun ziektebeeld, maar ook vanwege hun negatieve ervaringen met de zorg in het verleden, staan zij niet altijd open voor zorg en ‘bemoeienis’ vanuit de hulpverlening. Hun motivatie en compliance laat te wensen over, en sommigen zijn ronduit zorgmijdend. In Nederland is er ook een variant ontwikkeld waarbij cliënten die al wat stabiel zijn door één teamlid worden begeleid, met op de achtergrond een multidisciplinair team. Als het nodig is wordt opgeschaald naar ACT. Deze variant heet Functie ACT, of FACT. In de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt vooral het FACT model toegepast.

» WAAR DE REGULIERE ZORG VASTLOOPT, DAAR BEGINNEN WIJ «

Teamleider (F)ACT LVB-team

KENMERKEN (F)ACT

Kenmerkend voor (F)ACT is dat er integrale zorg wordt geboden vanuit een multidisciplinair team bestaande uit onder andere een psychiater, psycholoog, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, maatschappelijk werker, ervaringswerker en een trajectbegeleider. Zij bieden zorg op alle levensgebieden. Samen zijn zij verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van de zorg en er wordt gewerkt met een gedeelde caseload. De zorg wordt geboden op de plek waar de cliënt zich bevindt: thuis, op straat, in een opvangvoorziening of - in geval van een tijdelijke (her)opname - in een kliniek (outreaching). De zorg sluit aan op datgene wat de cliënt (praktisch) nodig heeft en wordt geboden zolang als dat nodig is (continuïteit).

HET SUCCES VAN (F)ACT LVB

Willem, casemanager en Otto, teamleider, zijn verbonden aan een (F)ACT-LVB-team van De Borg. Het team is in 2012 gestart. Het werd steeds duidelijker dat in de ambulante forensische zorg, cliënten met een LVB een grote doelgroep vormden. Het betreft een doelgroep die moeilijk in zorg te houden was. Ook andere voorzieningen, zoals woonvoorzieningen, hadden moeite om deze cliënten in zorg te houden.

IMPLEMENTATIE

Het team is gestart met drie teamleden en is gestaag gegroeid. Inmiddels bestaat het team uit negen teamleden. De implementatie van (F)ACT LVB is goed verlopen. “We voelen ons voldoende gefaciliteerd door de organisatie. Ons team bestaat uit een goede mix van persoonlijkheden en deskundigen. We dragen de last samen en we hebben oog voor elkaars veiligheid. Praktisch gezien is het ook goed geregeld. We beschikken over Ipads en E-bikes om ons werk goed te kunnen doen. De implementatie is, ondanks een lastige periode waarbij we financieel in zwaar weer zaten, goed verlopen.”

FINANCIERING

Een belemmerende factor voor het bieden van optimale zorg is de financiering. “We worden overwegend DB(B)C gefinancierd maar hebben ook enkele WLZ-clianten. Cliënten die voorheen gemakkelijk VG zorg kregen, krijgen dat nu niet meer. De indicaties zijn aangescherpt. Ondersteuning bij wonen is daardoor lastig geworden. Ook cliënten die net uit de kliniek of detentie komen brengen nogal

eens ‘gedoe’ met zich mee. Praktische zaken zoals huisvesting en uitkering zijn niet altijd geregeld. Mensen worden op straat gezet en (F)ACT mag het oplossen.”

SAMENWERKING

“We hebben actief geïnvesteerd in samenwerking en daardoor gaat de samenwerking met externe partijen, zoals reclassering, veiligheidshuis, wijkagenten en PT's, goed. Ook werken we nauw samen met buurtteams waaruit we regelmatig verwijzingen krijgen. Er is nu voldoende bekendheid maar het is wel van belang om te blijven investeren in PR gezien de bewegingen in het veld.”

EFFECTIVITEIT VAN ZORG

“Ons team heeft een belangrijke toegevoegde waarde. LVB-clianten vallen vaak tussen wal en schip, helemaal als ze ook nog eens forensisch zijn. Er is een lange adem nodig om enige vooruitgang te boeken. Hulpverleningstrajecten die er in het verleden waren, werden vaak voortijdig afgebroken. We maken het verschil doordat we ‘erbij’ zijn op cruciale momenten. Daardoor kunnen persoonlijke en psychiatrische

crisissituaties en delicten voorkomen worden. Er is wel veel variatie binnen de caseload, van zeer zorg mijdend en risicovol tot cliënten die wekelijks op kantoor komen voor een afspraak. Bij iedere cliënt is het weer een kwestie van finetuning en van het vinden van een balans tussen ingrijpen (bemoeizorg) en de touwtjes laten vieren (eigen regie).”

SUCCES VAN (F)ACT

Het succes van (F)ACT kan aan verschillende factoren worden toegeschreven. Vooral het binden van cliënten is van belang. “We stoppen niet, we blijven proberen hulp te bieden. We rijden langs, doen een briefje in de deur of maken op straat een praatje. We blijven in beeld en we blijven doorzetten. We hebben een hele lange adem. We kunnen de cliënten ‘dragen’ dankzij de gedeelde caseload. Ook het ‘kunnen doorpakken’ draagt bij aan de resultaten, bijvoorbeeld in de vorm van het aanvragen van een RM of het inschakelen van de reclassering. Het feit dat we praktische zorg bieden op alle levensgebieden en meegaan naar loketten en instanties verklaart ook een belangrijk deel van het succes.”

» BIJ IEDERE CLIËNT IS HET WEER EEN KWESTIE VAN **FINETUNING** EN VAN HET VINDEN VAN EEN BALANS TUSSEN INGRIJPEN (BEMOEIZORG) EN DE TOUWTJES LATEN VIEREN (EIGEN REGIE) «

ONDERZOEK NAAR (F)ACT LVB

INTERVIEW MET LAURA NEIJMEIJER

KUN JE IETS VERTELLEN OVER HET ONTSTAAN EN DE ONTWIKKELING VAN (F)ACT VOOR MENSEN MET EEN LVB?

In de GGZ is er al veel ervaring opgedaan met ACT en FACT. Inmiddels zijn er ruim 300 (F)ACT teams in Nederland en is (F)ACT een reguliere vorm van behandeling geworden voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). In Amerika en Europa is met name veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het oorspronkelijke model van ACT. Daaruit blijkt dat ACT leidt tot minder opnames en beter functioneren. ACT is dus een evidence based practice. FACT is door de Erkenningscommissie Interventies Langdurende GGZ erkend voor volwassenen met EPA.

Door de goede ervaringen met ACT en FACT in de GGZ rees de vraag of deze vorm van zorg wellicht ook voor andere doelgroepen met langdurende en meervoudige problematiek een zinvolle aanvulling zou kunnen zijn, onder wie mensen met een LVB en ernstig probleemgedrag. Sinds 2010 is geïnvesteerd in de ontwikkeling van (F)ACT LVB. Vanuit het Trimbos-instituut ontwikkelde ik in nauwe samenspraak met het

veld een modelbeschrijving en een implementatiehandleiding, en ondersteunde ik tussen 2011 en 2018 de Borg-instellingen en andere organisaties, waaronder de Amarant Groep, bij de implementatie van (F)ACT LVB.

HOE VERLIEP HET ONDERZOEK NAAR DE WERKZAAMHEID VAN (F)ACT LVB?

Het project kenmerkte zich door het samengaan van ontwikkeling, implementatie en onderzoek. Het is geweldig dat we hiervoor draagvlak vonden bij zowel de Borg, de organisaties die daarvan deel uitmaken, en de financiers, waaronder het KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg). In samenwerking met de deelnemende organisaties werd een structuur ontwikkeld voor Routine Outcome Monitoring (ROM). Tussen 2011 en 2017 verzamelden acht (F)ACT LVB teams informatie over onder andere de samenstelling van hun caseload, de problemen van hun cliënten, en hun functioneren op verschillende uitkomstmaten. Daarbij maakten we gebruik van verschillende instrumenten, zoals de LVB-versie van de HoNOS, een instrument om het sociaal en psychisch functioneren van cliënten

te meten, en de DROS, een instrument dat het risico op delinquent gedrag meet bij mensen met een LVB. Ook hebben we gegevens verzameld over maatschappelijke overlast, detenties, contacten met politie en justitie, en opnames in de GGZ, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de forensische zorg.

De resultaten van het onderzoek werden tussentijds teruggekoppeld aan de teams. Daardoor ontstond er zicht op de kenmerken van de doelgroep en de eerste resultaten van zorg. De teams kwamen gedurende het project een aantal keren per jaar bijeen om ervaringen en tussentijdse onderzoeksresultaten uit te wisselen en te vergelijken. Daardoor werden de teams gestimuleerd om hun doelgroep en manier van werken kritisch onder de loep te nemen, en om data te blijven verzamelen, zowel ten behoeve van de individuele cliënt als ten behoeve van het onderzoek.

WAT MAAKT DIT ONDERZOEK ZO BIJZONDER?

Voor zover bekend is (F)ACT voor deze specifieke doelgroep in geen enkel land ter wereld op zo grote schaal geïmplementeerd en onderzocht. (F)ACT voor

» DE DOELGROEP NEEMT IN OMVANG TOE, DAT KOMT DOOR DE COMPLEXITEIT VAN DE SAMENLEVING EN DOORDAT DE ZORG STEEDS MEER UITGAAT VAN EIGEN REGIE. MENSEN DIE JARENLANG NEGATIEVE ERVARINGEN HEBBEN OPGEDAAN MET HULPVERLENING, REAGEREN NOGAL EENS AFWEREND OP HULPVERLENING. (F)ACT-TEAMS PASSEN DAN BEMOEIZORG TOE. ZE PROBEREN CONTACT TE MAKEN EN MENSEN AAN ZICH TE BINDEN. «

Laura Neijmeijer, onderzoeker

mensen met een LVB staat wereldwijd nog behoorlijk in de kinderschoenen. Het onderzoek dát heeft plaatsgevonden is moeilijk vergelijkbaar door verschillen in onderzoeksdesigns, onderzochte interventies, onderzoekspopulaties en uitkomstmaten. Het onderzoek heeft geleid tot een databestand met informatie over maar liefst 600 cliënten. Van een deel van deze groep, we hebben het dan over zo’n 280 mensen, hebben we informatie op meerdere meetmomenten, zodat we een beeld konden vormen van hoe het met hen gaat in de loop van de tijd, na één, twee of soms drie jaar.

Bijzonder aan dit onderzoek is ook het samengaan van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Behalve cijfermateriaal is er ook waardevolle informatie verzameld door middel van interviews met cliënten. Ik ben maar weinig publicaties tegengekomen waarin cliënten met een (lichte) verstandelijke beperking zijn betrokken bij evaluaties van behandelmethoden.

WAT WAREN DE BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN?

Ten eerste dat cliënten na verloop van tijd op verschillende uitkomstmaten beter gaan functioneren. Dat blijkt bijvoorbeeld uit hun totaalscore op de HoNOS, maar ook uit het feit dat hun woonomstandigheden verbeteren en dat de sociale overlast afneemt. Ze komen minder vaak in contact met politie en justitie en worden minder vaak opgenomen. Een tweede belangrijke resultaat is dat (F)ACT niet zaligmakend is. (F)ACT produceert geen blijve, aangepaste modelburgers. Kleine

» HET ONDERZOEK HEEFT GELEID TOT EEN DATABESTAND MET INFORMATIE OVER MAAR LIEFST 600 CLIËNTEN «

veranderingen hebben vaak veel tijd nodig en het leven van de meeste cliënten verloopt met ups en downs. Financiële problemen zijn vaak moeilijk oplosbaar en (betaald) werk is voor veel cliënten een brug te ver. Bovendien blijkt verslavingsproblematiek bij deze doelgroep een hardnekkig fenomeen.

De kwalitatieve deelstudie heeft vooral meer inzicht gegeven in de werkzame ingrediënten van (F)ACT LVB. Cliënten waardeerden vooral het contact met de teamleden en de praktische en emotionele ondersteuning. Langdurende betrokkenheid, beschikbaarheid als hulpverlener én mens, en respect voor de autonomie van de cliënt werden benoemd als de belangrijkste kernwaarden in het contact met de staf. De meeste cliënten gaven aan verbetering te bemerken in hun functioneren, en schreven dit toe aan intra-persoonlijke veranderingen en/of minder dagelijkse stress.

WAT IS DE RELEVANTIE VAN DIT ONDERZOEK VOOR DE PRAKTIJK?

Het lijkt me dat (F)ACT-hulpverleners sowieso al een ‘boost’ krijgen van het feit dat ze weten dat wat ze dagelijks doen, zoden aan de dijk zet, dat hun inspanningen resultaat hebben. Omdat (F)ACT een nieuwe vorm van zorg is voor mensen met een LVB, is dat goed om te weten. Niet alleen voor cliënten en hulpverleners, maar ook voor beleidsmakers en financiers is dit uiteraard van belang. Daarnaast hoop ik dat de uitkomsten

van dit onderzoek hulpverleners motiveert om hun manier van werken te blijven verbeteren, ook in relatie tot bepaalde subgroepen van cliënten. Zo blijken cliënten met verslavingsproblematiek minder te profiteren van de behandeling en de begeleiding binnen (F)ACT. Dat geldt ook voor mensen die over minder sociale vaardigheden beschikken, en voor mensen die minder gemotiveerd zijn voor zorg. Nu weet ik vanuit de praktijk dat hulpverleners hun stinkende best doen om aan te sluiten bij datgene wat cliënten nodig hebben, maar ook dat het best moeilijk is om behandeling in engere zin, dus bijvoorbeeld een verslavingsmodule, goed vorm te geven binnen (F)ACT. Toch is het van groot belang om daar tijd en aandacht aan te besteden. En nu de basis er ligt, lijkt de tijd rijp voor het slaan van de volgende kwaliteitsslag.

WAT GA JIJ DOEN NA (F)ACT LVB?

Mijn promotieonderzoek is nu af, dat ei is gelegd. Maar met (F)ACT LVB ben ik nog niet klaar. Na jarenlang werkzaam te zijn geweest op het snijvlak van beleid, onderzoek en kwaliteit heb ik ervoor gekozen om mijn oude beroep als verpleegkundige weer op te pakken. En dus werk ik nu in een FACT LVB team in Zwolle. Binnenkort start ik met de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ. Een uitgelezen kans om cliëntenzorg, onderzoek en implementatie te combineren, én om met de LVB-kennis die ik heb opgedaan, mijn voordeel te doen in de GGZ.

DE ONDERZOEKSRESULTATEN

KENMERKEN CLIËNTEN

De caseload van (F)ACT LVB teams bestaat met name uit mannen (83%). De gemiddelde leeftijd is bijna 34 jaar en twee derde is geboren in Nederland. De meerderheid is alleenstaand, woont zelfstandig en heeft geen betaalde baan. Bijna 70% van de cliënten heeft financiële problemen of schulden en ongeveer 40% staat onder beschermingsbewind. Ongeveer de helft van de cliënten heeft een strafrechtelijke of civielrechtelijke titel en de meeste verwijzingen zijn afkomstig van de reclassering.

PROBLEMATIEK EN FUNCTIONEREN BIJ AANVANG

Van 60% van de cliënten zijn (recente) testgegevens beschikbaar. Het gemiddelde IQ is 69. Het merendeel van de cliënten heeft meerdere gediagnostiseerde psychiatrische aandoeningen. Verslavingsproblematiek komt veel voor; bij 36% van de cliënten is sprake van misbruik of afhankelijkheid van alcohol. Voor softdrugs en harddrugs zijn deze percentages 41% en 18%. De gemiddelde GAF-score is 44.9, hetgeen betekent dat er over het algemeen sprake is van ernstige psychiatrische symptomen of ernstige beperkingen in het sociale functioneren.

Tabel 1 geeft een overzicht van de meest voorkomende problemen in het dagelijks leven en de belangrijkste risicofactoren.

Tabel 1 Problematiek en risicofactoren

Top 5 problematiek in dagelijks functioneren (HoNOS)
1. Problemen met werk en dagelijkse activiteiten
2. Problemen met sociale relaties en interacties
3. Problemen met aandacht en concentratie
4. Problemen met stemming en stemmingswisselingen
5. Slaapproblemen

Top 5 Risicofactoren (DROS)
1. Coping met conflictueuze interacties
2. Coping met andere stressoren
3. Bewustzijn van risicofactoren en gevaarsignalen
4. Ondoordacht en roekeloos gedrag
5. Coping met schadelijke impulsen

Top 5 historische risicofactoren (HKT-30)
1. Arbeidshistorie
2. Middelengebruik
3. Hulpverleningsgeschiedenis
4. Slachtofferschap van geweld tijdens jeugd
5. Gedragsproblemen voor het 12e levensjaar

» WE DENKEN DAT BEMOEIZORG WERKT EN VOOR DEZE MENSEN NODIG IS. WE ZIEN DAT WE IN STAAT ZIJN OM VERANDERINGEN TE BEREIKEN. GEMIDDELD GENOMEN ZIJN WE IN STAAT HET LEVEN VAN MENSEN ECHT TE VERBETEREN EN MENSEN PERSPECTIEF TE GEVEN OP EEN BETER LEVEN. (F)ACT KAN OOK VEEL OPLEVEREN VOOR DE SAMENLEVING. MINDER CRIMINALITEIT, MINDER OVERLAST, BETERE PARTICIPATIE EN UITEINDELIJK OOK MOGELIJK MINDER KOSTEN «

Robert Didden, hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen



RESULTATEN VAN DE ZORG

Het onderzoek laat zien dat cliënten na verloop van tijd gemiddeld beter sociaal en psychisch gaan functioneren en dat hun woonomstandigheden verbeteren. Het aantal opnames in de GGZ of in andere sectoren neemt af, evenals het aantal contacten met politie en justitie, de mate van sociale overlast en de risicofactoren voor probleemgedrag en criminaliteit. Geen veranderingen worden waargenomen met betrekking tot financiële problematiek, werk en middelengebruik.

Tabel 2 Resultaten van zorg

Uitkomstmaat	Resultaat
Opnames in (geestelijke) gezondheidszorg	Significante afname
Functioneren - Sociaal en psychologisch functioneren (totaalscore HoNOS-LD) - Global Assessment of Functioning (GAF) score - Afhankelijkheid of misbruik van verslavende middelen	Significante verbetering Geen verandering Geen verandering
(Risico op) delinquent en grensoverschrijdend gedrag - Contacten met politie/justitie - Risicofactoren voor delinquent of grensoverschrijdend gedrag (totaalscore DROS-SV) - Risico-inschatting zonder (F)ACT - Risico-inschatting met (F)ACT	Significante afname Significante afname Significante afname Significante afname
Sociale participatie - Dagbesteding/werk - Betaald werk - Dakloosheid - Financiële problemen - Huisvestingsproblemen - Sociale overlast	Significante verbetering Geen verandering Geen verandering Geen verandering Significante verbetering Significante afname
Cliëntwaardering	Geen verandering

VOORSPELLENDEN FACTOREN

Het sociaal en psychisch functioneren van cliënten (gemeten met de HoNOS-LD) blijkt niet samen te hangen met sociaal-demografische kenmerken. Ook blijken de resultaten niet samen te hangen met IQ of (on)vrijwillige status. Wel is er een significant verband met een aantal dynamische cliëntvariabelen; dit betreft sociale vaardigheden, impulsiviteit, motivatie voor behandeling, middelengebruik en onderkenning van de noodzaak tot zorg.

Tabel 3 Predictieve waarde risicofactoren DROS

DROS-item	Resultaat
I. Onderkenning van de problematiek	Geen significante invloed
II. Onderkenning van de noodzaak tot behandeling	Significante invloed
III. Realistisch over de situatie na behandeling	Geen significante invloed
IV. Medewerking aan behandeling	Significante invloed
V. Antisociale attitudes	Geen significante invloed
VI. Coping vaardigheden	Geen significante invloed
VII. Vijandigheid	Geen significante invloed
VIII. Problematische seksuele cognities of gedrag	Geen significante invloed
IX. Impulsiviteit	Significante invloed
X. Aanwezigheid van pro-sociale structuren (dagbesteding)	Geen significante invloed
XI. Zelfredzaamheid	Geen significante invloed
XII. Sociale vaardigheden	Significante invloed
XIII. Middelenmisbruik	Significante invloed
XIV. Psychotische symptomen	Geen significante invloed

ERVARINGEN CLIËNTEN MET FACT LVB

Vijftien cliënten zijn geïnterviewd over hun ervaringen met de behandeling in (F)ACT, hun waardering van de behandelresultaten en de in hun perspectief werkzame factoren. Cliënten waarderen vooral het contact met de teamleden en de praktische en emotionele ondersteuning. Langdurende betrokkenheid, beschikbaarheid als hulpverlener én mens, en respect voor de autonomie van de cliënt worden benoemd als de belangrijkste kernwaarden in het contact met de staf. De meeste cliënten geven aan verbetering te bemerken in hun functioneren, en schrijven dit toe aan intra-persoonlijke veranderingen en/of minder dagelijkse stress. Een aantal cliënten vindt dat FACT te weinig voor hen doet en teveel van hen vraagt.

Tabel 4 Resultaten interviews met cliënten

Thema's	Subthema's
FACT behandelt me goed	Ze laten me niet vallen Ze zijn er voor me - als mens Ze respecteren mijn autonomie
FACT sluit aan bij mijn behoeften	Ze ondersteunen me in praktisch opzicht Ze geven me emotionele steun en behandeling
Het gaat nu over het geheel genomen, beter met me	Ik ben als persoon sterker geworden Ik heb meer structuur en minder stress in het leven
Spanningsvelden	Ze doen niks voor me Ze zijn te bepalend

CONCLUSIE

(F)ACT voor mensen met een LVB lijkt werkzaam te zijn. Gedurende hun tijd in FACT laten cliënten op verschillende gebieden (sociaal en psychisch functioneren, woonomstandigheden, sociale overlast, criminogene uitkomstmaten) vooruitgang zien. De kwantitatieve resultaten worden bevestigd door de cliëntinterviews en komen overeen met de resultaten van eerder uitgevoerd onderzoek naar ACT voor mensen met een LVB. Ondanks de positieve resultaten is (F)ACT echter geen wondermiddel voor mensen met een LVB. Ten eerste kosten kleine verbeteringen vaak veel tijd en blijven er ondanks de inzet van (F)ACT vaak problemen bestaan op het gebied van financiën, werk en verslaving. Ten tweede lijken bepaalde groepen cliënten minder van (F)ACT te profiteren, zoals cliënten met verslavingsproblematiek, cliënten met geringe motivatie en medewerking en cliënten met weinig sociale vaardigheden. Om deze redenen is het van belang dat (F)ACT LVB teams zich blijven inzetten voor het verbeteren van hun behandelprogramma's en voor systematische deskundigheidsbevordering van hun teamleden. Daarnaast is het nodig dat de organisatorische en financiële randvoorwaarden voor (F)ACT LVB voldoende aanwezig zijn. Denk bijvoorbeeld aan voldoende opnamecapaciteit en flexibele bekostiging.

Voor meer informatie:

Neijmeijer, L. (2020). *(Flexible) Assertive Community Treatment for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and mental health problems or challenging behaviour*. Proefschrift.

Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexible) ACT LVB*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Neijmeijer, L. (2014). *Aan de slag met (F)ACT voor LVB?! Handreiking voor de implementatie van (F)ACT voor mensen met een licht verstandelijke beperking en complexe problematiek*. Utrecht: Vilans/Trimbos-instituut.

Zie www.deborg.nl voor de adressen van de (F)ACT LVB-teams.

