

SCOREFORMULIER DACTS**AUDITOREN: Remmers van****Veldhuizen****en Jeroen Zoeteman****TEAM: ACT Jeugd 1 R'dam**





Deelgebied	Toelichting	Score Consensus
I. Teamstructuur		
I.1. Kleine caseload	>11 FTE op 76 cliënten	5
I.2. Teambenadering	Zeer goed doorgevoerde shared caseload.	5
I.3. Teambijeenkomst	5x per week komt het team bij elkaar om de cliënten door te nemen.	5
I.4. Teamleider	Teamleider doet 50 % cliëntenwerk, kent alle pappenheimers.	5
I.5. Verloop van personeel	3,5 FTE op 11,6	4
I.6. Personeelsbezetting	Slechts 0,5 vacature	5
I.7. Psychiater	Het team heeft slechts 10% (zeer ervaren) arts als consulent.	1
I.8. Verpleegkundige	1,3 FTE spv per 76 cliënten.	4
I.9. Verslavingsdeskundige	Er is geen verslavingsdeskundigheid, dat wordt deels gefundeerd op doelgroep jeugd, maar bij cliënten is er wel veel middelengebruik..	1
I.10. Arbeids-en revalidatiedeskundige	Geen specifieke deskundige, wel maatschappelijk werker die deels trajectbegeleiding doet. I.v.m. deels maatsch werk/deels trajectbeg score 2.	2
I.11. Teamomvang*	>11 FTE	5
Gemiddelde score teamstructuur		3,82
II. Organisatie		
II.12. Expliciete toelatingscriteria	Criteria niet geheel duidelijk; er is verschuiving geweest van "alles" naar ggz-diagnose en postcode; er zijn veel verkeerde indicaties die na intake weer worden weggesluisd.	3
II.13. Instroom van cliënten	Instroom in redelijk tempo, 7-9 max per maand.	4
II.14. Multidisciplinair zorgaanbod	Team biedt psychiater hulp, woonondersteuning, schoolbegeleiding, ouderondersteuning, juridische steun.	5
II.15. Verantwoordelijkheid voor crisisdiensten	Leuk dat men tot 19.00 uur werkt! In weekend eigen telef. bereikbaarheid maar geen outreach. Adviserende rol naar crisisdienst, team gaat niet zelf hulpverleners in weekends.	3
II.16. Verantwoordelijkheid voor opname	"altijd"	5
II.17. Verantwoordelijkheid voor ontslag	Afhankelijk van kliniek (EMC beter dan Delta)	3

II.18.Zorg voor onbeperkte tijd	Men denkt dat 30% binnen een jaar weer ontslagen is; deels ook door soms foutieve indicatiestelling; sommige patienten ook jarenlang in zorg.	3
Gemiddelde score organisatie		3,71
III. Zorgaanbod		
III.19. Hulpverlening in de gemeenschap	Voorbeeldig! Zeer outreachend.	5
III.20. Drop-out beleid	Dropout lijkt (te) hoog door afsluiten van foutief geïndiceerden; maar er worden ook mensen gemist, deels ook door onduidelijke verwijzingen.	3
III.21. Assertieve hulpverlening	Men haalt alles uit de kast, maar of het consistente strategieën zijn wordt niet duidelijk en de psychiater komt te laat in het vizier.	4
III.22. Intensiteit van de hulpverlening	Antwoorden wisselen tussen 0,5 uur en 2 uur per week; in de dossiers voldoende mensen met 2 afspraken per 2 weken en soms meer.	4
III.23. Contactfrequentie	Dagelijkse zorg mogelijk.	5
III.24. Samenwerking met steunsysteem	Veel overleg met ouders, huisbazen etc.	5
III.25. Individuele verslavingszorg	Weinig focus, wel enige aandacht voor verslaving.	3
III.26. Behandelgroepen DD	Geen.	1
III.27. Dubbele Diagnose model	Niet traditioneel model maar ook geen DD, meer dat men er weinig aandacht voor heeft.	2
III.28. Ervaringsdeskundige	Geen.	1
Gemiddelde score zorgaanbod		3,30
Eindscore DACTS <i>* item teamomvang niet meetellen</i>		3,6
IV. Addendum		
IV.29. Individuele somatische zorg	Oog voor somatiek; zonodig mee naar de huisarts	2
IV.30. Crisisinterventieplan	Een derde van patienten heeft een (aardig ingevuld) crisisplan	2
IV.31. Teamgeest	Goed, stabiel, veel laatkomers, niet heel innovatief of nadenkend over eigen werk.	4
Gemiddelde score Addendum		2,67
Eindscore DACTS incl. Addendum		3,5
V. GOI		

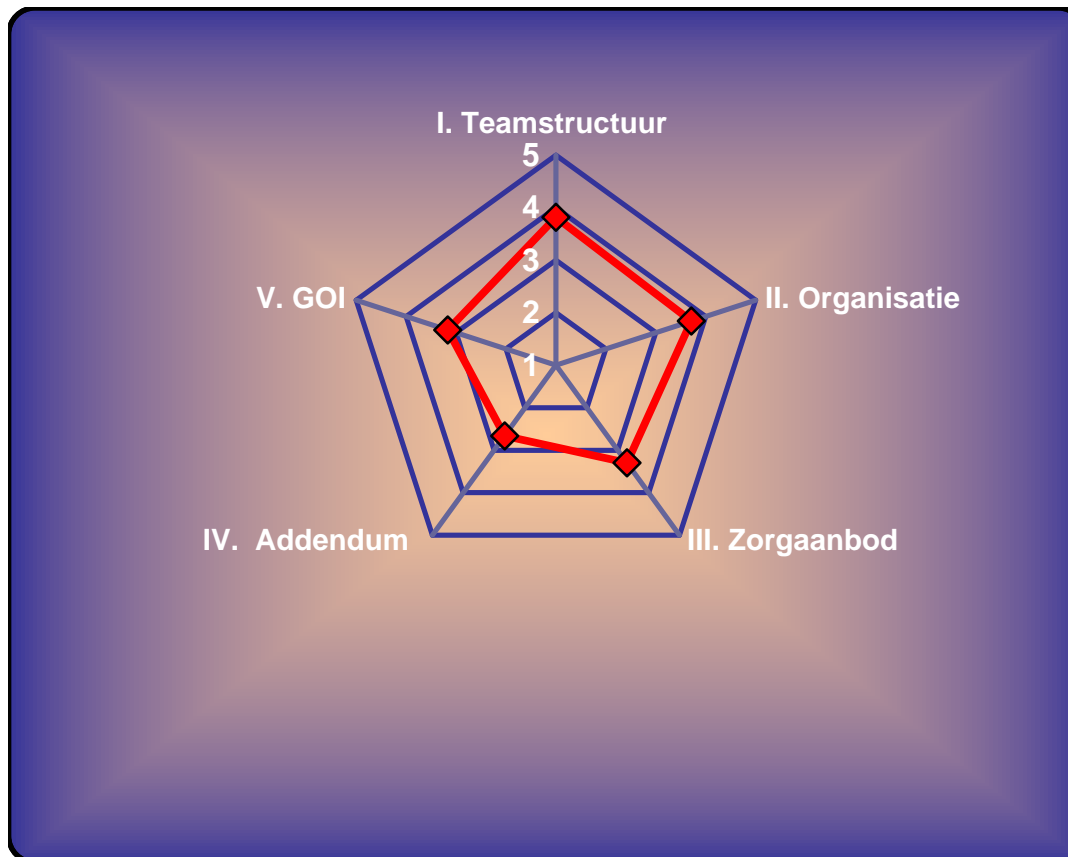
V.1. Programmafilosofie	Meerdere bronnen tonen ACT visie, ACT lijkt vanzelfsprekend; maar er zijn ook veel verschillende antwoorden over de visie en missie; er is wel een schriftelijk document, maar dat is weinig richtinggevend en lijkt weinig bekend.	3
V.2. Toelating/screening	Er is geen actief instellingsbeleid om geschikte patienten op te sporen; patienten worden gescreend nadat ze in zorg zijn genomen (daarna weer afgesloten / verwezen) dat is duur en rommelig.	2
V.3. Penetratie/bereik	Schatting 600 clienten op 5000 probleemkinderen in Rotterdam; 4 x75 ACT--> 50%; Niet alle postcodes voorzien en de vraag of er niet meer mensen in de wijk in aanmerking komen	3
V.4. Assessment	Alle clienten ontvangen wel een assesment met o.a. HonOS en taxatie door diverse medewerkers, maar de psychiatrische en verslavingsinbreng komen te laat of niet aan de orde.	4
V.5. Individueel behandelplan	Bij dossieronderzoek is dit heel goed in orde; geen plannen ouder dan 1 jaar, duidelijke focus op clientendoelen.	5
V.6. Individuele behandeling	Hier missen deels psychiatrische interventies, maar ook CGT/psychologische of gezinsinterventies evenals verslavingsinterventies. Het lijkt erop dat men mensen "klaar wil maken voor reguliere zorg", terwijl ze beter door dit team behandeld zouden kunnen worden en terwijl uiteindelijk weinig naar reguliere behandelingen toe stromen, behoudens naar ACT volwassenen.	4
V.7. Training	Er is een training van het team geweest, daarnaast studiebezoek, congres ACTA, maar geen reguliere trainingen	3
V.8. Supervisie	Nauwelijks supervisie; wel 1 x p. mnd intervisie.	2
V.9. Proces monitoren	Het proces van het team wordt wel enigszins gemonitord; ook via CCAF (maar dat telt nu niet mee) en via HKZ audits; er is een jaarplan dat volgens teamleider regelmatig geëvalueerd wordt; andere bronnen weten daar niets van te vertellen.	3

V.10.Uitkomsten monitoren (ROM)	Er is enige ROM afgenomen voor onderzoek maar niet naar behandelaars teruggekoppeld.	2
V.11. Kwaliteitsbewaking	Er is wel een kwaliteitsfunctionaris in de instelling, maar er is geen reguliere PDCA cyclus / feedback per 6 mnd	2
V.12.Keuzemogelijkheden client	Gericht op doelen/wensen client, is ook terug te zien in de behandelplannen.	5
Gemiddelde score GOI		3,17
Eindscore DACTS en GOI		3,4

	Deelgebieden	Gemiddelde score
I.	Teamstructuur	3,8
II.	Organisatie	3,7
III.	Zorgaanbod	3,3
IV.	Addendum	2,7
V.	GOI	3,2

Betekenis scores*		
DACTS 1.0-3.2	Onvoldoende Geen certificaat	
DACTS 3.3.-3.6	Matig Voorlopig certificaat	
DACTS 3.7-4.0	Voldoende Certificaat	
DACTS 4.1-5.0 & DACTS+ Add+ GOI ≥4.0	Uitstekend Certificaat, cum laude	

* Het eindoordeel kan beïnvloed worden door de quickscan en andere waarnemingen van de auditoren.



Team, instelling, contactpersoon	ACT Jeugd Rotterdam Zuid
Adres	Maashaven OZ
Start team en verzorgingsgebied	Start team anderhal jaar geleden, samenvoeging 2 teams; Rotterdam Zuid
Aantal teamleden, grootte caseload	
Gebruikte bronnen tijdens audit	11,6 FTE teamleden; 76 cliënten.
Quickscan	3.8 (zie ook apart blad quickscan)
Quick wins	<ul style="list-style-type: none"> * Doelstelling en werkwijze verduidelijken en omschrijven. * Vacatures opvullen. Zie ook bijgevoegd word-document
Midden/lange termijn wins	<ul style="list-style-type: none"> * Externe positionering verhelderen * Invoeren PDCA cyclus (plan-do-check-act) en ROM * Zie verder ook bijgevoegd word-document
Overige reflecties	Zie bijgevoegd word-document
Advies certificaat (ja/nee/ja voorlopig mits)	Voorlopig certificaat.

Quickscan	Score Consensus
Ontvangst	4
Teamgeest	4
Moederorganisatie/facilitering/ondersteuning	4
Eigen taakstelling en organisatie	3
Samenstelling team tov caseload	3
(F)ACT werkwijze	5
Behandelplannen	5
Deskundigheid en inzet EBP's	3
PDCA, kwaliteitsfeedback, evaluatie, ROM	2
Klantgerichtheid	5
Totaal	3,8

Samenvattend verslag CCAF audit ACT Jeugd team 1

Het ACT-Jeugdteam Rotterdam Zuid is een betrekkelijk jong team dat anderhalf jaar geleden is gestart door het samenvoegen van twee teams. De eerste teams waren bij een school gehuisvest en hadden een heel breed (maatschappelijk) indicatiegebied. Geleidelijk lijkt dit team (ook door de DBC systematiek) naar een volwaardig team voor *behandeling* van jeugdige *psychiatrische patiënten* te groeien, maar deze overgang lijkt nog niet optimaal doorgevoerd. Het team is voorbeeldig multicultureel samengesteld en is prima gehuisvest binnen een kantoor waarin veel andere jeugdzorg instellingen. Voor de caseload is dit een groot team. De werkwijze imponeert geroutineerd en enthousiast met gemakkelijke aansturing door een ervaren teamleider, die de patiënten zelf goed kent.

Ondanks de ruime samenstelling ontbreekt een groot aantal essentiële disciplines: de psychiater, de verslavingsdeskundige, de arbeids/school toeleiding en de ervaringsdeskundige. Voor de psychiater bestaat een halve vacature. Er wordt 10 % waargenomen door een zeer ervaren arts. Deze is echter slechts 1 dag per week (deels) bij het team. Waar ook de twee psychologen (nog) niet volledig gekwalificeerd zijn, betekent dit dat volledige psychiatrische behandeling niet van de grond komt: medicatiebeleid lijkt soms te laat ingezet, er is weinig psychoeducatie, weinig gestructureerde systeeminterventies, geen CGT et cetera. Dat is een gemis, omdat een groot deel van de cliënten psychotische problematiek vertoont. Daarnaast zien we in de relatief grote groep maatschappelijk werkenden (nu nog) te weinig specialisatie (bijv. naar systeemtherapeut, verslavingsdeskundige, schooltoeleiding etc).

Het is opvallend dat het team enerzijds goede behandelplannen maakt, maar anderzijds in onze gesprekken geen voorbeelden geeft van langerdurende behandeling conform richtlijnen, terwijl men wel langdurig deze patiënten begeleidt. De afwezigheid van psychiater en senior psycholoog lijkt te maken dat men zich onvoldoende realiseert dat men aan het behandelen is. Veel teamleden geven aan dat men "toeleidt naar behandeling elders" maar weten geen voorbeelden te geven van geslaagde doorverwijzingen. Zij beleven het team meer als een steun/begeleidingsteam dan als behandelteam. Het is de vraag of zo niet veel tijd voor cliënten verloren gaat. Vanuit de literatuur is bekend dat de duur van onbehandelde psychose zo kort mogelijk moet zijn. De (jonge) psychologen in dit team worden wellicht niet optimaal ingezet. Zo bevreedt het dat in crisis situatie psychologische testdiagnostiek werd geïndiceerd. Naast deze interne onduidelijkheid speelt externe onduidelijkheid over de plaats van dit team in de 'keten' van jeugdzorg en volwassenen zorg. Ook de transmurale zorg wordt bemoeilijkt doordat men in meerdere klinieken moet opnemen en daarmee afspraken moet maken.

Anderzijds geeft men de patiënten veel directe support, regelt men uitkeringen, huisvesting en allerlei primair noodzakelijke levensvoorwaarden. De latere start (9.30 uur) biedt ruimte om tot 19.00 door te werken, wat heel effectief lijkt. De cliënten die wij spraken zijn zondermeer positief en ervaren het hele team als een steun. Het team werkt echt met shared caseload.

De behandelplancyclus wordt niet mede gesteund door informatie uit een ROM. Ook de teamcyclus staat niet erg stevig, ondanks diverse audits. De ACT Jeugd teams zouden als voorloper in Nederland misschien een meer omschreven werkwijze en visie mogen hebben. In het kwaliteitshandboek zit wel een hoofdstuk 'primair proces', maar dat lijkt in het team weinig te leven.

Afgezien van de eindscore overwogen wij ook zonder de eindscore reeds of het in dit geval niet geëigend is om slechts een voorlopige certificering af te geven op voorwaarde dat binnen een jaar tenminste de vacature psychiater is opgevuld, dat er een gekwalificeerde psycholoog is en dat stappen worden gezet naar verslavingsdeskundigheid en gespecialiseerde begeleiding naar school en werk.

Quickwins lijken te liggen in het beter "richten" van het team: doelstelling en werkwijze verder onderling verduidelijken en tevens de genoemde personele vacatures opvullen.

Langere termijn winst kan worden geboekt door de externe positionering meer duidelijk te krijgen en daarbij gezamenlijk te inventariseren welke groepen jongeren nu nog buiten de boot vallen en welke teams met welke reden kunnen doorverwijzen naar andere (gespecialiseerde?) (behandel?) settingen/teams. Daarnaast is invoeren van PDCA cyclus en ROM van belang.

Ten overvloede (het team overstijgend) zien wij potentiële winst voor landelijke ontwikkelingen; de teams in Rotterdam doen pionierswerk, deels in het kader van het Transitie project Langdurende Zorg. De discussie of dit soort teams moet kiezen voor de meer algemene doelgroep van (zeer) moeilijke jeugd of meer psychiatrisch specialistisch voor bijvoorbeeld de vroege psychosen zou nog eens van argumenten kunnen worden voorzien. Nu lijkt de DBC-financiering de koers te bepalen. Daarnaast speelt op dit moment een bredere, politieke discussie over de toekomstige structuur van de Jeugdzorg. We vragen ons af of de mogelijkheden die het (F)ACT model biedt in deze beleidsdiscussie niet een (veel) grotere rol moeten spelen.